



Sykepleie til pasienter med kreft i palliativ fase
Palliative nursing for cancer patients

Kandidatnummer: 152

VID vitenskapelige høgskole

VID Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2016

Antall ord: 9352

28.03.2019

Sammendrag

Etter samhandlingsreformen ble kommunene pålagt å ta et større ansvar for eldre og døende. Pasienter med uhelbredelig kreft tilbringer mye tid hjemme og de trenger profesjonell pleie og omsorg. Denne oppgaven er en litteraturstudie og formål er å få kunnskap og dypere forståelse om palliasjon til pasienter med kreft som bor hjemme, hva som skaper trygghet for dem og hva kan regnes som god omsorg i den palliative fasen. Funnene i forskning og teori viser at faglig kompetanse, gode kommunikasjonsferdigheter, informasjon og respekt for pasientens autonomi er forutsetninger for å skape et trygt og omsorgsfullt miljø hjemme. For å belyse hva god omsorg er ble det også brukt Kari Martinsens omsorgsteori. For å fremme trygghet og yte god omsorg for hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase skal en sykepleier sørge for å ha tilstrekkelig klinisk kompetanse, kommunikasjonsferdigheter og respektere pasientens rett til medvirkning og informasjon.

Nøkkelord: palliasjon, trygghet, kompetanse, kommunikasjon

Abstract

Following samhandlingsreformen (the interaction reform), municipalities were required to take greater responsibility for the elderly and the dying. Patients with incurable cancer spend a lot of time at home and need professional care. This thesis is a literature study and a purpose of it is to gain knowledge and deeper understanding of palliative care for patients with cancer living at home, what creates security for them and what can be considered good care in the palliative care phase. The findings in research and theory show that professional expertise, good communication skills, information and respect for the patient's autonomy are prerequisites for creating a safe and caring environment at home. To illustrate what a good care is, Kari Martinsen's care theory was also used. To promote security and provide a good care for cancer patients living at home and receiving palliative care, a nurse should have adequate clinical competence, communication skills and respect the patient's right to participation and information.

Key words: palliative care, security, clinical expertise, communication

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans</i>	4
1.2 <i>Problemstilling</i>	4
1.3 <i>Oppgavens hensikt</i>	5
1.4 <i>Oppgavens avgrensninger</i>	6
1.5 <i>Begrepsavklaring</i>	6
2.0 Metode	7
2.1 <i>Litteraturstudie som metode</i>	7
2.2 <i>Litteratursøk</i>	7
2.3 <i>Kildekritikk</i>	9
2.4 <i>Begrunnelse for sykepleieteori</i>	9
2.5 <i>Etiske overveielser</i>	10
3. 0 Teoretisk fundament	11
3.1 <i>Kreft</i>	11
3.2 <i>Palliasjon</i>	11
3.2.1 <i>Å tilbringe den siste tiden hjemme</i>	12
3.3 <i>Kompetent sykepleie</i>	12
3.4 <i>Kommunikasjon og relasjoner</i>	13
3.5 <i>Rett til å bestemme selv</i>	14
3.6 <i>Trygghet</i>	15
3.7 <i>Kari Martinsens omsorgsteori</i>	15
4. 0 Resultat	18
4.1 <i>Artikkel 1</i>	18
4.2 <i>Artikkel 2</i>	18
4.3 <i>Artikkel 3</i>	19
4.4 <i>Artikkel 4</i>	19
4.5 <i>Artikkel 5</i>	20
4.6 <i>Artikkel 6</i>	21
5. 0 Drøfting	22
4.1 <i>Viktigheten av kompetanse</i>	22
4.2 <i>Viktigheten av kommunikasjon og relasjoner</i>	24
4.3 <i>Viktigheten av rett til å bestemme selv</i>	27
6. 0 Konklusjon	30
7. 0 Perspektivering	31
Litteraturliste	32

1. 0 Innledning

Under vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans, samt problemstillingen. Videre presenterer jeg oppgavens avgrensninger og forklarer begreper.

1. 1 Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans

Det var 33.564 nye krefttilfeller i 2017. En viss økning i antall krefttilfeller er forventet, både fordi vi blir flere mennesker i Norge og fordi populasjonen blir eldre. Til tross for at flere og flere overlever, er det likevel slik at et betydelig antall hvert år dør av kreft. Nesten 11.000 nordmenn døde av kreft i 2016 («Fakta om kreft», 2018).

Det å få en kreftdiagnose og få vite at man ikke kan bli frisk er en stor påkjenning både for pasienter og mennesker som står dem nær. Å leve med en alvorlig sykdom og forholde seg at livet går mot slutten, innebærer en rekke utfordringer. Mange har levd med sykdommen i lengre tid og både sykdommen og behandlingen fører med seg en rekke plagsomme symptomer. I livets slutfase oppstår det også en rekke psykososiale og eksistensielle problemstillinger, som angst, frykt, ensomhet og følelse av meningsløshet. Mennesker i den siste fasen av livet har behov for å bli møtt med respekt, omsorg og empati (Fjørtoft, 2016, s.79).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp, lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død («Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere», 2016). Jeg som en kommende sykepleier vil møte pasienter med uhelbredelig sykdom i helsetjenesten og det krever kompetanse både på faglig og personlig nivå. For å kunne yte god omsorg til den dødende må sykepleieren ha kunnskap og forståelse om hva som er viktig for pasienter i palliativ fase, hva skaper trygghet og hvordan man skal tilnærme seg mennesker i deres siste fase av livet.

For flertallet av de palliative pasientene vil hjemmebasert omsorg alene være urealistisk, men det er kjent at de fleste pasienter i en palliativ situasjon har et ønske om å kunne tilbringe mest mulig tid hjemme («Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen», 2015, s. 15) . Derfor i min oppgave har jeg valgt å fokusere på sykepleie til pasienter i palliativ fase i hjemmet. Sykepleieren har en sentral rolle når pasienter i en palliative fase velger å være hjemme. Det må være tilgjengelige og kompetente sykepleiere som kan dekke pasientens grunnleggende behov (Fjørtoft, 2016, s. 81).

Samhandlingsreformen pålegger kommunene et større ansvar for eldre og døende (Helse-og omsorgsdepartament, 2009). Da tilbudet om plass på sykehjem og lindrende enheter er begrenset, er sykepleierne i hjemmesykepleien viktige aktører når pasienter ønsker å dø hjemme. Sykepleierne skal ivareta pasient og pårørende, utøve kompetent sykepleie og koordinere samarbeid mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste. Dette krever kompetente og trygge sykepleiere (Olsen, 2012, s. 3).

De aller fleste ønsker å tilbringe mest mulig tid hjemme når livet går mot slutten. Hjemmet representerer livet og alt som er kjent og viktig for oss. Det å være i kjente omgivelser, blant sine nærmeste kan gi oss følelse av trygghet. Det krever kunnskap, planlegging og tilrettelegging for å kunne sikre pasientene forsvarlig pleie og omsorg. Trygge og forutsigbare rammer er viktige for pasient og pårørende. (Olsen, 2012, s. 3)

Smerte er et sammensatt fenomen, som influeres av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold. Begrepet «total pain» brukes ofte i palliasjon for å beskrive denne kompleksiteten («Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen», 2015). Derfor skal den palliative omsorgen skal tilstrebe å ivareta både de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behovene til pasienten.

1. 2 Problemstilling

“Hvordan fremme trygghet og yte god omsorg til hjemmeboende pasienter i palliativ fase?”

1. 3 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å få en dypere forståelse og innsikt i hva som er viktig for hjemmeboende pasienter med uhelbredelig kreft når livet nærmer seg mot slutten og hvordan kan en sykepleier legge til rette for at deres behov for omsorg og trygghet blir ivaretatt. Døden er uunngåelig del av livet og hvordan man opplever den tiden som er igjen er av stor betydning både for en pasient og pårørende. Med denne oppgaven vil jeg utforske hvilke faktorer som spiller inn og hva som skal til for at pasienter med kreft skal oppleve trygghet og omsorg i livets siste fase.

1. 4 Oppgavens avgrensninger

I min oppgave vil jeg ikke gå inn på ulike krefttyper eller beskrive tiltak som er rettet mot å lindre de fysiske symptomene som plager pasienter i palliativ fase, som kakesi, obstipasjon, kvalme, kløe osv. Det er uten tvil en viktig del i den palliative omsorgen, men tiltak rettet mot lindring av fysiske symptomer er et bredt tema, derfor på grunn av oppgavens omfang velger jeg å ikke gå inn på dette. I min oppgave vil jeg ekskludere palliasjon til barn da dette er et spesielt felt og behovene til barn og deres pårørende, spesielt når det gjelder psykososiale aspekter, er annerledes enn hos voksne. Pårørende spiller en veldig viktig rolle i den palliative pasientens liv og deres syn og opplevelser vil bli tatt i betraktning, men på grunn av faktorer nevnt ovenfor, vil jeg ekskludere de tilfellene der pårørende er mindreårige barn.

