



## **FORSIDEARK**

TIL BRUK VED ALL INNLEVERING AV STUDIEKRAV I  
VIDEREUTDANNINGER VED HØYSKOLEN DIAKONOVA

Fylles ut av studenten:

### **Del 1**

<b>Videreutdanningens navn:</b>	<b>(kryss av):</b>
Videreutdanning i sykepleie til pasienter med kreftsykdom	Heltid: X Deltid:
Videreutdanning i sykepleie til pasienter med nyresykdom	
Helsesøsterutdanning	
Videreutdanning til hygienesykepleier/smittevernrådgiver	
Årsstudiet i kristen sjelesorg	

<b>Studentens kandidatnummer:</b>	713
-----------------------------------	-----

### **Del 2**

<b>Veileders navn:</b>	Mardon Breimoen
<b>Tittel på studiekravet:</b>	Fordypningsoppgave i form av artikkel
<b>Kull:</b>	Heltid 2013
<b>Semester og år:</b>	Vår 2014
<b>Tidspunkt og dato for innlevering:</b>	Kl: 1300 Dato: 04.04.2014
<b>Antall sider vedlagt dette forsidearket:</b>	16 sider vedlagt
<b>Antall ord:</b>	2806 ord

Fylles ut av lærer:

Eventuelle tilbakemeldinger fra lærer:

# **Hvordan kan kreftsykepleier ivareta pårørende til pasienter med endret kognitiv funksjon som følge av hjernesvulst?**

## **Abstrakt**

**Bakgrunn:** Pårørende til pasienter med hjernesvulst står overfor mange utfordringer relatert til kreftsykdommen. De er en viktig ressurs for den kreftrammede og med effektivisering av dagens helsevesen stilles det større krav til de pårørende.

**Hensikt:** Å finne ut hvilke utfordringer de pårørende til pasienter med endret kognitiv funksjon som følger av hjernesvulst står overfor og hvordan kreftsykepleier kan ivareta de pårørende.

**Metode:** Det er utført et systematisk litteratursøk for å finne relevant forskning innen fagfeltet. Litteraturen har i hovedsak blitt hentet fra databasene CINAHL og MEDLINE.

**Resultat:** Pårørende står overfor nye utfordringer som følger av en ny hverdag. Denne hverdagen preges av stress, de føler seg isolert, det oppstår endrede roller i familien og de opplever en følelse av tap av sin kjære.

**Konklusjon:** Kreftsykepleier må hjelpe pårørende i retning av å mestre situasjonen. Dette kan gjøres gjennom telefonkontakt med en spesialsykepleier, samt å delta i støttegrupper sammen andre i lik situasjon.

**Nøkkelord:** Hjernesvulst, Pårørende, Mestring, Utfordringer

## **How can a specialist nurse in oncology, provide support for the caregivers of patients with a change of cognitive function from brain cancer?**

### **Abstract**

**Background:** Caregivers of patients with brain neoplasm are facing several challenges related to the cancer disease. They are an important resource for the cancer patient, and with the efficiency of today's healthcare system, more support is required from the caregivers.

**Objective:** To examine which challenges the caregivers of patients with a lack in cognitive function from brain neoplasm are faced with, and how a specialist nurse in oncology can provide support to the caregivers.

**Method:** A systematic research has been made to find relevant research-based literature. The literature has mainly been found in the search bases CINAHL and MEDLINE.

**Results:** Caregivers are facing new challenges dealing with a new everyday life. It is characterized by stress, they feel isolated, there are new roles in the family and they feel loss of their loved one.

**Conclusion:** A specialist nurse in oncology needs to help the caregivers to cope with the new situation. This can be done by having contact with a specialist nurse over telephone, and by participate in support groups.

**Key words:** Brain neoplasm, Caregivers, Coping, Challenges

## **1.0 Introduksjon**

### **1.1 Bakgrunn**

Ved alvorlig sykdom, søker vi mennesker støtte, hjelp og trøst hos våre nærmeste. Pårørende blir som en støttespiller i alle faser av sykdommen og uforutsigbarheten som følger med situasjonen skaper ofte bekymringer og utfordringer. Med effektivisering av dagens helsetjenester, får man stadig kortere sykehusopphold, og det meste av behandlingen skjer poliklinisk eller i hjemmet. Pårørende må altså takle den nye hverdagen og alle utfordringene den medbringer. Den nye rollen kan medføre sårbarhet hos pårørende og behovet for støtte og hjelp dukker ofte opp (Grov, 2010).

I følge kreftstatistikken utgjorde svulster i sentralnervesystemet (CNS svulster) om lag 900 ny tilfeller i Norge i år 2011. Dette er til sammen ca 3 % av alle nye krefttilfeller hos voksne (NORDCAN, 2013). Pårørende til denne pasientgruppen står ikke bare overfor kreftrelaterte symptomer med sykdommen, men de må også håndtere de kognitive forandringene som følger med. Dette fører ofte til at de pårørende har et behov for støtte og informasjon (McConigley, Halkett, Lobb, & Nowak, 2010).

Pårørendes rettigheter er nedfelt i lovverk og i følge pasientrettighetsloven § 3-3 står: Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes (Pasientrettighetsloven, 1999).

### **1.2 Problemstilling**

Jeg har i min tidligere praksis arbeidet med denne pasientgruppen og sett hvordan de pårørende følger sine kjære gjennom sykdomsforløpet. Ved å arbeide med denne oppgaven

ønsker jeg å tilegne meg nye kunnskaper, samt å skape en større bevissthet rundt de pårørende.

I følge nasjonal strategi for kreftområde er pårørende en svært viktig ressurs for den kreftrammede. Det er derfor viktig at det legges til rette for at pårørende kan utføre sin støtte (Kreftstrategien, 2008). Det ”å se pårørende” er å vise at man ivaretar pasienten, ved å påta seg faglig ansvar og behandler de pårørende som samarbeidspartnere (Sand, 2001).

I denne artikkelen ønsker jeg å belyse: Hvordan kan kreftsykepleier ivareta pårørende til pasienter med endret kognitiv funksjon som følge av hjernesvulst?

For å kunne svare på dette må jeg først finne ut hvilke utfordringer pårørende står ovenfor i en slik situasjon, for deretter å kunne ivareta de.

### **1.3 Avgrensning**

Det er viktig for helsepersonell å kartlegge hvordan pasienten og pårørende kan støttes for å øke livskvaliteten (Sandring, 2010). Jeg har avgrenset oppgaven ved å forholde meg til pårørende av pasienter med hjernesvulst. De pårørende er ofte i en dyp krise men hverken tør eller kan tenke på seg selv, og mange sliter seg derfor ut (Sandring, 2010). Jeg velger kun å se på de utfordringene som oppstår ved kognitiv endring. Disse symptomene kan oppstå i form av endret humør, endret mental kapasitet og redusert evne til konsentrasjon (Lote, 2010). Jeg forholder meg til den voksne gruppen av pårørende og pasienter. Jeg velger å se bort i fra det tverrfaglige nettverk som jeg går ut i fra allerede eksisterer rundt denne gruppen pasienter og pårørende. Ulike begreper vil bli definert fortløpende i teksten.

## **2.0 Metode**

Denne artikkelen bygger på en litteraturstudie og jeg har i mitt arbeid foretatt et litteratursøk for å finne relevant litteratur innen fagfeltet. Det er litteraturen som sørger for linjene bakover, som hjelper oss å se sammenhenger og utviklingstrekk (Dalland, 2007). Jeg har benyttet meg av primærkilder i form av originalartikler, samt noen sekundærkilder i form av bøker.

### **2.1 Kildesøk**

Det innledende litteratursøk har som mål å skaffe et bilde av det som allerede eksisterer av litteratur på det gjeldende fagfeltet (Dalland, 2007). Ved å søke etter primærkilder har jeg bruk ulike databaser ved helsebibliotekets nettsider. Jeg endte med å benytte databasene CINAL og MEDLINE. Disse gav flest treff på mine nøkkelord, som har vært Brain neoplasms, Caregivers, Family, Cancer, Nurse, Cognitive, Complications og Spouses. Jeg har brukt engelske søkeord, da databasene er engelskspråklige. Søkeordene har jeg kombinert på ulike måter og avgrenset til publisert etter år 2000. Til sammen har jeg valgt å bruke 6 artikler. Å se litteraturens relevans og gyldighet i forhold til problemstillingen, er selve hensikten med å være kildekritisk (Dalland, 2007).

### **2.2 Kildekritikk og Kildevurdering**

Dalland, 2007 beskriver kildekritikk som de metodene man bruker for å fastslå om en kilde er sann, den skal også vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til det kildematerialet som blir anvendt.

De forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i denne artikkelen er først og fremst vurdert ut i fra relevans i forhold til mitt tema. Alle er engelskspråklige. To av studiene er utført i Sverige, en fra Canada, en fra Australia og to fra USA. Alle er kvalitative studier i form av intervju og

analyse av grupper. Antallet deltakere er fra 5-238 stykker. I en av studiene kommer det fram at noen av deltakerne ikke fullfører undersøkelsen og i flere kommer det fram at de har måttet gjennomføre intervju over telefon av ulike grunner. Ingen av studiene kommer fra Norge, men jeg mener likevel de er relevante til mitt formål, som i dette tilfellet er å ivareta pårørende og at mye av stoffet er overførbart til Norsk praksis.

### **3.0 Funn**

De funnene som jeg har gjort i mitt litteratursøk skaper rammeverket rundt oppgaven og blir tatt med videre inn i drøftingen.

Forskning har vist at ektefeller av pasienter med hjernesvulst går gjennom flere perioder av krise, relatert til deres syke partner. Dette er i hovedsak på grunn av pasientens kognitive svikt, da sjansene er mindre for at man skal takle sorgen og tapet sammen. Det å kunne dele bekymringer og angst er svært begrenset (Wideheim, Edvardsson, Pahlson, & Ahlstrom, 2002).

#### **3.1 Stress og isolasjon**

Ved å få diagnosen hjernesvulst medfølger det ofte dårlige prognoser og kort forventet levetid. Dette gir økt stressnivå og redusert livskvalitet hos de pårørende (McConigley et al., 2010). Mye tid brukes på å søke informasjon rundt diagnosen, da de har lite kunnskap om de fysiske og psykiske endringene. Dette øker stressnivået (Kanter, D'Agostino, Daniels, Stone, & Edelstein, 2014).

Forskning viser at pårørende opplever stress av flere faktorer. Det har blitt rapportert at de har følt seg hjelpeløse, finansielt stresset, og isolert når de skulle takle denne byrden (Kanter et

al., 2014). Upassende oppførsel som kan være et symptom, er ofte en medvirkende årsak til at man begrenser sosiale aktiviteter, og pårørendes ansvar i hjemmet øker ofte som et resultat av dette (Hricik et al., 2011). Pårørende tilbringer mindre tid sammen venner og kjente for å kunne være tilgjengelig til å hjelpe pasienten i hverdagen (Wideheim et al., 2002).

Pasientene greier ofte ikke å delta intellektuelt som de har gjort tidligere. De pårørende må derfor ta avgjørelser knyttet til behandlingen som ofte kan oppfattes som veldig stressende. Når denne ansvarsendringen er foretatt, blir det nye roller i familien (McConigley et al., 2010). For at pasienten skal få best mulig pleie og omsorg må pårørendes opplevelse av stress og byrde minimaliseres (Hricik et al., 2011).

### **3.2 Endret rolle og tap**

Å få diagnosen hjernesvulst er et vendepunkt hvor alt forandrer seg veldig raskt (McConigley et al., 2010). Pasientens kognitive forandringer, fører til endrede roller og forhold i familien (Wideheim et al., 2002). På bakgrunn av pasientens funksjon og adferdsendring, kommer behovet for å etablere nye rutiner i hjemmet. Dynamikken mellom pasient og pårørende forandres, og familieforholdet blir ofte forsterket, fordi prioriteringer endres. Som ved all annen forandring av normal funksjon, er pasient og pårørende tvunget til å innse at disse forandringene må aksepteres som den nye normalen og forandringene de foretar er nødvendige (Hricik et al., 2011).

Mange av pasientene har så store kognitive forandringer og funksjonssvikter at de ikke lengre er i arbeid (McConigley et al., 2010). Forandringene påvirker pasientens mulighet til å opprettholde sin tidligere rolle i familien. Pårørende blir derfor ofte nødt til å påta seg flere roller for å oppnå stabilitet i husholdet (Hricik et al., 2011). Pasienten greier ikke å ha et



vanlig aktivt liv som før, og mange pårørende må redusere arbeidstiden på grunn av dette (McConigley et al., 2010). Ved å ta fri fra jobb for å kunne være tilgjengelig for den syke i hverdagen, fører dette i noen tilfeller til økonomiske problemer (Wideheim et al., 2002). Det oppleves forandringer i forholdet, familieopphevelse, endringer i arbeid og status (McConigley et al., 2010).

For mange pårørende resulterer de kognitive endringene og de fysiske nedsettelsene til at de opplever et "tap av personen de kjenner". De har vansker med å huske den personen de engang forelsket seg i (Kanter et al., 2014).

### **3.3 Mestring**

Kognitive forandringer som inkluderer hukommelsestap, dårlig resonnement, konsentrasjonsvansker, språkvansker og å utføre flere oppgaver samtidig, kan ofte være en utfordring. Pårørende må takle depresjon og andre negative følelser og tanker, noe som kan være en større utfordring enn den fysiske pleien. I en studie kom det fram at de pårørende som forstod at adferds- og personlighets- forandringene som oppstod ikke var noe pasienten kunne kontrollere selv, hadde lettere for å finne måter å mestre. Dette inkluderer aggressiv og impulsiv oppførsel (Schubart, Kinzie, & Farace, 2008).

Pårørende har rapportert at de er bedre rustet til å mestre når pasienten er klar over situasjonen og aksepterer deres sykdom, samt setter pris på deres arbeid. Andre faktorer som virket positivt på pårørendes mestringsevne var å ha et støttende sosialt nettverk, tidlig tilgang til informasjon og hjelp fra andre i de vanskelige tidene (Hricik et al., 2011).

I Sverige deltok 16 pasienter og deres pårørende i en studie for å finne ut hvordan de responderte på å ha telefonisk kontakt med en spesialsykepleier. En slik spesialsykepleier er en som har ekstra interesse og kunnskap innenfor en spesiell pasientgruppe.

Spesialsykepleieren kom med tilleggsinformasjon om sykdommen, behandling og avtaler ved sykehuset. Hun assisterte ved legekonsultasjoner og skaffet nye avtaler, i tillegg til at hun var til stede under planlegging av pleien, la fram medisinske råd, opprettholdte kontakten og sørget for støtte hos pasienten og pårørende (Spetz, Henriksson, Bergenheim, & Salander, 2005).

Kanter et al. (2014) gjorde en studie hvor 238 pårørende deltok i støttegruppesamtaler, hvor de diskuterte vanskeligheter med kognitive forandringer inkludert hukommelse, forståelse og evne til å ta avgjørelser. Pårørende snakket om hvordan de takler vanskelig oppførsel, som personlighetsforandring, humørsvingninger, sinne, irritasjon og aggresjon. De lagde strategier til å takle usikkerheten ved å prioritere og å leve i øyeblikket. Pårørende lagde seg mestringsstrategier som å innse og akseptere diagnosen, gjennom sosial støtte og humor, samt andre distraksjoner (Kanter et al., 2014).

## **4.0 Diskusjon**

Som jeg nevnte innledningsvis, er pårørendes rettigheter nedfelt i Pasientrettighetsloven § 3-3 (Pasientrettighetsloven, 1999). Med ca 900 nye tilfeller av CNS svulster årlig i Norge (NORDCAN, 2013), kan man tenke seg hvor mange pårørende som rammes av uforutsigbarhet, utfordringer og bekymring. Som nevnt tidligere med effektivisering av dagens helsetjenester, fører dette til en ny hverdag (Grov, 2010). Dette bringer meg til artikkelens utgangspunkt som var: Hvordan kan kreftsykepleier ivareta pårørende til pasienter med endret kognitiv funksjon som følge av hjernesvulst?

Ved at vi nå har funnet forskning som viser hvilke utfordringer denne gruppen pårørende står ovenfor, har det gitt oss utgangspunktet for hvordan vi kan ivareta de, da ved å hjelpe de i retning av å mestre situasjonen.

#### **4.1 Stress og isolasjon**

Hjernesvulst resulterer før eller siden til fysiske og mentale mangler som kan forandre pasientens personlighet, prognose og utfall som kan føre til stress for familien (Spetz et al., 2005). Men hva er stress? Stress kan defineres som en subjektiv opplevelse av å være under press i en slik grad at det oppleves som belastende, ubehagelig eller plagsomt anmasende (Leksikon, u.å). Så hvorfor opplever de pårørende stress?

Mangel på informasjon er en stressfaktor. Det kan være vanskelig for pårørende å skaffe informasjon da de ikke vet hvilke spørsmål de skal stille. Informasjonsbehovet er stort og det er essensielt at informasjonen er delt slik at de har mulighet til å tilpasse seg før mer informasjon introduseres (McConigley et al., 2010). Vi vet at med dagens teknologi finnes det mye informasjon tilgjengelig for pårørende, men dette er ikke alltid god informasjon.

Forskning har vist at pårørende bruker alle kilder for å finne informasjon, både helsevesen, venner, familie og internett. De vil være forberedt på hvilke symptomer/forandringer som oppstår, og de vil vite hvordan de skal takle pasientens depresjon, personlighetsforandringer, aggresjon eller ekstreme oppførsel (Schubart et al., 2008). Denne informasjonen bør jo helsevesenet kunne gi?

Forskning viste også at pårørendes opplevelse av stress og byrde må minimaliseres for å gi god pleie og omsorg til pasienten (Hricik et al., 2011). Men hvordan kan en kreftsykepleier

hjelp de pårørende til å redusere opplevelsen av stress? For de pårørende viste forskning at uvitenheten rundt pasientens fysiske og psykiske endringer, var med på å øke stressnivået (Kanter et al., 2014). En spesialsykepleier med telefonkontakt som kan komme med tilleggsinformasjon om sykdommen, behandling og avtaler ved sykehuset kan være til nytte (Spetz et al., 2005).

Isolasjon er også en stressfaktor, ved at pårørende må takle denne byrden alene (Kanter et al., 2014). Hvorfor føler de seg isolert? Upassende oppførsel som kan være et symptom, og har vist seg å være en årsak til at man begrenser sosiale aktiviteter, og pårørendes ansvar i hjemmet øker (Hricik et al., 2011). Pårørende tilbringer også mindre tid sammen venner og kjente for å kunne være tilgjengelig for pasienten (Wideheim et al., 2002). Så hvordan kan man redusere følelsen av isolasjon? Støttegrupper kan være med på å forsterke håpet, redusere isolasjon, øke kunnskap og skape forståelse (Kanter et al., 2014).

## **4.2 Endret rolle og tap**

Pasientens kognitive forandringer, fører til endrede roller og forhold i familien (Wideheim et al., 2002). På bakgrunn av disse forandringene, kommer behovet for å etablere nye rutiner i familien (Hricik et al., 2011). Men hvorfor endres rollene og på hvilken måte? Forandringene som oppstår påvirker pasientens mulighet til å opprettholde sin tidligere rolle i familien. Pårørende blir derfor ofte nødt til å påta seg flere roller i husholdet for å kunne opprettholde stabilitet (Hricik et al., 2011). Dette fører til endringer i arbeid da pasienten har så alvorlige kognitive svikter at de ikke lengre er i arbeid og mange pårørende ender opp med å redusere sin egen arbeidstid. Dette resulterer i endret status, forandringer i forholdet og også i drastiske tilfeller familieopphevelse (McConigley et al., 2010).

Som forskning har vist forandrer dynamikken seg mellom pasient og pårørende, samt prioriteringer endres. Både pasient og pårørende blir tvunget til å innse at disse forandringene må aksepteres som den nye normalen og forandringene de gjør er nødvendige. Det har vist seg at pårørende er bedre rustet til å mestre situasjonen når pasienten er klar over situasjonen og aksepterer sykdommen (Hricik et al., 2011).

Pårørende av pasienter med hjernesvulst står ovenfor utfordringer som dårlig prognose og nevrologiske symptomer som kommunikasjons utfordringer, personlighetsendringer og tapet av den de en gang kjente (Kanter et al., 2014). Hva slags tap opplever de? For mange pårørende resulterer de kognitive endringene og de fysiske nedsettelsene til at de har vansker med å huske den personen de engang forelsket seg i. De opplever en tapsfølelse av den de en gang kjente (Kanter et al., 2014). Jeg har ved flere tilfeller opplevd at pårørende unnskylder på vegne av pasienten på grunn av det de opplever som upassende oppførsel. Dette skal ikke være nødvendig. Adferds og personlighetsforandringer som inkluderer aggressiv- og impulsiv- oppførsel, kan det være vanskelig å takle. Forskning har vist at pårørende som forstod at dette er noe pasienten selv ikke kan kontrollere, greide lettere å finne måter å mestre dette på (Schubart et al., 2008).

### **4.3 Mestring**

Hva er mestring? Mestring kan forklares som en persons evne til å håndtere situasjoner, påkjenninger og livshendelser som overstiger det som kan klares på ren rutine.

Mestringsevnen henger nært sammen med evnen til teoretisk og emosjonell problemløsning, og kan i stor grad læres gjennom teori, og ikke minst gjennom erfaring (Leksikon, u.å).

Hvordan mestrer de? Det har vist seg at det å ha et sosialt nettverk som støtter en, samt tilgang til informasjon og hjelp virker positivt på de pårørende (Hricik et al., 2011). Dessverre er ikke dette alltid like enkelt når forskning viser at flere av de pårørende tilbringer mindre tid sammen venner og kjente (Wideheim et al., 2002).

En spesialsykepleier per telefon har vist seg å være til stor nytte (McConigley et al., 2010). Sykepleieren må ha hyppig kontakt med pasient og pårørende for å hjelpe de til å forstå de forandringene som oppstår i livet og forholdet (Hricik et al., 2011). Kan dette by på utfordringer? Det er en sjanse for at spesialsykepleieren kan komme for nære pasienten og pårørende, slik at det blir vanskelig å holde det på et profesjonelt nivå (Spetz et al., 2005).

Støttegrupper har vist seg å være en positiv faktor for å redusere isolasjonen og øke kunnskapen hos de pårørende (Kanter et al., 2014). Dette betyr vel at støttegrupper burde være noe å tilby de pårørende? Ved å få den sosiale støtten, kunne akseptere diagnosen og bruke dette som en distraksjon, og på denne måten prioritere å leve i øyeblikket (Kanter et al., 2014).

## **5.0 Konklusjon**

Forskning har vist at pårørende av pasienter med endret kognitiv funksjon som følger av hjernesvulst, lider av stress, isolasjon, endrede roller og tapsfølelse. Dette leder meg tilbake til artikkelens utgangspunkt som var: Hvordan kan kreftsykepleier ivareta pårørende til pasienter med endret kognitiv funksjon som følge av hjernesvulst?

For å kunne ivareta de pårørende på best mulig måte, må vi hjelpe de i retning av å mestre hverdagen. Dette gjør de ved å håndtere situasjoner, påkjenninger og livshendelser (Leksikon,

u.å). Forskning viser at god og tilpasset informasjon er essensielt (McConigley et al., 2010). Å ha et støttende sosialt nettverk er også positivt (Hricik et al., 2011). Pårørende som forstod at de kognitive endringene er noe pasienten selv ikke kan kontrollere, greide lettere å finne måter å mestre dette på (Schubart et al., 2008). Å innse at disse forandringene må aksepteres som den nye normalen er her vesentlig (Hricik et al., 2011).

En spesialsykepleier med telefonisk kontakt med pasient og pårørende har vist seg å være et positivt tiltak, men man må greie å holde det på et profesjonelt nivå. Sykepleieren må ha hyppig kontakt med pasient og pårørende for å hjelpe de til å forstå de forandringene som oppstår i livet og forholdet (Hricik et al., 2011). Å danne støttegrupper for pårørende har også vist seg å være positivt for å få den sosiale støtten, kunne akseptere diagnosen og bruke dette som en distraksjon. På denne måten kan de prioritere å leve i øyeblikket (Kanter et al., 2014).

## Referanseliste

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

Grov, E. K. (2010). Pårørende. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s. 269-281). Oslo: Akribe.

Hricik, A., Donovan, H., Bradley, S. E., Given, B. A., Bender, C. M., Newberry, A., . . .

Sherwood, P. (2011). Changes in caregiver perceptions over time in response to providing care for a loved one with a primary malignant brain tumor. *Oncol Nurs Forum*, 38(2), 149-155.

Kanter, C., D'Agostino, N. M., Daniels, M., Stone, A., & Edelstein, K. (2014). Together and apart: providing psychosocial support for patients and families living with brain tumors. [Research Support, Non-U S Gov't]. *Support Care Cancer*, 22(1), 43-52.

Kreftstrategien. (2008). *Nasjonal strategi for kreftområde 2006-2009*. Oslo. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

Leksikon. (u.å). *Store medisinske leksikon*. Hentet 25.03.2014, fra <http://sml.snl.no/>

Lote, K. (2010). Kreft i sentralnervesystemet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s. 638-647). Oslo: Akribe.

McConigley, R., Halkett, G., Lobb, E., & Nowak, A. (2010). Caring for someone with high-grade glioma: a time of rapid change for caregivers. [Research Support, Non-U S Gov't]. *Palliat Med*, 24(5), 473-479.



- NORDCAN. (2013). *Kreftstatistikk fakta ark. Norge-Hjerne og øvrige nervesystem*. Hentet 01.04.2014, fra <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/NO/StatsFact.asp?cancer=320&country=578>
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* Hentet 01.04.2014, fra <http://lovdata.no/>
- Sand, A. M. (2001). Se også meg-om å være pårørende til en syk. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie Bind 1* (s. 31-47). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sandring, H. O. H. (2010). Sykepleieutfordringer ved kreft i sentralnervesystemet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (s. 648-655). Oslo: Akribe.
- Schubart, J. R., Kinzie, M. B., & Farace, E. (2008). Caring for the brain tumor patient: family caregiver burden and unmet needs. *Neuro Oncol*, 10(1), 61-72.
- Spetz, A., Henriksson, R., Bergenheim, A. T., & Salander, P. (2005). A specialist nurse-function in neurooncology: a qualitative study of possibilities, limitations, and pitfalls. [Clinical Trial Research Support, Non-U S Gov't]. *Palliat Support Care*, 3(2), 121-130.
- Wideheim, A. K., Edvardsson, T., Pahlson, A., & Ahlstrom, G. (2002). A family's perspective on living with a highly malignant brain tumor. [Research Support, Non-U S Gov't]. *Cancer Nurs*, 25(3), 236-244.