



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Kommunikasjon til pasienter i palliativ fase

Communication to patients in a palliative phase

Anne-Marthe Rokne og Renate Stadheim

Bachelor i sykepleie, SK 152

Høgskolen på Vestlandet

Campus Førde/Avdeling for helsefag

Veileder: Terese Bjordal

Innleveringsdato: 15.06.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskolen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Kommunikasjon til pasienter i palliativ fase

Bakgrunn for val av tema: Temaet er valgt på bakgrunn av våre erfaringer fra praksis i hjemmesykepleien. Vi har opplevd at det kan være utfordrende å kommunisere med pasienter i palliativ fase. Derfor ønsker vi å fordype oss i hvordan vi som sykepleiere kan nytte kommunikasjon som hjelpemiddel for å trygge mennesker i en sårbar livssituasjon.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon fremme trygghet til hjemmeboende pasienter i palliativ fase?

Metode: Denne bacheloroppgaven er skrevet med litteraturstudie som metode. Oppgaven bygger på faglitteratur, forskning, pensumbøker og egne erfaringer fra praksis. Vi har benyttet både kvalitative og kvantitative forskningsartikler for å belyse vår problemstilling.

Oppsummering av funn og konklusjon: Flere studier viser at kommunikasjon i palliativ fase er en vesentlig faktor for å trygge pasienten under mottakelse av hjemmesykepleie. Kontinuerlig informasjon og åpen kommunikasjon er av spesiell betydning. Flere pasienter opplever at tema som omhandler livets slutt er manglende i kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Sykepleier har derfor en sentral rolle når det kommer til å invitere pasienten til samtale. God kommunikasjon kan styrke forholdet mellom pasient og sykepleier, redusere usikkerhet og fremme trygghet.

Nøkkelord: kommunikasjon, trygghet, pasient, palliativ fase og hjemmesykepleie

Abstract

Title: Communication to patients in a palliative phase

Background for choice of topic: The topic is chosen based on our experiences from practice in home nursing. We have experienced difficulty communicating with patients in a palliative phase. Therefore, we wish to immerse ourselves in how us as nurses may use communication as a tool to comfort human beings in vulnerable life situations.

Problem in question: How can nurses promote security to resident patients in a palliative phase through communication?

Method: This bachelor's thesis is written using literature studies as method. The thesis builds on academic literature, research, curriculum reading, and own experiences from practice. We have used both qualitative and quantitative research articles to illuminate our topic of interest.

Summary of findings and conclusion: Several studies show that communication in a palliative phase is a significant factor in safeguarding the patients safety during the reception of home nurses. Continuous information and open communication was of special importance. Several patients experience that topics regarding the end of life is lacking in communication between patient and nurse. The nurse has a central role when it comes to inviting the patient to a conversation. Good communication can strengthen the relationship between patient and nurse, reduce insecurity and increase safety.

Keywords: communication, safety, patient, palliative phase and home nursin

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing av oppgaven	2
1.4 Begrepsavklaring	2
1.5 Oppgavens oppbygning.....	3
2 Metode	3
2.2 Søkeprosess for forskning	4
2.3 Søkeprosess for annen litteratur	5
2.4 Kildekritikk	6
2.5 Etisk vurdering av studier.....	7
3 Teori	7
3.1 Hjemmeboende pasienter i palliativ fase	7
3.1.1 Kommunikasjon.....	8
3.2 Hjemmesykepleien som arena.....	8
3.2.1 Kompetanse, kontinuitet og tid	9
3.3 Selvbestemmelse	9
3.4 Joyce Travelbee	10
3.5 Kommunikasjon - «å ha felles»	10
3.5.1 Nonverbal kommunikasjon.....	11
3.5.2 Aktiv lytting	12
4 Resultat	12
4.1 Presentasjon av studier.....	12
4.2 Sammenfatning av artiklene	15
4.2.1 Kommunikasjon.....	15
4.2.2 Kunnskap og trygghet	16
4.2.3 Viktigheten av selvbestemmelse	16
5 Diskusjon	16
5.1 Kommunikasjon med pasienter i palliativ fase	17
5.2 Viktigheten av kompetanse	19
5.3 Å se mennesket bak pasienten	21
6 Konklusjon	24
Litteraturliste	25
Vedlegg 1	30

1 Innledning

På landsbasis er det i dag omtrent 13 prosent som dør hjemme. Til tross for at det er mange som har et ønske om å dø hjemme, har denne prosentandelen vært relativt stabilt de siste 20 årene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13).

Etter samhandlingsreformen ble kommunehelsetjenesten pålagt et større ansvar enn tidligere. Hjemmesykepleien har derfor i større grad et ansvar for tjenester til pasienter i palliativ fase (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 15). Befolkningen blir eldre, og behovet for palliativ behandling øker. Samtidig øker kompleksiteten for behandling, pleie og omsorg. Dette fører til at svært store ressurser brukes på pasientene det siste leveåret, og da spesielt de siste 3 månedene.

Palliativ behandling handler i stor grad om å gi best mulig symptomlindring til pasienter med uhelbredelig sykdom. Behandlingen handler om mye mer enn kun det medisinske (NOU 2017:16, s. 10-15). Pasienter i livets slutfase skal føle trygghet. Kommunehelsetjenestene trenger derfor god og faglig kompetanse for å kunne tilrettelegge for palliasjon i hjemmet. Tilbudet om palliativ behandling må tilrettelegges slik at pasienten blir hørt, forstått og inkludert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9-14). Helsedirektoratet understreker betydningen av at sykepleier har kunnskap om pasientens behov og forventinger. Dette er grunnleggende for å kunne sikre god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier (Helsedirektoratet, 2018, s. 5). Kommunikasjon er et hjelpemiddel for å forstå pasienten og bidra til å gi innblikk i pasientens helhetlige situasjon (Eide & Eide, 2004, s. 23).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av vår utdanning har vi møtt flere pasienter i palliativ fase. Etter fullført praksis i hjemmesykepleien, satt vi igjen med sterke inntrykk. Vi ønsker derfor å øke vår kompetanse om palliasjon i hjemmet. I oppgaven vil vi belyse temaet kommunikasjon, og hvordan vi som sykepleiere kan fremme trygghet til hjemmeboende pasienter i palliativ fase. Døden er et tabubelagt tema, som ifølge forskning oppleves som utfordrende å snakke om. Dette har vi også erfart i praksis, og ønsker derfor å fordype oss i hvordan kommunikasjon kan nyttes som hjelpemiddel for å redusere barrieren. Vi som kommende sykepleiere ønsker å møte pasienter med inkurabel sykdom på best mulig måte. Dette krever kompetanse, både på faglig og personlig nivå. Vi ønsker derfor å tilegne oss kunnskap og forståelse om hva som er viktig for pasienter i palliativ fase, hva som skaper trygghet og hvordan vi skal imøtekomme mennesker når livet går mot slutten.

1.2 Problemstilling

I denne oppgaven tar vi for oss følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon fremme trygghet til hjemmeboende pasienter i palliativ fase?

1.3 Avgrensning av oppgaven

Den palliative fasen kan være vanskelig å tidfeste. Forventet levetid er som oftest beskrevet som et forløp som kan vare mellom 9-12 måneder. Forløpet kan variere, og er noen ganger mer kortvarig (Fjørtoft, 2016, s. 79). I oppgaven vil vi holde oss til pasienter som har mer enn tre måneder igjen å leve. Palliativ fase kommer også til å bli definert som; livets slutfase og palliativt forløp. Videre kommer vi ikke til å omtale den terminale fasen. I tillegg tar vi utgangspunkt i at pasienten allerede har fått beskjed om at kurativ behandling er avsluttet. Vi har valgt å avgrense oppgaven til hjemmeboende pasienter i den palliative fasen. I denne fasen er de gjerne på sykehus i deler av denne perioden, men bor til vanlig hjemme. Videre avgrenser vi til pasienter i alderen 60 år og oppover. Flere av pasientene i den definerte aldersgruppen vil ha høyere sannsynlighet for demens, men vi ekskluderer denne pasientgruppen. Både kvinner og menn blir inkludert, og vi tar utgangspunkt i at pasientene har ektefelle. Dette fordi palliasjon i hjemmet er vanskelig å få til uten pårørende. I praksis har vi sett verdien av pårørendes rolle som «nøkkelpersoner», både for pasienten og hjemmesykepleien. Med det kan vi trygt si at pårørende, i tillegg til symptomlindring, er *avgjørende* for pasienten i hele det palliative forløpet. Likevel har vi, på grunnlag av oppgavens omfang, valgt å utelukke pårørende og symptomlindring. Vi kommer ikke til å omtale en spesifikk diagnose i denne oppgaven. Fokuset i oppgaven vil være hvordan sykepleier kan fremme pasientens opplevelse av trygghet gjennom kommunikasjon i palliativ fase.

1.4 Begrepsavklaring

Kommunikasjon – Gjensidig prosess der meldinger utveksles verbalt eller nonverbalt (Heyn, 2018, s. 14).

