



Hvordan kan kreftsykepleier samtale med mennesker som har kreft når dårlige nyheter skal formidles

VID Vitenskapelige Høyskole

Videreutdanning I sykepleie med kreftsykdom. Kull deltid 2016.

Kandidatnummer: 406
Antall ord: 2993
Dato: 16.02.2018
Veileder: Mardon Breimoen

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brag

JA, jeg tillater (sett kryss)

NEI, jeg tillater ikke

Summary

Abstract: For a cancer nurse, some of the most challenging tasks can be to talk to people about bad news which means they have little time left to live. How can a cancer nurse be prepared to take such a conversation on the personal and professional level? What kind of need for conversation has a person who gets such a heavy message?

Introduction: The purpose of the article is to investigate how cancer nurse can practice their communication skills, when they are going to talk about bad news to patient`s who have a short life span. The article sees it from both the cancer nurse an the patient`s point of view.

Method: The article is a literature study with findings in PubMed, Cinahl, Google scholar and Nursing Research. It is also used curriculum literature, other relevant literature and public publications.

Results: The studies show that cancer nurses become safer when it gets training means of communication to take these conversations. They need insight into their own emotional life to calm themselves well. Patients are concerned that the conversation is honest and empathetic, and that enough time is spent.

Conclusion: Cancer nurses need training in communication techniques because they can not acquire it in a hospital department.

Keywords: Oncology nurse, Breaking bad news, truth-telling, communication, communication skills training, cancer patient.

Sammendrag

Bakgrunn: For en kreftsykepleier kan noe av den mest utfordrende oppgaven være å snakke med mennesker om dårlige nyheter som innebærer at de har lite tid igjen å leve. Hvordan kan kreftsykepleieren ruste seg til å ta en slik samtale både på personlige og profesjonelle plan? Hva slags behov for samtale har et menneske som får en så tung beskjed?

Hensikt: Hensikten med artikkelen er å undersøke hvordan kreftsykepleiere kan øve opp sine kommunikasjonsferdigheter når de skal samtale om dårlige nyheter til pasienter som har kort levetid igjen. Artikkelen ser det både fra kreftsykepleiers og pasientens synspunkt.

Metode: Artikkelen er en litteraturstudie med funn i Pub Med, Cinahl, Sykepleien Forskning og Google Scholar. Det er også brukt pensumlitteratur, annen relevant litteratur og offentlige publikasjoner.

Resultat: Studiene viser at kreftsykepleiere blir mye tryggere når de får trening i kommunikasjonsmodeller til å ta disse samtalerne. De trenger innsikt i eget følelsesliv for å ruste seg godt nok. Pasientene er opptatt av at samtalen er ærlig og empatisk, og at det blir satt av nok tid.

Konklusjon: Kreftsykepleiere trenger opplæring i kommunikasjonsteknikker fordi de kan ikke tilegne seg det selv på en sykehusavdeling. Dette er en prosess mellom dem og pasienten som kreves en bevissthet om eget selvbylde samt evne å tolke pasientens behov.

Søkerord: Kreftsykepleier, Breaking bad news, fortelle sannheten, kommunikasjon, kommunikasjonstrening, kreftpasienter.

Innledning

I Norge døde 11000 av kreft i 2015 (Kreftregisteret, 2017). Det betyr at de fleste av disse har hatt samtale med lege og sykepleier om dårlige nyheter (Heiberg, 2014, s.333). Fokuset i samtalen skal være sykdomsrelatert, men også pasientrelatert. Dette innebærer at han/hun skal kunne gi uttrykk for sin oppfatning og perspektiv på situasjonen (Helsedirektoratet, 2015). Det å fortelle dårlige nyheter er i litteraturen anerkjent som veldig stressende og noe av det mest utfordrende i klinisk kommunikasjon. Studier rapporterer om angst og sterke følelser for den som overbringer situasjoner som fører til død. Pasienten vil på sin side få bedre livskvalitet dersom informasjonen blir gitt på egne premisser, samtidig som de skjønner at døden kommer og at tiden er begrenset (Aakre, 2016, s.90; Løkkeberg,2016).