1. 5. Begrepsavklaring

Omsorg- Omsorg er et ord vi kjenner fra vårt dagligliv. Det er forbundet med å hjelpe og ta hånd om. Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre, å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss (Martinsen, 1989, s. 14).

Trygghet- Begrepet trygghet blir brukt på to måter: om sikkerhet og om en sinnstemning. Trygghet kan deles i indre trygghet og ytre trygghet. Indre trygghet er den indre ballasten som en har med seg fra en god barndom, og som er forankret i et livssyn, mens ytre trygghet handler om forholdet til omgivelsene og samhandlingen med andre (Fjørtoft, 2016, s. 122).

Palliasjon- Palliativ medisin er betegnelsen på det medisinske spesialområdet, mens “palliative care” brukes om det faglige feltet som en helhet på engelsk. Det finnes ingen fullgod norsk oversettelse av ordet “care”. Rent praktisk omfatter det både behandling, pleie og omsorg (Kaasa, 2007, s. 32). Den palliative fasen er fra sykdommen ikke lenger kan helbredes, inntil død («Lindrende (palliativ) behandling», udatert).

2. 0 Metode

Det kan brukes forskjellige metoder for å svare på spørsmålet eller problemstillingen. Metoden er et redskap i møte med noe vi vil undersøke og hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2017, s.52).

2. 1. Litteraturstudie som metode

Min bacheloroppgave er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt å sammenfatte det hele. Hensikten med litteraturstudie er å gi en oversikt og forståelse av kunnskapen innen et gitt tema og vise hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 80). I min bacheloroppgave har jeg brukt trinnene som er beskrevet i Thidemann sin bok (2019). Jeg har avgrenset min problemstilling til hjemmeboende pasienter i palliativ fase, orientert meg om hvilke databaser kan være relevante, innsamlet relevant litteratur og artikler og vurderte kvaliteten på dem. Videre diskuterte jeg valgt litteratur og resultater fra forskningsartikler og kom frem til en konklusjon (s. 81). Forskningsartikler jeg skal presentere har en kvalitativ tilnærming. Hensikten med kvalitativ metodetilnærming er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, å få frem nye nyanser (Thidemann, 2019, s.78). Jeg har brukt naturvitenskapelig kunnskap og humanvitenskapelig kunnskap for å belyse problemstillingen min. Naturvitenskapelig kunnskap er brukt for å beskrive kreft og palliasjon, men oppgaven bygger hovedsaklig på humanvitenskapelig teori som gir innsikt i opplevelser og erfaringer (Thidemann, 2019, s. 62, 63).

2. 2. Litteratursøk

Før jeg begynte søk i databaser, har jeg utformet inklusjons- og eksklusjonskriterier som jeg brukte for å velge ut artikler. Disse var:

Inklusjonskriterier:

- Voksne pasienter over 18 år
- Voksne som pårørende
- Kreft
- Forskning fra Nordiske land og den vestlige verden
- Hjemmebasert palliasjon

Eksklusjonskriterier:

- Barn under 18 år
- Barn som pårørende
- Palliasjon rettet mot en annen spesifisert sykdom
- Forskning fra Asia, Afrika, Sør-Amerika
- Palliasjon på sykehjem, palliativ enhet

Jeg har brukt databaser SweMed+, PubMed og CINAHL. CINAHL er en database jeg har brukt mest og det er der jeg har funnet 3 artikler som jeg skal anvende i oppgaven.

I CINAHL database brukte jeg søkeordene *end of life care, home, homecare, dignity*. Kombinasjon av søkeordene *end of life care, home OR homebased, dignity, community nursing* ga meg 38 treff. De aller fleste artiklene handlet om palliasjon på sykehjem eller andre institusjoner og de ble valgt bort. Artikler som var fra ikke-vestlige land (Hong Kong, Kina) eller handlet om tiltak mot symptomlindring var heller ikke inkludert. Slik valgte jeg en artikkel til K. Karlsson og I. Berggrens „*Dignified end-of-life care in the patients own homes*“ (2011) og artikkelen „*Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care*“ skrevet av H. Brown, B. Johnston og U. Östlund (2011).

Videre kombinerte jeg ordene *quality of life OR life quality, palliative home care, cancer patients*. Med denne kombinasjonen fikk jeg 19 treff. Artikler fra ikke-vestlige land (blant annet India, Japan, Kina) ble ekskludert. Jeg har også valgt bort en artikkel om palliasjon til barn og en som var begrenset til siste uken av livet. Artikkelen jeg valgte er „*The meaning of quality of life: Narrations by patients with incurable cancer in palliative home care*“ skrevet av C. Melin-Johansson, G. Ödler, B. Axelsson, E. Danielson (2008).

Ved å bruke bibliotekets søkemotor Oria med ord „palliative care Norway“ fant jeg en artikkel til I. Hunstad og M. F. Svindseth „*Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses experience*“ (2011).

Artikkelen „*Det gode liv i dødens nærhet: hva vektlegger pårørende?*“ skrevet av H. Lausund (2012) og G. K. Røgenes, A. Moen, E. K. Grov „*Hjemmesykepleieres perspektiv på forhold som fremmer palliasjon i hjemmet*“ (2013) ble funnet gjennom referanser i andre artikler.

2. 3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og å karakterisere den litteraturen en har funnet (Dalland & Trygstad, 2017, s. 159). Når man skriver en oppgave, bør man tilstrebe å bruke opprinnelige kilden-primærkilden (Dalland, 2017, s. 171). For å beskrive Kari Martinsens omsorgsteori har jeg brukt hennes bok "*Omsorg. Sykepleie og medisin. Historisk-filosofisk essays*" (1989). Men for å ha mer forståelse og oversikt supplerte jeg det med N. J. Kristoffersens verk som jeg fant i "*Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring. Bind 3*" (2016). K. Segestens "*Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet*" (1984) er skrevet på svensk. For å unngå misforståelser som kan oppstå ved oversetting har jeg benyttet boken til A. K. Fjørtoft „*Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*" (2016) for å beskrive hva ordet "trygghet" innebærer. Begge bøker er en del av pensum for sykepleierstudenter, derfor anser jeg dem som pålitelige kilder.

5 av 6 forskningsartikler er fra Norden og en fra Storbritannia, derfor kulturelle forskjeller er ikke et problem og funnene kan overføres til Norge. Artikler er fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrifter (*Nursing Ethics, International Journal of Palliative Nursing, British Journal of Community Nursing, Omsorg, Klinisk Sygepleje*). Det negative er at i 3 av artiklene snakker sykepleiere og pårørende på vegne av pasienter, derfor kan man bare anta at det de sier er riktig og at pasienter hadde like opplevelser. Fem forskninger er kvalitative studier og i den ene ble det intervjuet bare 7 personer, noe som kan ha påvirket pålitelighet av resultater. Et annet negativt aspekt er at forskningen til Lausund (2010) ikke inkluderer etiske overveielser.

Artikler er av litt eldre dato (en fra 2008, resten fra 2010-2013). Jeg har valgt dem fordi de har en del fellestrekk der kompetanse, relasjoner og autonomi blir trukket frem som viktige aspekter ved palliativ omsorg i hjemmet.

2. 4 Begrunnelse for sykepleieteori

Som referanseramme har jeg valgt å benytte Kari Martinsens omsorgsteori. Kari Martinsen er en av de mest kjente sykepleieteoretikere i Norden. Jeg har valgt hennes teori fordi Kari Martinsen vektlegger i sin tilnærming at omsorg handler om relasjonen mellom to mennesker. Denne relasjonen bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet uten at det foreligger forventninger om gjenyteelser. Omsorgen viser seg gjennom praktisk handling og må bygge på en bevisst holdningsmessig begrunnelse (Kirkevold, 2014).

2. 5 Etiske overveielser

Min bacheloroppgave er en litteraturstudie og jeg skal ikke behandle personopplysninger direkte, derfor kriterier som taushetsplikt, å innhente samtykke og anonymisere opplysninger er ikke aktuelt. Men jeg har tilstrebet å bruke forskningsartikler som har overholdt disse reglene og ble gjort på en etisk måte. Jeg skal ikke plagiere og skal overholde akademiske normer for kildehenvisning.

3. 0 Teoretisk fundament

3. 1. Kreft

Kroppen består av milliarder av celler. De fleste cellene formerer seg ved deling. Ved kreft har det oppstått en feil slik at celler deler seg ukontrollert og ikke utfører de oppgavene friske celler ville ha gjort. Etter hvert som kreftcellene fortsetter å dele seg, skjer det en opphoping av kreftceller i organet der den ukontrollerte veksten startet. Dermed dannes en kreftsvult. (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398). Minst ett av tre krefttilfeller har sammenheng med levestilens vår. Vi har ingen garanti mot å utvikle kreft, men vi kan ta noen valg som reduserer risikoen som å unngå tobakksbruk, være forsiktig med alkohol og sol, mosjonere og ha et sunt kosthold. Andre faktorer som miljø og arv kan øke risikoen for kreft. De vanligste behandlingsformene for kreft er cellegift, kirurgi og stråling. De vanligste kreftsykdommene hos menn oppstår i prostata, lunge, tykktarm og blære. Hos kvinner er brystkreft den vanligste formen, etterfulgt av lungekreft, tykktarmskreft og føflekkreft. («Lindrende (palliativ) behandling», udatert).

3. 2. Palliasjon

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet («Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen», 2015, s. 11). Det er mange praktiske utfordringer knyttet til behandling, pleie og omsorg av pasienter med kort forventet levetid, hvor hovedfokus bør være å bedre, opprettholde eller tilrettelegge for så god livskvalitet som mulig både for pasientene og deres pårørende (Kaasa & Loge, 2016, s. 36). I palliativ fase er de helse relaterte behovene og symptomene komplekse og til dels sammensatte. Symptomlindring er sentralt i behandlingen og sykepleien. I denne sammenhengen brukes symptomlindring også rettet mot lindring av eksistensielle bekymringer og plager av sosial og psykisk karakter (Lorentsen & Grov, 2016, s. 425).

3.2.1 Å tilbringe den siste tiden hjemme

De fleste har et positivt forhold til begrepet "hjem". Selv om mange pasienter ønsker å dø hjemme, for mange av dem er det verken ønskelig eller praktisk mulig med hjemmedød. Likevel kan det å få tilbringe tid hjemme i livets siste fase være viktig for pasienten. Å være hjemme og leve et så normalt liv som mulig sammen med sine nærmeste den siste tiden gir pasienter både håp og livskvalitet (Brenne & Estenstad, 2016, s. 162). Et overordnet mål for hjemmesykepleien er at den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Det forutsetter at vedkommende skal kunne få nødvendig helsehjelp, få dekket sine grunnleggende behov og ikke være i fare for å bli påført skade eller unødvendig lidelse. Det innebærer også rett til en verdig livsavslutning i ens eget hjem (Fjørtoft, 2016, s.15). Helsepersonell har ansvar for å skape trygge rammer rundt den enkelte pasienten som ønsker å avslutte livet hjemme. Trygghet forutsetter fleksibilitet i hjemmetjenesten og at ressurspersoner er tilgjengelige (Brenne & Estenstad, 2016, s. 166-167). For å kunne gi et godt tilbud til palliative kreftpasienter i hjemmet, er det avgjørende at fagpersoner som omgir ham har god nok kompetanse (Rønning, Strand & Hjermstad, 2007, s. 218).

3. 3. *Kompetent sykepleie*

Utøvelse av sykepleie skal være faglig forsvarlig og basert på oppdatert kunnskap. Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i den gitte situasjonen («Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag», 2018). For å kunne gi den omsorgen og sykepleien pasienten trenger, kreves allsidige kunnskaper og ferdigheter. Marit Kirkevold sier at sykepleiekompetanse består av teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. Denne kompetansen integreres i sykepleieren og gjøres personlig gjennom erfaring, refleksjon og intuisjon (Grøthe, 2002, s. 100). Mange studier dokumenterer at den faglige kyndigheten er avgjørende for at pasienten skal være tilfreds med sykepleien. Pasientenes opplevelse av omsorg var nær knyttet til at sykepleieren var faglig dyktig, mestret tekniske prosedyrer, administrerte medisiner og håndterte medisinsk utstyr på en trygg måte (Kristoffersen & Nordtvedt, 2016, s. 115). Det stilles høye krav til kompetanse for imøtekomme kreftpasientens utfordringer og behov i sykdomsforløpet (Reitan, 2010, s. 25). Pasienter med langkommet sykdom har ofte en rekke plager. Manger direkte forårsaket av kreftsykdommen, slik som smerter på grunn av skjelettmetastaser eller kvalme som følge av tumorobstruksjon. Andre plager, som obstipasjon, kan være en bivirkning ved bruk av opioider. Pasientene har

ofte mange plager samtidig, og dette er dokumentert i flere studier (Kaasa & Loge, 2016, s. 47). Slik sammenatt symptombilde viser at det er behov for høy faglig kompetanse for å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie og redusere pasientens lidelse.

Det kan skilles flere typer kompetanse:

1) Teoretisk-analytisk kompetanse som innebærer å omforme generell teoretisk kunnskap slik at den kan møte kravene i de konkrete og spesielle enkeltsituasjonen en møter i praksis.

2) Praktisk kompetanse handler om å iverksette sykepleiespesifikke tiltak og handlinger. Det er gjennom den praktiske utøvelsen i møte med sykepleieren at pasienten opplever hva sykepleie er.

3) Sosial kompetanse er en sentral dimensjon i et yrke hvor utøvelsen primært foregår i ulike former for samhandling med andre mennesker: pasienter, pårørende og kolleger. Orientering mot andre, empati, situasjonsforståelse, selvtillit, mot, samhandling- og kommunikasjonsferdigheter er vesentlige elementer i sosial kompetanse.

4) Læringskompetanse innebærer å ha evne og vilje til å fortsette å lære av ulike kunnskapskilder også etter endt formell utdanning.

5) Pasienter i mange tilfeller er prisgitt sykepleieres evner og vilje til å handle til pasientenes beste. Yrkesetisk kompetanse handler om å vurdere og handle på en moralsk forsvarlig måte (Bjørk, 2002, s. 202-204)

3. 4. Kommunikasjon og relasjoner

Best mulig livskvalitet for pasienten er den overordnede målsettingen for all palliativ behandling og pleie. Siden livskvalitet er subjektiv og derfor kun kan kartlegges ved å kommunisere med pasienten, blir gode ferdigheter i kommunikasjon spesielt viktig i møte med pasienter i palliativ fase av en kreftsykdom («Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen», 2015, s. 17).

Kommunikasjon legger grunnlaget for relasjonen mellom sykepleier og pasient i alle aspekter av omsorg. Sykepleierens kommunikasjon styrer hvor nær hun eller han kommer inn på pasienten. Kommunikasjon er mer enn informasjon-det innbefatter også kunsten å lytte og bevitne lidelse (Kalfoss, 2016, s. 460). God kommunikasjon og samhandling med kreftpasienter og deres pårørende er grunnleggende for utøvelse av god sykepleie.

Kommunikasjon er et godt verktøy ved informasjonsoverføring, men det er først og fremst middel til å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov og hjelpe vedkommende til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet (Reitan, 2010, s. 102). Å utforske temaene som dukker opp, men en åpen, lyttende holdning bidrar til å skape kontakt, tillit og felles forståelse mellom hjelperenn og brukeren (Eide & Eide, 2004, s. 248)

Pårørende spiller en viktig rolle i pasientens liv og deres opplevelser kan påvirke pasienten. Pårørendes innsats er en forutsetning for at den syke skal få være hjemme, derfor helsepersonell må ha kontinuerlig og god kontakt med dem om hvordan de opplever situasjonen, og de bør få bekreftelse på at de gjør en god innsats (Brenne & Estenstad, 2016, s. 169).

Kommunikasjon er veldig viktig for pasienter med langkommet kreft. Det er viktig å bruke tid for å legge et godt grunnlag for videre relasjoner, ta pasienter og deres kunnskap på alvor og ta hensyn til hvor mye informasjon de vil motta (Stajduhar, Thorne, McGuinness & Kim-Sing, 2010, s. 2041-2044).

3. 5. Rett til å bestemme selv

Medvirkning og medbestemmelse for brukerne av pleie- og omsorgstjenestene er et sentralt prinsipp som er blitt stadig mer vektlagt. Prinsippet bygger på grunnleggende menneskerettigheter, som rett til autonomi, rett til informert samtykke i behandlinger og rett til respekt for personlig integritet. Vi har alle rett til å ta selvstendige valg om hvordan vi ønsker å leve livet vårt. For å kunne leve et selvstendig liv på egne premisser må brukeren være delaktig i og ha innflytelse på beslutninger som angår ham (Fjørtoft, 2016 s. 126). Hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase er veldig sårbare og avhengig av hjelp. Situasjoner der pasienter er svært sårbare, stiller større krav til helsepersonell om å ivareta pasienters og pårørendes autonomi og integritet. For å kunne ta et selvstendig valg, må pasienten ha objektiv informasjon. Vurderingen av en pasients kompetanse er en del av det kliniske og etiske skjønnnet (Brinchmann, 2016, s. 90).

Helsepersonells varhet og evne til innlevelse og empati er av uvunderlig betydning i møte med pasienter i sårbare situasjoner (Brinchmann, 2016, s. 91).

3. 6. Trygghet

Trygghet er knyttet til det å oppleve seg ivaretatt, at det ikke er noe grunnleggende truende i selve situasjonen en befinner seg i, eller at det som er ukjent i den, ikke fremtrer som noe som gjør at jeg fester all oppmoksomhet på det. Det motsatte av å være trygg er å være redd. Tillit er viktig for å skape muligheten for trygghet. Men tillit kan vi ikke vinne uten at vi er oss selv. Man bør med oppmerksomhet, med blikk, og eventuelt med berøring vise at man er interessert og lydhør. Tillit kan føre til trygghet på sikt, og tryggheten er med på å bidra til at pasient og pleier kans “spille på lag” (Henriksen & Aarloft, 2002, s. 162). Segesten skiller tre typer av den ytre tryggheten (ytre trygghet handler om forholdet til omgivelsene og samhandlingen med andre):

1. Kunnskaps- og kontrolltrygghet handler om å ha kunnskap og vite hvordan situasjonen er, og hva som gjelder. God informasjon og forutsigbarhet er vesentlig. Undervisning og veiledning kan bidra til kunnskaps- og kontrolltryggheten og til at pasienten kan føle trygghet i sitt eget hjem, til tross for sykdom eller funksjonstap.
2. Stole-på-andre-trygghet dreier seg om å kunne stope på at en får nødvendig hjelp ved behov. Fagpersonen må ha nødvendig ekspertise og kunnskap og oppføre seg på en måte som bidrar til tillit og kontakt. Da kan pasienten føle at han er i trygge hender, selv om han er hjelpetrengende.
3. Relasjonstrygghet er knyttet til det sosiale nettverket, til varme og nære relasjoner. Det kan kobles til stikk ord som åpenhet, gjensidighet, forståelse, aksept. For å kunne bidra til relasjonstrygghet må sykepleiere være i stand til å bruke seg selv i møte med pasientene (Fjørtoft, 2016, s.122).

For mange pasienter er trygghet nært knyttet til kontroll. Det viser seg f.eks. at kreftpasienter med egenregulering av „smertepumpe“ bruker mindre medisin samtidig som de får en bedre smertelindring (Rosen & Stiles, 2007, s. 411).

3. 7. Kari Martinsens omsorgsteori

Jeg har valgt Kari Martinsens omsorgsteori som referanseramme for min oppgave. I følge Kari Martinsen (1989, s. 14) er omsorgsbegrepet tredimensjonelt. Omsorg er basert på relasjoner, det betyr at omsorg er for det første et relasjonelt begrep. Det tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre, men avhengighet står ikke i motsetning til selvhjulpenhet. Avhengighet inngår på ulike måter

i alle menneskelige forhold (s. 15). For å finne ut hva den andre trenger, er det nødvendig for sykepleieren å engasjere seg i og vise interesse for pasienten. Hun må være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon. (Kristoffersen, 2016, s. 60). Et menneske som er pasient, vil ofte vise sykepleieren en spontan tillit. Sykepleieren har to muligheter. Den første er å ta vare på den andres tillit, den andre er å ødelegge grunnlaget for tilliten. Hvis sykepleieren er likegyldig til pasientens "utleverthet", vil pasienten oppleve at hans tillit er misbrukt. Han må oppleve interessen for at det skal vokse fram tillit i forholdet mellom ham og sykepleieren (s. 61).

Omsorg er også et praktisk begrep. En må delta aktivt og praktisk i den andre sin lidelse. Der er viktig å kunne sette seg inn i den svakes situasjonen og hjelpen begrunnes ut fra tilstanden til den hjelpetrengende. Det viktigste er at omsorgsgiver ikke forventer å få noe igjen eller at begrunnelsen for handlingen er å få noe igjen eller oppnå et resultat (Martinsen, 1989, s. 16). Omsorgen blir utført i dagligdagse situasjoner som både sykepleier og pasient kjenner. Som medmenneske kan sykepleieren forstå den syke fordi vår dagliverden har mange likhetstrekk. I tillegg til den kunnskapen man har som et medmenneske, har en fagkunnskap som gjør en enda bedre i stand til å sørge for den andre på en omsorgsfull måte. Enkle redskaper er det mest fundamentale i omsorgssituasjon og det som skjer rundt pasienten bør formidles i et dagligspråk og ikke et sykehusinternt fagspråk som pasienten ikke forstår (Kristoffersen, 2016, s. 62).

Omsorg har for det tredje en moralsk side. En må lære seg og håndtere makt og handle ut fra prinsippet om ansvaret for svake. Hun understreker at omsorg er en yrkeskompetanse som forutsetter en bevissthet om praktikerkunnskapens betydning (Martinsen, 1989, s.14-19). Omsorgen skal ytes på grunnlag av personlig engasjement og innlevelse i pasientens situasjon og sykepleieren skal ta avstand fra ulike former for overtramp og maktovergrep (Kristoffersen, 2016, s. 59).

Martinsen mener at i spenningsfeltet mellom autonomi og paternalisme er svak paternalisme det ønskelige. Sykepleieren skal bruke sin faglig kunnskap på en måte som har til hensikt å gagnar den enkelte pasient mest mulig. Det er ikke alltid hensiktsmessig å trekke med pasienter i beslutninger (Kristoffersen, 2016, s. 59).

Å møte den syke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet innebærer en rekke forutsetninger som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon. Det betyr at medisinske kunnskaper er viktige

for å kunne yte god omsorg. Men kunnskaper bør tilegnes bare gjennom lærebøker, men skal også praktiseres. Faglig dyktighet forutsetter at fagkunnskaper og praktiske ferdigheter går sammen og blir en enhet (Martinsen, 1989, s. 75).

4. 0 Resultat

Her skal jeg presentere artikler som skal anvendes i diskusjonsdelen.

4. 1 Artikkel 1

Karlsson & Berggrens „*Dignified end-of-life care in the patients own homes*“

Publisert i tidsskriftet „Nursing Ethics“ i 2011

Formål: Studien undersøker hva som skal til for at den døende som tilbringer sin siste tid hjemme kan oppleve at han får god pleie og omsorg.

Metode: Dette er en kvalitativ studie. Det ble utvalgt 10 sykepleiere med erfaring i palliativ omsorg fra fem kommuner i det vestlige Sverige som ble intervjuet om hva som kjennetegner god omsorg i pasientens hjem og hva pasienter setter pris på. Spørsmål ble formulert slik at det var mulig å fremheve både positive og negative aspekter.

Resultat: Artikkelen avdekker at gode relasjoner mellom sykepleiere og pasient og pårørende er en vesentlig faktor for å kunne etablere et tryggt miljø i hjemmebasert palliativ omsorg. Både pasient og pårørende må kunne stole på at sykepleieren gjør sitt beste for å lindre symptomer og sikre god livskvalitet. En viktig faktor er at sykepleieren må ha nødvendig kompetanse og vise mot i møte med døden. For å kunne støtte pasienten i vanskelige stunder, f.eks. når han opplever eksistensiell angst, en forutsetning er at hun ikke frykter døden. For pasienter er det også viktig å være involvert i sin egen omsorg. Ivaretagelse av autonomi er trukket frem som et viktig punkt. Pårørende til pasienten må også føle at deres familiemedlem er i trygge hender, de må føle seg respektert og ha mulighet til å delta i pleie etter evne.

4. 2. Artikkel 2

Brown et al. „*Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care*“

Publisert i tidsskriftet „British Journal of Community Nursing“ i 2011

Formål: Hensikten med studien var å finne ut hvilke faktorer bidrar til opplevelse av verdighet for uhelbredelig syke pasienter som tilbringer mesteparten av tiden hjemme.

Metode: Det er en kvalitativ studie som ble gjennomført i Skottland, Storbritannia. Deltakere ble delt inn i forskjellige grupper: to grupper med hjemmesykepleiere, en med leger, en med

pasienter, en med pårørende og en med både pasienter og pårørende. Til sammen har det deltatt 14 hjemmesykepleiere, 3 leger, 8 pasienter og 5 pårørende.

Resultat: Denne studien viser at pasienter satte pris på at sykepleiere tok seg tid til å forklare hvilke symptomer de skal være bevisst på, hvordan bruke forskjellige medikamenter og hvor man kan henvende seg for å få hjelp hvis det oppstår et problem. Det var viktig med god kommunikasjon og sykepleiere skulle vise interesse og lytte til pasientens følelser. Pasienter ønsket å ha mulighet til å utføre de oppgavene de fortsatt klarte, noe ikke alltid var mulig siden sykepleiere til tider tok over kontrollen uten å spørre. Som i studien beskrevet ovenfor, ønsket pasienter å bli involvert i sin egen omsorg og de ønsket å bli tatt vare på av sykepleiere som prøvde imøtekomme deres behov og ønsker. Pasienter ønsket å bli behandlet som vanlige mennesker og ha god og varm kontakt med pleiere som viste interesse til å bli kjent med dem og deres familier.

4. 3 Artikkel 3

Melin-Johansson et al. „*The meaning of quality of life: Narrations by patients with incurable cancer in palliative home care*”

Publisert I tidsskriftet “Palliative and Supportive Care” i 2008

Formål: Målet av studien var å belyse hva kjennetegner livskvalitet for pasienter med inkurabel kreft som mottar palliativ pleie hjemme.

Metode: Det er en kvalitativ studie der 8 pasienter ble intervjuet i sitt eget hjem i Sverige.

Resultater: Funn i denne forskningen viser at god symptomlindring var essensiell for å kunne oppleve trygghet og livskvalitet. Når symptomene var godt kontrollert, hadde pasienter en mer selvstendig hverdag og økt trivsel. Å kunne tilbringe den siste tiden i hjemmet er forbundet med følelse av trygghet og hjelp de fikk fra palliativ team var en viktig element i det. De satte pris på at pleiere ga informasjon og lindret smerter. Videre kom det frem at det var viktig at pleiere lyttet til deres bekymringer og støttet dem.

4. 4. Artikkel 4

Hunstad & Svindseth „*Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses experience*“ (2011)

Publisert i tidsskriftet „International Journal of Palliative Nursing“ i 2011

Formål: Denne studien har til hensikt å undersøke hvordan pasienter og pårørende opplever palliativ pleie de får hjemme. Studien utforsker hva kjennetegner god palliativ pleie hjemme sett fra pårørendes ståsted.

Metode: I denne forskningen ble det intervjuet 7 pårørende til de avdøde i tre kommuner i Norge.

Resultat: De intervjuede personene mente at helsepersonell hadde god kompetanse og kunnskap, men noen beskrev situasjoner der de opplevde helsepersonell som likegyldig, som om de ikke brydde seg og manglet kunnskap på enkelte områder. Majoriteten understreket at det var viktig å ha et telefonnummer til en sykepleier eller en lege. Pårørende uttrykte ønske å få mer enn bare praktisk hjelp, de ønsket at sykepleiere tok seg til å prate og lytte til dem og pasienten.

4. 5. Artikkel 5

Lausund *“Det gode liv i dødens nærhet: hva vektlegger pårørende?”*

Publisert i tidsskriftet „Omsorg“ i 2010

Formål: Hensikten var å undersøke hva er god palliasjon hjemme sett fra pårørende ståsted. Pårørende besitter mye kunnskap og kan uttrykke hvordan pasienten ble ivaretatt helt til det siste.

Metode: i denne studien ble det ble intervjuet 10 pårørende som hadde vært i kontakt med pleietjenesten Fransiskushjelpen i Oslo. De ble delt i to grupper som begge møttes en gang og formidlet sine erfaringer med hjelpen deres nærmste mottok i livets slutfase.

Resultater: Forskningen synliggjør flere forhold som er viktige for dem som tilbringer den siste tiden hjemme. Pasienter og pårørende opplevde trygghet når en tjeneste var tilgjengelig. Å ikke få hjelp i kritiske situasjoner fikk dem til å føle seg hjelpeløs og sviktet. Sykepleiernes faglig kompetanse var trukket frem som en veldig faktor og det som fikk dem til å føle seg trygge hjemme. Det samme gjaldt personlig egnethet. Pårørende opplevde at ikke alle sykepleiere viste like mye omsorg til den døende. Noen fremstod som omsorgsfulle og dedikerte, mens andre var mer likegyldige. Pårørende påpekte viktigheten av pleieres verdige framturen og etterlyste en større frimodighet rundt spørsmål av eksistensiell og åndelig karakter.

4. 6. Artikkel 6

Røgenes, Moen & Grov *“Hjemmesykepleieres perspektiv på forhold som fremmer palliasjon i hjemmet“*

Publisert i tidsskriftet „Klinisk Sygepleje“ i 2013.

Formål: Studien undersøker hjemmesykepleiernes syn på palliativ pleie hjemme med hensyn til å avdekke hva som fremmer det.

Metode: Det er en kvantitativ studie som ble utført i 10 kommuner i Sør-Norge.

Spørskjemaet inneholdt 74 påstander der respondenter kunne krysse på Likert skala. Det ble sendt til 346 sykepleiere. 189 sykepleiere fylte ut skjemaet (svarprosent 56,6).

Resultat: Funn viser at sykepleiere vurderer samarbeid, organisering, informasjon og kommunikasjon som viktige faktorer som hjelper å støtte pasienter i palliativ fase og gjør det mulig for dem å bo hjemme. Men de legger mest vekt på kunnskap og faglig selvtillit.

5. 0 DRØFTING

Her vil bli en sykepleier omtalt som „hun” og en pasient som „han“.

5. 1. *Viktigheten av kompetanse*

Å leve med en ikurabel sykdom og ha kort forventet levetid er en situasjon som er veldig vanskelig og stå i både for pasienter og deres nærmeste. Man ønsker å leve den siste tiden mest mulig meningsfullt og få så mange gode dager som mulig i de månedene eller ukene som er igjen. Når man velger å tilbringe den siste tiden hjemme, er det viktig å føle at det er trygt å være der og at man får den hjelpen man trenger. Her er en hjemmesykepleier en nøkkelperson som skal bidra til at det er forsvarlig for pasienter med en uhelbredelig sykdom å tilbringe den siste tiden hjemme. For å kunne gjøre det må hun ha nødvendige kunnskaper og ferdigheter. I flere studier hevder pasienter og pårørende at kompetanse fremmer trygghet (Karlsson & Berggren, 2011, s. 378; Lausund, 2010, s. 40). Kreftsyke pasienter i palliativ fase har et sammensatt sykdomsbilde og det krever gode medisinske kunnskaper for å kunne oppdage forverring i tid, lindre symptomer og håndtere medisinsk utstyr. En sykepleier som fremstår usikker i sin kunnskap eller i det arbeidet hun utfører kan overføre den usikkerheten til pasienten som allerede er i en svart sårbar situasjon. I en studie utført av Karlsson og Berggren (2011) kommer det frem at når en sykepleier fremsto trygg i sin rolle og kunne håndtere medisinsk utstyr, følte både pasienten og pårørende seg trygge og stolte på sykepleieren (s. 378). Det samme nevnes i en studie til Lausund (2010) der sykepleiernes kompetanse blir beskrevet som “trygghet og kvalitet”(s. 40). Men noen opplevde at ikke alle hadde kunnskapene og ferdighetene som er nødvendig for å gi omsorg og pleie av god kvalitet, det førte til at pasienten og pårørende foretrakk andre sykepleiere, de som ga dem følelse av trygghet (Karlsson & Berggren, 2011, s. 378). Det viser hvor viktig kompetansen er for å fremme trygghet hos pasienter som tilbringer den siste tiden i hjemmet.

Å føle at man blir tatt vare på av kompetent helsepersonell er uten tvil viktig for alle pasienter, ikke bare hjemmeboende, men også de som er innlagt på sykehus eller bor på sykehjem. Men sett i lys av sammhandlingsreformen som pålegger kommunene et større ansvar for eldre og dødende (Olsen, 2012, s. 3), er det viktig og fremheve hvor viktig det er med god kompetanse i hjemmesykepleien.

Hva pasienter og pårørende i det nevnte studiet legger i ord „trygg i sin rolle“ kan være litt uklart, men som nevnt over er et av tegnene til kompetanse å kunne håndtere medisinsk

utstyr. Videre kommer det frem at symptomlindring er en veldig viktig del i palliativ omsorg. I en studie utført av Melin-Johnson et al. (2008) sier pasienter at det å leve i en kropp med forskjellige plager er veldig stressende og de følte som om de var fanget i sin egen kropp. Når symptomene var godt kontrollert, ga det dem mange gode dager og livsglede. God smertelindring ga dem følelse av selvstendighet og trygghet (s. 235). Dårlig symptomkontroll fikk dem til å føle seg hjelpeløs og frustrert (Hunstad & Svindseth, 2011, s. 403). Som nevnt i teoridelen er de helserelevante behovene og symptomene i palliativ fase komplekse og til dels sammensatte. Symptomlindring er sentralt i behandlingen og sykepleien (Lorentsen & Grov, 2016, s. 425). Derfor for å kunne fremme trygghet hos pasienter skal en sykepleier ha nødvendige kunnskap om hvilke symptomer og plager er de vanligste hos pasienter med uhelbredelig kreft, hva som skal observeres og hvilke tiltak skal iverksettes for å avhjelpe pasientens plager. En sykepleier skal ha det Bjørk (2002) kaller for teoretisk- analytisk kompetanse og praktisk kompetanse (s. 202, 203), og klare å analysere, gjøre vurderinger og iverksette nødvendige tiltak og handlinger.

Dette blir støttet av Kristoffersen og Nordtvedt (2016) som etter å ha undersøkt flere studier fant ut at pasientens opplevelse av omsorg var knyttet til at sykepleieren var faglig dyktig, mestret tekniske prosedyrer, administrerte medisiner og håndterte medisinsk utstyr på en trygg måte (s. 115). Det er ikke nok for en sykepleier å være snill og forståelsesfull hvis hun ikke har den nødvendige kliniske kompetansen. De få fagpersonene som omgir ham må ha nok kunnskap og ferdigheter, bare da kan en pasient med langkommet sykdom føle at det er trygt å bo hjemme (Rønning et al., 2007, s. 218).

I følge Kari Martinsen (1989) er medisinske kunnskaper viktige får å yte god omsorg. Men det er ikke nok. I en omsorgssituasjon er fagkunnskapen til stede i den måten vi bruker tingene på overfor pasienten (s. 75). For å kunne yte omsorg til pasienten må jeg ha forståelse for den andres situasjon. Alle mennesker har noe til felles fordi vi alle har opplevd noe vondt og vanskelig i livet. Kreftsyke pasienter er plaget av smerter og kvalme. Jeg vet hvordan det føles å ha det vondt eller føle meg kvalm. Denne erfaringen kan hjelpe meg til å se pasienten ut fra hans situasjon og jeg kan bruke dette for å lindre hans plager. Fagkunnskaper kan supplere den erfaring jeg har som et medmenneske. Jeg som sykepleier har kunnskap om kroppsstell og hvordan et godt kroppsstell skal utføres. Jeg har kunnskap om smertelindring og kan sørge for en god liggstilling. Slike fagkunnskap kombinert med kunnskap jeg har som et medmenneske kan sørge for at jeg kan yte god omsorg til den syke. Når man pleier

palliative pasienter, må man håndtere medisinsk-teknisk utstyr, forskjellige medikamenter og pasienter har et komplisert sykdomsbilde, men jeg skal ikke bruke unødvendig mange fremmede redskaper og ord, men tilstrebe å bruke det pasienten kjenner fra sitt dagligliv og forklare ting som skjer i et dagligspråk (Kristoffersen, 2016, s. 62).

Som en sykepleier har jeg plikt til å jobbe kunnskapsbasert siden kunnskap er veldig viktig for å kunne yte omsorg og fremme trygghet for pasienter. I en studie utført av Røgenes et al. (2013) kommer det frem at sykepleiere la særlig vekt på faglig trygghet, uttrykt gjennom kunnskap, erfaring, refleksjon og støtte og mente at dette var viktig for å fremme palliasjon i hjemmet (s. 70). Sykepleier kan øke sitt faglig trygghet gjennom å delta på refleksjonsarenaer, videreutdanning og arbeidserfaring (s.71). Jeg som sykepleier kan øke min kompetanse gjennom å reflektere over min erfaring og delta i diskusjoner med andre sykepleiere og fagpersoner. Dette har jeg opplevd når jeg var i praksis i hjemmesykepleien. Vi pleide å spise lunsj i felles rom og vi hadde mange faglige diskusjoner. Slik kan man lære av andres erfaringer og øke sin kompetanse. Kunnskap fått gjennom erfaring kan styrke faglig trygghet og gi styrke til å møte nye utfordringer (Røgenes et al., 2013, s.73). Det stemmer overens med Kari Martinsen sitt syn, som mener at for å utøve omsorgsfull pleie er det ikke nok å lese bøker (Martinsen, 1989, s. 75). Jeg skal også utvikle den praktiske kunnskapen gjennom erfaring og gjennom å reflektere over det jeg har opplevd.

Gjennom å holde meg faglig oppdatert, lese aktuell faglitteratur, nyeste forskning og studier, reflektere over erfaringer og diskutere med kollegaer styrker jeg min kompetanse og deretter kan føle trygg i min rolle og min evne til å yte god omsorg til den syke. Dette vil påvirke pasientens opplevelse og han vil også oppleve trygghet.

5. 2. Viktigheten av kommunikasjon og relasjoner

Som det ble nevnt i teoridelen, kommunikasjon legger grunnlaget for relasjonen mellom sykepleier og pasient i alle aspekter av omsorg (Kalfoss, 2016, s. 460). I en studie utført av Stajduhar et al. (2010) sier pasienter at det første møte var veldig viktig og det dannet grunnlaget for hvordan relasjonen utviklet seg videre. Det var ikke tiden i seg selv som var det viktigste, men hvordan den ble brukt. Direkte øyekontakt, aktiv lytting og kroppsspråk ble nevnt som viktige ting for å kunne danne et godt første inntrykk (s. 2042).

Sykepleiere i hjemmesykepleien har ofte det veldig travelt, og det er et kjent problem at man ikke alltid kan bruke så mye tid hos pasienten som man vil eller føler at pasienten har behov

for. Men det er viktig at hun bruker den tiden hun har for å vise pasienten og pårørende at hun bryr seg. Når sykepleieren viser oppriktig interesse, empati og respekt, kan det dannes et tillitsforhold mellom pasienten og sykepleieren. I følge Kari Martinsen viser en pasient spontant tillit til sykepleieren (Kristoffersen, 2014, s. 61). Jeg er ansvarlig for at pasienten ikke mister den spontane tilliten han hadde til meg. Det kan skje hvis pasienten opplever at jeg ikke bryr meg, hvis han blir møtt med likegyldighet når han forteller om sine plager og følelser. For å bevare pasientens tillit skal jeg vise interesse og ta pasienten på alvor (s. 62). Tillit kan føre til trygghet på sikt, og det er en av grunnene til at det å utvikle et personlig forhold som ivaretar tillit, er viktig for å skape muligheten for trygghet (Henriksen & Aarflot, 2002, s. 162).

En pasient som tilbringer sin siste tid hjemme har ofte pårørende som hjelper og støtter ham. Det er en av grunnene til hvorfor mange pasienter velger å tilbringe den siste tiden hjemmemulighet til å være omringet av sine nærmeste. Deres emosjonell og praktisk støtte til pasienten spiller en viktig rolle. Pårørendes innsats er avgjørende for at den alvorlig syke skal få være hjemme (Brenne & Estenstad, 2010, s. 169). Derfor omsorg for den dødende også involverer deres pårørende. En studie til Karlsson og Berggren (2011) viser at en forutsetning for pårørende å bli involvert i omsorg til den dødende var at de var godt informert og deres forhold med helsepersonell var bygget på respekt, åpenhet og samarbeid (s. 387). Når en sykepleier tar vare på pårørende, støtter dem, er oppmerksom på deres behov og avlaster dem når det er nødvendig, kan hun "frigjøre" deres tid og krefter slik at de kan tilbringe kvalitetstid med pasienten.

Et av målene med kommunikasjon er å gi informasjon. Å ha nødvendig informasjon kan styrke pasientens følelse av selvstendighet og trygghet. Trygghet ble også styrket når kommunikasjon mellom sykepleiere og den syke var åpen og de tok seg tid til å høre på pasientens bekymringer og støttet dem, spesielt når pasienten følte at de ikke kunne snakke med familien om det som bekymret dem (Melin-Johannson et al., 2008, s. 236). Man kan si at en sykepleier hadde sosial kompetanse (Bjørk, 2002, s. 204). Når sykepleieren er åpen, forståelsesfull, fremstår engasjert og bruker seg selv i møte med pasienten, kan det dannes varme relasjoner og det kan føre til relasjonstrygghet (Fjørtoft, 2016, s. 122).

Men det er viktig å påpeke at også en sykepleier bør være villig til å motta informasjon fra pasienter. Mennesker som har levd med en alvorlig sykdom og deres pårørende er ofte "eksperter" på sykdommen og innehar mye kunnskap. Noen pårørende uttrykte frustrasjon

over at de ikke ble hørt. Sykepleiere hjalp med de praktiske tingene, men de følte at deres kunnskap ikke ble tatt seriøst: “Når man har bodd sammen i mange år, lærer man å lese hverandre. Jeg følte at jeg ble satt til side, som om jeg ikke hadde kunnskap. De burde ha hørt på meg mer“ (Hundstad & Svindseth, 2011, s. 400). Jeg tolker det sånn at selv om jeg er den profesjonelle parten, skal jeg ikke tro at jeg vet alt bedre. Hvis jeg ikke tar meg tid til å lytte til dem eller ikke tar det de sier seriøst, kan jeg gå glipp av viktig informasjon som i verste fall kan skade pasienten. Derfor for å gi forsvarlig omsorg er det viktig å innhente informasjon fra pårørende og pasienter. I en studie av Stajduhar et al. (2010) forteller noen av pasientene at de satte pris på at helsepersonell tok på alvor deres kunnskap om sin sykdom og tilstand og informasjon de har samlet. De tolket det som omsorg og at helsepersonell oppriktig brydde seg om dem (s. 2043). Som det var nevnt før er sykepleierens faglig dyktighet veldig viktig for at pasienter skal føle seg trygge, men hun skal samtidig være ydmyk, ha et åpent sinn og ta pasientens observasjoner og meninger på alvor.

Videre kommer det frem at noen følte at sykepleiere gjorde bare det mest nødvendige og „forsvant“. Pasient ble sittende igjen med mange ubesvarte spørsmål (Hundstad & Svindseth, 2011, s. 400). Som det var nevnt i teoridelen, har helsepersonell ansvar for å skape trygge rammer rundt den enkelte pasienten som ønsker å avslutte livet hjemme (Brenne & Estenstad, 2016, s. 166, 167). En person som har en uhelbredelig sykdom og tilbringer den siste tiden hjemme er i en sårbar situasjon. Man kan ikke bare dra i snoren for å be en pleier om hjelp. Mangel på informasjon og kunnskap kan skape usikkerhet. En sykepleier skal vise at hun er tilgjengelig for en samtale, for det kan hende at pasienten ikke tør å sette i gang en samtale hvis hun ikke tar initiativ selv. Noen pasienter er redd til å føle seg til bry og føle seg i veien, derfor skal en sykepleier engasjere seg i pasientens behov og problemer, stille åpne spørsmål og invitere til samtalen. Det er ikke alltid hun kan svare på pasientens spørsmål. I slik tilfelle skal hun aldri bare si “vet ikke” og forlate pasienten i uvitenhet. Hun skal forsikre pasienten at hun skal prøve å finne ut et svar til det han lurer på og kontakte ham senere eller formidle nødvendig informasjon til den som kommer på vakt etter henne. Slik betrygger hun pasienten selv om hun ikke kan svare på spørsmålet der og da. Det i følge Segesten fører til kunnskaps- og kontrolltrygghet. God informasjon og veiledning er vesentlig for at den hjemmeboende pasienten med kreft skal føle at det er trygt å bo hjemme (Fjørtoft, 2016, s. 122)

Som Kalfoss (2016) skriver er kommunikasjon mer enn informasjon og den innbefatter også kunsten å lytte og bevitne lidelse. Det gir pasienten mulighet til å sette ord på erfaringene

sine, og til å fortelle om sine forhåpninger, drømmer, prioriteringer, verdier og behov i alle stadier av sykdommen (s. 460). Omsorg til alvorlig syke og døende pasienter innebærer å kunne tørre å møte spørsmål rundt liv og død (Lausund, 2010, s. 42). En del pårørende opplevde at det var lettere å ta være for sin nærmeste når han aksepterte at døden er nær (Hunstad & Svindeth, 2011, s. 402). Når en sykepleier utforsker de bekymringene som dukker opp og har en lyttende holdning overfor pasienten, kan det bidra til at det skapes kontakt og tillit mellom dem (Eide & Eide, 2004, s. 248). Sykepleier kan gjennom å danne en tillitsbasert relasjon hjelpe pasienten til å akseptere sin skjebne og slik bidra til at den siste tiden oppleves som lettere og mer meningsfylt. Men som Karlsson og Berggrens (2011) påpeker en forutsetning for å oppnå det er at esykepleieren ikke frykter døden. Når hun møte den døende med fryktløshet og åpenhet og jobbet mot felles mål, førte dette til trygghet for pasienten (s. 378).

5. 3. Viktigheten av rett til å bestemme selv

Å være hjemmeboende pasient med kreft i palliativ fase er en sårbar situasjon å være i. Man har mistet en del av selvstendighet og er avhengig av andres hjelp, både fra pårørende og sykepleiere. Dette kan føre til en følelse av avmakt og usikkerhet. Det kan oppstå situasjoner hvor både en sykepleier og en pasient føler seg avmektig. Men i denne diskusjonen går jeg ut ifra at det er en sykepleier som befinner seg i en maktposisjon.

Som Kari Martinsen (1989) skriver, omsorg er et relasjonelt begrep og vi er alle avhengige av hverandre (s. 16). Videre påpeker hun at i alle avhengighets relasjoner inngår makt. Makt kan brukes moralsk ansvarlig ut fra fra solidaritet med den svake. Derfor har omsorg en moralsk side og en må lære seg og håndtere makt (s. 17). Funn i en studie til Brown et al. (2011) viser at pasienter ønsket å bevare en viss grad av selvstendighet og fortsette å gjøre så mye de kunne selv, og få hjelp av sykepleiere når det var nødvendig. Men til tider erfarte pasienter at sykepleiere tok over kontroll uten å spørre (s. 241). Jeg tolker dette som at sykepleiere misbrukte sin posisjon og ikke klarte å håndtere makt de hadde i den aktuelle situasjonen. Jeg som sykepleier skal ikke oppføre meg som en bedreviter og tro at jeg alltid vet best. Basert på Kari Martinsens teori, skal jeg prøve å finne ut hva som er viktig for pasienten, å forestille meg at jeg er i hans situasjon og behandle ham slik jeg ville ønske å bli behandlet (Kristoffersen, 2016, s. 60). Å være avgengig av andre kan få en til å føle seg hjelpeløs, derfor skal en sykepleier være forsiktig og ikke overkjøre pasienten, men la ham bruke de ressursene

han har igjen og slik hjelpe til å bevare en følelse av kontroll. For mange pasienter er trygghet nært knyttet til kontroll (Rosen & Stiles, 2007, s.411).

Men det er viktig å påpeke at det på ingen måte betyr at en sykepleiere hadde dårlige intensjoner når de tok over kontrollen, men makten kan også ligge i gode intensjoner og det er ikke alltid slik at resultatet blir godt selv om hensikten er god (Kristoffersen & Nortvedt, 2004, s. 120). I følge Kari Martinsen mine følelser bør ikke styre mine handlinger. Det er ikke mine følelser som skal være utgangspunktet for den omsorgen jeg yter. Jeg skal prøve å sette meg inn i pasientens situasjon og å avhjelpe lidelse på pasientens premisser (Kristoffersen, 2016, s. 59).

Forskning viser at det er viktig for pasienter å kunne bli involvert ved avgjørelser angående palliativ omsorg, blant annet å kunne bestemme hvor pasienten ønsket å dø (Karlsson & Berggren, 2011, s. 379). Når sykepleiere handlet på en respektfull måte som ivaretok pasientens behov for autonomi, ble det skapt trygghet og tillit mellom dem og det bidro til at pasienten lettere aksepterte hjelp fra sykepleiere og opplevde den som verdig (s. 380). Pasientens autonomi ble styrket når sykepleieren respekterte deres og deres pårørendes rett til å delta i palliativ omsorg, for eksempel når pasienten kunne selv administrere smertestillende medisin. De kunne reagere raskt når symptomene oppsto og følte større kontroll, og god smertelindring er forbundet med følelse av selvstendighet og trygghet (Melin-Johnson et al., 2008, s. 235). Men for at slik ansvar kan overføres til pasienten er det viktig at sykepleieren er kompetent og har god vurderingsevne. Hun skal kjenne pasienten og pårørende godt og vite at de er i stand til å takle et slikt ansvar. Pasienter skal også få tilstrekkelig informasjon for å kunne vurdere sine muligheter. Som det var skrevet før i diskusjonen, å ha nødvendig informasjon kan styrke pasientens følelse av selvstendighet og trygghet. Å ha nødvendig informasjon er også viktig for å kunne ta forsvarlige valg. Men en forutsetning for at pasienten skal ha mulighet til å fatte autonome avgjørelser er at sykepleieren har gitt ham informasjon. Hun skal sørge for at informasjonen var god og objektiv. Hun skal også sørge for at gitt informasjon var forstått (Brinchmann, 2016, s. 90).

Men autonomi er ikke en ubestridt godhet i følge Kari Martinsen (Kristoffersen, 2016, s. 59). Jeg som sykepleier, basert på mine kunnskaper, skal vurdere når pasienten skal trekkes med i beslutninger og når det er best å la være (s. 60). Pasienter med en uhelbredelig kreft er i en sårbar situasjon og det kan finnes problemstillinger som er for komplisert å ta stilling til eller pasienten sier at han ikke vil trekkes med i en beslutning. I Stajduhar et al. (2010) studie sier

pasienter at de ville beholde en mulighet til å styre hvor mye informasjon de ville få i en gitt situasjon (s. 2044). Det betyr at en sykepleier skal gi pasienten mulighet til å være med å påvirke avgjørelser, men hun skal også skåne pasienten når det er nødvendig. Men har ser jeg en fare for maktmisbruk, siden en sykepleier kan ha gode intensjoner, men hennes avgjørelser angående hva som er best i en gitt situasjon kan bli påvirket av egne følelser.

Som det var skrevet overfor, hvis en pasient har en mulighet til å påvirke avgjørelser angående egenomsorg, ha en viss kontroll, kan det gi følelse av trygghet (Karlsson & Berggren, 2011, s. 380). Det er ikke alltid mulig å innfri ønsker fra pasienter, men også små ting kan utgjøre en forskjell. Man kan spørre pasienten hvor og hvordan han vil bli stelt, man kan vise tålmodighet og veilede pasienten i stedet for å ta over kontrollen, eller sykepleieren komme på annet tidspunkt enn tidligere avtalt, for ikke å avbryte familietid eller noe annet som er viktig for pasienten.

6. 0 KONKLUSJON

Hensikten med oppgaven var å finne ut hva som er viktig for kreftsyke pasienter i den palliative fasen som bor hjemme, hva som fremmer følelse av trygghet og hva oppleves som god omsorg. Funn i forskning og litteratur viser at det er flere faktorer som spiller inn. Det er essensielt at en sykepleier har nødvendig kompetanse. Hun skal ha klinisk kompetanse, praktiske ferdigheter og fremstå trygg i sin rolle. For å oppnå det skal hun jobbe kunnskapsbasert. Det innebærer konstant oppdatering av kunnskap gjennom å lese nye studier og forskning, og ikke minst reflektere over egne erfaringer og delta i diskusjoner med kollegaer. Basert på Kari Martinsens omsorgsteori, er det viktig at fagkunnskap blir supplert med kunnskap hun har som et medmenneske. Gjennom evne til å sette seg inn i andres situasjon kan hun forstå den fra pasientens ståsted og slik yte god omsorg til ham.

Videre viser funnene at god kommunikasjon, informasjon og relasjoner er viktig for opplevelse av trygghet og omsorg. For å kunne skape tillit og deretter trygghetsfølelse for pasienten, skal sykepleieren vise empati og oppriktig interesse for hans følelser og opplevelser. Det at sykepleiere tar seg til å lytte til dem og deres bekymringer, inkludert eksistensielle, blir sett på som omsorg. Når en sykepleier viser at hun bryr seg, kan en pasient føle at han er i trygge hender. Det innebærer også omsorg til pårørende. Når de blir tatt godt vare på og får avlastning når nødvendig, kan de ha mer overskudd og energi å ta vare på den syke.

Å gi god informasjon til pasienter og pårørende er også viktig. Å ha informasjon om sin situasjon og få svar på det man lurer på er forbundet med følelse av trygghet. Samtidig skal sykepleieren ha ett åpent sinn og anerkjenne at pasienten selv og pårørende sitter med mye informasjon, derfor er det viktig å lytte til dem.

Når en sykepleier ivaretar pasientens autonomi og gir ham mulighet til å delta i egenomsorg, kan det føre til opplevelse av trygghet og verdig omsorg. Det forutsetter at hun har nok kunnskap og faglig skjønn til å vurdere når pasienten skal trekkes med i beslutninger og når det er best å la være. Men her kan det oppstå en fare for maktmisbruk siden hun tar avgjørelser basert på sine og ikke pasientens følelser.

7. 0 Perspektivering

Det er viktig å øke fokus på sykepleiernes kompetanse i palliativ omsorg hjemme. Det kan bli gjort gjennom å organisere kurs eller etablere andre arenaer der sykepleiere kan møtes og reflektere over erfaringer. Det samme gjelder trening av kommunikasjonsferdigheter.

Litteraturliste

- Bjørk, I. T. (2002). Kompetanse i sykepleie. I I. T. Bjørk, S. Helseth & F. Nordtvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Brenne, A.-T. & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk-velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*.(4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Brown, H., Johnston, B., & Östlund, U. (2011) Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*, 16 (5), 241.
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.5.238>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2004). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fakta om kreft. (2018). Hentet 10. mars 2019, fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>
- Fjørtoft, A. K. (2016). Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Grøthe, K. H. (2002). Intensivpasienten. I I. T. Bjørk, S. Helseth & F. Nordtvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Helse-og omsorgsdepartament. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rette sted-til rett tid*. (Meld. St. 47 2008-2009). Hentet 27. mars 2019, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Henriksen, J.-O. & Aarflot, H. M. (2002). To personer i hver sin rolle. I I. T. Bjørk, S. Helseth & F. Nordtvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Hunstad, I. & Svindseth, M. F. (2011) Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 17 (8), 400-403. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.8.398>
- Kaasa, S. (2007). Palliativ medisin-en introduksjon. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin-en innledning. I S. Kaasa & j. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kalfoss, M. H. (2016). Møte med lidende og døende pasienter-sykepleierens møte med seg selv. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Karlsson, C. & Berggren, I. (2011) Dignified end-of-life care in the patients' own homes. *Nursing Ethics*, 18 (3), 378-380. <https://doi.org/10.1177/0969733011398100>
- Kirkevold, M. (2014, 5. desember). sykepleieteori. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 25. mars 2019, fra <http://sml.snl.no/sykepleieteori>
- Kristoffersen, N. J. & Nordtvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier-verdier og samhandling. N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnlegende sykepleie. Sykepleie-fag og funksjon. Bind 1* (3. utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling-en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnlegende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring. Bind 3* (3. utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Lausund, H. (2010) Det gode liv i dødens nærhet: hva vektlegger pårørende? *Omsorg*, 27 (3), 40-42.
- Lindrende (palliativ) behandling. (Udatert). Hentet 26. mars 2019, fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/lindrende-behandling/>
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg). Oslo: Gyldendal akademisk
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO
- Melin-Johansson, C., Ödling, G., Axelsson & B., Danielson, E. (2008). The meaning of quality of life: Narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. *Palliative and supportive care*, 6 (3), 235. <https://doi.org/10.1017/S1478951508000370>
- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. (2015). Hentet 10. mars 2019, fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>
- Olsen, C. (2012). Trygghet i møte med døende og deres pårørende. *Geriatrisk sykepleie*, 2012(3), s. 3
- Reitan, A. M. (2010). Kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling* (3. utg.). Oslo: Akribe AS
- Reitan, A. M. (2010). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling* (3. utg.). Oslo: Akribe AS

Rosen, G., & Stiles, T. C. (2007). Smertebehandling og psykologi. *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Røgenes, G. K., Moen, A., Grov, E. K. (2013). Hjemmesykepleierens perspektiv på forhold som fremmer palliasjon i hjemmet. *Klinisk Sygepleje*, 27 (1), 70-73.

Rønning, M., Strand, E. & Hjermstad, M. J. (2007). Palliativ behandling utenfor sykehus-hjemmesykepleien. I S. Kassa (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Stajduhar, K. I, Thorne, S. E., McGuinness, L. & Kim-Sing, C, (2010) Patients perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (13-14), 2041-2044. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x>

Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag. (2018). Hentet 12. mars 2019, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2016). Hentet 10. mars 2019, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>