Trygghet – Å føle seg beskyttet og kjenne at lidelsestrykket letter når det deles med andre (Hummelvoll, 2016, s. 487)

Palliativ fase – En prosess fra det erkjennes at sykdommen er inkurabel, til den avsluttes ved pasientens død (Grov, 2016, s. 523).

Verdighet – Alle mennesker skal bli lyttet til og respektert for de ønsker og behov de har (helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 8).

Medvirkning – Mennesker som trenger lindrende behandling og omsorg, skal få muligheten til å være delaktig i beslutninger knyttet til eget liv, egen sykdom og egen død (helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 8).

1.5 Oppgavens oppbygning

Neste kapittel omhandler metoden vi benytter i vår oppgave. I denne delen ønsker vi å gi leseren en beskrivelse av hvilken litteratur og forskning som anvendes og hvordan vi innhentet kunnskapen vi trengte. Metodekapittelet inneholder også oppgavens svakheter og styrker, beskrevet under «kildekritikk». I teoridelen blir oppgavens hovedtemaer presentert; hjemmeboende pasienter i palliativ fase og kommunikasjon. Her tar vi for oss ulike element som er avgjørende for pasientens trygghet i palliativ fase. Videre omtaler vi Joyce Travelbee og hennes sykepleierteori, som er sentral for oppgaven. Under «Resultat» presenteres 9 forskningsartikler som inkluderes i vår oppgave. Her fremlegges artiklene og deres funn. Videre, i diskusjonskapittelet, nyttes både teori, relevant forskning og egne erfaringer for å diskutere problemstillingen. Sluttvis oppsummeres bachelorgaven i en kortfattet konklusjon.

2 Metode

Den anerkjente sosiologen, Vilhelm Aubert, formulerer begrepet metode slik; «En metode er en fremgangsmåte, et middel å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder». Ut ifra dette kan begrepet forklares som en systematisk fremgangsmåte som sier noe om hvordan vi bør handle for å tilegne ny kunnskap eller utforske påstander. Valg av en bestemt metode avhenger av hvilken fremgangsmåte som egner seg best til å belyse problemstillingen. Det finnes to ulike metoderetninger hvor kvantitativ metode egner seg best når en ønsker å innhente målbare enheter som kan tallfestes. Når det er ønskelig å

innhente kunnskap om menneskets egenskaper, og belyse opplevelser og meninger, vil kvalitativ metode være mest relevant (Dalland, 2017, s. 51-52; Thidemann, 2015, s. 77-78). Vi har inkludert studier med både kvalitativ og kvantitativ metode, og noen med kombinert metode.

I denne bacheloroppgaven blir det benyttet litteraturstudie som metode ettersom Høgskolen anbefaler denne fremgangsmåten for å belyse vår problemstilling (Dalland, 2019, s. 52).

Litteraturstudie er en systematisk prosess der det foretas en søkestrategi for innhenting av litteratur som allerede finnes rundt tema. I tillegg omfatter dette å gjennomføre kritisk vurdering av litteraturen og avslutningsvis oppsummere det hele (Thidemann, 2015, s. 79-80).

2.2 Søkeprosess for forskning

Før vi startet litteratursøket foretok vi generelle avgrensninger. Disse avgrensningene innbefattet inklusjon- og eksklusjonskriterier for å konkretisere søket og begrense antall resultater. Det ble dermed lettere å finne forskningsartikler som inneholdt kunnskapen vi ønsket å benytte (Thidemann, 2017, s. 84). Et av inklusjonskriteriene for valg av forskning var at den bestod av sykepleiefaglig praksis. Videre valgte vi studier som innbefattet eldre, og ekskluderte aldersgrupper under 60 år. Hjemmesykepleien som arena var også ønskelig å ta med. Studier i tidsrommet 2010-2020 ble inkludert for å sikre mest mulig oppdatert forskning innen feltet. Dette underbygges av Thidemann (s. 69), som bekrefter at formålet med forskning er å introdusere ny kunnskap. Søket ble avgrenset til «Peer Reviewed», som på norsk står for fagfellevurderte artikler. Dette forteller oss at artiklene er kvalitetssikret og dermed følger en standardisert struktur innenfor faget (s. 68). Forskning som inneholdt funn fra kulturer forskjellig fra vår egen ble ekskludert. Det samme vedrørte andre helsefaglige grupper.

Som et hjelpemiddel har vi tatt i bruk PICO-skjema i søket etter faglitteratur, noe som har bidratt til å strukturere søkeprosessen (Thidemann, 2017, s. 86). Ettersom flere forskningsartikler er internasjonale, har vi bevisst valgt å bruke engelske søkeord for å sikre et bredere utvalg av studier. Ved å anvende databasen SveMed+ og helsebibliotekets verktøy «MeSH på norsk», fant vi engelske synonymer og faguttrykk for de norske emneordene vi ønsket å benytte (Helsebiblioteket, 2018). Kort fortalt er MeSH (Medical Subject Headings) et emneordsystem som skal beskrive innholdet i

artiklene og fungere som et søkeord innen fagområdet (Thidemann, 2017, s. 87). Emneordene vi benyttet var; *palliasjon, hjemmesykepleie, pasient-sykepleier-forholdet, relasjon, kommunikasjon, kommunisere, verdighet, opplevelse og trygghet*. Samlet gav disse følgende oversettelser; *palliative care, end-of-life care, quality of life, home care, patient-nurse-relationship, relation, communication, communicating, dignity, experience og safety*.

For å kunne belyse problemstillingen tok vi utgangspunkt i vitenskapelige artikler hentet fra søk i databasene Academic Search Elite, Medline og Cinahl. Dette er noen av de fremste referansedatabasene innen medisin, og vi anser disse å ha stor pålitelighet ettersom de er anbefalt av Høgskolen. Emneordene vi fant ble kombinert med hverandre ved å bruke *AND* og *OR* som resulterte i endelige søk. Bindeordet *AND* ble brukt for å avgrense søket, slik at flere emneord befant seg i samme artikkel. På samme måte ble *OR* brukt for å utvide søket. Ved å kombinere to emneord fikk vi treff som inneholdt ett av ordene eller begge. Som siste ledd i prosessen benyttet vi tegnsetting (*) da vi søkte på forkortede ord. På denne måten sikret vi et mer utvidet søk (Thidemann, 2017, s. 88). De endelige søkeordene ble skrevet ned dersom de gav relevante treff og representerte den faglige innfallsvinkelen til oppgaven. Etter gjennomføring avansert søk og inklusjonskriterier hadde vi samlet 9 studier som tilfredsstilte vår problemstilling.

Vi benyttet følgende kombinasjoner i søk etter forskning:

- Nurse* AND palliative care AND home care.
- Palliative home care* AND communication* AND safety*
- Palliative care* AND home care AND communicating
- Patient nurse relationship AND communication* AND safety OR dignity

2.3 Søkeprosess for annen litteratur

I vår bacheloroppgave har vi benyttet anbefalt litteratur fra vår bachelorveileder og relevante fagbøker fra pensumlisten. Nettbiblioteket, Oria, via Høgskolen Vestlandet ble også benyttet for å sile ut relevant litteratur ved å bruke ulike søkeord: «Palliasjon», «Hjemmesykepleie», «Kommunikasjon» og «Trygghet». På grunn av særegne omstendigheter vedrørende pandemien, Covid – 19, har det vært utfordrende å få tak i flere bøker. Noen av disse var å finne på nettversjonen til

nasjonalbiblioteket, og ble da benyttet til tross for eldre publiseringsår. Dette vil si at litteraturgrunnlaget i oppgaven ikke baseres på kun nylig oppdatert kunnskap. Vi har nyttet troverdige nettsider for å kunne løfte oppgaven til et oppdatert kunnskapsnivå.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er en metodisk tilnærming som nyttes for å kunne fastslå om kilden er sann. I denne prosessen vil det være nødvendig å sjekke kildens opphav, slik at en kan beslutte om det er troverdig eller upålitelig. Det er også viktig å vurdere om kilden passer temaet eller problemstillingen. Oppgavens troverdighet og faglige relevans avhenger av et kildegrunnlag som både er godt beskrevet og begrunnet. Det er derfor viktig at det kommer klart frem hvorfor litteraturen er valgt og hvordan utvalget er gjennomført (Dalland, 2017, s. 152-153).

Forskningsartikler nytter som regel IMRaD- Strukturen, som er en norm for selve oppbygningen i artikkelen (Thidemann, 2017, s. 68). IMRaD er en forkortelse, og står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2017, s. 163). Underveis i litteratursøket forsikret vi oss om at de utvalgte artiklene inkluderte elementene i IMRaD. Denne strukturen var nyttig i litteratursøket, og hjalp oss eksempelvis til å kunne ekskludere artikler i tilfeller der resultat ikke var til stede.

Majoriteten av de inkluderte studiene i oppgaven vår har kvalitativ metode, noe som vi si at de tar sikte på menneskets erfaringer, og ønsker å fange opp mening og oppleving. Vi anser det som den ideelle metoden da det er nettopp dette vi ønsker å belyse i problemstillingen (Dalland, 2017, s. 52). Resterende er to oversiktsstudier som tar for seg flere artikler med både kvalitative og kvantitative metoder. Det ene er en systematisk litteraturstudie med metaanalyse, noe som blir omtalt som «gullstandarden» innen forskningen (Thidemann, 2017, s. 98).