Resultatet av forskning har endret seg fra ikke å fortelle at døden er nær forstående i det hele tatt, til at slik informasjon er viktig for å involvere pasienten i behandlingen fremover. Det skjedde en gradvis utvikling i Norge og internasjonalt på 1960-1970 tallet (Heiberg,2014, s.333; Loge, 2016, s.224-225). Det finnes flere studier på hvordan slike samtaler best mulig kan gjennomføres, men erfaringer fra praksis viser at det mangler prosedyrer og teknikker for dette. Selv om leger tradisjonelt sett har tatt disse samtale, kommer kreftsykepleiere mer og mer på banen (Helsedirektoratet, 2015; Bumb, Miller & Overcash, 2017; Coyle, Manna, Shen, Banerjee, Penn, Pehrson et al,2015).

På sykehus gir legen informasjon om den negative prognosen og hva som blir den palliative behandlingen fremover. Kreftsykepleier er som regel med på disse fellessamtalene. Kreftsykepleierens rolle er å støtte pasienten ved å lytte aktivt, stille oppklarende tilleggsspørsmål og sikre kontinuiteten i informasjonen når dårlige nyheter formidles av legen. Pasienten og pårørende kommer ofte til kreftsykepleier etter legesamtale for mer klargjøring av situasjonen. Hvordan skal en kreftsykepleier ruste seg for å gå best mulig inn i slike samtaler? Håndtering av egne følelser spiller inn, samtidig som økt innsikt i kommunikasjonsstrategier er en fordel. Fra pasientens ståsted vil sårbarhet kunne trigges i en slik samtale, og for noen vil forsvarsmekanismer som benektelse og sinne kunne oppstå. (Reitan, 2016, s.108; Løkkeberg, 2016; Hanratty, Lowson , Holmes,Grande,Jacoby,Payne et al, 2012; Bumb et al,2017).

Dårlige nyheter eller «breaking bad news» (BBN) kan i denne sammenheng defineres som kreft med spredning og «slutten mot livet-situasjoner». (Heiberg, 2014, s.334). Palliasjon kan defineres som «et dekke vi kan legge rundt lidelser». Europeisk og norsk standard for

palliasjon definerer det som pleie og omsorg med kort forventet levetid samt lindring av fysiske smerter sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle problemer. Studier viser at det palliative forløpet bør begynne så tidlig som mulig (Aakre, 2016, s.88; Kaasa& Loge, 2016, s.34; Hanratty et al.,2012). Samtale kan defineres som noe som skapes der og da i møtet mellom partene, meningen blir til i samtalens løp med ord og uttrykk. Kommunikasjonen innbefatter også non-verbale signaler som kroppsspråk, ansiktsuttrykk og stemmeføring. Kontekst og kommunikasjon står sammen. Kontekst er det som ligger på pasientens ubevisste og bevisste plan. Dette kan ikke forstås fullt ut og derfor er det vanskelig å forutse alle reaksjoner. Kreftsykepleieren kan få noe innsikt ved hjelp av samtale (Reitan, 2016, s.104; Hanratty et al, 2012). Det autonome mennesket kan defineres som det selvstendige mennesket som kan ivareta sine egne interesser og være handlekraftig (Aakre, 2016, s.80).

Som en avgrensning i artikkelen vil barn/ungdom, demente og mennesker med annen kultur/religion, ikke komme innunder temaet da det i disse tilfellene også må tas andre hensyn i forhold til samtale. Artikkelen vil ta for seg denne type samtale på et sykehus.

Hensikten med denne artikkelen er å drøfte hvordan kreftsykepleiere kan bli bedre på å ta disse vanskelige samtale ved både å se det fra sitt eget og pasientens perspektiv. Det er valgt å bruke «mennesker med kreft» i stedet for «pasienter» i problemstillingen, fordi fokuset vil da være personsentrert og ikke pasientsentrert.

Metode

I artikkelen er det brukt litteratur fra forskningsartikler og faglitteratur. Litteraturen som er benyttet, er fra tidsskriftet *Sykepleien*, pensumlitteratur og annen relevant faglitteratur. Det er benyttet offentlige instanser som Helsedirektoratet og Kreftregisteret. (Rienecker & Stray,2013, s.113)

Databasene som er benyttet for å finne forskningsartikler er PubMed, Cinahl og Google Scholar.

I Cinahl ga søkerordene «oncology nurse» AND «communication skills training» 33 treff. Et av dem var en kvalitativ studie fra Coyle et al., (2017) hvor 246 kreftsykepleiere var med i et kommunikasjonstreningprogram samt intervju etterpå i en 2 årsperiode. Denne er blitt valgt

fordi studien gikk over en lengre periode og fordi kommunikasjonsteknikkene skulle tilpasses kreftsykepleiere underveis i studiet.

Et annet søk i Cinahl var med søkerordene (canser nurse* OR oncolgy nurse*) AND (conversation* OR communication*) AND (Bad news* OR truth telling*). Dette ga 8 treff og det kom opp en artikkel med oppsummert forskning fra flere studier både fra kreftsykepleieres og pasienters perspektiv (Bumb et al.,2017). Denne ble valgt fordi den var av nyere dato, og det var samlet flere studier i den.

Et søk i PubMed med søkerordene «Breaking bad news» AND «canser patients» AND «canser nurse» ga 32 treff hvor artikkelen fra Hanratty et al. (2012) ble valgt ut fordi det var dybdeintervjuer fra pasienters perspektiv. Selv om denne artikkelen er fra 2012, viser det seg ut fra søkene at det har vært lite forskning på pasienters perspektiv ved dybdeintervju.

Et søk i fagartikkelen Sykepleien Forskning under søkeordet «de vanskelige samtale» ga treff på en studie av Stine Torp Løkkeberg. Studiet ga en interessant og sjelden synsvinkel som dreier seg om behandlerens egne følelser. Et søk på Google Scholar viste at hennes doktoravhandling var gjort på universitetet i Kent, men at tilgjengeligheten på artikkelen kunne finnes på nettadresse. Sendte en direkte forespørsel, og hun sendte avhandlingen på mail.

Svakheter i denne fagartikkelen er at forfatteren har lite erfaring i å søke i databaser og dermed kan det være at mer relevant forskning ikke er blitt funnet. I oversettelsen av forskningsartikler på engelsk, kan ord og uttrykk ha blitt feiltolket ettersom engelsk ikke er forfatterens morsmål.

Resultat

Torp Løkkeberg (2016) har gjennomført en kvantitativ studie med medisinstudenter og sykepleiestudenter. Hensikten med studien er å undersøke hvilke kommunikasjonsmåter som er minst ubehagelig for den personen som tar opp negative nyheter med mennesker med kreft. Resultatet viser at det som ga mest emosjonelt ubehag var å gi dårlige nyheter på en direkte og kjølig måte, deretter kom det å ikke si noe i det hele tatt eller dekke over. Det beste resultatet er å gi slike nyheter på en ærlig måte samt at nyhetene må være tilpasset personen som får dette og at de blir gitt på en empatisk måte. Hos studentene var selvbildet, sosiale

bånd og følelser som dreide seg om redsel for å bli avvist, å føle underlegenhet og skam, faktorer som virket inn på hvordan de valgte å kommunisere dårlige nyheter på.

Bumb et al., (2017) har intervjuer med kreftsykepleiere og pasienter på hvordan dårlige nyheter blir kommunisert. Resultatet viser at kreftsykepleiere ofte må ofte ta disse samtalene flere ganger i etterkant etter legesamtale for å gi en tydeligere avklaring om prognosen og tilleggsinformasjon. Problemet er mangel på tid og et egnet sted å være. Pasientene ønsker i utgangspunktet en ærlig og fullstendig avsløring av sannheten og at den er nøyaktig faglig og medisinsk. En mindre prosentandel ønsker ikke å vite detaljer om sykdomsforløp. Noe av årsaken kan være tidspunktet det blir gitt på, legens/sykepleierens tilnærming eller at familiemedlemmer er til stede. Konsekvenser for pasienter som opplever dårlig kommunikasjon, kan være tap av tillit eller at de ikke får med seg informasjonen ordentlig samt tror det er sterkere håp enn det egentlig er. Studiet setter opp kommunikasjonsmodellene som SPIKE og PEWTER modellene som alternativer for å utvikle ferdigheter til å ta disse samtalene.

Coyle et al., (2015) har gjennomført et kommunikasjonsferdighetskurs som egentlig er for leger, men de har tilpasset det til kreftsykepleiere. Målet med studiet er at sykepleiere skal få spesialsydd treningsprogram for sykepleiere i vanskelige samtaler i etterkant av legesamtale på en sykehusavdeling. Resultatet av studiet er at kreftsykepleierne selv føler de blir fra 90-98% mer trygge på å ta disse samtalene etter at kurset er ferdig. De var særlig fornøyd med at de fikk demonstrert hvordan samtalestrategier kan være og at de selv har rollespill med skuespillere som spiller pasienter. Dette blir filmet slik at de får se seg selv etterpå. Veiledere og skuespillere gir så tilbakemelding i etterkant.

Hanratty et al. (2012) har en kvalitativ studie fra Nord-England om hva som er viktig for pasienter i samtale med helsepersonell når dårlige nyheter blir gitt. 50 personer blir intervjuet hvor 31 har kreft, 13 hjertesvikt og resten nevrologiske sykdommer. Resultatet var at pasientene husket tempoet og klarheten de dårlige nyhetene ble formidlet på. En direkte tilnærming uten for mye advarsler, var vanlig. Den direkte tilnærmingen ble vanligvis godt mottatt når pasienten kjente lege og sykepleier og de hadde med seg en de kjente. Noen fagfolk hadde en gradvis oppbygging av informasjon og innsnevring av behandlingalternativer, dette ble oppfattet som hensiktsmessig og empatisk. Konklusjonen på studien er at god forberedelse, tilstrekkelig tid og en forsiktig og gradvis avsløring er best.

Drøftelse

Hensikten med artikkelen er å belyse hvordan kreftsykepleier kan bli bedre på å samtale om dårlige nyheter ved å se det i sitt eget samt ut fra perspektivet til mennesker med kreft.

En oppsummering av resultatet viser at de fleste kommunikasjonsmodeller for BBN er mest tilpasset leger og ikke kreftsykepleiere. Kreftsykepleiere savner strategier tilpasset dem, og de trenger utdanning og trening som er spesialisert fordi det ikke er tilstrekkelig å lære dette gjennom egne erfaringer på jobben (Bumb et al., 2017; Coyle et al., 2015). Tre av studiene viser at når kreftsykepleiere får opplæring får de mer selvtillit til å gå inn i slike samtaler. Dessuten er pasienter raske til å avsløre om kommunikasjonen har vært ineffektiv, selv om den har vært empatisk. (Bumb et al.,2017; Hanratty et al.,2012; Coyle et al.,2015). De fleste pasienter ønsker stort sett å ville vite sannheten om sin prognose (hanratty et al., 2012). For å kunne gå inn i disse vanskelige samtalen er det viktig å være bevisst på sitt eget selvbilde, samtidig som kreftsykepleieren nærmer seg pasienter individuelt og empatisk (Bumb et al.,2017; Hanratty et al.,2012; Løkkeberg, 2016; Coyle et al, 2015).

Forfatterne i Bumb et al. (2017) sier at en svakhet i studien er at når kreftsykepleiere trenes opp i kommunikasjonsstrategier, får vi ikke vite pasienters opplevelse av samtalen.

Pasientundersøkelsen av Hanratty et al. (2012) er i eldste laget fordi det har skjedd mye med den tilgangen pasienter/pårørende får gjennom internett, så et dybdeintervju med pasienter i dag kan slå annerledes ut. Løkkeberg sin studie tar for seg studenters følelser, og det kan være at kreftsykepleiere som har jobbet i yrket en del år har et annet forhold til sine underliggende følelser. Styrken ved studiene er at to av disse er rettet mot kreftsykepleiere og ikke helsesektoren generelt (coyle et al., 2015; Bumb et al., 2017). Studiet Hanratty et al. (2012) om pasienters perspektiv og Løkkeberg sin studie (2016) om behandlerens egne følelser, er det lite forskning på, men spennende innfallsvinkler (Heiberg, 2014, s.338).

I Helsepersonelloven (2017) står det at den som yter helsehjelp skal gi nødvendig informasjon. Den mest brukte internasjonale malen for å overbringe dårlige nyheter er SPIKE-modellen. Hensikten er at formidlingen av dårlige nyheter ikke bare handler om å formidle medisinske nyheter, men også skape en prosess mellom behandler og pasienten (Helsedirektoratet, 2015). Selv om denne først og fremst er tilpasset leger, oppfordrer studien i Bumb et al., (2017) kreftsykepleiere å bruke den sammen med en annen modell som heter Pewter-modellen. Spike modellen inneholder punkter som å finne ut pasientens sykdomsforståelser, og hva de er mottagelige for å høre. Derfor skal informasjonen gis

gradvis. Pewter-modellen har også disse elementene med noen forskjeller fra Spike. Studiet fra Coyle et al., (2015) som er en spesialsydd modell for kreftsykepleiere har en personsentrert tilnærming slik som SPIKE og Pewter. Forskjellen er at den har detaljer som f.eks stille åpne spørsmål som: *hva tenker du nå etter legens nyhet?* Samt anerkjennende spørsmål som: *jeg kan se hvor overveldet du er* og validerende spørsmål som: *dette må være vanskelig for deg*. Modellen oppfordrer til berøring, men kun når det er naturlig. Det oppfordres til å spørre om de vil snakke om døden. Kreftsykepleieren skal ikke bruke sjargonger, men f.eks. spørre om de vil vite mer om naturlige dødsprosesser og smerter i den forbindelse. I studien Hanratty et al., (2012) sier pasienter at kommunikasjonsstilen er like viktig som innholdet. De er opptatt av at det er satt av nok tid til disse samtalene slik at de forstår informasjonen. Kreftsykepleiere i studien Bumb et al.,(2017) sier det er for lite tid, så det er en utfordring mange vil kjenne seg igjen i. Nok tid er tatt med i alle de tre overnevnte modellene. Noe som modellene ikke tar hensyn til, men som denne studien viser (Hanratty et al, 2012) er at pasienter takler dårlige nyheter bedre når de allerede kjenner til lege og kreftsykepleier samt at de har med en pårørende. Gevinsten ved at pasienter får vite alvoret, slik det er drøftet i studiene, er at de oftere benytter seg av det palliative tilbudet ved at de får informasjonen på egne premisser. Det er ikke selvsagt at kreftsykepleiere har disse kommunikasjonsferdighetene, og på en sykehusavdeling er det et ledelsesansvar å sikre opplæring (Kaasa & Loge, 2016). Studiet av Coyle et al. (2015) er en god modell for kreftsykepleiere fordi den har flere punkter om følelsesmessige reaksjoner og spørsmål som kommer i etterkant av legesamtalen.

Spike-modellen:

- 1) *Sette opp samtale-finn et rolig sted og signaliser at du har tid.*
- 2) *Persepsjon-Avgjør pasientens forståelse av situasjonen*
- 3) *Invitasjon-Hvor mye og hva slags informasjon trenger pasienten*
- 4) *Kunnskap-En advarsel om hva som kommer*
- 5) *Emosjonell respons, empati-Anerkjenne følelser og reaksjoner*
- 6) *Strategi og summering-Oppsummering av samtale og videre plan*

Pewter- modellen:

- 1) *Forbered-Finne rolig sted og tenk gjennom hva slags informasjon som er viktig*
- 2) *Evaluer-Hva pasient allerede vet. Vurder pasientens kognitive og psykiske status*
- 3) *Advarsel-Gi indikasjon på hva som kommer*
- 4) *Fortelle-Presenter informasjon på enkel og rolig måte. Bare 3 opplysninger om gangen*
- 5) *Emosjonell respons-Hvis pasient er overveldet bør neste punkt utsettes*
- 6) *Omgruppering/forberedelse-Håp og livskvalitet opprettholdes, samtidig være realistisk*

Bumb et al. (2017)

I studiet til Løkkeberg (2016) gis det en dypere forståelse av følelser som kan hindre en behandler å ta opp dårlige nyheter på en måte som de overnevnte kommunikasjonsmodellene krever. En kreftsykepleier kan da beskytte seg mot disse samtalene fordi han/hun sliter med redsel for ikke være bra nok, redd for å bli isolert fra andre, underlegenhet og skamfullhet. Studiet viser at det har store ulemper å beskytte seg, fordi ved å lage distanse gir mest ubehag i etterkant. I de to andre studiene sier kreftsykepleiere at det er lettere å ivareta de fysiske enn de følelsesmessige behovene (Coyle, 2015). I studiet av Bumb et al. (2017) kommer det frem at noen kreftsykepleiere unngår de vanskelige samtalene med den det gjelder og heller tar det med familiemedlemmer. Konsekvensen kan bli utbrenthet som kan gå ut over den profesjonelle ytelse og generelle helse. I studiet Hanratty et al., (2012) kommer det frem at pasienters erfaringer med BBN er at det ikke alltid ble gitt på en sensitiv måte. Kreftsykepleiere oppfordres til å erkjenne sin egen usikkerhet og sitt ubehag ved å gå inn i slike samtaler. Leger oppfordres til det samme fordi pasientenes reaksjoner kan gi legen angst for å miste egen selvkontroll (Reitan, 2016, s.117; Schei & Stensholt, 2003, s.74). Derfor kan studiet til Løkkeberg gi et psykologisk innspill for en kreftsykepleier på det personlige plan som kan gi positive utslag både for han/hun og for pasienten.

I Pasient- og Brukerrettighetsloven (2017) er det nedfelt at pasienter har rett på innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Den skal tilpasses de individuelle forutsetninger og informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Både studiet Bumb et al. (2017) og Hanratty et al. (2012) viser at mange ønsker at det settes av god tid og at informasjonen er nøyaktig, klar og ærlig. På den annen side sier mange i dybdeintervjuet i Hanratty et al. (2012) at de likte en gradvis tilnærming til den dårlige nyheten, men at det var

få av helsepersonell som brukte denne tilnærmingen. En studie gjort på fire palliative sentre i Belgia viser mye av det samme som Hanratty et al. (2012), men samtidig nevner denne studien at pasienter kan være ambivalente i forhold til om de vil vite sannheten eller ikke (Deschepper, Stichele & Block, 2007). Ved å bruke gradvis tilnærming vil man lettere fange opp denne ambivalensen (Reitan, 2016, s.116).

Studiet i Bumb et al. (2017) viser at leger og kreftsykepleiere tror samtalen med pasienter ofte går dårligere enn det egentlig har gjort. Allikevel sier pasientene i Hanratty et al. (2012) at helsepersonell har lett for å overvurdere deres sykdomsforståelse og undervurderer behovet for informasjon. I en norsk studie om pasientautonomi konkluderes det med at leger har en tendens til å gi prognosen i en mildnet form, blant annet fordi de kommer i konflikt mellom å ivareta pasientens håp, mens de samtidig skal være ærlige (Rogg & Aasland, 2009, s.242-247). Kreftpasienter trenger å vite hva som skjer fremover og sannheten for å gjenvinne kontrollen over eget liv. Allikevel er det viktig å være klar over at informasjon om prognose er verre enn å få en diagnose, og kan fremkalle følelser av håpløshet (Reitan, 2016, s.117). Derfor kan modellen for kreftsykepleiere (Coyle et al.,2015) guide en kreftsykepleier på hvordan det kan skapes en felles forståelse mellom han/hun og pasienten, slik at informasjonsbehovet blir ivaretatt og dermed også autonomien.

Konklusjon

Det å samtale om dårlige nyheter er en utfordrende oppgave for en kreftsykepleier profesjonelt, men også på det personlige plan. Studiene viser at kreftsykepleiere blir tryggere på seg selv hvis de får trening i kommunikasjonsmodeller, særlig hvis de får se seg selv på film og får tilbakemeldinger fra andre. For mange kreftsykepleiere vil det å bevisstgjøre seg på eget selvbilde lettere gjøre at han/hun tør gå inn i disse vanskelige samtalene ved å utfordre med viktige spørsmål som har med livets slutt å gjøre. Skamfølelse er det lite forsket på fra kreftsykepleieres perspektiv, og det kunne vært interessant med en kommunikasjonsmodell som også tar hensyn til kreftsykepleierens følelser.

De fleste mennesker som får dårlige nyheter om at levetiden er kort ønsker å høre sannheten, men kan få en ambivalens ved at de allikevel ikke ønsker å høre realitetene. Her ligger mye av utfordringen i kommunikasjonen.

I denne litteraturstudien kan det se ut som det er behov for mer forskning på sykehus i Norge om utførelsen av BBN. Det kan se ut som det er lite prioritert i Norge å sende kreftsykepleiere på kommunikasjonskurs.

Litteraturliste:

- Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag as.
- Bumb, M., Keefe, J., Miller, L & Overcash, J. (2017). *Breaking bad news: evidence based review communication models oncology nurse*. Clinical journal of oncology nursing. 21(5), 1-12. Doi: 10.1188/17cjon.573-580.
- Coyle, N., Manna, R., Shen, J, M., Banerjee, C-S., Penn, S., Pehrson, C., et al. (2015). *Discussing death, dying, and end-of-life goals of care: A communication skills training module for oncology nurses*. Clinical journal og oncology nursing. 19(6), 697-701. doi: 10.1188/15.cjon.697-702.
- Deschepper, R. Brenheim, J.L. Stichele, R. Block, L. Michiels, E. Kelen, G. et al. (2007). *Truth-telling at the end of life: A pilot study on the perspective of patients and professional caregivers*. 71 (2008)52-56. doi: 10.1016j.pec.2007.11.015
- Hanratty, B., Lowson E., Holmes, L., Grande, G., Jacoby, A., Payne, S. et al. (2012). *Breaking bad news sensitively: what is important to patients in their last year of life?* BMJ supportive palliative care, 2: 24-28. doi: 10.1136/bmjspcare-2011-000084
- Heiberg, A. (2014). *Samtale om dårlige nyheter*. Dahl, A, A. Arre, T, F. Loge, J, H. (Red.) *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (333-342). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Helsepersonelloven. (2017). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20gi%20informasjon%20til%20pasienter#KAPITTEL_2
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet ut 14.12.2017: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/2.kjennetegn-og-utfordringer/kommunikasjon/informasjon-om-d%C3%A5rlige-nyheter>
- Kaasa, S. Loge, J, H. (2016). *Palliativ medisin, en innledning*. Kaasa, S. Loge, J, H. (Red.) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Kreftregisteret (2017). Oppdatert 31.10.2017. *Fakta om kreft*. Hentet ut 14.12.2017: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>
- Loge, J, H. (2016). *Praktisk klinisk kommunikasjon*. Kaasa, S. Loge, J, H. (Red.) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Pasient-og Brukerrettighetsloven. (2017). *Lov om pasient-og Brukerrettigheter*. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Rienecker, L., Stray Jørgensen, P. (2013). *Den gode oppgaven*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torp Løkkeberg, S. (2016). *Risking the social bond when communicating unpleasant information: How self-relevant appraisals and feelings explain distancing and repair motivations*. (Doktoravhandling) University of Kent.

Reitan, A.M. (2016). *Kommunikasjon*. Reitan, A-M.Schølberg, T, K. (Red.) *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling*. Oslo: Cappelen Damm.

Rogg, L.Loge,LJ.Aasland.(2009) *Physicians attitudes towards disclosure of prognostic information. A survey among a representative cross-section of 1605 Norwegian physicians. Patient educ Couns; 77(2)*

Schei,E.,Steinsholt I-M.(2003). *Den kliniske samtalen*. Hundskår, S. (Red.) *Allmenmedisin*. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS.