

BACHELOROPPGAVE

Emnekode: SPU 110

Navn: Vanja Bergesen

Livskvalitet til kreftpasienter i en palliativ fase.

Quality of life of cancer patients in palliative care

Dato: 25.5.2016

Totalt antall ord: 8695

Sammendrag:

Introduksjon: I 2014 ble det registrert totalt 31 651 nye tilfeller av kreft i Norge. Av disse døde til sammen 10 971 personer av kreft dette året. En palliativ fase er en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør. **Hensikt:** Hensikten var å belyse hvordan pasienter med kreft i en palliativ fase kan få økt livskvalitet. **Metode:** Denne oppgaven er en litteraturstudie, og den er basert på 12 forskningsartikler, der det er brukt kvalitativ og kvantitativ forskning. **Resultater:** Resultatet viser at det er forskjell på hvor eldre og yngre pasienter tilbringer sin siste tid av livet. God livskvalitet ble funnet hos pasientene som fikk leve på sine favorittsteder, opprettholde håp og nytelse og hos de som fikk bo i et komfortabelt miljø. Det ble vist at god informasjon bidrar til økt livskvalitet, og at de viktigste temaene for innholdet av informasjonen pasientene fikk var prognose og håp. **Diskusjon:** Diskusjonen er delt opp i to deler, resultatdiskusjon og metodediskusjon. I resultatdiskusjonen ble resultatene fra litteraturstudien diskutert opp mot relevant litteratur, og Joyce Travelbee's sykepleieteori. Det ble også brukt noe fra annen forskning i diskusjonen. I metodediskusjonen ble det diskutert hvordan litteraturstudien er skrevet, og dens styrker og svakheter. **Konklusjon:** Pasienter i en palliativ fase sliter med dårlig livskvalitet. Pasientene får ikke tilstrekkelig informasjon om egen tilstand og videre sykdomsforløp, noe som bidrar til at de sitter igjen med følelse av håpløshet og fortvilelse.

Nøkkelord: Quality of life, palliative care, patient experiences og cancer.

Innhold

1.0 Introduksjon	1
1.1 Hensikt.....	3
2.0 Metode	4
2.1 Litteraturstudie.....	4
2.2 Litteratursøk	4
2.3 Inkluderings- og ekskluderingskriterier	5
2.4 Etiske vurderinger.....	6
2.5 Analyseprosessen	6
2.5.1 Tabell som viser eksempler på kategorier.....	7
Meningsenhet	7
Subkategorier	7
Hovedkategorier.....	7
Man trenger som en eldre pasient å bli hørt, og behandlet med respekt.....	7
3.0 Resultat.....	8
3.1 Påvirker pasientens alder den palliative pleien som blir gitt?.....	8
3.2 Fysiske forhold som kan prege livskvaliteten	9
3.3 Betydning av informasjon.....	12
4.0 Diskusjon	14
4.1 Resultatdiskusjon.....	14
4.1.1 Påvirker pasientens alder den palliative pleien som blir gitt?	14
4.1.2 Fysiske forhold som kan prege livskvaliteten	16
4.1.3 Betydningen av informasjon	20
4.2 Metodediskusjon	22
5.0 Konklusjon	23
6.0 Litteraturliste.....	24
Vedlegg 1. Søketabell	31
Vedlegg 4 Karnofsky Scale.....	41
Vedlegg 5 ESAS Smertekartleggings skjema.....	42

1.0 Introduksjon

I 2014 ble det registrert totalt 31 651 nye tilfeller av kreft i Norge. Av disse døde til sammen 10 971 personer av kreft dette året. Det er kreftformer som det er mulig å forebygge som øker mest, i form av føflekkreft og lungekreft. Lungekreft er den mest aggressive formen for kreft, og den som tar flest liv (Kreftregisteret, 2015).

Den aller største risikofaktoren for å få kreft, er alderdom, og når det blir flere eldre, blir det flere krefttilfeller. Sånn sett er kreft et velstandstegn, fordi det betyr at vi lever lenger. Men Kreftregisteret ser også en økning i ratene, det vil si at forekomsten av kreft også øker når vi tar hensyn til økningen i folketall og aldersfordelingen. (Kreftregisteret, 2015.) Hjort (2010) viser til at mange av de som dør, er preget av høy alder.

I realiteten er den palliative fasen en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør. Palliasjon inkluderer også sorgarbeid og oppfølging av etterlatte. I noen anbefalinger er den palliative pasientpopulasjonen avgrenset til å omfatte pasienter med antatt forventet levetid mindre enn 9-12 måneder (Helsedirektoratet, 2015).

”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.” (European Association for Palliative Care, EAPC, og Verdens helseorganisasjon, WHO)

En palliativ fase er der pasienter med uhelbredelig, progressiv sykdom kjennetegnes av et sammensatt sykdomsbilde som varierer over tid og ofte endres raskt. Symptomene skyldes ofte både den aktuelle sykdommen, andre kroniske sykdommer og gjennomgått behandling.

Komplikasjoner i form av infeksjoner og svikt i vitale funksjoner er ofte en del av sykdomsbilde, og pasientene vil ofte ha behov for en rekke ulike medikamenter, som igjen kan gi nye, behandlingstrengende bivirkninger og i tillegg øke risikoen for interaksjoner- og intoleranse for medikamenter. Vekttap, endret metabolisme og sviktende organfunksjoner kan gi bivirkninger av medikamenter. Kortikosteroider er en mye brukt behandling ved ulike kreftsykdommer, og det kan svekke immunforsvaret og øke risikoen for infeksjoner og andre komplikasjoner (Helsedirektoratet 2015). I følge Holtan mfl (2007), Sjøgren og Pedersen (2003), Sosial- og helsedirektoratet (2007) er

smerte en av den mest fryktede kreftrelaterte plagen, og forekommer hos 40- 50 % av pasientene. Hos pasienter med langtkommen kreftsykdom, er ca 70- 80 % behandlingsskrevende smerter. Rustøen mfl(2008), Sjøgren og Pedersen (2003) beskriver at pasienter med framskreden kreftsykdom oftest har sterkere smerter enn hos pasienter med et kortere sykdomsforløp. Pasienter med kreftrelaterte smerter opplever ofte flere typer smerter samtidig, noe som kan kreve svært forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandling (Kaasa og Borchgrevink, 2007).

Palliativ behandling, pleie og omsorg praktiseres på alle områder og nivåer av helsevesenet, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. En rekke yrkesgrupper er involvert i ivaretagelsen av pasient og pårørende. Samarbeid og samhandling kjennetegner fagfeltet. Palliativ medisin er en naturlig del av de fleste kliniske spesialiteter, men har i tillegg en egenart som ikke dekkes av noe annet fagområde (Norsk legemiddelhåndbok).

Sykepleie består i følge Joyce Travelbee i å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen han gjennomlever. I hennes sykepleietenkning skjer dette gjennom etablering av et menneske- til- menneske forhold. Hun mener mennesker er så sykt eller friskt som det føler seg, og relaterer til at for mange vil opplevelsen av å ha god helse være knyttet til det å kunne utføre dagligdagse aktiviteter på en tilfredsstillende måte, mens andre vil oppleve god helse som ensbetydende med det å være i stand til å arbeide (Kristoffersen, 2011).

Kreft er en gruppe sykdommer som kjennetegnes ved ukontrollert celledeling av unormale celler som har evne til å invadere vev og organer omkring og evne til å gi dattersvulster andre steder i kroppen (metastaser). Godartede (benigne) svulster består av normale celler og betegnes ikke som kreft. De er som oftest avgrenset av normalt vev og stopper som regel å vokse etter en stund, mens ondartede (maligne) svulster vil fortsette å vokse, og kan etter hvert gjøre alvorlig skade på nærliggende vev og organer. Kreft kan også spre seg til andre steder i kroppen ved at løse kreftceller blir transportert rundt i kroppen i blodet og lymfesystemet. Disse cellene kan da slå seg til helt andre steder i kroppen å gi dattersvulster (metastaser). I de fleste slike tilfeller vil pasienten etter hvert dø av sin kreftsykdom.

Nyere forskning har vist at det som oppfattes som én kreftform ofte heller bør klassifiseres som flere sykdommer på bakgrunn av ulik forekomst, vekstmønster, og prognose. Dette gjelder f. eks. for brystkreft (Kreftregisteret, 2015).

Artiklene jeg har brukt er basert på pasientperspektiver. Dette gjør det enklere å få frem hva pasientene selv ønsker og mener kan hjelpe dem å opprettholde en god livskvalitet gjennom den palliative fasen.

1.1 Hensikt

Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse hvordan pasienter med kreft i en palliativ fase kan få økt livskvalitet.

Jeg ønsker med dette allmennstudiet og belyse viktigheten av at vi som sykepleiere har god kunnskap og nok kompetanse til å ta vare på pasientene i en palliativ fase, dette på grunn av at palliativ pleie og omsorg er så utbredt, og at man finner det både på sykehus, sykehjem, hjemmesykepleien, legekantor osv., er Vi må kunne veilede og gi god informasjon både til pasienter og deres pårørende. Vi må også kunne gi god støtte og veilede de pårørende etter at pasienten har gått bort.

2.0 Metode

«En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder». (Dalland, 2012)

2.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven bygges på 12 forskningsartikler som er både av kvalitative og kvantitative studier, og er en allmenn litteraturstudie. En allmenn litteraturstudie kan også kalles en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. I en allmenn litteraturstudie beskriver og analyserer man utvalgte studier, og hensikten med en slik studie er å samle kunnskap innefor et konkret område (Forsberg og Wengstrøm, 2013)

Definisjon på en blandet tilnærming mellom kvalitative og kvantitative studier:

”Forskning der etterforsker samler inn og analyserer data, integrerer funnene, og trekker slutninger ved hjelp av både kvalitative og kvantitative tilnærminger eller metoder i en enkelt studie eller program henvendelse” (Polit og Beck, 2012).

I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) bruker forskere av og til en kombinasjon mellom både kvalitative og kvantitative forskningsstudier for å få ulik typer av informasjon om et fenomen. En allmenn litteraturstudie kan betegnes som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. Hensikten med en allmenn litteraturstudie er å gjøre en beskrivende bakgrunn som motiverer til at det gjøres en empirisk studie, eller den kan beskrive kunnskapsnivået innen ett vist område (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

2.2 Litteratursøk

I denne oppgaven er søkedatabasen Medline brukt til å finne relevante forskningsartikler. Det ble benyttet søkeord som *quality of life*, *palliative care*, *end-stage cancer*, *patients experiences*, *patients satisfaction*, *survey and questionnaires* og *cancer*. Det ble avgrenset til abstract, english language, last 10 years og fulltext i Medline. Include subheadings og explode, se vedlegg 1.