Vi har inkludert internasjonale studier, og ønsker med dette å få et bredere perspektiv. Land med store kulturforskjeller sammenlignet med Norge, ble ekskludert. Likevel må en være oppmerksom på at det kan være *underliggende* forskjeller som ikke er tatt høyde for da 8 av 9 artikler er på engelsk. Det vil med dette være større sannsynlighet for mistolkning da oversettelser fra engelsk til norsk ikke

alltid får frem helheten. En annen svakhet er at flere studier ikke tar utgangspunkt i palliativ pleie i hjemmesykepleien, men på sykehjem og sykehus. Vi synes likevel at de fremlegger interessante resultat, og blir inkludert på grunn av deres overføringsverdi i funn innenfor palliasjon.

Fagfellevurdering vil si at artikkelen blir vurdert før den aksepteres for publisering. Dette skal sikre at artikkelen blir kvalitetssikret (Søk og skriv, 2017). Norsk senter for forskningsdata (NSD) er et register over vitenskapelige publiseringskanaler. Her blir tidsskriftene fagfellevurdert. Publiseringer som får godkjent fagfellevurdering i dette registeret, blir klassifisert i nivå 1 og 2, der 2 anses som det beste nivået (NSD, 2019). Dette registeret var hensiktsmessig for kunne foreta fagfellevurdering og kvalitetssikre de ulike tidsskriftene vi har brukt i vår oppgave. Publiseringskanalene til alle våre inkluderte artikler ble vurdert til nivå 1 og er med dette godkjent og fagfellevurdert.

2.5 Etisk vurdering av studier

I oppgaven nevner vi erfaringer fra tidligere praksis, og i disse tilfellene har vi anonymisert pasientene for å ivareta vår taushetsplikt (Dalland, 2019, s. 120). Når mennesker bidrar til forskning er det essensielt at de blir tatt hensyn til (s. 235). I forskningsetikken er det derfor viktig å ivareta personvernet og sikre de som deltar i forskningen ikke blir påført uheldige belastninger. Vi har tatt hensyn til taushetsplikt og anonymisering i hele oppgaven, der hvor pasientenes erfaringer og opplevelser er omtalt (s. 240).

3 Teori

3.1 Hjemmeboende pasienter i palliativ fase

For å få til palliasjon i hjemmet vil en viktig forutsetning være at pasienten føler seg trygg (Brenne & Estenstad, 2016, s. 167). Målet for sykepleien er å utøve best mulig pleie og omsorg for pasienten, og bør være i tråd med pasientens ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2019, s. 11-13). Det kan være en spenning for pasienten å skulle få hjemmesykepleien på besøk i hjemmet. Pasienten kan være sensitiv når det kommer til å skape kontakt og relasjon med den «fremmede» (Birkeland & Flovik, 2018, s. 54). Hjemmet er assosiert med det kjente livet som består av daglige rutiner og å omgås med sine nærmeste (s. 37). Det er store variasjoner i hvor mye pasienten ønsker at hjemmesykepleien skal vite om deres liv, eller hvor mye sykepleierne skal engasjere seg utover oppgavene som er

bestemt. For de fleste pasienter er det verdifullt bli sett og anerkjent som den personen en er, og ikke bare pasienten som blir behandlet (s. 54). Det er viktig at sykepleier skaper trygge rammer for pasienten, da nærhet og omsorg vil ha særlig stor betydning i den palliative fasen. Til tross for sykdom og et økt hjelpebehov, vil det å være hjemme kunne bidra til å øke pasientens følelse av selvstendighet og et uavhengig liv (Brenne & Estenstad, 2016, s. 166; Birkeland & Flovik, 2018, s. 37).

3.1.1 Kommunikasjon

Samtalene med pasienter i palliativ fase har ofte en annen karakter enn når vi kommuniserer med mennesker som vet at sykdommen går over (Heyn, 2018, s. 196). I hvor stor grad pasientens behov blir ivarettatt vil være avhengig av blant annet hvordan sykepleier som entrer hjemmet kommuniserer, og hva som blir fortalt gjennom kommunikasjon (Birkeland & Flovik, 2018, s. 73). God kommunikasjon kan styrke forholdet mellom pasient og sykepleier, redusere usikkerhet og fremme trygghet. Sett i kontrast kan sykepleiers manglende kommunikasjonsevne redusere pasientens følelse av kontroll. Dersom pasientens synspunkt ikke kommer tydelig frem, vil kvaliteten på omsorgen reduseres. Enkle, åpne spørsmål som «hvordan har du det?» kan være betydningsfullt å få frem pasientens perspektiv og hva som er viktig i øyeblikket (Heyn, 2018, s. 196; Lyles, Goldsmith, Ferrel & Ragan, 2013, s. VII).

3.2 Hjemmesykepleien som arena

Hjemmesykepleien som arena står mellom to punkt; den offentlige omsorgstjenesten og hverdagslivet i hjemmet til pasienten. Mellom disse punktene skal hjemmesykepleiens praksis og fagområde fungere. Sykepleiere får et nært bekjentskap til både pasienten og pårørende. Sykepleierne i hjemmesykepleien arbeider selvstendig og har et ansvar ut ifra dette. Deres kompetanse er avgjørende for at pasienten skal kunne leve så godt som mulig med sine sykdomsutfordringer (Birkeland & Flovik, 2018, s. 33). For de fleste er hjemmet assosiert med følelsen av trygghet. Når pasientene får behov for hjemmesykepleie kan tryggheten utfordres, spesielt for pasienter som er avhengige av hjelp flere ganger om dagen. Noe av det mest unike i dette arbeidet er sykepleierens møte med pasienten i hjemmet som profesjonell yrkesutøver, men på samme tid besøkende. Sykepleier kommer i en posisjon som fører til at private grenser lett kan trås over. Her understrekes viktigheten av å respektere pasienten sine ønsker for sitt hjem og liv (Birkeland & Flovik, 2018, s 50).

3.2.1 Kompetanse, kontinuitet og tid

Kompetanse blant sykepleierne er en avgjørende ressurs i hjemmesykepleien. Å bli møtt av et dyktig personale som viser omsorg og engasjerer seg er noe pasienten har krav på. Å være kompetent omfatter «å være skikket eller kvalifisert til det en gjør» (Fjørtoft, 2016, s. 213). Arbeid i pasientens hjem stiller krav til sykepleieren sin evne til å samhandle med pasienten. Sykepleieren trenger både fagkunnskap og hverdagskunnskap for å gi pasienten individuell og forsvarlig sykepleie (s. 215). Sykepleieren har flere betydningsfulle oppgaver ved livets slutfase, blant annet å bidra til at denne tiden blir så god som mulig. For at sykepleier skal kunne bistå på en kompetent og omsorgsfull måte, er det viktig at pasient og sykepleier danner en felles oppfatning av situasjonen, på grunnlag av pasientens opplevelse (Birkeland & Flovik, 2018, s. 188- 189). En utfordring i hjemmesykepleien kan være å sikre kontinuitet, og pasientene må stadig forholde seg til flere ansatte. Ofte er hjemmesykepleiernes besøk preget av kort varighet, noe som kan føre til at forholdet mellom pasient og sykepleier ikke alltid er tilfredsstillende for pasientene (Fjørtoft, 2016, s. 187; Birkeland & Flovik, 2018, s. 74). Tid er en rammefaktor som ofte blir fremtrukket som styrende. Stramme tidsrammer kan føre til at hensynet til pasienten og tilgang på kompetanse blir redusert (Fjørtoft, 2016, s. 164).

3.3 Selvbestemmelse

God kommunikasjon er grunnleggende for brukermedvirkning (Meld. St. 13, 2016-2017: 13). I Helse- og omsorgstjenesteloven (1999, § 3-1) står det skrevet at hver enkelt pasient har rett til å delta i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasientenes rett til å delta i beslutninger som skal tas har betydning for sykepleiernes forståelse av pasienten, men også sin egen rolle. I Yrkesetiske retningslinjer (2011) legges det frem at «Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (s. 7). Sykepleierne er fagpersoner med kompetanse innen sykdom og behandling, pleie og omsorg. På den andre siden er pasientene eksperter på hvordan egen sykdom oppleves og erfares i deres liv. Ut i fra dette skal sykepleierne aktivt legge til rette for pasientmedvirkning, og pasientenes ansvar i egen behandling skal tydeliggjøres. Videre har sykepleier et vesentlig ansvar i å informere pasienten på en hensynsfull måte. Informasjonen skal være tilrettelagt for pasientens egne forutsetninger, slik at pasienten selv er i stand til å ta selvstendige valg om egen situasjon. «Det styrende prinsippet er at informasjonen skal gis til pasientens beste» (NOU 2017:16, s. 29).

3.4 Joyce Travelbee

Å lære den syke å kjenne

Sykepleier oppfatter og responderer på det unike ved den personen som mottar omsorgen, og responderer i sin tur tilbake til personen. For å kunne bli kjent andre mennesker må en møte vedkommende, oppfatte og respondere på og respektere det unike ved mennesket. For at dette skal la seg gjøre må sykepleier være egnet til å sette andre i fokus og nytte sine sanser. Dette innebærer å være i stand til å oppfatte mennesket som befinner bak betegnelsen «pasient» (Travelbee, 2001, s. 140).

Kommunikasjon

I hvert møte mellom pasient og sykepleier foregår kommunikasjon, både ved samtale og ved taushet, enten de er seg bevisst eller ikke. Sykepleieren kommuniserer gjennom utseende, atferd, holdning og ansiktsuttrykk. Likeledes gjør pasienten. På denne måten har sykepleieren mulighet til å lære pasienten å kjenne som menneske og dermed etablere et menneske-til-menneske forhold. Den profesjonelle sykepleieren må være i stand til å forstå hva pasienten forsøker å formidle gjennom å vite *om* det foregår kommunikasjon, og *hva* pasienten forsøker å kommunisere om (Travelbee, 2001, s. 135).

3.5 Kommunikasjon - «å ha felles»

Å kommunisere er en grunnleggende ferdighet hos alle mennesker. I hånd med dette finnes også behovet for å kunne delta i gjensidig kommunikasjon med andre (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 41). Hummelvoll (2012) presenterer ordet kommunikasjon som «å ha felles» (s. 420). Når vi kommuniserer deler vi våre inntrykk og opplevelser, som er en forutsetning for at vi skal kunne forstå hverandre (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 42). Den overordnede målsettingen innen palliasjon er best mulig livskvalitet for den hjemmeboende pasienten. Hva som definerer god livskvalitet er individuelt, og kan kartlegges gjennom kommunikasjon med pasienten (Helsedirektoratet, 2019, s. 18).

Kommunikasjon er et kraftfullt verktøy (Lyles et al., 2013, s. VII). Heyn (2018) beskriver at «den ferdigheten sykepleiere utøver mer enn noen annen, er kommunikasjon» (s. 13). I rollen som fagperson er evnen til å formidle spesielt viktig, ettersom god kommunikasjon bunner i det å føle seg

møtt av et annet menneske (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 107). Når kommunikasjon brukes riktig, kan det styrke pasienter med en følelse av kontroll; det kan redusere usikkerhet og fremme handling (Lyles et al., 2013, s. VII). Det er først når pasienten føler seg som en likeverdig del av samtalen, at det gir mening å snakke om god kommunikasjon (Heyn, 2018, s. 18).

I følge helsedirektoratet (2019, s. 20) er det vist at flere pasienter i palliativ fase ønsker å snakke om sin forestående død. En viktig del i kommunikasjonen er å gi dem mulighet til å snakke om den avsluttende fasen av livet (Heyn, 2018, s. 203). Forståelse, ydmykhet og personlig egnethet kreves for å kunne bli en god samtalepartner med pasienter i palliativ fase (Grov & Wiig, 2018, s. 200). Tillitsforhold og trygge rammer rundt pasienten er viktig for å danne relasjon, og kan bidra til å lette samtalen (s. 225). Følelsen av å bli hørt og forstått kan bidra til at pasienten i større grad opplever trygghet, som igjen kan skape rom for refleksjon rundt egen situasjon (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 35).

3.5.1 Nonverbal kommunikasjon

Røkenes og Hanssen (2013, s. 231) presenterer nonverbal kommunikasjon som et underliggende budskap. Det er et responderende språk som ofte sier noe om hvordan vi oppfatter forholdet til en annen (Eide & Eide, 2004, s. 156). Hummelvoll (2012, s. 425) beskriver at nonverbal formidling av et budskap følger ordene våre, og hevder at kroppsspråket kan gi styrke og kraft til vårt muntlige språk. Denne måten å kommunisere på kan dermed fremstå som tydeligere og mer direkte enn mange ord (Eide & Eide, 2004, s. 155).

Gjennom samtale med andre ser og fortolker vi nonverbale signaler hele tiden (Eide & Eide, 2004, s. 156). I arbeidet med målrettede samtaler er det derfor spesielt viktig å være klar over at kroppsholdningen vår kan signalisere et ønske om nærhet eller avstand til pasienten (Hummelvoll, 2012, s. 425). Hvis den nonverbale holdningen støttes av det verbale språket, vil budskapet virke ekte, tillitvekkende og pålitelig. Dette kalles kongruent kommunikasjon. Det motsatte, inkongruent kommunikasjon, er når det verbale budskapet ikke stemmer overens med det nonverbale. Vårt nonverbale språk kan også virke sårende, nedverdiggende eller provoserende. Dette kan oppstå når

en av partene velger å overse budskapet fra den andre, noe som kan skape utrygghet og føre til at vedkommende motsetter seg kontakt (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 232).

3.5.2 Aktiv lytting

Evnen til å lytte er en sentral ferdighet hos sykepleier for å få frem pasientens perspektiv (Heyn, 2018, s. 20). Aktiv lytting innebærer å gi kontinuerlig tilbakemelding til den andre. Videre vil det også kunne bidra til at pasienten får støtte til å formidle sine tanker og følelser (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 268). Røkenes og Hanssen (s. 269) fastslår at en vesentlig side ved aktiv lytting er å formidle tilbake til den andre hvordan du har forstått budskapet. På denne måten kan sykepleier se om egen forståelse stemmer overens med det pasienten ønsker å formidle. Dette kan gjøres ved å parafasere budskapet. Ved parafasering gjengis det man har forstått med egne ord. Denne måten å kommunisere på kan bidra til å konkretisere budskapet for begge parter, og gir mulighet for tilleggsinformasjon eller oppklaring av eventuelle misforståelser. Samtidig kan parafasering bidra til å føre samtalen mot et hovedpunkt (Røkenes og Hanssen, 2013, s. 269).

Å speile følelser i kommunikasjon er å vise at man ser hva den andre føler. Gjennom å sette ord på følelsene man observerer at den andre har, viser man forståelse. Speiling kan på denne måten hjelpe pasienten til selvforståelse (Eide & Eide, 2004, s. 192). Ved å bruke de samme ordene som pasienten har uttalt kan følelsene bak ordene synliggjøres. Sykepleier kan også speile pasientens nonverbale atferd ved å formulere følgende: «jeg ser du blir berørt». Ofte kan dette vekke en direkte reaksjon hos pasienten, enten bekreftende eller avkreftende. Dette fører til at sykepleieren oppnår grundigere forståelse av pasienten (Heyn, 2018, s. 22).

4 Resultat

4.1 Presentasjon av studier

«Receiving home care and communicating about COPD-related concerns and palliative care»

Denne studien er utført i Danmark og bygger på kvalitativ metode. Det ble gjort feltobservasjoner, hvor sykepleiere besøkte 13 ulike hjem til pasienter med obstruktiv lungesykdom. Dernest ble det gjennomført intervjuer. Hensikten med studien var å utforske hvordan det er å motta

hjemmesykepleie og kommunisere med sykepleiere fra pasientens perspektiv. Vi ønsker å inkludere denne studien da den tar for seg kommunikasjon mellom pasienter og sykepleiere i palliativ fase fra et pasientperspektiv (Mousing, Timm, Kirkevold & Lomborg, 2018).

«Cocreation as a Caring Phenomenon: Nurses' Experiences in Palliative Home Care»

Dette er en kvalitativ studie utført i Finland. Materialet består av dybdeintervju fra 12 sykepleiere, hvor målet var å belyse hvordan «samskaping» oppleves av sykepleiere som arbeider innen palliasjon i hjemmesykepleien. Vi velger å inkludere studien da den tar for seg sentrale aspekter som gjelder sykepleierens opplevelse av palliativ hjemmeomsorg, noe vi ser på som svært relevant i vår oppgave (Hemberg & Bergdahl, 2019).

«Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home- based palliative care – a qualitative study»

Dette er en norsk studie basert på et kvalitativt studiedesign. Fokusgrupper ble benyttet som del i forskningsmetoden og totalt 19 helsepersonell deltok. Studien ser på hjemmesykepleien som system og ønsker å oppnå større innsikt om forhold som kan være utfordrende for pasienter med inkurabel sykdom. Vi velger å inkludere studien ettersom den er utviklet i Norge, noe som gjør tematikken nærmere og mer relevant (Danielsen, Sand, Rosland & Førland, 2018).

«Ældre patienters oplevelse af selvbestemmelse, når de modtager sygepleje i eget hjem – en fænomenologisk-hermeneutisk undersøgelse»

Dette er en dansk kvalitativ studie bestående av seks intervju av pasienter i hjemmesykepleien. Hensikten var å presentere eldre pasienters levde erfaringer av selvbestemmelse i forhold til hjemmesykepleie. Vi velger å inkludere studien da den tar for seg pasienters rett til selvbestemmelse, noe vi ser på som vesentlig innen palliativ omsorg (Møller & Norlyk, 2017).