Eksempel på litteratursøk:

Database	Avgrensninger	Søkeord	Treff	Leste abstract	Utvalgte
Medline	Abstrakt Fulltekst Engelsk	Quality of Life and Palliative Care and Cancer	250	30	3

Det er gjort flere håndsøk, hvor noen artikler har blitt funnet gjennom en annen artikkel, dette for å finne flere gode forskningsartikler som svarer til min hensikt med oppgaven. Et håndsøk kan skje ved at man studerer referanselisten til artikler man finner svært relevant til oppgaven, og gjennom dette finne andre gode artikler som berører emnet. (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Jeg har i tillegg gransket tidligere bacheloroppgaver for å finne relevante søkeord og artikler.

Tittel ble lest ved søketreff under 250 artikler. Aktuelle abstrakter ble deretter lest, og dersom disse artiklene virket relevante til oppgaven, ble de lest i sin helhet. Jeg valgte å ekskludere de artiklene som viste seg å være mindre relevant etter at de var lest.

Jeg avgrenset litteratursøket i hovedsak til de siste 5 årene, men jeg fant senere flere gode artikler som var eldre en 10 år som jeg ønsket å inkludere i oppgaven min, slik at jeg valgte å ta med disse. Den eldste artikkelen ble publisert i 2004, og den kom jeg over i et håndsøk. Søkene er gjort uavhengig av land, og jeg har brukt artikler som er fra blant annet Europa og Asia.

2.3 Inkluderings- og ekskluderingskriterier

Noen av inkluderingskriteriene i artikkelsøket var at pasientene som deltok i undersøkelsene hadde langtkommen kreft og at de var i en palliativ fase, alle pasientene var over 18 år. Artikkelsøket er basert på pasienter både på institusjoner og i hjemmet, og jeg valgte å inkludere både kvantitative og kvalitative studier i søket. Artikler som omhandlet pasienter som hadde blitt friske fra kreft eller hadde stor sjanse for å bli frisk ble ekskludert.

2.4 Etiske vurderinger

I denne litteraturstudien ble det brukt artikler som er publisert i anerkjente tidsskrifter. Det er viktig å velge studier som har fått tillatelse fra en etisk komité, eller at det er gjort en annen etisk overveielse (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Ved kreftsykdom i palliativ fase bør man som helsearbeider trå varsomt, og ivareta både pasienten og dens pårørende som vil sitte igjen med sorgen som følge av pasientens bortgang.

Man må referere til forfatter, og ikke plagiere. Resultatet i artiklene må brukes på en rederlig måte, og ikke bare velges ut fra de som støtter ens antagelser.

2.5 Analyseprosessen

Valg av problemstilling og metode er det som avgjør hvilke analysemetoder som skal velges. Analysefasen innebærer et nytt steg i forskningsprosessen, der det kommer et ansvar med å observere og beskrive sin egen analyseprosess. Analyseprosessen kan brukes systematisk og kontinuerlig for å klassifisere data som kan forenkle prosessen med identifisere mønster og tema, og der målet er å beskrive og kvantifisere spesifikke fenomen (Forsberg og Wengstrøm, 2008). I følge Polit og Beck (2012) er analysen en prosess for å organisere og systematisere funnene i materialet. Disse funnene kan tolkes på forskjellige måter og forståelsen er avhengig av den subjektive tolkningen (Graneheim & Lundman, 2004).

Analysen av artiklene ble inspirert av Graneheim og Lundman (2004) sin kategoribaserte tekstanalyse som deles inn i meningsenheter, subkategorier og hovedkategorier (se tabell 2.4.1). Nøkkelord og setninger ble under analyseprosessen uthevet fra resultatene og sammenfattet i et sammendrag. På denne måten får man frem innholdet i artiklene som er relevant i forhold til hensikten. Videre ble det dratt sammenhenger mellom de forskjellige artiklene for å finne meningsenheter, subkategorier og til slutt hovedkategorier. De fire hovedkategoriene som ble utarbeidet ble i denne litteraturstudien: Påvirker pasientens alder den palliative pleien som blir gitt, fysiske forhold som kan prege livskvaliteten og betydningen av informasjon.

2.5.1 Tabell som viser eksempler på kategorier

Meningsenhet	Subkategorier	Hovedkategorier
<p>Yngre kreftpasienter ble i motsetning til eldre, oftere informert om forestående død, de ble oftere systematisk bedømt for tilstedeværelse og alvorlighetsgrad av smerte eller andre symptomer, det var mer sannsynlig at de ble vurdert av palliative tjenestegrupper og få injeksjoner de trengte som smertebehandling.</p> <p>I denne studien ble det intervjuet eldre mennesker som bor i landlige områder i Norge. De beskriver et slitsomt liv, der de er i en konflikttilstand mellom håp og fortvilelse. Disse menneskene føler seg oversett av lokale helsetjenester, og at de blir sett på som en byrde.</p>	<p>Å være en eldre pasient er en risiko faktor for dårlig omsorg og behandling ved livets slutt.</p> <p>Man trenger som en eldre pasient å bli hørt, og behandlet med respekt.</p>	<p>Påvirker pasientens alder den palliative pleien som blir gitt.</p>

3.0 Resultat

Resultatet deles inn i 3 hovedkategorier som er funnet gjennom analysen. Disse kategoriene er om pasientens alder påvirker den palliative pleien som blir gitt, fysiske forhold som kan prege livskvaliteten og betydningen av informasjon.

3.1 Påvirker pasientens alder den palliative pleien som blir gitt?

Eldre og yngre pasienter tilbringer den siste tiden av livet sitt på ulike plasser. De yngre kreftpasientene dør oftere på spesialiserte palliative enheter, mens de eldre tilbringer sin siste tid på sykehjem. Studien viser at 59 % av de som døde, tilbrakte sin siste tid der de ønsket å være uavhengig av alder (Lindskog, M., Tavelin, B. & Lundstrøm, S., 2015). Videre viser studien at det var omvendt assosiert med alder om det var familie eller en medhjelper til stedet når døden inntraff for hver pasient. Det er fire ganger økt sannsynlighet for at de eldre dør alene uten noen av sine nærmeste ved sin side sammenlignet med de yngre (Lindskog, M., Tavelin, B. & Lundstrøm, S., 2015). Yngre og eldre fikk ulik informasjon og tilbud om støtte i sorgarbeidet. De eldre pasientene fikk sjeldnere informasjon om når døden nærmet seg enn yngre, dette gjaldt også for familiene til pasientene. Det var mer sannsynlig at familiene til de yngste pasientene fikk tilbud om støtte i sorgarbeidet 1-2 måneder etter pasientenes bortgang, enn familiene til eldre pasientene. Avgjørelsen om å fortsette med kun palliative behandling, som for eksempel lindring, ble tatt uavhengig av alder hos 63 % av pasientene. Ett stort flertall av pasientene var foreskrevet injeksjoner med smertelindrende medikamenter. Eldre fikk foreskrevet smertelindrende medikamenter like ofte som yngre (Lindskog, M., Tavelin, B. & Lundstrøm, S., 2015). Ved en systematisk vurdering av andre symptomer enn smerte, var det en betydelig høyere frekvens hos de yngste pasientene (alder 18-39), men ingen betydelig stor forskjell hos de andre aldersgruppene (alder 45- 85+).

Eldre i rurale strøk i Norge som har en kreftsykdom beskriver sine liv som slitsomme, da de finner seg selv i en motstridende tilstand av håp og fortvilelse. De eldre føler at de er blitt overlatt til seg selv, og må ta imot hjelp fra naboer eller slektninger til det nødvendigste. De følte at de lokale helsetjenestene ikke er tilgjengelige når de trengs, og derfor ubrukelige. De eldre forteller at de føler at de blir glemt og sett på som en byrde (Devik, S. A., Enmarker, I., Wiik, G. B. & Hellzen, O, 2013). Det å få tilbudet om kreftbehandling i form av cellegift eller stråling uavhengig av alder blir sett på som viktig for de eldre da dette bidrar til å holde motet og håpet om å bli bedre i livet oppe, og det er med på å skape en tillitt til at helsepersonell ønsker å gjøre sitt beste for alle mennesker, ikke bare de yngre. Det å få behandling er også med på å skape en følelse på at man blir akseptert og respektert,

noe som er viktig for alle menneskers verdighet uavhengig av alder (Devik, S. A., Enmarker, I., Wiik, G. B. & Hellzen, O., 2013).

3.2 Fysiske forhold som kan prege livskvaliteten

Effekten av tidlig palliativ behandling sammen med respirasjonsstøtte for pasienter med avansert kreftsykdom og pustebesvær ble vurdert gjennom en randomisert, kontrollert studie (Higginson, I., Bausewein, C., Reilly, C. C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., McCrone, P., Booth, S., Jolley, C. J., Moxham, J., 2014). Deltakerne ble delt opp i 2 grupper, der 53 deltakere deltok i en gruppe for de med respirasjonsstøtte, og 52 var med i en kontroll gruppe.

Det ble observert at flere av pasientene som fikk palliativ behandling, slet med symptomer som angst og depresjon, noe som kan ha bidratt til respirasjonsproblemene.

De pasientene som mottok respirasjonsstøttende behandling hadde en forbedring på gjennomsnittlig 16 % over de i kontroll gruppen.

Fra studien startet til den var over etter 6 uker, hadde den respirasjonsstøttende behandling bidratt til store forbedringer innen flere faktorer hos pasientene som; mestring, den totale livskvalitet scoren, dyspnoe og følelser. Det kom frem en betydelig forskjell i overlevelse tidlig i studiet, ved at effekten av tidlig palliativ behandling med respirasjonsstøtte økte overlevelsen.

Omfattende farmakologisk smertebehandling for kreftrelaterte smerter gav en positiv effekt på livskvaliteten til pasienter med palliativ brystkreft og metastaser (Puetzler, J., Feldmann, R. E., Brascher, A-K., Gerhardt, A. & Benrath, J. 2014).

52 pasienter deltok i studiet og av disse led 43 av kreftrelaterte smerter uavhengig fra andre lidelser som kan gi smerter. Livskvaliteten hos de pasientene i kontrollgruppen som avsto tilbudet om omfattende smerteterapi, var betydelig dårligere enn i intervensjonsgruppen.

Det ble oppdaget i forkant av studien at hele 42 % av pasientene ikke tok noen form for smertestillende medikamenter for sine kreftrelaterte smerter, og at 38 % tok smertestillende medikamenter i form av ikke-steroide anti-inflammatoriske legemidler (NSAID) og metamizol. 12 % av pasientene brukte sterke opioider og 8 % rapporterte ikke noe om sitt medikament forbruk. I starten av studiet var smerte scoren målt til 47.7 gjennomsnittlig for alle pasientene som deltok, noe som er en svært høy score på skalaen som ble brukt i målingen.

Pasientene i intervensjonsgruppen rapporterte i skalaen som ble brukt i starten av studiet, at de hadde dårligere livskvalitet, på grunn av dårlig emosjonell funksjon og store smerter, sammenlignet med kontrollgruppen som rapporterte milde smerter.

Etter 3 uker med omfattende smertebehandling, rapporterte pasientene betydelig og kliniske relevante forbedringer, ikke bare i forbindelse med smerter, men også for mange andre symptomer som for eksempel fysisk funksjon, søvnløshet og framtidsutsikter. Noen av symptomene økte igjen etter at smertebehandlingen ble redusert, men smertene forble bedre.

Pasienter og deres familier var fornøyde med behandlingen de mottok, og dens kostnader ut i fra et palliativt program (Ozcelik, H., Fadiloglu, C., Karabulut, B. & Uyar, M., 2013). Pasientene som deltok i denne studien ble delt opp i to grupper, intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. I

intervensjonsgruppen hadde flesteparten av pasientene gastrointestinal kreft, og i kontrollgruppen hadde de fleste pasientene kreft i urinveiene. Symptomkartleggingsverktøyet ESAS (vedlegg 3) viste at scoren var likt i begge gruppene ved studiets start. Reduksjon i ESAS kartleggingen midt i studien var mer betydelig i intervensjonsgruppen, og dette viste at det lyktes med symptomkontroll.

Nivået av tilfredshet hos pasientene og deres familier som deltok, var også høyere i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.

Score på livskvaliteten var betydelig lav hos alle pasientene som deltok i dette studiet. Score på livskvalitet i form av emosjonelle og sosiale funksjoner ble forbedret i intervensjonsgruppa, men uten bedring i de fysiske og kognitive funksjonene i noen av gruppene.

Et av de viktigste målene for lindrende behandling gitt i henhold til ESAS kartleggingen er symptomkontroll, og dette ble administrert til et betydelig nivå i studiet. Den betydelige reduksjonen i alvorlighetsgraden av symptomene som oppleves av pasientene, viser effektiviteten av palliative intervensjoner (Ozcelik, H., Fadiloglu, C., Karabulut, B. & Uyar, M., 2013).

I en studie der deltakerne hadde Karnofsky Score mindre enn 60 av 100 mulige poeng fant man at pasientenes kjønn, utdanningsnivå, antall barn, forståelse av sykdommen og størrelsen på sykehuset de ble lagt inn på, påvirket deres generelle livskvalitet. Karnofsky Score på mindre enn 60 tyder på at flere av pasientene trenger betydelig hjelp og trenger stadig flere medisinske tiltak (Cui, J., Fang, F., Shen, F., Song, L., Zhou, L., Ma, X. & Zhao, J., 2014).

En undersøkelse basert på pasienters mening om egen livskvalitet og den fysiske omsorgen de mottok fra leger, sykepleiere og et psykologisk team, var det å få leve på sitt favorittsted, opprettholde håp og nytelse og det å få bo i et komfortabelt miljø med og påvirket livskvaliteten. Resultatet av undersøkelsen viste at pasienter med Karnofsky funksjonsstatus på null eller ti hadde opplevd kvaliteten på pleien bedre, og hadde generelt bedre livskvalitet, men endringene var ikke betydelig bedre før eller etter intervensjonen.

Pasienter med en Karnofsky funksjonsstatus på tjue, rapporterte en betydelig bedring i kvalitet på pleien de fikk etter intervensjonen sammenlignet med før intervensjonen. De rapporterte ingen

endring i livskvaliteten. Pasienter med en Karnofsky funksjonsstatus på tretti eller førti rapporterte en betydelig forbedring av livskvaliteten. Kvaliteten på pleien hadde kun økt med marginal forbedring etter intervensjonen sammenlignet med før intervensjonen.

Pasienter som ikke mottok behandling for sin kreftsykdom viste en stor forbedring i kvaliteten på pleien, mens de som mottok behandling viste til ingen forbedring. (Yamagishi, A., Yamagishi, A., Sato, K., Miyashita, M., Shima, Y., Kizzwa, Y., Umeda, M., Kinoshita, H., Shirahige, Y., Akiyama, M., Yamagichi, T., Monita, T., 2013).

Flere land i Europa økte prioriteringer om behandling for å bedre eller opprettholde livskvaliteten til sine pasienter med palliativ kreftsykdom, fremfor å motta livsforlengende behandling. Av deltakerne fra de ulike landene som deltok i studien, var det kun en liten andel som ønsket livsforlengende behandling (Higginson, I., Gomes, B., Calanzani, N., Gao, W., Bausewein, C., Daveson, B. A., Deliens, L., Ferreira, P. L., Toscani, F., Gysels, M., Ceulemans, L., Simon, S. T., Cohen, J., Harding, R., 2014). Av fire aktuelle behandlingsvalg for å opprettholde livskvaliteten, lindring av smerter og ubehag samt ha en positiv holdning, like viktig for pasientene. Det nest viktigste var å få støtte fra familie og venner, at de skal slippe å bekymre seg og det å få unnagjort praktiske oppgaver. 37 % av pasientene ønsket mye informasjon og 36 % hadde ønsket om å tilbringe sin siste tid på en spesiell plass. 29 % av pasientene hadde problemer med å bestemme hvem som skulle ta beslutningen om behandling og sted (Higginson et. al, 2014). I landene som deltok var det forskjellen på pasientenes status som påvirket hva de ønsket av behandling. Dette var faktorer som for eksempel kjønn, ekteskapsstatus, om de var aleneboende og økonomi. Det som var likt for alle landene var at de med høy utdanning forbandt det å være med å prioritere behandling som økte livskvaliteten.

Pasienter fortalte historier som avslørte usikkerhet om deres nye og stadige skiftende livssituasjon, som følge av kort- og langsiktig palliativ behandling (Ohlens, J., Gustafsson, C. W. & Friberg, F., 2013). Det var deres usikkerhet om egne følelser, som avslørte hvordan de taklet hverdagen. Fortellingene inneholdt beskrivelser om aktiviteter og måter å søke kunnskap og forståelse på, knyttet til palliativ behandling. Deres nye hverdag syntes å være formet av intervallene mellom cellegift, hovedsakelig annenhver uke, samt kontroller og tester, slik som røntgen og andre skanninger hver tredje måned. Pasientene beskrev et varierende behov for kunnskap og forståelse, og det å stille relaterte spørsmål om sykdommen. Dette ble presentert sammen i et kontinuum, som et ønske om å vite så mye som mulig, for å være trygg på det de allerede hadde kjennskap til.

3.3 Betydning av informasjon

Registrerte symptomer som smerte, angst, forvirring, kvalme, dyspné og luftveissekret, ble rapportert som forbedret hos 80 til 96 % av pasientene i løpet av den siste uken av livet (Lundquist, G., Rasmussen, B. H. & Axelsson, B., 2011). Det var ingen betydelige forskjeller mellom pasienter som ble informert om symptomer og pasienter som ikke ble informert om symptomene som kunne oppstå. Forvirring var det eneste symptomet som ble rapportert som ikke ble forbedret hos mange av pasientene i begge gruppene. I gruppen for de informerte pasientene, hadde også familiene blitt informert. Dette gjaldt ikke for familiene hos de pasientene i gruppen med uinformerte.

70 % av pasientene i gruppen som fikk informasjon hadde familien sin til stede på tidspunktet for døden. I gruppen som ikke fikk informasjon, hadde 67 % av pasientene familien til stede på tidspunktet for døden. Betydelig flere pasienter i gruppen som ble informert døde på deres foretrukne steder. Personalets kunnskap om de foretrukne stedene for dødsleie var betydelig høyere blant de som ble informert enn hos de som ikke fikk informasjon.

Hvis en pasient hadde blitt informert om mulig forestående død, ville betydelig flere familiemedlemmer blitt tilbudt sorgstøtte (Lundqvist et. al, 2011).

Behov for informasjon er viktig både for pasienter og deres pårørende. Faktorer som spiller inn for at deres informasjonsbehov skal bli dekket er forutsigbarhet og åpenhet mellom dem og helsepersonell, god informasjon. Dette er nødvendig i et pasientforløp og at man viser til verdien man kan få av å ha separate samtaler med pasienter og pårørende (Clayton, J.M., Butow, P. N. & Tattersall, M.H.N., 2005). Noen pasienter ønsket ikke å få informasjon som omhandler sin palliative sykdom foran sine nærmeste, og noen pårørende ville heller ikke ha informasjonen sammen med pasienten. De pasientene og pårørende som ikke ønsket å få denne informasjonen i fellesskap, mente det ville bli for vanskelig å få informasjon om den palliative og terminale fasen, og hva de kunne forvente av disse fasene sammen med sine pårørende. Noen av pasientene ønsket å få informasjonen alene, for å skåne deres nærmeste, og fordi de trodde at de kom til å takle informasjonen bedre enn familiene sine. De fleste pasientene ønsket at informasjon om deres tilstand ble gitt sammen med deres nærmeste slik at de alle hadde samme forståelse om tilstand og hva de kunne forvente av den fremover, prognoser og behandlingstiltak. Det var viktig å motta konsistent informasjon både for pasienten og pårørende (Clayton et. al, 2005).

Informasjonen deltakerne i studiet til Kirk, P., Kirk, I. & Kristjanson, L.J. (2004) fikk ble gitt gjennom en primær (Fastlege eller spesialisthelsetjeneste) og sekundær kilde (familie, venner, internett osv.).

Proessen av informasjonsdeling viste at erfaring og kommunikasjon var sentrale og kritiske trekk, og omfattet hvordan innholdet i informasjonen ble oppfattet. Pasientene ga uttrykk for at de viktigste temaene for innholdet av informasjonen var prognose og håp. Pasientene beskrev sine behov om at informasjonen som ble gitt om prognosen var nøyaktig, og at de kunne avgrense sin forståelse om prognosen ettersom sykdommen utviklet seg. Viktigheten av timingen for mottakelsen av informasjon om prognose ble belyst av pasientene, der noen ønsket å få prognosen med en gang etter at de hadde fått diagnosen, og andre ville ha tid til å fordøye diagnosen før de mottok informasjon om hva den dreide seg om.

Pasientene uttrykte at de hadde et konstant behov for håp uavhengig av at de hadde kjennskap til og akseptert at de var i en palliativ fase av sin kreftsykdom. Pasienter og familier ønsket å få et lite glimt av håp gjennom alle stadiene av sykdomsforløpet, som en følelse av at de ikke blir gitt opp på (Kirk et. al, 2004).

De fleste pasienter og spesielt familiemedlemmer, innhenter tilleggsinformasjon fra sekundære kilder som for eksempel fra internett, venner, støttegrupper, bøker eller får en annen mening fra andre helsetjenester både konvensjonelle og alternative. Det var noen bevis på at informasjon gitt av sekundære kilder var av større betydning for pasientene og pårørende i tilfeller der kommunikasjonen med primære helsetjenester ikke hadde blitt oppfattet som sensitiv og tilfredsstillende (Kirk et. al, 2004).

4.0 Diskusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse hvordan pasienter med kreft i en palliativ fase kan få økt livskvalitet.

4.1 Resultatdiskusjon

4.1.1 Påvirker pasientens alder den palliative pleien som blir gitt?

Resultatet viser at det er forskjell i forhold til hvordan de eldre og yngre pasienter blir behandlet i helsevesenet. Omsorg av eldre mennesker som lider av ulike alvorlige tilstander kan være en stor utfordring, men den medisinske omsorgen er på sett enklere enn hos de yngre (Hjort, 2010). For å ivareta disse pasientenes verdighet ved livets slutt, kreves det omtanke og engasjement. Skribekk og Nordtvedt (2012) viser til at leger og sykepleiere behandler eldre pasienter annerledes enn yngre, og at de eldre pasientene ble sett på som av lavere prioritet. Dette mente de var på grunn av uønskede konsekvenser som oppsto relativt hyppig på grunn av under- eller overbehandling, noe som omhandlet blant annet høyt medikamentforbruk og kombinasjoner av for mange tiltak og mangelfull omsorg og oppfølging. Denne mangelfulle balansen mellom behandling av eldre og yngre ble forklart med at de eldre ofte tolererer behandling dårligere enn de yngre.

Resultatet viser at det er forskjell på hvor de eldre og de yngre pasientene tilbringer den siste tiden. Helsevesenet bygger mer på autonomi nå enn tidligere. Mange pasienter ønsker å dø i hjemmet, og flere burde få tilbud om det, men dette tilbudet vil kreve at flere faktorer må kunne tilrettelegges for det. Faktorer som for eksempel at boligen egner seg for pleie, at pårørende er villige og kan klare å gjøre en innsats for pasienten. I tillegg er det viktig at nødvendige hjelpemidler skaffes og at helsepersonell kan stille opp døgnet rundt. Dette kan i mange tilfeller fungere, men i andre tilfeller blir det ofte for tøft for pårørende og takle (Hjort, 2010). Kristoffersen (2011) mener også at det å håndtere omsorgen for ett familiemedlem med alvorlig sykdom i hjemmet kan være en svært krevende oppgave. Flere studier bekrefter at pårørende opplever oppgaven med å være omsorgsgiver som stressende og belastende, noe som gjør at mange sliter med depresjon og angst (Mannion 2008, Papastavrou mfl. 2007, Thomas mfl. 2006). Kristoffersen (2011) mener at det er viktig i slike tilfeller at pårørende får god og hyppig informasjon og forklaring av situasjonen, og hva de kan vente i nært forestående framtid, at man lytter til eventuelle spørsmål og meninger pårørende måtte ha, og oppfatter deres følelser. Pårørende må bli tatt med i temaet rundt den døende, gjerne få en sengeplass ved siden av sine nærmeste slik at den pårørende kan være der hele tiden og delta aktivt i omsorgen. Mathisen (2012) mener at det er viktig og informere om at ulike følelsesmessige reaksjoner kan oppstå når man forbereder seg på livets avslutning, både fra den

sykes og de pårørendes side. I disse omstendighetene har støtte og god kommunikasjon fra sykepleier også stor betydning.

Resultatet viser at det å fortsette med kun palliativ behandling, ble gjort uavhengig av alder. Palliativ behandling og pleie kan foregå i hjemmet, ved dagsentre, sykehjem eller hospice. I følge Mathisen (2011) er det kompetansesentre for palliativ behandling i alle helseregionene i Norge, mens Lorentsen og Grov (2013) sier at det ikke finnes lindrende enheter eller hospice tilgjengelig alle steder, og man kan derfor ikke alltid forhandle om en ønskeplass for livets avslutning. I en norsk studie kom det frem at eldre pasienter med langtkommen endetarmskreft fikk symptomrettet behandling, mens yngre med samme diagnose fikk omfattende, tumorrettet behandling og dermed tilbrakte mer tid i sykehus (Sigurdsson mfl. 2009). Lorentsen og Grov (2013) viser at behovet for palliativ behandling for henholdsvis eldre og yngre pasienter avhenger av tilbudet i kommunehelsetjenesten, og at de eldre som bor i sykehjem får i større grad dekket sine behandlings- og pleiebehov der. For yngre pasienter som bor hjemme, følges behandlingen i større grad opp i sykehuset. Kaasa (2015) mener at lindrende behandling bør skje innenfor helsevesenet, og at det viktigste er ikke hvor man dør, men hvor man tilbringer den siste tiden av livet. Han mener at hjemmedød avhenger av at pårørende stiller opp, noe som er svært vanskelig slik samfunnet vårt er nå med høy yrkesaktivitet. Han mener at lindrende behandling bør skje av et ambulant team som inneholder en blanding av kommune- og spesialisthelsetjenesten, noe som gis innenfor helsevesenet på sykehus, sykehjem eller i hjemmesykepleien. Det er både positive og negative sider ved å få behandling på sykehjem i følge Hauge (2010). Det positive er at sykehjemmet kan tilby trygghet og døgnkontinuerlig kontakt med helsepersonell. Mange beboere har svært stort ønske om og glede av å ha muligheten for kontakt med de ansatte (Hauge 2004, Bergland 2006). De viste også til at de beboerne som hadde størst fysiske og mentale ressurser, var de som aktivt oppsøkte ansatte på vaktrommet eller i korridoren, og at beboerne satte stor pris på at pleierne snakket med dem om dagligdagse ting fra egne liv. Negative sider med sykehjem kan være at mange mennesker må leve tett sammen med hverandre, og med personer de ikke har noe til felles med, institusjonelle rutiner og at de blir til avhengighet av personalet (Hauge, 2010). Det er viktig at vi som sykepleiere på sykehjem ikke ser på rommene til pasientene som om det er offentlig arena. Man må vise respekt ved å behandle rommene deres som om det var deres egne hjem. Det finnes en del sykepleiefaglige utfordringer med å behandle mennesker på institusjoner, da man ofte må innfri flere mål med behandling samtidig. Man skal både gi aktiv behandling til mennesker med komplekse sykdomstilstander, og gi et godt pleietilbud til de som har redusert evne til å ivareta egne behov (Hauge, 2010). En av utfordringene på institusjoner er at pasientene kun får dekket de fysiske behovene, slik som mat og drikke, hjelp til personlig hygiene, påkledning og toalettbesøk, mens

viktige behovsfaktorer som sosial kontakt, anerkjennelse og positivt selvbilde ikke blir i samme grad vektlagt. Dette støttes i Helsetilsynets (2003) rapporter der de påpekte at kvaliteten på pleietilbudene var bra nok, mens tilbudene om fysisk aktivitet og meningsfulle sosiale aktiviteter var dårligere. Disse behovene er svært viktig for å opprettholde en god livskvalitet, og for å forebygge funksjonssvikt hos pasientene. I følge Westlund og Sjøberg (2005) hemmer behovstenkingen som sykepleiere er ment å gjøre, for at de skal lete aktivt nok etter de helsefremmende ressursene hos hver enkelt pasient. Det er det helsefremmende perspektivet som er spesielt viktig for å ivareta og opprettholde pasienters funksjonsnivå.

Ifølge Kreftregisteret ble over 28 000 nye krefttilfeller diagnostisert i 2010. Ca halvparten av tilfellene ble påvist hos pasienter som var 70 år eller eldre. I 2010 var det totalt 11 036 personer som døde av kreft. Nesten alle kreftpasienter trenger kvalifisert behandling for lindring av smerter og/eller andre plagsomme symptomer de siste levemånedene. I tillegg kommer pasienter som lever lenge med en uhelbredelig kreftsykdom hvor det i kortere eller lengre tid av sykdomsforløpet vil være behov for palliativ behandling og omsorg. Det er vanskelig å angi eksakt antall pasienter som tilhører denne siste gruppen.

På grunn av en voksende og stadig eldre befolkning øker antall kreftpasienter i vårt land. Moderne kreftbehandling medfører at flere pasienter lever lengre med sin sykdom. Disse forhold fører til at antall pasienter med behov for palliativ behandling, pleie og omsorg øker. (Helsebiblioteket) Ca. 95 % av pasientene på palliative enheter på sykehus utgjøres i dag av kreftpasienter. Også i primærhelsetjenesten dominerer denne gruppen blant de palliative pasientene.

4.1.2 Fysiske forhold som kan prege livskvaliteten

Resultatet viser at effekten av tidlig palliativ behandling med respirasjonsstøtte for pasienter med avansert kreftsykdom og pustebesvær, hadde stor forbedring. Lynch (2006) og Tice (2006) beskriver kort- og tungpustenhet, dyspné, som et av de mest ubehagelige symptomene for pasienter med kreft. Det er svært viktig og finne den underliggende årsaken til pustebesværet, da pasienten kan bli redd og opprørt over ikke å få puste (Mathisen, 2011). I en svensk studie framkommer det at pustebesvær må sees i sammenheng med både helsemessige og personlige faktorer, som for eksempel angst, depresjon, fatigue, hoste og pasientens evne til å takle problemene. (Hench mfl. 2008). I følge Dybwik (2000) blir et flertall av kroniske syke og eldre respiratorbehandlet nå sammenlignet med tidligere. Denne typen behandling har vist å opprettholde liv, men ikke nødvendigvis øke dens livskvalitet. Det er svært viktig at man vurderer hver enkelt pasient før man tar avgjørelsen på å koble en pasient til respirator, respiratoren i seg selv kan ikke kurere alvorlig sykdom, men brukes kun som et teknisk hjelpemiddel for at organene i kroppen skal kunne gjenvinne sin opprinnelige funksjon. Dybwik (2000) støtter her viktigheten med det å ta hensyn til pasientens

autonomi, pasientens eget ønske har stor betydning i den totale vurderingen. Sykepleierens rolle i en behandlingssituasjon der respirasjonsstøtte blir brukt, er å knytte bånd med pasient og pårørende, de må føle seg trygge, og kunne dele ønsker og tanker om den pågående behandlingen og om døden. Sykepleieren har også hovedansvar for å observere og pleie pasienten under behandlingstiden, og sørge for at pasienten får en verdig død er og en del av ansvaret. For å følge pasientens utvikling av sykdom og skaffe seg informasjon om hvordan pasienten reagerer på behandlingen er det viktig med observasjon. For å oppdage eventuelle komplikasjoner må man gjøre observasjoner og registreringer gjennom behandlingen (Dybwik, 2000)

Målet med palliativ behandling er å opprette best mulig symptomlindring og livskvalitet for både pasienten og de pårørende. God organisering av helsetjenestene er helt nødvendig for å få dette til (Helsedirektoratet, 2015). Livskvalitet er subjektiv og kan derfor kun kartlegges ved å kommunisere med pasienten, derfor er gode ferdigheter i kommunikasjon spesielt viktig i møte med pasienter i en palliativ fase av sin kreftsykdom. Disse pasientene har alle relativt kort forventet levetid, med forskjellige sykdomsforløp, varierte symptombilder, ulik kulturell bakgrunn, varierende utdanningsnivå og sosial bakgrunn og ulike personligheter. Det at pasientene viser forbedring ved god symptomkontroll innen faktorer som mestring, den totale livskvaliteten, dyspnoe og følelser, bidrar til at pasientene har en liten økning i forlengelse av livet (Higginson mfl. 2014).

I følge Travelbee's tenkning er sykepleiens overordnede mål og hensikt å hjelpe personer til å mestre å finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Hun forbinder også sykepleie til det å forebygge sykdom og fremme god helse. Sykepleieren bør ha kjennskap til pasientens opplevelse og mening om egen situasjon, framfor å forholde seg til hans diagnose.

Mennesker som aksepterer sin sykdom og tap på denne måten, vil ofte være i stand til å mestre hva det skulle være av påkjenninger, i følge Travelbee. Slike mennesker vil ofte være i stand til å bære sin lidelse, og kan ofte se situasjonen som en kilde til og et utgangspunkt for noe meningsfullt (Kristoffersen, 2011).

Resultatet viser at omfattende farmakologisk smertebehandling for kreftrelaterte smerter gav en positiv effekt på livskvalitet. En god smertelindring og symptomkontroll kan hjelpe pasienten og opprettholde et godt selvbilde, de får en mulighet til å sortere tanker, og derfor stille de riktige spørsmål om egen tilstand og framtidsprognoser, de har bedre sjanser for å oppfatte svar og informasjonen de trenger for å reflektere godt over det. Det bidrar til at de kan forstå bedre egen diagnose og dens behandlingsstrategi, og ikke minst får de mulighet til å planlegge det som er igjen av livet (Hansen, 2012).

Resultatet viser at bruken av ulike kartleggingsverktøy der de fysiske symptomene ble kartlagt og målt, forbedret kvaliteten av den lindrende behandlingen pasientene mottok for sine symptomer i løpet av studiene (Ozelik et. al, 2013). Dette økte livskvaliteten til pasientene som deltok i form av at emosjonelle og sosiale funksjoner ble tydelig forbedret. I følge Lorentsen og Grov (2013) er de helse relaterte behovene og symptomene i en palliativ fase komplekse og til dels sammensatte, noe som er spesielt utfordrende ved iverksetting av tiltak. Sentralt i behandlingen og sykepleien er symptomlindring. Pasientenes symptomer gjør seg i større grad gjeldene når de kroppslige funksjonene reduseres, i slike tilfeller benyttes ofte ulike kartleggingsmetoder og skjemaer for å avklare pasientens funksjonstilstand og symptomintensitet, som for eksempel Karnofsky Skala og ESAS (Edmonton Symptom Assessment System), se vedlegg 4 og 5. Kartlegging av pasientens og pårørendes livskvalitet i den palliative fasen er viktig, og Spilkers (1996) tredelte pyramide kan bidra til å gi en oversikt over noen faktorer som kan ha betydning innen livskvalitetsbegrepet. Denne inneholder nivåene: tilfredshet med livets alminnelighet som kan være relatert til for eksempel boforhold og familieøkonomi, fysiske, psykiske og sosiale faktorer av viktigheten for helse som innebærer kroppslig bevegelse, utholdenhet, styrke og fysiske symptomer, og angst eller depresjon. Den siste faktoren er knyttet til bestemte problemområder og vil i en palliativ fase inkludere pasientens smerter, kvalme, avmagring og andre utfordringer knyttet til kreft og utvikling av sykdommen.

Hva pasienter mener om egen livskvalitet i en palliativ fase, og hvordan den fysiske omsorgen de mottar fra leger og sykepleiere blir oppfattet, kan man evaluere ved hjelp av et kartleggingsskjema "Care Evaluation Scale". Dette kartleggingsverktøyet viste at pasientene mente at kvaliteten på pleien de mottok ble forbedret ut i fra hvordan pasientenes funksjonsstatus var på det tidspunktet for målingen, og at de fikk leve på sitt favorittsted, opprettholde håp og få bo i et komfortabelt miljø den siste tiden av livet. Pasientene som hadde dårlig eller ingen egen funksjon, hadde alle opplevd kvaliteten på pleien bedre før de ble i den situasjonen (Yamagishi et. al, 2013). Ifølge Yan og Kin-Fong (2006) er det mange pasienter som beskriver sin livskvalitet som god i en palliativ fase til tross for smerter, anoreksi og fatigue. Mystakidou mfl. (2007a) antyder at selv i forbindelse med traumatiske hendelser som langtkommen kreftsykdom kan føre til personlig vekst, verdsetting av livet, muligheter og sterkere tilknytting til andre. Grov mfl. (2006a) beskriver at relasjonen mellom pasient og pårørende ofte blir sterkere i en palliativ fase. Noen av pasientenes mening om det å motta palliativ behandling avslørte at de var usikre rundt deres nye tilværelse og egne følelser rundt den (Ohlens et. al, 2013). Det er viktig at sykepleiere hjelper pasienter med å forstå og kunne dele kunnskap med pasienter om sitt sykdomsforløp, da må sykepleier kunne vise god empati, og sette seg inn i pasientens situasjon for å kunne støtte og hjelpe pasienten, noe som Joyce Travelbee

beskriver i sin sykepleieteori. Travelbee mener at en god relasjon mellom sykepleier og pasient bygger på det innledende møtet mellom dem, basert på generaliserte og stereotype oppfatninger, på bakgrunn av at de ikke kjenner hverandre. Deres identitet vil etter hvert tre fram, og et kontaktforhold etableres. Empati er i følge Travelbee "evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da". Når det er forekommet empati mellom to personer, er forholdet mellom dem blitt forandret. Et bånd av kontakt er knyttet. Sympati er et resultat av den empatiske prosessen. Det er i følge Travelbee knyttet til et ønske om å hjelpe pasienter. Dette ønsket oppstår i følge henne på grunnlag av den innsikten og forståelsen for pasienten som er utviklet. En nær og gjensidig forståelse mellom pasient og sykepleier, er et resultat av det som har skjedd gjennom interaksjoner fra tidligere relasjonsbygging. Denne forståelsen utvikles når sykepleieren i handling har vist både forståelse for og ønske om å hjelpe pasienten med å få det bedre, og rent faktisk hjelper han (Kristoffersen, 2011).

Pasienters status er en faktor som ble godt belyst ut i fra hvilke behandlingsmetoder som ble prioritert i ulike Europeiske land (Higginson et. al, 2013). Prioritering av behandling som økte livskvaliteten var en av de faktorene som ble likt verdsatt av pasientene i studien, og den ble forbundet med høyere utdanning. Engelsrud og Heggen (2007) mener at de fleste mennesker gjør erfaringer med både å være ved god helse og å bli syk. Det pasienten erfarer, vil kunne være forskjellig fra hva andre tenker om deres erfaring. Man må forstå hvilken betydning sykdom har for et menneske, og dette innebærer at man må forstå personens erfaringer ut i fra både profesjonskunnskaper og rådende holdninger i samfunnet (Solvoll, 2012). Studiet til Doumit mfl. (2007) viser at de største bekymringene hos pasientene i en palliativ fase er å bli avhengige av andre. De bekymrer seg for familiene sine, og at de ikke lenger vil være i stand til å utføre vanlige gjøremål. Frykten for smerter og nedsatt evne til å kommunisere er stor, og de aller fleste pasientene misliker lange sykehusopphold. Disse bekymringene støttes i en studie av McPherson mfl (2007), der pasientene bekymret seg hovedsakelig for familiens framtid, og for det å bli en byrde for dem.

I følge Hjort (2010) er det viktig å sette seg gode mål for omsorg ved livets slutfase. Mål som kan sette god standard for pleien er blant annet å gi god palliativ behandling med å lindre alle plager som kommer av sykdommen, utøve god sykepleie som innebærer blant annet godt munnstell, der sykepleiere må sørge for at lepper, munn og tenner er rene og fuktige når pasienten slutter å drikke selv. Man må sørge for at pasienten ligger godt, og ofte liker de å ligge med litt hevet hode. Det finnes spesialmadrasser som kan bidra med å forebygge trykksår, og man må snu hyppig på pasientene som er sengeliggende med nedsatt funksjonsevne. Fysiske forandringer som nedsatt urinlating må følges opp, og ofte blir det behov for kateterisering, ved hyppig bruk av morfintabletter som smertebehandling er det nødvendig og observere om pasienten har avføring, da obstipasjon er

en vanlig bivirkning, som krever behandling med avføringsmidler. Sykepleiere må observere om pasientene viser tegn til uro, engstelse og eventuell forvirring. For pasienter som viser tegn til ikke å ønske noen form for mat eller drikke er det viktig at man ikke presser dem eller maser om at de må spise. Som oftest blir pårørende urolige og bekymret over at pasientene ikke spiser, dette særlig om dødsleiet strekker ut lenger en hva personalet trodde, og ofte ber de om at pasientene skal få intravenøs væskebehandling. I følge Skelly (2002), Finucane mfl. (1999), Monteleoni og Clark (2004) har alle former for kunstig ernæring, også sondeernæring med nese- eller PEG- sonde, negative virkninger på aspirasjon, trykksår, infeksjon, funksjon, livskvalitet og overlevelse. Ved palliativ smertebehandling kan det være lurt og planlegge døgnet til pasienten, slik at sykepleiere kan få fullmakt til å gi de nødvendige legemidlene (Hjort, 2010). Det er viktig at sykepleiere er villige til å ha personlige samtaler med pasienter som viser til religiøse behov ved livets slutfase, selv om en ikke er troende, disse samtaler kan bidra med å skape trygghet. Alle pasientene bør få tilbud om å snakke med en prest, kanskje trenger de det flere ganger (Hjort, 2010).

4.1.3 Betydningen av informasjon

Resultatet av Lundqvist et. al (2011) sin studie viste at det ikke var stor forskjell i forbedring av symptomer hos informerte og ikke informerte pasienter i den siste uken av livet deres, med unntak av symptomet forvirring. Det viste seg at de fleste av de informerte pasientene, også hadde informerte pårørende, noe som førte til at de i denne pasientgruppen stort sett døde på foretrukne steder, også personalet i disse situasjonene hadde kunnskap om hvor pasientene ønsket og tilbringe sin siste tid. Hjort (2010) støtter at informasjon og kommunikasjon er en viktig og nødvendig del når det kommer til døden. Pasienten bør få vite at prognosene for han eller hennes sykdom er dårlige, og at det går mot døden. Dette er noe legene stort sett forteller pasientene. Denne informasjonen er også viktig for de pårørende å få vite om i god tid, og ofte er det en god løsning og snakke med pasienten og de pårørende samtidig, slik at de får samme opplysninger, men dette krever at begge partene er enige. I en behandlingssituasjon er det ofte et team av helsepersonell involvert, derfor er det viktig at de alle har samme informasjon og forståelse om pasienten, og de må alle være oppdatert over hvilken informasjon pasienten og de pårørende har fått. Hjort (2010) påpeker at det er en forskjell på informasjon og kommunikasjon, da han mener at det å gi informasjon til noen er å snakke *til* dem, mens kommunikasjon er å snakke *med* dem. Eide og Eide (2007) mener at informasjon til pasienter med kreft bør bygge på en prosessuell modell for kommunikasjon der det er rom for å utveksle meninger og å danne ny forståelse, og at dette bør skje på pasientenes premisser. Alle pasienter er forskjellige og kan ha ulike informasjonsbehov, derfor er det viktig at man som helsepersonell kartlegger dette behovet, slik at pasientene får den informasjonen som de anser som

relevant for seg. Informasjonen bør være fullstendig, men man må vurdere om hvor mye av dette pasientene klarer å forholde seg til å huske. Dårlige nyheter om prognoser kommer ofte som et sjokk for både pasienter og de pårørende, derfor må denne informasjonen ofte gjentas senere. Det er viktig at relasjonen mellom den som formidler informasjon om kreftsykdom og pasient er god, da denne typen samtaler ofte kan fremkalle emosjonelle reaksjoner. Det er ofte godt for pasienten og kunne forholde seg mest mulig til en helsearbeider i en slik situasjon.

Resultatet viste at pasientene ga uttrykk for at de viktigste temaene for innhold av informasjonen var prognose og håp. Det er viktig å tenke på hvordan informasjonen formidles, måten det gjøres på og hvilke ord som blir brukt, da dette er avgjørende for om pasienten opplever mismot eller håp. Pasientens håp kan styrkes av at legens og sykepleierens holdninger er dominert av tro og håp, og håpet er en viktig ressurs og det kan veie opp for mismot og fortvilelse (Hjort, 2010). Kristoffersen, Breievne og Nortvedt (2012) mener at det å arbeide for å lindre smerter og fremme pasientenes opplevelse av mening og håp, gir mening hos mennesker som lider og har det vondt som følge av sykdom og tap. Opplevelse av mening og håp er det som gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner som for eksempel tap, nederlag, kjedsomhet, ensomhet og lidelse. Håp er i følge Kristoffersen, Breievne og Nortvedt (2012) en underliggende fornemmelse av tro og tillitt til livet, og aktualiseres som en aktiv ressurs og trer fram i livssituasjoner som truer menneskers liv og helse. I slike tilfeller er det viktig at sykepleiere hjelper pasientene til å holde fast ved håpet, og unngår håpløshet. Studie til Rustøen (2008, 2005, 2001, 1995), Lohne og Severinson (2006, 2005, 2004), Hammer mfl. (2009), Mattioli mfl. (2008) støtter dette med å vise at opprettholdelse av håp er avgjørende for hvordan mennesker takler sitt liv og mestrer livssituasjonen når de erfarer sykdom, usikkerhet, tap og lidelse. Denne opplevelsen av håp vil bidra til økt livskvalitet og kan påvirke sykdomsforløpet. I følge Frankl (1972) kan en person som aksepterer sin sykdom uten å miste håpet, finne mening i sin situasjon, dette støttes av psykologen Richard Lazarus (1984, 1999) som mente at menneskers følelser er et resultat av hvordan man tenker om og vurderer sin situasjon. Han mente at mennesker tar utgangspunkt i egne kognitive vurderinger eller oppfatninger av sin aktuelle situasjon når man forsøker å mestre den.

4.2 Metodediskusjon

Forskningsartiklene er funnet basert på søk i en database, noe som kan være en svakhet da andre artikler fra andre databaser ikke ble inkludert. Igjen kan det også være en styrke da Medline, som ble brukt i denne litteraturstudien, er av god kvalitet, som har bidratt til å gi mange gode og pålitelige resultater. Dette er den største medisinske databasen, men om Cinahl hadde blitt brukt, ville flere sykepleiefaglige artikler blitt funnet.

Søkeordene ble funnet basert på litteraturstudiens hensikt. Det er valgt å søke på engelske søkeord, og det er funnet synonyme søkeord til disse i en ordbok for å øke spekteret av forskningsartikler ved søkingen. Alle de artiklene som er inkludert var skrevet på engelsk, og er blitt oversatt til norsk. Dette kan ha bidratt til noen feiltolkninger underveis, noe som kan være en svakhet i denne litteraturstudien. Det å ha få søkeord gav bedre funn i artikkelsøket, noe som gjorde det enklere å komme fram til gode artikler ved å lese overskriftene.

Oppgaven inneholder både kvantitativ og kvalitativ forskning, noe som kan være en styrke for resultatet, da det gir et bredere innhold av resultatene. De kvantitative studiene gir målbare data til resultatet, og gir dermed en bred oversikt over hva det forskes på, mens kvalitative studier viser betydningen av menneskers opplevelse og forståelse av omverdenen.

Noen av artiklene som er inkludert i studien er eldre enn 10 år, men de ble vurdert som relevante ut i fra hensikten da de er med på å belyse pasienter som er i palliativ fase og som fortsatt er relevant i dagens samfunn. To av artiklene som ble brukt i denne studien var fra 2004 og 2005. Disse belyste viktigheten av prosessen med å skaffe informasjon om egen sykdom for pasienten gjennom sykdomsforløpet sitt. Det å motta informasjon fra helsepersonell kan bidra til å øke forståelsen for sykdomsforløpet og til å øke pasientens håp for framtiden, og for at deres behov for informasjon skal bli dekket er det viktig med forutsigbarhet og åpenhet.

5.0 Konklusjon

Pasienter i en palliativ fase sliter med dårlig livskvalitet, og har mange sammensatte plager og lidelser utover sin alvorlige kreftsykdom. Pasienter får ikke tilstrekkelig nok informasjon om sin tilstand og videre sykdomsforløp, noe som bidrar til at flere pasienter og pårørende sitter igjen med følelsen av håpløshet og fortvilelse. Sykepleiere må kartlegge pasientenes livskvalitet, og det totale sykdomsbilde for å kunne fremme og eventuelt forebygge andre fysiske forhold som oppstår i den palliative fasen.

Litteraturstudien synliggjør et nok så tabubelagt tema innen helse, da døden kan virke skremmende for alle, også inkludert helsepersonell. Litteraturstudien belyser ulike aspekter for og enklere kunne tilrettelegge og synliggjøre alternativer for pasienter i en palliativ fase. Det er behov for mer forskning på forskjeller innen behandling som eldre og yngre pasienter mottar, og hvorfor forskjellene er så store. Hvorfor er sannsynligheten for at yngre pasienter får avslutte livet der de ønsker, kontra de eldre pasientene.

6.0 Litteraturliste

Almås, H., Stubberud, D-G., Grønseth, R. (2013). *Klinisk sykepleie, bind 2. 4. utg.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bergland, Å. (2006). Trivsel i sykehjem. En kvalitativ studie med utgangspunkt i i mentalt klare beboeres perspektiv. Doktoravhandling. Oslo: Inst. For sykepleievitenskap og helsefag, UiO. M.

Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 227). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Clayton, J. M., Butow. P. N. & Tattersall, M.H.N. (2005) The needs of teminally Ill cancer patients versus Those of caregivers for information regarding prognosis and End- Of- Life Issues. *American Cancer Society*. 1957- 1964.

Cui, J., Fang, F., Shen, F., Song, L., Zhou, L., Ma, X. & Zhao, J. (2014) Quality of Life in patients with advanced cancer at the end of life as measured by the McGill Quality of Life Questionnaire: A survey in China. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 48 No 5. 893- 902.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Devik, S. A., Enmarker, I., Wiik, G. B. & Hellzen, O. (2013) Meanings of being old, living on one's own and suffering from incurable cancer in rural Norway. *European Journal of Oncology Nursing* 17 (2013) 781- 787.

Doumit, M. A., Abu-Saad, H. H., Kelley, J. H. (2007). The lived experience of Lebanese oncology patients receiving palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 1(4): 309-319. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2. (4. utg., s. 425)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dybwik, K. (2000). *Respirator behandling*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

Eide, H., Eide, T. (2007). Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Akademisk. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2. (4. utg., s. 414)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engelsrud, G., Heggen, K. (2007). Humanistisk sykdomslære. Tanker om diagnoser og sykdom, helse og velvære. Oslo: Universitetsforlaget. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.).

Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer. 1. utg. (s.19-20). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Finucane, T. E., Christmas, C., Travis, K. (1999). Tube feeding in patients with dementia. A review of the evidence. *Journal of the American Medical Association*, 282: 1365- 1370. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 453). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier- Värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning* 2.utgave. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier- Värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning* 3.utgave. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur

Frankl, V. (1972). Psykoterapi og eksistens. Oslo: Gyldendal. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (1. utg., s. 271). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*,(24), 105-112.

Grov, E. K., Dahl, A. A., Fosså, S. D., Wahl, A. K., Moum, T. (2006a). Global quality of life in primary caregivers of patients with cancer in palliative phase staying at home. *Supporting Care in Cancer*, 14(9): 943-951. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. (4. utg., s. 425). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hammer, K., Mogensen, O., Hall, E. O. C. (2009). The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3): 549-557. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (1. utg., s. 270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hansen, J. (2012). Kreftrelaterte smerter, smertetyper, diagnostikk og behandlingsmuligheter. Nordlandssykehuset Bodø.

<http://docplayer.no/3920304-Kreftrelaterte-smerter-smertetyper-diagnostikk-og-behandlingsmuligheter-hva-er-smerte-multidisiplinaer-behandling-26-03-2012.html> (Lastet ned 09.02.2016).

Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 227-230). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hauge, S. (2004). Jo mer vi er sammen jo gladere vi blir? – ein feltmetodisk studie av sjukeheim som heim. Doktoravhandling. Oslo: Inst. For sykepleievitenskap og helsefag, UiO. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 227). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf> (Lastet ned 25.01.2016)

Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F., Danielson, E. (2008). Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(2): 86-96. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. (4. utg., s. 430). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Higginson, I., Gomes, B., Calanzani, N., Gao, W., Bausewein, C., Daveson, B. A., Deliens, L., Ferreira, P. L., Toscani, F., Gysels, M., Ceulemans, L., Simon, S. T., Cohen, J., Harding, R. (2014) Priorities for treatment, care and information if faced with serious illness: A comparative population-based survey in seven European countries. *Palliative Medicine*. Vol 28(2) 101- 110.

Higginson, I., Bausewein, C., Reilly, C. C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., McCrone, P., Booth, S., Jolley, C. J., Moxham, J. (2014) An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med* 2: 979- 987.

Hjort, P.F. (2010). Pleie og omsorg ved livets slutt. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 447-455). Oslo: Gyldendal Akademisk

Holtan, A. mfl. (2007). Prevalence of pain in hospitalised cancer patients in Norway: a national survey. *Palliative Medicine*, 21(1): 7-13. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. 4. utg. (s. 407). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lohne, V., Severinsson, E. (2006). The power of hope: patients' experiences of hope a year after acutespinal cord injury. *Journal of Clinical Nursing*, 15(3): 315- 323. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (1. utg., s. 270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirk, P., Kirk, I. & Kristjanson, L.J. (2004) What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *TheBMJ*, 1-7.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Kreftregistret (2015). *Cancer in Norway 2014*. Oslo: Kreftregistret.

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2014/> (Lastet ned 05.02.2016)

Kreftregistret (2015). *Fakta om kreft*. Oslo: Kreftregistret.

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/> (Lastet ned 05.02.2016)

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., (2011). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar. (2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., (2011). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*.

Pasientfenomener og livsutfordringer. (1. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (1. utg., s.143-146). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Breievne, G., Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (1. utg., s.245-290). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kaasa, S. (2015) *Det viktigste er ikke hvor du dør*. Sykepleien.no

<https://sykepleien.no/2015/11/det-viktigste-er-ikke-hvor-du-dor> (Lastet ned 25.03.2016)

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (1. utg., s.144-148). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. New York: Springer. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (1. utg., s.144-148). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lindskog, M., Tavelin, B. & Lundstrøm, S. (2015) Old age as risk indicator for poor end-of-life care quality- A population-based study of cancer deaths from the Swedish Register of Palliative Care. *European Journal of Cancer* (2015) 51, 1331-1339.

Lorentsen, V. B., Grov, E. K. (2013). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. (4. utg., s. 401-430). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lundquist, G., Rasmussen, B. H. & Axelsson, B. (2011) Information of Imminent Death or Not: Does It Make a Difference? *Journal of Clinical Oncology, Vol. 29, NO. 29. 3927- 3931*.

Lynch, M. P. (2006). Diagnostic reasoning. Dyspnea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(3): 323-326. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. (4. utg., s. 430). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mannion, E. (2008). Alzheimer's disease: the psychological and physical effects of the caregivers role. Part 1. *Gerontological care and practice*, 20(4): 27- 32. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (1. utg., s.166-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mathisen, J. (2011). Sykepleie ved livets avslutning. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (1. utg., s. 300-319). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mattioli, J., Repinski, R., Chappy, S. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 15(5): 822- 829. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (1. utg., s. 270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

McPherson, C. J., Wilson, K. G., Murray, M. A. (2007). Feeling like a burden to others: a systematic review focusing on the end of life. *Palliative Medicine*, 21(2): 115-128. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. (4. utg., s. 425). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Monteleoni, C. og Clark, E. (2004). Using rapid-cycle quality improvement methodology to reduce feeding tubes in patients with advanced dementia: before and after study. *British Medical Journal*, 329: 491- 494). M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s.453). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mystakidou, K. mfl. (2007a). Traumatic Distress and Positive Changes in Advanced Cancer Patients. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 24(4): 270-276. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. (4. utg., s. 425). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ohlens, J., Gustafsson, C. W. & Friberg, F. (2013) Making sense of receiving palliative cancer care communication and information provision. *Cancer Nursing*, Vol. 36, No 4, 2013. 265- 273.

Ozcelik, H., Fadiloglu, C., Karabulut, B. & Uyar, M. (2014) Examining the Effect of the Case Management Model on Patient Result in the Palliative Care of Patients With Cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. Vol 31(6) 655- 664.

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2012) *Nursing Research, generating and assessing evidence for nursing practice*. 9.utgave. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; Lippincott Williams & Wilkins

Puetzler, J., Feldmann, R. E., Brascher, A-K., Gerhardt, A. & Benrath, J. (2014) Improvements in health- related quality of life by comprehensive cancer pain therapy: A pilot study with breast cancer outpatients under palliative chemotherapy. *Oncology Research and Treatment* 2014; 37: 456- 462.

Rustøen, T. (2008). Endrer håpet seg med diagnoser? *Omsorg*, 3: 7- 11. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (1. utg., s. 270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sigurdsson, H. K. mfl. (2009). Utilisation of specialist care in patients with incurable rectal cancer. A population- based study from western Norway. *Acta oncologica*, 48(3): 377-384. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. (4. utg., s. 430). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sjøgren, P., Pedersen, L. (2003). Cancersmertetilstande- epidemiologi, ætiologi og behandling. I: Jensen, T. S., Dahl, J. B., Arendt- Nielsen, L. (Red.). *Smerter. En lærebog*. København: FADL. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. (4. utg., s. 407). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skelly, R. H. (2002). Are we using percutaneous endoscopic gastrostomy appropriately in the elderly? *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 5: 35- 42. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 453). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skribekk, H. og Nordtvedt, P. (2012) Mangelfull behandling av eldre pasienter. *Sykepleien Forskning* 2012 7 (2):113-113

- Solvoll, B-A. (2011). Identitet og egenverd. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. 1. utg. (s.15-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). Nasjonalt handlingsprogram ned retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. (4. utg., s.407). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Spilker, B. (1996) Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. Philadelphia: Lippincott-Raven. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. *Klinisk sykepleie, bind 2*. (4. utg., s. 427). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tice, M. A. (2006). Managing breathlessness : providing comfort at the end of life. *Home Healthcare Nurse*, 24(4): 207- 210. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. (4. utg., s. 430). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, L. (1999). Teoretiske perspektiver på sykepleie. N. J. Kristoffersen, F., Nortvedt, E-A., Skaug (2011). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar. (1. utg., s. 213-222). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Yamagishi, A., Yamagishi, A., Sato, K., Miyashita, M., Shima, Y., Kizzwa, Y., Umeda, M., Kinoshita, H., Shirahige, Y., Akiyama, M., Yamagichi, T., Monita, T. (2013) Changes in Quality of Care and Quality of Life of outpatients with advanced cancer after a regional palliative care intervention program. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 48, No 4. 604- 610.
- Yan, S., Kin- Fong, C. (2006). Quality of life patients with terminal cancer receiving palliative home care. *Journal of Palliative Care*, 22(4):261-266. H. Almås, D-G. Stubberud, R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie, bind 2*. (4. utg., s. 425). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Westlund, P., Sjøberg, A. (2005). Antonovsky- inte Maslow: for en salutogen omsorg och vård. Solna: Fortbildningsförlaget. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 229). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1. Søketabell

Database	Avgrensinger	søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 14.01.16	Abstract, English language, Fulltext, Years 2006- 2016	Quality of life AND palliative care AND end – stage cancer	4006	4006	11	5	4
Medline 15.01.16	Abstract English language Fulltext	Patient experiences, OR Patients satisfaction, AND Quality of Life, AND Survey and Questionnaire Patients experiences AND Patients satisfaction, AND Quality of Life, AND Survey and Questionnaire	8811357 641	5751 641	13	4	2
Medline 16.03.16	Abstract, Fulltext, English language	Quality of life, AND palliative care, AND patients experiences AND cancer	1434	1434	20	13	11

Utvalg 1: lest artiklenes tittel

Utvalg 2: lest artiklenes sammendrag

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikkelen er valgt ut for granskning og vurdering

Vedlegg 2. Tabell håndسøk

Database	Avgrensning	Artikkel i referanseliste	Søk	Antall treff	Inkluderte
Google Scholar		Info Needs of Patients vs. Caregivers	(søkte på tittel)	1	1
Google Scholar		What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study	(søkte på tittel)	1	1
Google Scholar		Information of Imminent Death or Not: Does It Make a Difference?	(søkte på tittel)	1	1
Google Scholar		Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death	(søkte på tittel)	1	1

Vedlegg 3 Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
<p>Lindskog, M., Tavelin, B. & Lundström, S.</p> <p>Old age as risk indicator for poor end-of-life care quality- A population-based study of cancer deaths from the Swedish Register of Palliative Care.</p> <p><i>European Journal of Cancer</i> (2015) 51, 1331-1339.</p> <p>2015</p> <p>Sverige</p>	<p>Studiens hensikt var å belyse om alder har betydning for kvaliteten på den palliative omsorgen pasienter får.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>26.976 deltakere</p>	<p>Yngre kreftpasienter ble i motsetning til eldre, oftere informert om forestående død, de ble oftere systematisk bedømt for tilstedeværelse og alvorlighetsgrad av smerte eller andre symptomer, det var mer sannsynlig at de ble vurdert av palliative tjenestegrupper og få injeksjoner de trengte som smertebehandling.</p>	<p>Denne forskningsartikkelen belyste at det er forskjeller innen behandling av eldre og yngre pasienter.</p>
<p>Cui, J., Fang, F., Shen, F., Song, L., Zhou, L., Ma, X. & Zhao, J.</p> <p>Quality of Life in patients with advanced cancer at</p>	<p>Studiens hensikt var å se på livskvaliteten til pasienter med alvorlig kreft i en palliativ fase ved å bruke et kartleggingsverktøy.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>531 deltakere</p>	<p>Kartleggingsverktøy er relevant å bruke når man skal evaluere en pasient ut i fra deres tilstand. Ved hjelp av slike kartlegginger kan man få et innblikk i pasientenes helse, livskvalitet og om de er fornøyde med behandlingen de</p>	<p>Denne artikkelen var litt vanskelig og tyde, men noen av kartleggingsverktøyene som er nevnt i artikkelen er relevant i Norge også, så valgte og bruke den.</p>

<p>the end of life as measured by the McGill Quality of Life Questionnaire: A survey in China.</p> <p><i>Journal of Pain and Symptom Management</i>. Vol. 48 No 5. 893- 902.</p> <p>2014 Kina</p>				<p>får. Disse verktøyene er viktige i å kartlegge hva som fungerer best for de fleste pasientene, og hvordan man kan gjøre helsetjenestene enda bedre i framtiden.</p>	
<p>Clayton, J. M., Butow. P. N. & Tattersall, M.H.N.</p> <p>The needs of terminally ill cancer patients versus those of caregivers for information regarding prognosis and End- Of- Life Issues.</p> <p><i>American Cancer Society</i>. 1957- 1964.</p> <p>2005 Amerika</p>	<p>Studiens hensikt var å belyse at både pasienter og pårørende har behov for informasjon, men at man må ta hensyn til hva pasienten ønsker at skal bli fortalt til de pårørende om prognose og forestående død..</p>	Kvantitativ	<p>24 pårørende, 19 pasienter Og 22 helsearbeidere</p>	<p>Informasjons-behov er viktig både for pasient og pårørende, det er viktig for relasjonen mellom pasient og helsepersonell at informasjon er forutsigbar og åpen, men at man viser til verdien ved å ha noen separate samtaler med pasient og pårørende.</p>	<p>Denne belyser godt kapitelteamet med å vise hvor stor betydning god informasjon har.</p>
<p>Devik, S. A., Enmarker, I., Wiik, G. B. & Hellzen, O.</p>	<p>Studiens hensikt var å belyse de eldre erfaringer på</p>	Kvalitativ	<p>5 deltakere</p>	<p>I denne studien ble det intervjuet eldre mennesker som bor i landlige områder i</p>	<p>Denne artikkelen var ganske sentral da den belyser</p>

<p>Meanings of being old, living on one's own and suffering from incurable cancer in rural Norway.</p> <p><i>European Journal of Oncology Nursing</i> 17 (2013) 781-787.</p> <p>2013</p> <p>Norge</p>	<p>det å leve alene, og lide av en palliativ kreftsykdom.</p>			<p>Norge. De beskriver et slitsomt liv, der de er i en konflikttilstand mellom håp og fortvilelse. Disse menneskene føler seg oversett av lokale helsetjenester, og at de blir sett på som en byrde.</p>	<p>hvordan norske pasienter mener om behandlingen de får.</p>
<p>Higginson, I., Gomes, B., Calanzani, N., Gao, W., Bausewein, C., Daveson, B. A., Deliens, L., Ferreira, P. L., Toscani, F., Gysels, M., Ceulemans, L., Simon, S. T., Cohen, J., Harding, R.</p> <p>Priorities for treatment, care and information if faced with serious illness: A comparative population-based survey in</p>	<p>Studiens hensikt var å belyse hvordan ulike mennesker valgte og prioritere sin siste tid i livet, hva de mente var viktigst i forhold til behandling, livsforlengende eller symptomlindrende behandling.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>9344 deltakere</p>	<p>De aller fleste deltakerne ønsket å motta behandling som økte livskvaliteten deres i den siste tiden de hadde igjen av livet, disse pasientene mente at det beste var å motta smertelindrende behandling, og å ha en positiv holdning.</p>	<p>Dette var en god artikkel som viste ulikheter for hvordan pasienter fra forskjellige land ønsket å motta behandling.</p>

<p>seven European countries.</p> <p><i>Palliative Medicine.</i> Vol 28(2) 101- 110.</p> <p>2013 England, Belgia, Tyskland, Italia, Nederland, Portugal og Spania.</p>					
<p>Higginson, I., Bausewein, C., Reilly, C. C., Gao, W., Gysels, M., Dzingina, M., McCrone, P., Booth, S., Jolley, C. J., Moxham, J.</p> <p>An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial.</p> <p><i>Lancet Respir Med</i> 2: 979- 987.</p> <p>2014</p>	<p>Studiens hensikt var å vurdere effekten av respirasjonsstøtte sammen med tidlig palliativ behandling.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>105 deltakere/ 22 deltakere falt bort etter 6 uker.</p>	<p>Effekten av tidlig palliativ behandling med respirasjonsstøtte viste seg å ha store forbedringer ikke bare basert på livskvaliteten, men i andre faktorer som mestring, dyspnoe og pasientenes egne følelser. Overlevelsesraten økte betraktelig for pasientene med denne behandlingen.</p>	<p>Denne var vanskelig å tyde da den ikke svarte direkte på hensikten, men jeg valgte å ta den med fordi den viste at tidlig palliativ behandling kombinert med respirasjonsstøtte økte livskvaliteten i den palliative fasen.</p>

England					
<p>Kirk, P., Kirk, I. & Kristjanson, L.J.</p> <p>What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study.</p> <p><i>TheBMJ</i>, 1-7.</p> <p>2004 Canada, Australia</p>	<p>Studiens hensikt var å belyse hva pasienter og deres pårørende, med ulike etniske bakgrunner, syntes om informasjonen de mottok under den palliative fasen.</p>	Kvalitativ	72 deltakere ble intervjuet.	<p>Pasientene som ble intervjuet mente at prosessen rundt informasjonsdeling var like viktig som innholdet i informasjonen. I følge deltakerne var kritiske og viktige trekk i informasjonsdelings - prosessen: timing, ledelse, holdninger og levering av informasjonen.</p>	
<p>Lundquist, G., Rasmussen, B. H. & Axelsson, B.</p> <p>Information of Imminent Death or Not: Does It Make a Difference?</p> <p><i>Journal of Clinical Oncology</i>, Vol. 29, NO. 29. 3927-3931.</p> <p>2011 Sverige</p>	<p>Studiens hensikt var å belyse om den palliative omsorgen for pasienter som fikk informasjon om nær død var bedre enn hos pasienter som ikke fikk informasjon om at de snart skal dø.</p>	Kvantitativ	18.818 deltakere.	<p>Resultatet viste at de pasientene som hadde fått tilstrekkelig nok informasjon, hadde betydelig flere foreskrevne legemidler etter behov, deres pårørende var godt informert om prognoser, noe som bidro til at disse pasientene oftere fikk dø på foretrukne plasser, og de pårørende fikk tilbud om sorgstøtte.</p>	<p>Denne artikkelen beskrev godt forskjellen mellom informerte og ikke informerte pasienter.</p>

<p>Ohlen, J., Gustafsson, C. W. & Friberg, F.</p> <p>Making sense of receiving palliative cancer care communication and information provision.</p> <p><i>Cancer Nursing</i>, Vol. 36, No 4, 2013. 265-273.</p> <p>2013</p> <p>Sverige</p>	<p>Denne studien skulle belyse hva pasienter selv mente om det å motta palliativ behandling for sin kreftsykdom.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>66 deltakere ble intervjuet, men bare 14 av disse ble videre fulgt opp.</p>	<p>Pasienter mente i studiet at det å motta palliative behandling framkalte mye usikkerhet om deres nye og stadig skiftende livssituasjon, og usikkerhet om egne følelser var med på å bestemme hvordan de taklet hverdagen. De hadde varierende behov for å søke kunnskap og forståelse, knyttet til palliativ behandling.</p>	<p>Denne artikkelen belyser et pasientperspektiv som er viktig i forhold til hensikten min.</p>
<p>Ozcelik, H., Fadiloglu, C., Karabulut, B. & Uyar, M.</p> <p>Examining the Effect of the Case Management Model on Patient Result in the Palliative Care of Patients With Cancer.</p> <p><i>American Journal of Hospice & Palliative Medicine</i>. Vol 31(6) 655- 664.</p>	<p>Studiens hensikt var å belyse forbedringer innen symptomer, livskvalitet og tilfredsheten fra pasienter og pårørende av omsorgen de mottok under den palliative fasen, basert på et palliativ omsorgs program.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>44 deltakere</p>	<p>Et av de viktigste målene for lindrende behandling gitt i henhold til forvaltningsmodellene brukt i studiet, er symptomkontroll. En betydelig reduksjon i alvorlighets-graden av symptomene som pasientene opplevde, viste effektiviteten av palliative intervensjoner.</p>	<p>Denne viser til hvor viktig det er å bruke kartleggingsverktøy for å få kartlagt pasientenes symptomer, for å fremme bedre symptomlindring.</p>

2014					
Tyrkia					
<p>Puetzler, J., Feldmann, R. E., Brascher, A-K., Gerhardt, A. & Benrath, J.</p> <p>Improvements in health-related quality of life by comprehensive cancer pain therapy: A pilot study with breast cancer outpatients under palliative chemotherapy.</p> <p><i>Oncology Research and Treatment</i> 2014; 37: 456- 462.</p> <p>2014</p>	<p>Studiens hensikt var å evaluere effekten av eventuell omfattende farmakologisk kreftrelatert smerteterapi, hos pasienter som led av palliativ brystkreft.</p>	Kvalitativ	52 deltakere	<p>Omfattende farmakologisk smertebehandling for behandling av kreftrelaterte smerter virker å ha positive effekt. Denne typen behandling viste i resultatet at den forbedret også andre symptomer en smerter som fysisk funksjon, søvnløshet og generelle framtidsutsikter.</p>	
Tyskland					
<p>Yamagishi, A., Sato, K., Miyashita, M., Shima, Y., Kizzwa, Y., Umeda, M., Kinoshita, H., Shirahige, Y., Akiyama,</p>	<p>Studiens hensikt var å evaluere effekten av omfattende regionale palliative omsorgs program. Forbedringer etter intervensjoner i</p>	Kvalitativ	4003 deltakere startet, men 2287 deltakere ble skilt ut.	<p>Resultatet viste at viktige faktorer som spiller inn på pasienters egne meninger om god livskvalitet, er at de får leve den siste tiden på egne favorittsteder, opprettholde en følelse av håp og</p>	<p>Denne fikk frem pasientperspektivet.</p>

<p>M., Yamagichi, T., Monita, T.</p> <p>Changes in Quality of Care and Quality of Life of outpatients with advanced cancer after a regional palliative care intervention program.</p> <p><i>Journal of Pain and Symptom Management</i> t. Vol. 48, No 4. 604-610.</p> <p>2014</p> <p>Japan</p>	<p>form av livskvalitet og kvaliteten av omsorgen til ulike individer ble evaluert.</p>			<p>nytelse, og det å få bo i et komfortabelt miljø. Når disse faktorene ble gjennomført for pasientene, viste undersøkelser at livskvaliteten ble betydelig forbedret.</p>	
--	---	--	--	--	--

Vedlegg 4 Karnofsky Scale

Karnofsky Performance Status for vurdering av fysisk funksjon

BESKRIVELSE KARNOFSKY-SKÅR

- 100 Normal. Ingen plager eller subjektive tegn på sykdom.
- 90 Klarer normal aktivitet, sykdommen gir lite symptomer.
- 80 Klarer med nød normal aktivitet. Sykdommen gir en del symptomer.
- 70 Klarer seg selv, ute av stand til normal aktivitet eller aktivt arbeid.
- 60 Trenger noe hjelp, men klarer stort sett å tilfredsstille egne behov.
- 50 Trenger betydelig hjelp og trenger stadig medisinske tiltak.
- 40 Ufør, trenger spesiell hjelp og omsorg.
- 30 Helt ufør, men fare for død er ikke overhengende.
- 20 Svært syk, understøttende behandling nødvendig .
- 10 Moribund, dødsprosessen i rask frammarsj.

Vedlegg 5 ESAS Smertekartleggings skjema

Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ingen slapphet (Slapphet=mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Ingen døsighet (Døsighet=å føle seg søvrig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Ikke kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen angst (Angst=å føle seg uralig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Best tenkelig velvære (velvære=hvordan du har det, alt tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyll ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

8/12-2010