«A mixed method thematic review: the importance of hope to the dying patient»

Dette er en oversikt som inkluderer 15 publiserte artikler med ulike metoder; tolv kvalitative, en kvantitativ og to kombinerte studier. Denne tematiske oversikten ønsker å utforske hva håp har å si

for palliative pasienter, og hvilke overordnede tema som kan fremme håp. Vi velger å inkludere denne studien da belyser hvordan sykepleiere kan bevare og fremme pasientens håp i livets slutfase. (Broadhurst & Harrington, 2015).

«Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care»

Dette er en studie med kvalitativ metode, utført i Skottland. 30 deltagere ble intervjuet hvor majoriteten av disse var sykepleiere. Resterende var pasienter og pårørende for å få frem familieperspektivet. Studien tar sikte på å legge frem tiltak som kan fremme pasientens verdighet i livets slutfase basert på kunnskap og erfaring fra praksis. Grunnen til at vi velger å inkludere studiet bygger på den faglige relevansen i vår oppgave, hvor verdighet og omsorg står sentralt. Det vil også komme til nytte at studien belyser hvorfor verdighet er avgjørende for å sikre god palliativ omsorg (Brown, Johnston & Östlund, 2011).

«Home-based palliative care: A systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers»

Dette er en systematisk oversikt som tar sikte på ni kvalitative, tre kvantitative og tre kombinerte studier som tidligere er publisert. Studien ønsker å beskrive, evaluere og oppsummere litteraturen rundt pasienten og pårørende sine behov i palliativ fase. Vi velger å inkludere denne studien da den, i tillegg til kommunikasjon, fremlegger andre nødvendige behov for pasienter i palliativ fase som vil komme til nytte i oppgaven (Ventura, Burney, Brooker, Fletcher & Ricciardelli, 2014).

«How to Talk About Attitudes Toward the End of Life: A Qualitative Study»

Det er en kvalitativ studie fra Tyskland, der 18 personer ble intervjuet. 12 av de var sykepleiere og de andre 6 var psykososiale omsorgsarbeidere. Studien ønsker å få innsikt i krav og betingelser for kommunikasjon om livets slutt i ulike palliative omsorgsinstitusjoner. Vi velger å inkludere denne studien da den sier noe om hvordan en kan skape gode samtaler med pasienter i palliativ fase (Groebe, Rietz, Voltz & Strupp, 2019).

«Dignified end-of-life care in the patients' own homes»

Dette er en studie fra Sverige med kvalitativ metode. 10 hjemmesykepleiere ble intervjuet vedrørende den palliative fasen. Den ønsker å belyse sykepleierens betydningsfulle erfaringer som kan bidra til god palliativ omsorg i pasientens eget hjem. Vi ønsker å inkludere dette studiet da det her fremkommer flere relevante faktorer som kan bidra til god hjemmebasert palliativ omsorg (Karlsson & Berggren, 2011).

4.2 Sammenfatning av artiklene

4.2.1 Kommunikasjon

I flere studier ble det beskrevet at kommunikasjon var en viktig faktor i palliativ fase for pasientenes følelse av trygghet i hjemmesykepleien (Hemberg & Bergdahl, 2019; Ventura et al., 2014; Brown et al., 2011 & Mousing et al., 2018). I en av studiene ble det rapportert at pasientene følte mangel på åpen kommunikasjon med hjemmesykepleierne. De ønsket mer informasjon fra sykepleierne om sin sykdom, hva som skulle skje videre, hvordan håndtere sykdomssituasjon, og hvordan pasienten selv kunne ta del i beslutningene (Ventura et al., 2014). En annen studie fremlegger at pasienter ikke ønsket å bry sykepleierne med sine bekymringer, og holdt de derfor for seg selv. Pasientene hadde behov for å snakke om vanskelige temaer, men ønsket at sykepleierne skulle legge opp til samtale. Videre pekte funn på at pasienten satte pris på sykepleierens tid og evne til å lytte aktivt (Mousing et al., 2018; Broadhurst & Harrington, 2015; Brown et al., 2011). I likhet med denne studien kom det frem at sykepleierens tid til å lytte var essensielt for samhandling med pasienten (Danielsen et al. (2018).

I studien til Gjerberg et al. (2015) rapporterte flere pasienter at temaer som omhandlet livets slutt ikke ble snakket om med sykepleieren. Pasientene fortalte at samtalene omhandlet mer generelle tema, som eksempelvis spørsmål om deres nærmeste. Følgelig kommer et sitat som oppsummerer erfaringene til flere pasienter: «Sykepleierne spør ikke om noe alvorlig sånn sett.. men de spør om hva som gjør meg glad, og om alt er ok..» (Gjerberg et al., 2015). Dette kan ses i sammenheng med en annen studie som viser at sykepleierne forbandt døden med et tabubelagt tema som var vanskelig å snakke om (Groebe et al., 2019). Videre viser forskning at flere pasienter følte at kommunikasjonen med sykepleierne tidvis var manglende. Dette grunnet regelmessig besøk av flere forskjellige sykepleiere, noe som førte til redusert kontinuitet i pleien (Ventura et al., 2014).

4.2.2 Kunnskap og trygghet

Sykepleiernes kompetanse innen palliasjon kan fremme pasientens følelse av trygghet (Danielsen et al., 2018). I flere studier var sykepleiernes kompetanse en avgjørende faktor for å ivareta pasienten ved livets slutt (Karlsson & Berggren, 2011; Danielsen et al., 2018; Gjerberg et al., 2015).

Hjemmesykepleiere med flere års erfaring ytret ønske om å øke kompetansen gjennom å tilegne seg ny kunnskap. Sykepleiere med videreutdanning følte seg tryggere i behandlingen av pasienter i palliativ fase, kontra sykepleiere uten videreutdanning (Danielsen et al., 2018). Flere studier viser at pasientens følelse av trygghet er avgjørende for å kunne skape relasjon med sykepleier (Ventura et al., 2014 & Brown et al., 2011; Karlsson & Berggren, 2011).

4.2.3 Viktigheten av selvbestemmelse

Gjerberg et al. (2015) legger frem funn som peker på at god informasjon og kommunikasjon mellom pasientene og sykepleierne kan legge til rette for pasientens medvirkning i beslutningsprosesser. Dette støttes av Møller & Norlyk (2017) som mener at sykepleiere må involvere pasienten i beslutninger gjennom åpen og respektfull kommunikasjon. Pasientens rett til selvbestemmelse avhenger av respekt fra sykepleier i den palliative fasen. Flere studier fremlegger at sykepleierens tilstedeværelse gav pasientene den tryggheten de trengte for å ivareta sin egen omsorg (Hemberg & Bergdahl, 2019; Karlsson & Berggren 2011). I studien til Brown et al. (2011) ønsket pasientene i større grad å involveres i egen omsorg, for å kunne bevare følelsen av selvbestemmelse. Pasientene hadde sterke ønsker om å bli behandlet som mennesket bak rollen som pasient, uten å stigmatiseres av sykdommen (Brown et al., 2011; Hemberg & Bergdahl, 2019). Funn viser også at pasientens følelse av å kunne medvirke ble redusert hvis de mottok hjemmesykepleie som begrenset daglige gjøremål og mulighet for selvbestemmelse. Flere pasienter kunne til tider oppleve sykepleiere med en travel holdning. Dette førte til at pasientene følte seg underordnede i en grad som gjorde det vanskelig for de å medvirke (Møller & Norlyk, 2017).

5 Diskusjon

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon fremme trygghet til hjemmeboende pasienter i palliativ fase?

5.1 Kommunikasjon med pasienter i palliativ fase

Helsedirektoratet (2015, s. 29) hevder at kommunikasjon danner grunnlaget for hvert møte mellom pasient og sykepleier, og fastslår at sykepleiere derfor trenger særskilt kompetanse i kommunikasjon. Kommunikasjonsferdigheter vil være nødvendig for å forstå pasienten, da kommunikasjon kan bidra til å fremheve detaljer og gi innblikk pasientens helhetlige situasjon (Eide & Eide, 2004, s. 23). Gjerberg et al. (2015) understreker viktigheten av sykepleierens kommunikasjonsferdigheter i palliativ fase. Videre hevdes det at å snakke med pasientene om deres ønsker og behov kan fremme følelsen av verdighet og livskvalitet. Lave kommunikasjonsferdigheter hos sykepleier kan derimot føre til at pasientene unngår samtaler om døden. Evnen til å lytte er derfor en sentral ferdighet hos sykepleier for å få frem pasientens perspektiv og gi pasienten en følelse av trygghet (Heyn, 2018, s. 20; Kristoffersen, 2014, s. 355).

Å lytte aktivt krever at sykepleier er mentalt tilstede når pasienten prater. Ved å lytte til det pasienten sier, gjennom sine valgte ord og kroppsspråk, kan sykepleier oppfatte hint om hva pasienten forsøker å formidle (Kristoffersen, 2014, s. 355). I tillegg til å lytte, er det viktig at sykepleier responderer på det pasienten sier. Ved å gi aktive tilbakemeldinger gjennom å nikke, holde øyekontakt, si «ja», «hm», «akkurat» og liknende, viser sykepleier en lyttende holdning (Kristoffersen, 2014, s. 355). Dette kan sees i sammenheng med funn fra forskning, som viser at pasientene satt pris på sykepleierens evne til å lytte til deres ønsker og behov (Mousing et al., 2018; Broadhurst & Harrington, 2015). Sett i lys av vår problemstilling tolker vi sykepleierens evne til å lytte som svært viktig for pasientens følelse av trygghet, og ser betydningen av vår egen nonverbale formidling. På en annen side anser vi det også hensiktsmessig å tolke pasienten sin nonverbale kommunikasjon, altså ikke bare lytte aktivt til det som blir formidlet, men også til det som blir uttrykt gjennom pasientens kroppsspråk (Eide & Eide, 2004, s. 157).

Med utgangspunkt i overnevnte, ser vi at verbal og nonverbal kommunikasjon er like viktig for å skape den tryggheten som pasienten trenger for å kunne åpne seg, dele sine tanker og følelser. Gjennom velgjørende bruk av nonverbal kommunikasjon kan sykepleier skape tillit og fremme trygghet for pasienten. Dersom sykepleierens kommunikasjon er kongruent vil det verbale stemme overens med det nonverbale. Det er da ikke avstand mellom det sykepleieren sier til pasienten, og det hun uttrykker med ord (Eide & Eide, 2004, s. 157). Dette så vi et tydelig eksempel på i

hjemmesykepleiepraksis hvor kontaktsykepleier satt seg ned, la pasientens hånd i sin og signaliserte et ønske om nærhet. Ansiktet hennes uttrykket ro og interesse, og ut ifra pasientens nonverbale atferd formulerte sykepleieren følgende: «jeg ser du er engstelig». Etterfulgt av dette åpnet pasienten seg om sine bekymringer. Dette er et eksempel på speiling av følelser, men også kongruent kommunikasjon i praksis. Her observerte vi at det ikke var avstand mellom det sykepleier formidlet og det hun uttrykket gjennom sitt kroppsspråk. I denne situasjonen så vi også viktigheten av vår egen nonverbale formidlingsevne, som ble avgjørende for pasientens følelse av vår tilstedeværelse. Det ikke nødvendigvis et entydig samsvar mellom det vi formidler med vårt verbale språk og det vi uttrykker nonverbalt (Finnbakk & Heyn, 2018, s. 169). Utrygghet og mistillit kan oppstå dersom det verbale budskapet ikke stemmer overens med det nonverbale (Eide & Eide, 2004, s. 158). Etter egen erfaring ser vi at dette kan komme til uttrykk i hjemmesykepleien, der arbeidet ofte preges av tidspress. Gjerberg et al. (2015) viser at pasientene holdt tilbake personlige tanker og bekymringer hvis de registrerte at sykepleierne var travle. Dersom forholdene ikke var lagt til rette for samtale, ble det mest alminnelig prat. Ro og trygghet var viktig for at pasientene skulle være mottakelige for samtale. Trolig kan det tolkes at tid var en viktig faktor for samtale med pasienter i palliativ fase, og vi ser viktigheten av å være tilstede for å bygge gjensidig tillit og skape trygghet for pasienten. Når sykepleiere opplever tidspress kan ordene våre ofte uttrykke det motsatte av kroppsspråket. Som et resultat av dette vil pasienten gjerne sitte igjen med en følelse av at «vi ikke har tid», noe som kan føre til at pasienten tilbakeholder informasjon som kan være av betydning for sykepleien. Et slikt inkongruent budskap vil kunne skape mistillit ettersom det nonverbale språket har størst gjennomslagskraft (Eide & Eide, 2004, s. 158). Ut i fra dette ser vi viktigheten av å bevisstgjøre oss på inkongruens i vår egen kommunikasjon, da dette kan være uheldig for samhandling med pasienten. Dessuten kan det tenkes at vi som sykepleiere skaper følelse av usikkerhet for pasienten, som igjen kan skape splid i relasjonen mellom oss (Finnbakk & Heyn, 2018, s. 163).

En vesentlig side ved kommunikasjon er å formidle tilbake til den andre hvordan du har forstått budskapet. For sykepleieren kan det å parafrasere være en god måte å vise pasienten at man lytter og har forstått situasjonen. Dette kan i sin tur føre til at pasienten får en trygg visshet om å bli lyttet til (Eide & Eide, 2004, s. 188). Dersom pasientens egne ord uttales med andre ord av en sykepleier, kan budskapet i tillegg gjøre pasienten mer bevisst på hva den underliggende meningen i utsagnet var (s. 189). I vår praksis i hjemmesykepleien observerte vi flere samtaler mellom pasient og sykepleier der spesielt en situasjon gav stekt inntrykk. Pasienten møtte ikke blikket til sykepleieren, men stirret tomt ut i rommet før han uttalte «jeg er klar for å gi slipp nå». I denne situasjonen

observerte vi at sykepleier nyttet parafrasering hvor hun gjengav det hun hadde forstått med egne ord: «du ønsker å få lov til å dø, er det det du sier?». Pasienten nikkete bekræftende. Ut i fra denne måten å kommunisere på ser vi at parafrasering kan bidra til at samtalens tema kommer tydeligere frem. Sykepleieren setter ord på sin oppfatning av pasientens utsagn, og pasienten gis mulighet til å bekrefte eller avkrefte det sykepleieren oppfattet.

I følge Travelbee (2001, s. 135) skjer kommunikasjon mellom pasient og sykepleier kontinuerlig – gjennom samtale og ved stillhet. Sykepleiere utvikler en følelse for «timing» i pasientsituasjoner når de lærer å kjenne pasienten som individ. Dette innebærer balansegangen mellom når det er riktig å snakke med pasienten og når pasienten bør få være i fred (Travelbee, 2001, s. 141). Likeledes kan pasienten ha samme oppfatning. Slik vi ser det kan dette skape splid mellom partene fordi pasient og sykepleier kanskje ikke forstår hverandre. Dette sees i en studie, hvor pasientene ikke ønsket å bry sykepleierne med sine egne bekymringer, og holdt dem derfor for seg selv. Pasientene hadde behov for å snakke om vanskelige temaer, men ønsket at sykepleierne skulle legge opp til slike samtaler (Mousing et al., 2018). For at pasienten skal ha mot til å snakke om vanskelige tanker, er oppfølging av samme sykepleier over tid viktig (Grov & Wiig, 2018, s. 203). Dessuten må sykepleier invitere pasienten til å samtale gjennom å stille åpne spørsmål. Med utgangspunkt i de to ulike oppfatningene som nevnt overfor, ser vi det hensiktsmessig at sykepleier stiller åpne spørsmål som «Hvordan går det med deg?». Dette kan være betydningsfullt å få frem pasientens perspektiv og stimulerer pasienten til samtale i større grad enn lukkede spørsmål som vil gjøre det vanskelig for pasienten å svare utfyllende (Heyn, 2018, s. 18).

5.2 Viktigheten av kompetanse

Hva skal til for at pasienten skal føle seg trygg hjemme når livet går mot slutten? Sett i lys samhandlingsreformen som har gitt hjemmesykepleiere et økt ansvar de siste årene vil kompetanse blant sykepleierne være av spesielt stor betydning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 14). Sykepleiere er blant dem som har ansvar for å skape trygge rammer rundt hver enkelt pasient. Alle pasienter har krav på å bli møtt av dyktige sykepleiere som bryr seg om hver enkelt sin situasjon (Brenne & Estenstad, 2016, s. 166; Fjørtoft, 2016, s. 213). Helsedirektoratet (2019, s. 147) understreker at pasienter i palliativ fase bør ha tilgang til kompetent hjelp fra hjemmesykepleien hele døgnet. Sykepleieren trenger dessuten både faglig- og personlig kunnskap for å kunne gi pasienten individuell og forsvarlig sykepleie (Fjørtoft, 2016, s. 215-19).

Når en pasient i palliativ fase velger å være hjemme, spiller sykepleieren en sentral rolle for at pasienten skal føle seg trygg (Fjørtoft, 2016, s. 81). Dette sees også i studien til Danielsen et al. (2018) hvor sykepleiernes kompetanse var en avgjørende faktor for å kunne ivareta pasientene på best mulig måte ved livets slutt. En annen studie viser at i tilfeller der sykepleierne var faglig bevisst i sin rolle, stolte pasientene på dem og følte seg trygg i omsorgen som ble gitt. Imidlertid oppstod bekymring og usikkerhet før sykepleiernes hjemmebesøk, da ikke alle hadde disse faglige ferdighetene (Karlsson & Berggren, 2011). Sykepleiere med videreutdanning følte seg tryggere i behandlingen av pasienter i palliativ fase, kontra sykepleiere uten spesialkompetanse innen palliasjon (Danielsen et al. 2018). Den andre studien fremlegger viktigheten av sykepleiernes faglige kunnskap, erfaring og refleksjon. Disse komponentene var sentral for å kunne tilrettelegge for palliasjon i hjemmet. Sykepleierne forsøkte å øke sin kompetanse gjennom å dele arbeidserfaring og reflektere gjennom samtaler med annet helsepersonell (Røgenes et al., 2013). Sett ut i fra dette ser vi viktigheten av å øke egen kompetanse gjennom å reflektere over egne erfaringer og delta i diskusjoner med andre sykepleiere. I praksis har vi som studenter tatt del i flere faglige diskusjoner, og dermed fått mulighet til å lære av sykepleierne sine erfaringer og øke vår forståelse. Fra vårt perspektiv anser vi kontinuerlige samtaler mellom sykepleiere som hensiktsmessig for å kunne øke fagkunnskapen. Røgenes et al. (2013) støtter opp under dette, og peker på at erfaring kan fremme faglig trygghet og være betydningsfullt for sykepleierens møte med nye situasjoner.

I følge Fjørtoft (2016) er det en særlig utfordring å sikre kontinuitet i hjemmesykepleien. Kontinuitet forutsetter at hver pasient skal få riktig hjelp til rett tid (Fjørtoft, 2016, s. 187). En utfordring som kan ses i hjemmesykepleien er når pasientene må forholde seg til flere ansatte, hvor det i perioder kan være stadig nye personer som kommer hjem til dem. Sett fra pasientens perspektiv kan dette være en uheldig situasjon, da de ofte ønsker en stabil gruppe med kjente sykepleiere (Birkeland og Flovik, 2018, s.74). Dette kan sees i sammenheng med Ventura et al. (2014) hvor det blir fremlagt at enkelte pasienter opplevde redusert kontinuitet i pleien når flere forskjellige sykepleiere tok del i pasientens palliative forløp. Som et resultat ble det som allerede hadde blitt sagt og gjort av noen sykepleiere, stadig gjentatt overfor pasienten av andre sykepleiere. I praksis har vi opplevd liknende situasjoner hvor enkelte pasienter har uttrykt frustrasjon over at informasjonen mellom sykepleierne ikke har blitt videreformidlet. Det kan være utfordrende for pasienten å skape relasjoner med stadig nye sykepleiere involvert i eget hjem. Funnene i studien til Ventura et al. (2014) er svært viktig for å bevisstgjøre oss på våre holdninger hva som er viktig for pasientene. Som sykepleiere i

hjemmetjenesten møter vi pasienter som er sårbare og avhengig av bistand. Vi entrer deres hjem og kan gjennom vår væremåte formidle trygghet eller utrygghet. Dette gir sykepleier en form for makt, og desto mer ansvar for hvordan denne makten håndteres. Som sykepleiere har vi ansvar for å beskytte og ta vare på pasientene, slik at de ikke trenger å være bekymret for å bli ydmyket eller overstyrt (Fjørtoft, 2016, s. 138). Videre kan tiltak som bedrer kontinuitet også bety mye for pasientens følelse av tilfredshet. Pasienten bør derfor følges opp av faste sykepleiere for å sikre kontinuitet i den palliative fasen (Brenne og Estenstad, 2016, s. 168). Dette underbygges av Danielsen et al. (2018) som forklarer at ved å ha en pasientansvarlig sykepleier, skapes det mer kontinuitet og tryggere rammer for pasienten. Dette kan sees i sammenheng med våre egne erfaringer fra praksis hvor det har vist seg å være hensiktsmessig for pasienten å ha en fast sykepleier å forholde seg til. Faste sykepleiere som følger opp pasienten vil i større grad ha kjennskap til deres situasjon. Dessuten understrekes dette av Fjørtoft (2016, s. 210-211), som mener at en pasientansvarlig sykepleier er et viktig tiltak for å kunne sikre at pasienten føler seg trygg og ivaretatt. Sett ut ifra dette kan kontinuitet være et viktig moment for å skape tillit.

I hjemmesykepleie praksis har vi sett viktigheten av sykepleiernes evne til å formidle informasjon. Sykepleier må klare å bringe frem såre og vanskelige tema med pasienten. Her vil sykepleierens måte å kommunisere på være avgjørende. Det er viktig at sykepleieren tilpasser informasjonen etter pasientens personlige forutsetninger på en hensynsfull måte. Dette innebærer å skape tillit gjennom å lytte til pasientens egen opplevelse og informere i den grad pasienten ønsker det (Helsedirektoratet, 2018, s. 5). Gjennom praksis med pasienter i palliativ fase har vi både sett og erfart hvor utfordrende det kan være å samtale med dem om utfordringer i tiden fremover. I tillegg har vi kjent på følelsen av å ikke ha tilstrekkelig erfaring for å kunne gi pasientene den informasjonen de ønsker. Dette kan sees i sammenheng med studien til Groebe et al. (2019) hvor sykepleierne rapporterte om usikkerheten rundt temaer om livets slutfase.

5.3 Å se mennesket bak pasienten

Sykepleierens evne til å informere er fundamental for pasientens rett til selvbestemmelse i palliativ fase (Helsedirektoratet, 2019, s. 16). I Helse- og omsorgstjenesteloven (1999, § 3-1) blir det fremlagt at hver enkelt pasient har rett til å delta i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Dette er i tråd med prinsippet om «respekt for pasientens autonomi», som blant annet beskriver pasientens

rett til informasjon om egen situasjon og til å delta i beslutninger som omhandler seg selv (Kristoffersen, 2014, s. 346). Forskningen til Isaacson og Minton (2018) understreker dette, hvor sykepleierne anerkjente viktigheten av sin rolle som informanter til pasienter i palliativ fase. Likevel kom det frem i forskningen til Brown et al. (2011) at pasientene i større grad ønsket å involveres i egen omsorg for å kunne bevare følelsen av selvbestemmelse. Som sykepleiere ser vi viktigheten av å ha respekt for pasientens rett til medvirkning og alltid integrere dette som en del av vår yrkesutøvelse.

Informasjon er noe som kan hemme eller fremme pasienters følelse av trygghet, og er avgjørende for pasientens opplevelse av selvbestemmelse. Dersom sykepleiere viser åpenhet og trygghet rundt temaet palliasjon, kan det fremme pasientenes mulighet til å bringe sin egen forståelse på banen (Haugslett, 2009). Dette støttes av Groebe et al. (2019) hvor det hevdes at åpen kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er viktig for å fremme trygghet og opprettholde selvbestemmelsen ved livets slutfase. Det overnevnte studiet viser at selvbestemmelse er et sentralt aspekt for hjemmeboende pasienter da det er nært knyttet til opplevelsen av trygghet. Sett ut ifra teorien til Travelbee (2001, s. 119) tolker vi det som viktig at sykepleierne opptrer med ydmykhet overfor pasientene, slik at de får mulighet til å medvirke. Disse faktorene anser vi også som essensielle for pasientens opplevelse av trygghet.

Pasientens selvbestemmelse krever at sykepleierne setter verdighet og respekt i fokus. Pasienten bør sees på som et individ og bli involvert i beslutninger gjennom åpen og respektfull kommunikasjon (Møller & Norlyk, 2017; Gjerberg et al., 2015). En hemmende faktor for selvbestemmelse kan tre frem dersom hjemmesykepleier opptrer styrende og avgjør hva som er best for pasienten. Flere studier antyder at pasienter kan oppleve at deres selvbestemmelse blir truet under mottakelse av sykepleie i eget hjem. Pasientene beskrev en følelse av mindreverdighet hvis de mottok hjemmesykepleie som begrenset deres mulighet for selvbestemmelse (Møller & Norlyk, 2017; Ventura et al., 2014; Brown et al. 2011).

Dessuten følte pasientene seg underordnet når sykepleierne hadde en travel holdning, noe som gjorde det vanskelig for pasientene å medvirke. En følelse av å «miste kontroll over eget liv» ble

beskrevet av en gruppe pasienter som mottok hjemmesykepleie daglig (Ventura et al., 2014). Dette kan tolkes i sammenheng med studien til Møller og Norlyk (2017), hvor pasientene fortalte om situasjoner der de følte at deres meninger ikke alltid ble hørt, og at de måtte innfinne seg etter sykepleierens valg og beslutninger. Samme oppfatning sees igjen i Brown et al. (2011) der flere pasienter ønsket å få bistand fra hjemmesykepleierne, men helst når de selv følte behov for det. Likevel opplevde pasientene at sykepleierne tidvis tok kontroll over deres situasjon. Vi kan på mange måter si at funnene i disse studiene er i strid med Travelbee (2001, s. 140), som mener at sykepleier må møte, respektere og oppfatte det unike med hver enkelt pasient. Med dette i tankene tolker vi overnevnte situasjoner som krevende for både pasient og sykepleier, ettersom balansen mellom å yte helsehjelp kan komme i konflikt med pasientens følelse av medvirkning. Som sykepleiere skal vi etterstrebe det å fremme pasientenes mulighet for selvbestemmelse, fremfor å ta egne valg på pasienten sine vegner (Kirkevold, 2016, s. 109). Likevel er det ikke alltid slik at resultatet av sykepleierens handling oppfattes som god for pasienten, selv om formålet var ment til det beste for pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2014, s. 115). Dersom sykepleieren ikke handler etter pasientens ønsker og forutsetninger, kan forsøket på å hjelpe oppleves som krenkende for pasienten. (Thorsen, 2014, s. 119).

Alle mennesker har et iboende behov for- og ønske om trygghet. Ivaretagelse av pasientens helhet er derfor sentralt i utformingen av sykepleien (Lillevik og Øien, 2013, s. 158). Å forstå pasientenes perspektiv er betydningsfullt (Mousing et al., 2018). Flere studier viser at pasienter har et sterkt ønske om å bli behandlet som mennesket bak rollen som pasient (Brown et al., 2011; Hemberg & Bergdahl, 2019). Det er viktig at pasientene får ta del i beslutninger som omhandler dem selv, særlig da de er i en sårbar situasjon preget av sykdom og økt hjelpebehov (NOU 2016:17, s. 13). Pasientenes følelse av trygghet kan i tillegg utfordres når de får behov for hjemmesykepleie (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50). Dersom sykepleier overser personen «bak» utfordringene, kan selvbestemmelsen trues og pasienten kan føle seg som et objekt eller et sett med arbeidsoppgaver. Dessuten kan det også virke krenkende om sykepleierne uttrykker at de kjenner pasientens muligheter og behov, bedre enn pasienten selv (Kirkevold, 2016, s. 100). Travelbee (2001, s. 140) forklarer at sykepleieren må være i stand til å sette pasienten i fokus. Dette innebærer å se det unike mennesket under merkelappen «pasient». I praksis opplevde vi at pasientene satt pris på da sykepleierne inkluderte dem i beslutninger som omhandlet dem selv. Vi må alltid ha i tankene at hver enkelt pasient har sin historie, en «bagasje» fylt med erfaringer som former det unike mennesket. I lys av Travelbee (2001,

s. 65) ser vi på det som avgjørende å se pasienten som helhet - med egne meninger, ønsker og behov. Det handler om respekt for pasientens verdighet: å bekrefte og respektere pasienten som et unikt menneske (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014, s. 24).

6 Konklusjon

God kommunikasjon mellom pasient og sykepleier har stor betydning for pasientens følelse av trygghet. Kommunikasjon danner grunnlaget for møtet mellom pasient og sykepleier. Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter er derfor avgjørende for å forstå pasientens helhetlige situasjon. Evnen til å lytte aktivt er en sentral ferdighet for å få frem pasientens perspektiv og gi pasienten en følelse av trygghet. Det er viktig at sykepleier skaper trygge rammer for pasienten, da nærhet og omsorg vil ha stor betydning i den palliative fasen. Erfaring, kunnskap og god kommunikasjon mellom sykepleierne bidrar til å sikre kontinuitet, og er betydningsfullt i møtet med pasienter i palliativ fase. Å forstå pasientens perspektiv og se mennesket bak rollen som pasient er viktig i utøvelsen av sykepleie. Vi kan si at åpen kommunikasjon, ivaretagelse av pasientens verdighet og selvbestemmelse er vesentlig for pasientens følelse av trygghet. Ut i fra forskning og teori ser vi at det kan være krevende å snakke om livets slutt – både for pasient og sykepleier. Vi mener at sykepleiere bør ha et økt fokus på denne barrieren i sin yrkesutøvelse, og at de stadig bør etterstrebe å forbedre seg. Det er ikke alltid enkelt å kommunisere, men det er noe en konstant kan forbedre seg på.

Litteraturliste

- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm.
- Brenne, A-T. & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utgave, s. 166-168). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Broadhurst, K. & Harrington, A. (2015). A mixed method thematic review: the importance of hope to the dying patient. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), 18–32.
<https://doi.org/10.1111/jan.12765>
- Brown, H., Johnston, B. & Östlund, U. (2013). Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*, 16(5), 238–245.
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.5.238>
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Danielsen, B.V., Sand, A.M., Rosland, J.H. & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in homebased palliative care – a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 1- 13. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Eide, H. & Eide, T. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Finnbakk, E. & Heyn, L. G. (2018). Kommunikasjon med eldre personer og pasienter i ulike situasjoner. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 163-169). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Groebe, B., Rietz, C., Voltz, R. & Strupp, J. (2019). How to Talk About Attitudes Toward the End of Life: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 36(8), 697-704.
<https://doi.org/doi: 10.1177/1049909119836238>

- Grov, E. K. (2016). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2 utgave, s. 523). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grov, E. K & Wiig, H. S. (2018). Kommunikasjon med pasienter i palliativ livsfase. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 196- 224). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hemberg, J. & Bergdahl, E. (2019) Cocreation as a Caring Phenomenon Nurses' Experiences in Palliative Home Care. *Holistic Nursing Practice*, 33(5), 273–284. <https://doi.org/doi:10.1097/HNP.0000000000000342>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen: Nasjonalfaglige retningslinjer* (IS-2800). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase?fbclid=IwAR2vTHEqoejyha5gT1WUYMI1XPbCISlcdm0sCL_NVQe-ARcg5GA02FCcXz8
- Helsedirektoratet. (2018). *Lindrende behandling i livets slutfase: Nasjonale faglige råd*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase?fbclid=IwAR0Ee5QtAS_Q3VC9BIURMVysT8ZDus0od7ZC0KmlzV6NTIAzdwLsVN4IWKg
- Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene* (IS-2278). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_dir_palliasjonsrapport_160315.pdf
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/2.kjennetegn-ogutfordringer/kommunikasjon>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Lindrende behandling og omsorg*. (Meld. St. nr. 24 (2019-2020)). Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/52d05db7090c411abc7a3f4d47124119/no/pdfs/stm201920200024000dddpdfs.pdf?fbclid=IwAR0McU54rEi_T6DYZILi7yHy2D0s6RvN1XPLebNCFY7evXveXuTjAfBFELo

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf?fbclid=IwAR2_1dAs7MOvYVltOglfhws18w340G3VK53G1ZPZ5XsZKl61f0-xEwgxq7A

Helse- og omsorgstjenesteloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter?. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13-22). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Isaacson, M. J. & Minton, M. E. (2018). End-of-Life Communication: Nurses Cocreating the Closing Composition With Patients and Families. *Advances in nursing science*, 41(1), 2-17. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000186>.

Karlsson, C. & Berggren, I. (2011). Dignified end-of-life care in the patients' own homes. *Nursing Ethics*, 18(3), 374-385. <https://doi.org/10.1177/0969733011398100>

Kristoffersen, N. J. (2014). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F., Nortvedt & E-A, Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2 utgave, bind 3, s. 346-355). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2014). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F., Nortvedt & E-A, Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2 utgave, bind 1, s. 115). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, P. & Skaug, E-A. (2014). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F., Nortvedt & E-A, Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2 utgave, bind 1, s. 115). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lyles, E. W., Goldsmith, J., Ferrell, B & Ragan, S. L. (2013). *Communication in palliative nursing*. New York: Oxford University Press

Mousing, C, A., Timm, H., Kirkevold, M. & Lomborg, K. (2018). Receiving home care and communicating about COPD-related concerns and palliative care. *Nordisk sygeplejeforskning*, 8(2), 107- 121. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/issn.1892-2686-2018-02-03>

Møller, A. F. & Norlyk, A. (2017). Ældre patienters opplevelse av selvbestemmelse, når de modtager sygepleje i eget hjem – en fænomenologisk-hermeneutisk undersøgelse. *Klinisk Sygepleje*, 31(4), 257-272. <https://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2017-04-03>

Norsk senter for forskningsdata [NSD]. (2019). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile?fbclid=IwAR16YHBNDwE-V8jUem7mCI5Dog1A6a0u4RplHZ4oX-PAwZWJcXbqXRguOBU>

NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død: palliasjon til alvorlig syke og døende*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf?fbclid=IwAR0vZ6BBI2PQBvWFV_vx7yq9NbYS2l0iIJNbT8FlumK9Mqisi0XJJsKDvtw

Travlebee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Thidemann, I – J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Røkenes, H. O. & Hanssen, P – H. (2013) *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjoner i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Søk og Skriv. (2017). Kvalitative vurderinger. Hentet fra https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/kildevurdering/kvalitative-vurderinger/#Fagfellevurdering_peer_review

Ventura, A.D., Burney, S., Brooker, J., Fletcher, J. & Ricciardelli, L. (2014). Home-based palliative care:
A systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers.
Palliative medicine, 28(5), 391-402. <https://doi.org/10.1177/0269216313511141>

Vedlegg 1

Søk i databaser

<i>Søkeord</i>	<i>Treff</i>	<i>Leste abstrakt</i>	<i>Inkluderte studier</i>
Nurse* AND palliative care AND home care	644	11	4
Palliative home care* AND communication* AND safety*	41	15	1
Palliative care* AND home care AND communicating	50	12	2
Patient nurse relationship AND communication* AND safety OR dignity	3929	22	2



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Terese Bjordal		

Deltaker

Naun:	Renate Stadheim
Kandidatnr.:	347
HVL-id:	573493@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	30		
Antall ord *:	8966		
Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei