

Emilie Haugen og Synne Lerum

# Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient med psykisk belastning relatert til uhelbredelig kreft

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Elin Stikbakke

Juni 2020



Emilie Haugen og Synne Lerum

# **Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient med psykisk belastning relatert til uhelbredelig kreft**

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie  
Veileder: Elin Stikbakke  
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden



## SAMMENDRAG

Tittel:	Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient med psykisk belastning relatert til uhelbredelig kreft.	Dato : 01.06.2020
Forfattere:	Synne Lerum Emilie Haugen	
Veileder:	Elin Stikbakke	
Stikkord/ nøkkelord (3-5 stk)	Kreftpasienter, psykisk belastning, Travelbee, kommunikasjon, relasjonsbygging	
Antall sider/ord: 46/10662	Antall vedlegg: 0	

Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:

**Bakgrunn:** I Norge er det rundt 30000 nye krefttilfeller hvert år og ca. 1 av 4 pasienter overlever ikke kreftdiagnosen. At man lever med en dødelig sykdom og ikke vet hvor lenge man har igjen å leve kan være årsak til at man får en psykisk belastning. Det kan forverres og ende opp med en alvorlig psykisk lidelse.

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å belyse at det er mange kreftpasienter som kjenner på psykisk belastning, men av forskjellige årsaker ikke blir oppdaget. I tillegg skal vi undersøke hvilket hjelpebehov disse pasientene har og hvilken kompetanse sykepleier skal ha for å kunne lindre den psykiske belastningen.

**Metode:** I oppgaven er det tatt i bruk seks fag- og forskningsbaserte artikler hentet fra helserelaterte databaser. Disse omhandler hvordan psykisk belastning oppleves for pasienten, hvordan sykepleier skal kommunisere med pasienter med uhelbredelig kreft og hvordan kreftpasienter opplever sykepleien de får.

**Resultat:** Det er vanlig at kreftpasienter blir rammet av stressreaksjon som resultat av kreftsykdommen. Rundt 50% opplever psykisk stress, men det vises at dette tallet er høyere hos pasienter med fremskredet kreft. Flere pasienter har behov om å snakke med helsepersonell om de psykiske belastningene, men har problemer med å ta dette opp. God kommunikasjon, veiledning og støtte er det viktigste tiltaket for god kreftbehandling under sykehusopphold. Sykepleier må være forberedt og villig til å kunne snakke om de vanskelige temaene med pasienten. Tidlig kartlegging og identifisering kan være med på å lindre psykisk belastning og utvikling av alvorlig psykisk lidelse. Det tyder på at det er forskjeller på menn og kvinner når det kommer til hvilken behandling de ønsker på livets slutfase.

**Konklusjon:** Som sykepleier må man tilrettelegge for den gode samtalen og bruke kunnskaper om kommunikasjon som relasjonsbygging, empati og aktiv lytting. I tillegg må man kartlegge hensiktsmessig og bruke pårørende som ressurser for å få best mulig kommunikasjon med pasienten. Det kan tenkes at det kreves en utvikling av fagfeltet og tjenesten for å kunne tilby best mulig lindring for pasientgruppen.

## ABSTRACT

Title:	Communication between nurse and _____	Date : 01.06.2020
	patient with cancer related psychological distress.	
Authors:	Synne Lerum _____	
	Emilie Haugen	
Supervisor:	Elin Stikbakke	
Keywords	Cancer patients, psychological distress, Travelbee, _____	
(3-5)	communication, nurse-to-patients relations	
Number of pages/words: 46/10662	Number of appendix: 0	
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: There are around 30 000 new cancer cases in Norway every year, and 1 out of 4 patients do not survive. Living with a deadly disease and not knowing how long one has left to live can cause psychological distress. Distress can evolve into psychological disease if left untreated.</p>		
<p>Purpose: The purpose of this study is to elucidate that there are many cancer patients who experience cancer related psychological distress, but don't get caught up on for a number of reasons. In addition we are going to examine what kind of help the patients require and what nurses can do to relieve the psychological distress.</p>		
<p>Method: Six academic articles from healthcare-related databases have been used in this thesis. The main subject for these articles is how psychological distress is experienced by the patients, how nurses should communicate with cancer patients, and patient perspectives on the nursing they receive.</p>		
<p>Results: Cancer patients can be exposed to a stress reaction related to their diagnosis. About 50% experience psychological stress, and this number might be higher amongst patients with advanced cancer. Patients might need to talk to health care professionals about their psychological symptoms, but have trouble bringing it up. Good communication, education and support is among the most important parts of cancer treatment in hospital. Nurses need</p>		

to be prepared and willing to talk about difficult subjects with the patients. Early screening and addressing issues might reduce psychological distress and serious psychological disorders. There are signs of differences between men and women when it comes to End-of-Life decisions.

Conclusion: As a nurse, one has to use knowledge of communication such as relationship building, using one self in a therapeutic sense and active listening. One should also use mapping suitably and use next of kin and relatives as resources to ensure the best nurse-patient communication possible. Development of the field and service is perhaps an effective way of ensuring relief for the patient.



# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA .....	7
1.2 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS .....	7
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>9</b>
2.1 PSYKISK BELASTNING.....	9
2.2 UHELBREDELIG KREFT OG PALLIASJON .....	9
2.3 ETIKK OG LOVVERK .....	10
2.4 PAKKEFORLØP .....	11
2.5 SYKEPLEIERS ANSVARSOMRÅDE MED HOVEDFOKUS PÅ DEN LINDRENDE FUNKSJONEN .....	11
2.6 KOMMUNIKASJON I SYKEPLEIE .....	12
2.7 JOYCE TRAVELBEE OM RELASJONER OG KOMMUNIKASJON .....	12
2.8 HENSIKT .....	13
2.9 PROBLEMSTILLING .....	13
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>14</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	14
3.2 ARTIKLER OM HVORDAN PSYKISK BELASTNING RELATERT TIL UHELBREDELIG KREFT OPPLEVES .....	15
3.3 ARTIKLER OM HVILKEN SYKEPLEIE SOM BØR GIS .....	17
3.4 ARTIKKEL OM HVORDAN SYKEPLEIEN OPPLEVES .....	18
<b>4.0 ANALYSE</b> .....	<b>20</b>
4.1 PRESENTASJON AV FUNN .....	20
4.1.1 Artikler om hvordan psykisk belastning relatert til kreft oppleves .....	20
4.1.2 Artikler om hvilken sykepleie som bør gis .....	22
4.1.3 Artikkel om hvordan sykepleien oppleves .....	25
4.2 RESULTAT .....	26
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>28</b>
5.1 DEL 1: HVORFOR MÅ PSYKISKE BELASTNINGER LINDRES? .....	28
5.1.1 Statistikk og pakkeforløp .....	28
5.1.2 Å være palliativ kreftpasient .....	29
5.2 DEL 2: TILTAK.....	31
5.2.1 Krav til god kommunikasjon.....	31
5.2.2 Relasjonsbygging og å bruke seg selv terapeutisk.....	33
5.2.3 Kartlegging.....	35
5.2.4 Pårørende.....	37

5.3 KILDEKRITIKK .....	38
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>41</b>
<b>7.0 LITTERATURLISTE .....</b>	<b>43</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

I denne oppgaven skal vi se på hvilke kunnskaper sykepleier bør ha, og hvilke tiltak en kan iverksette i møte med pasienter med uhelbredelig kreft for å lindre psykisk belastning. Vi har i våre praksisperioder opplevd kreftpasienter som mottar beskjeden om at de har en uhelbredelig krefttype og fulgt opp pasienter med uhelbredelig kreft. Hva kan vi som sykepleiere kan gjøre for å hjelpe disse pasientene, og identifisere hvilken type hjelp de trenger? Denne oppgaven vil i hovedsak ta for seg uhelbredelige kreftpasienter som får behandling på sengepost på sykehus. Pasientene vi fokuserer på er ikke terminale, men anses som palliative. Kurasjon er dermed ikke et alternativ og pasienten har begrenset levetid. Behandlingen er i hovedsak symptomlindring. Vi har ikke valgt å fokusere på én utvalgt kreftdiagnose, da vi ikke ønsker å begrense tiltakene til én spesifikk diagnose. Vi skal undersøke og belyse sykepleieperspektivet, altså hvilke kunnskaper og egenskaper sykepleier bør ha for å møte pasienter i denne situasjonen. I tillegg skal vi også finne ut hvordan pasientene opplever kreftsykdommen sin og hvordan dette preger deres psykiske helse. Pasientgruppen vi skal se på er i utgangspunktet friske fra før, vi vil derfor ikke skrive om pasienter med andre tilleggs lidelser, som for eksempel psykiske lidelser, delir eller demens.

### 1.2 Sykepleiefaglig relevans

Kreft er for mange et belastende ord. Å få en kreftdiagnose kan for flere sammenlignes med å få en dødsdom. Fordi det er stor usikkerhet knyttet til det å ha kreftsykdom kan dette ha negativ innvirkning på den psykiske helsen, som igjen kan påvirke livskvalitet og hverdag. Her kan sykepleiers lindrende funksjon ha effekt. Som sykepleier møter man kreftpasienter over alt i helsevesenet, med ulike kreftdiagnoser og forløp. Det er rundt 30 000 nye krefttilfeller i Norge hvert år (Folkehelseinstituttet, 2018). Totalt er det over 283 000 mennesker i Norge som lever med kreft eller har hatt kreft (Kreftregisteret, 2019). Det anslås at rundt 75% blir friske fra sin kreftsykdom, men det er 25% som ikke overlever (Kreftregisteret, 2020). Dette er et tema som vi anser er viktig å ha kunnskap om siden det er så mange krefttilfeller i Norge. I våre praksisperioder opplevde vi at dette er et tema som det er lite fokus på og sykepleiere ikke har så mye konkret kunnskap om. Derfor er vi nysgjerrige på hvilken kunnskap vi som sykepleiere skal tilnærme oss og hva vi kan gjøre for å gi pasientene best mulig lindring for den psykiske helsen gjennom kommunikasjon den tiden de har igjen. Dette er et tema som vi mener må settes fokus på.



## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Psykisk belastning

Med denne oppgaven velger vi å definere og forklare begrepet 'psykisk belastning' ut fra litteratur som underbygger begrepet, da vi ikke finner en konkret definisjon. For å finne definisjonen på psykisk belastning delte vi opp begrepet og definerte "psyke" og "belastning" hver for seg, i tillegg til å kombinere dette med litteratur vi fant om psykisk krise.

Psyke blir av Håkonsen (2014) beskrevet som et begrep som ble introdusert i gresk filosofi, med en betydning om at alt har en sjel og det er det som gir liv til kroppen. Det ble argumentert for at alt som har liv har en psyke og at alt som har en psyke er levende. Belastning blir definert som en varig tyngde og påkjenning (Språkrådet, 2020). Satt sammen vil psykisk belastning bety en varig, negativ tyngde på sjelen og kroppen.

For å sette dette i praksis bør man ha forståelse av hva psykisk krise er. Psykisk krise blir av Legevakthåndboken (2018) definert som en akutt stressreaksjon utløst av livskriser som ofte kommer uventet og oppleves som truende, som for eksempel en uhelbredelig sykdom. Den psykiske krisen forekommer når belastningen er så stor at den overskrider personens mestringsevne og blir ført i psykisk ubalanse. Vi tar utgangspunkt i at den psykiske belastningen er en forlengelse av den psykiske krisen. I praksis vil psykisk belastning komme over tid og vil måtte leves med i det daglige. Ubehandlet kan psykisk krise, og psykisk belastning, medføre flere psykiske lidelser som langvarig stress, depresjon og angst. Oversatt til engelsk blir det nærmeste begrepet "psychological distress", og dette begrepet blir derfor brukt i søk etter vitenskapelige artikler.

### 2.2 Uhelbredelig kreft og palliasjon

Prognosen for en kreftdiagnose kommer an på flere faktorer. Pasienten sin øvrige helsetilstand sier noe om hva pasienten tåler av behandling. Unge og ellers friske pasienter er mer motstandsdyktige under hard kreftbehandling enn skrøpelige pasienter. Tumoren i seg selv er også relevant for prognosen, for eksempel om den kan fjernes og størrelse. Her er malignitetsgraden og spredningsomfanget det som virker mest inn. Hvilken behandling man kan bruke på kreftvevet er også relevant for prognosen. Kreft i ulike steder av kroppen må behandles ulikt. Når pasienten er så syk at den ikke tåler behandling, tumoren er for malign og

har spredt seg mye, krefttypen ikke kan behandles bort eller en kombinasjon av disse faktorene er på plass, vil pasienten diagnostiseres med uhelbredelig kreft (Bertelsen et.al., 2017).

Når det ikke er mulig å kurere kreft er den regnet som uhelbredelig og at pasienten får et palliativt forløp. Da er det livsforlengende og symptomlindrende behandling som står i fokus, samtidig at pasienten klarer å ha en god livskvalitet (Lorentsen og Grov, 2016). WHO mener at palliasjon er pleie og omsorg der man skal forbedre livskvaliteten til pasienten og pårørende i deres møte med livstruende sykdom. Dette skal skje gjennom forebygging og lindring av lidelse ved tidlig og grundig identifisering og kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer i relasjon til det fysiske, psykososiale og åndelige (Helsedirektoratet 2019).

### 2.3 Etikk og lovverk

I tillegg til at det finnes et fastsatt lovverk som beskriver sykepleiers ansvar til å gi helsehjelp der det anses nødvendig, skal man også operere i tråd med etiske prinsipper. Lillemoen (2015) sier at sykepleiers grunnleggende etiske prinsipper er velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet. Velgjørenhet og ikke-skade handler i all hovedsak om å gjøre det som er best for pasienten og samtidig forhindre skader, både nå og fremover i tid. Autonomi handler om å la pasienten ta beslutninger som påvirker den selv. Rettferdighetsprinsippet har fokus på å forhindre diskriminering i tillegg til å hjelpe helsepersonell å prioritere riktig.

Lovene som påvirker hvordan helsepersonell arbeider er laget i tråd med etiske prinsipper. Helsepersonell er ifølge helsepersonelloven §2-1 påkrevd å utføre sitt arbeid i tråd med den faglig forsvarlighet. Hjelpen som gis skal være omsorgsfull og i tråd med de kvalifikasjoner helsepersonellet har (Helsepersonelloven, 1999).

Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å sikre at hele befolkningen har den samme tilgangen til helsetjenester. Den skal sikre at pasienten har tillit til at norsk helsevesen tar vare på pasientene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Kapittel tre i pasient- og brukerrettighetsloven handler om pasientens rett til medvirkning og informasjon. Det beskrives at pasienten har rett til så mye innvirkning som mulig. Om det er gjennomførbart skal pasienten ta alle valg på egen hånd. Pasienten har også rett på informasjon for å ha innsikt i egen situasjon. All informasjon som blir gitt av helsepersonell

skal være tilpasset for at pasienten skal forstå best mulig. Det inkluderer å ta hensyn til språk, kultur, individuelle forutsetninger og andre faktorer som kan påvirke pasientens evne til å forstå en beskjed (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

“Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” (2019) er retningslinjer for sykepleiere satt i verk av Norsk Sykepleierforbunds forbundsledelse. De ble først introdusert i 1983, bygger på sykepleiernes grunnleggende etiske prinsipper og er i tråd med norsk lov. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal være et veiledende verktøy som yrkesgruppen kan bruke for å drøfte etiske spørsmål.

## 2.4 Pakkeforløp

Pakkeforløp er bestillingslister laget for å minimere tiden administrative arbeid tar i en sak. Helt fra det mistenkes en diagnose finnes det oppskrifter på ulike krav for å gjøre vurderinger, og hvilke prosedyrer som skal bestilles for den enkelte pasient. I tillegg til å spare tid og dermed penger, er pakkeforløpene laget for at alle pasienter skal behandles likt og få de samme tilbudene fra norsk helsevesen. Pakkeforløpene er utviklet av helsedirektoratet i samarbeid med eksperter på feltet. I et forløp er det beskrevet hvordan alle symptomer skal kunne utredes og behandles for at pasienten skal hjelpes best mulig, til ulike tider i pasientens sykdom. Det finnes pakkeforløp for 28 ulike krefttyper i tillegg til forløp for uspesifikke symptomer og veiledere, da ulike krefttyper forårsaker forskjellige behov. I denne oppgaven er det tatt utgangspunkt i pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft med tanke på at bukspyttkjertelkreft har blant de dårligste prognosene (Helsedirektoratet, 2016). Likevel er alle pakkeforløp bygd opp på den samme måten.

## 2.5 Sykepleiers ansvarsområde med hovedfokus på den lindrende funksjonen

Nortvedt og Grønseth (2016) beskriver at sykepleier har forskjellige ansvars- og funksjonsområder innen klinisk sykepleie. Disse er delt opp i direkte og indirekte pasientrettede oppgaver. De direkte pasientrettede er forebygging, helsefremming, behandling, lindring, rehabilitering/habilitering, mens de indirekte er undervisning, administrering og fagutvikling. Disse ansvars- og funksjonsområdene skal tilsammen prege hvordan sykepleieren tilnærmer seg og ivaretar pasienten til enhver tid. Den lindrende funksjonen går ut på å begrense pasientens omfang av fysiske, psykiske og sosiale belastninger, noe som alltid skal stå sentralt i omsorgen. Sykepleieren må ha fokus på

pasientens livskvalitet, opplevelse og erfaring knyttet til sykdom og lidelse for å kunne ivareta den lindrende funksjonen. Også i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie blir lindring beskrevet som et ansvar. Punkt 2.10 sier blant annet at sykepleier skal lindre lidelse, samt å yte omsorgsfull hjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

## 2.6 Kommunikasjon i sykepleie

Kommunikasjon er definert som en prosess der et budskap som inneholder informasjon, blir overført eller formidlet, og har blitt beskrevet som en gjensidig prosess der meldinger blir sendt og mottatt, enten verbalt eller nonverbalt (Heyn, 2015, s. 364).

Kommunikasjon er en stor del av jobben til en sykepleier. Mellom sykepleier og pasient er det som regel alltid en form for kommunikasjon, da sykepleiere ofte er i direkte kontakt med pasientene. Pasientene kan være sårbare og i en ny og usikker situasjon, og derfor må sykepleiere ha gode kommunikasjonsevner for å kunne gi god informasjon og vise empati og støtte. Kommunikasjon er et bredt begrep, og betyr ikke bare å ha en muntlig samtale. Det å kommunisere er også relasjonsbygging, aktiv lytting, berøring, øyekontakt, mimikk og annet kroppsspråk (Heyn, 2015). Kartleggingsverktøy er et eksempel på arbeidsmetoder som involverer kommunikasjon. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) er et slikt kartleggingsverktøy for palliative kreftpasienter. Det er et selvrapporteringsskjema godkjent for norsk bruk som ber pasienten rangere en rekke symptom på en skala fra 0 til 10. Noen eksempler på symptomer er smerter, matlyst, kvalme, depresjon, fatigue og angst.

## 2.7 Joyce Travelbee om relasjoner og kommunikasjon

Joyce Travelbee (1926-1973) var en amerikansk sykepleieteoretiker, kjent for sitt arbeid rundt mellommenneskelige relasjoner. Hun definerte hva som krevdes for at en pasient skal bli fortrolig med sin sykepleier. I følge Travelbee er sykepleie bare menneske til menneskeforhold. Hun mente at alt går ut på at et menneske hjelper et annet menneske, og evnen til å gjennomføre dette avhenger på hvor god relasjonen mellom de to er. I følge Travelbee finnes det fem stadier i utviklingen av en relasjon mellom sykepleier og pasient. Introduksjonen handler om førsteinntrykk og at begge parter forlater møtet med en god følelse. Synliggjøring av personligheter er steget hvor man kan være uheldig å innse at man ikke går godt sammen, men også steget hvor man kan vise de sidene av seg selv som skaper tillit. Empati, evnen til å sette seg inn i andre sin situasjon og dermed vite hva andre tenker og føler, kan utvikles etter



man har blitt kjent. Senere utvikles gjerne sympati, evnen til å føle med det andre mennesket basert på hvordan den har det. Den siste fasen er følelsen av en gjensidig forbindelse. Travelbee beskriver at kommunikasjon er en nødvendighet som sykepleier. Man skal kunne forstå andre, samtidig som man gjør det lett for andre å forstå seg selv. Dette gjøres blant annet gjennom språk, kroppsspråk og å bruke seg selv terapeutisk (Human-To-Human Relationship Model, 2012).

## 2.8 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvilket hjelpebehov kreftpasienter har og hvordan uhelbredelig kreftsykdom påvirker den psykiske helsen. Ut fra dette vil vi få kunnskap om hvilke tiltak vi som sykepleiere kan iverksette for å hjelpe kreftpasientene til å lindre de psykiske belastningene som følger med sykdommen. Vi er ute etter generelle tiltak innenfor kommunikasjon og relasjonsbygging, da dette er en bacheloroppgave i sykepleie. Med utgangspunkt i at flere kilder forteller om at psykisk belastning er en underbehandlet utfordring er dette noe vi ønsker å belyse og bevisstgjøre.

## 2.9 Problemstilling

*“Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon for å lindre den psykiske belastningen som kan forekomme ved en uhelbredelig kreftsykdom”*

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie innebærer å hente inn eksisterende litteratur som verktøy for å løse problemstillingen. Metoden skal sikre god kvalitet ved å bruke internasjonale databaser og dermed tilgang til oppdatert informasjon fra alle verdens hjørner. I en slik oppgave trenger man ingen tilgang på egne respondenter, men kan bruke og kombinere kunnskap som andre har tilegnet seg. På den andre siden vil man sjeldent finne helt riktig vinkling på pre-eksisterende artikler, og man må ofte kombinere litteratur rundt flere temaer for å dekke sitt eget felt (Thidemann, 2015).

En annen potensiell svakhet er at man selv må stå for kvalitetssikringen av litteraturen. For å gjøre dette riktig brukes IMRAD-modellen. Det står for Introduction-Method-Results-and-Discussion. Strukturen er brukt i vitenskapsartikler, og artikler skrevet med IMRAD gir mulighet for objektivitet og kortfattetet. Artikkene skal være fagfelleurdert og artikkene skal være publisert i vitenskapelige tidsskrifter (Thyli, 2019).

Alle tidsskriftene er sjekket i 'Norsk senter for forskningsdata' for både fagfellevurdering og om de er publisert i vitenskapelige tidsskrifter (Norsk senter for forskningsdata, 2020). Publikasjonen skal helst ikke være eldre ti år. Artikler eldre enn dette kan potensielt brukes, men må studeres ekstra nøye for å sikre at det ikke finnes motstridende informasjon med nyere dato. I tillegg til å søke etter oppdatert litteratur vil det brukes aktuell og anerkjent pensumlitteratur samt lovverk og etikk for å støtte opp om argumenter i oppgaven.

I denne oppgaven har vi brukt databasene PubMed, PsychINFO, PubPsych og Cinahl, Medline i søkene. Vi brukte pico-skjema for å skaffe oss et bilde over hvilke søkeord som burde inkluderes, og hvordan de skulle kombineres for å begrense antall treff og snevre inn på riktig litteratur. Det var forventet at søkeordene og kombinasjonene av disse forandret seg litt mellom hvert søk og ulike databaser, dette for å få riktigst søk hver gang.

For å hjelpe med artikkelvalget, valgte vi visse kriterier for hvilke artikler vi inkluderte og ekskluderte.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Voksne kreftpasienter	Pasienter som er barn
Publisert 2005-2020 (etter 2010 er prioritert)	Publisert før 2005
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Vitenskapelige artikler	Ikke-vitenskapelige artikler
Språk: Engelsk eller Norsk	Andre språk enn Engelsk og Norsk
Forskning gjennomført i vestlige land	Forskning gjennomført i Afrika, Asia eller Sør-Amerika

Tabell 1.

Gjennom systematiske søk fant vi frem til seks artikler som er relevante for tema. Disse deles opp i tre kategorier; artikler som forteller om hvordan psykisk belastning relatert til uhelbredelig kreft oppleves, hvilken sykepleie som bør gis til disse pasientene og hvordan pasienter opplever sykepleien de får ved kreftbehandling.

### 3.2 Artikler om hvordan psykisk belastning relatert til uhelbredelig kreft oppleves

Male-female patient difference in the Association Between End-of-Life Discussions and Receipt of Intensive Care Near Death		
<b>Database:</b> PsycINFO		
Søk nr.	Søkeord:	Treff
1	Terminal cancer	1309
2	Patient-physician communication	359
3	1 AND 2	2

Tabell 2.

Cancer related psychological distress: a concept analysis		
Database: Medline		
Søk nr.	Søkeord	Treff
1	Nursing care	
2	Nurse-patient relations	
3	1 OR 2	158718
4	Adult	7119000
5	Cancer	
6	Neoplasms	
7	5 OR 6	3771471
8	Distress	
9	Psychological distress	
10	8 OR 9	127516
11	3 AND 4 AND 7 AND 10	237
12	11 AND Published last five years	101

Tabell 3.

### 3.3 Artikler om hvilken sykepleie som bør gis

How to recognize and manage psychological distress in cancer patients		
Database: Pubmed		
Søk nr.	Søkeord	Treff
1	Recognize	
2	Identify	
3	Cancer patients	
4	Psychological distress	
5	Manage	
6	1 OR 2	
7	3 AND 4 AND 5 AND 6	
8	7 AND Published last fifteen years	65

Tabell 4.

Psychological symptoms in advanced cancer		
Database: Pubmed		
Søk nr.	Søkeord	Treff
1	Nursing role	
2	Cancer	
3	Distress	

4	Psychological distress	
5	Palliative care	
6	3 OR 4	
7	1 AND 2 AND 5 AND 6	50

Tabell 5.

Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care		
<b>Database:</b> PubPsych		
Søk nr.	Søkeord	Treff
1	Psychological distress	
2	Cancer	
3	Nursing	
4	Palliative Care	
5	Published between 2005 and 2020	
6	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	14

Tabell 6.

### 3.4 Artikkel om hvordan sykepleien oppleves

Descriptions of fundamental care needs - An exploratory study
<b>Database:</b> Cinahl

Søk nr.	Søkeord	Treff
1	Nurse	
2	Nurses	
3	Nursing	
4	1 OR 2 OR 3	
5	Cancer care	
6	Fundamental care needs	
7	4 AND 5 AND 6	
8	8 AND Published last five years	2

*Tabell 7.*

## 4.0 Analyse

### 4.1 Presentasjon av funn

#### 4.1.1 Artikler om hvordan psykisk belastning relatert til kreft oppleves

<b>Navn på artikkel</b>	Male-female patient difference in the Association Between End-of-Life Discussions and Receipt of Intensive Care Near Death
<b>Forfattere</b>	Sharma, R.K., Prigerson, H.G., Penedo, F.J. og Maciejewski, P.K.
<b>Årstall</b>	2015
<b>Publikasjon</b>	Cancer
<b>Land</b>	USA
<b>IMRAD-struktur</b>	Ja, kombinert drøftings- og konklusjonsdel
<b>Hensikt</b>	Finne ut om det finnes forskjell på hvor mye intensivbehandling menn og kvinner med fremskredet kreft får den siste uken av livet, i tillegg til å finne ut om det finnes noen forskjell i samtale om livets slutfase.
<b>Metode</b>	353 pasienter ble intervjuet i gjennomsnitt 4,1 måneder før sin død. Journaler og intervjuer med pårørende etter pasientens død ble kildene til å se på intensivbehandling den siste uken av livet.
<b>Resultat/funn</b>	Av pasientene som fikk intensivbehandling på slutten av livet var det mer sannsynlig at dette var menn enn kvinner. Mennene som hadde hatt en samtale med legen sin om slutfasen hadde mye mindre sjanse for å velge intensivbehandling, enn de som ikke hadde hatt en målrettet samtale om det. Hos kvinner hadde det veldig lite å si for typen behandling, hvilken samtale de hadde hatt med legen sin.
<b>Konklusjon</b>	Artikkelen konkluderer med at menn får mye oftere intensivbehandling i den siste uken av livet sitt enn kvinner. Resultatene kombinert tyder på at kjønnsforskjeller på hvordan man tenker på slutfasen av livet har noe å si for hvilken behandling man velger.
<b>Relevans for oppgaven</b>	Artikkelen illustrerer at det finnes en signifikant forskjell mellom kvinner og menn sin tankegang når det kommer til slutfasen av livet. Den indikerer at det finnes behov for mer forskning for å forstå dette fullt ut, men at menn og kvinner kan ha ulike behov i en slik fase.

Tabell 8.



<b>Navn på artikkel</b>	Cancer Related Psychological Distress: A Concept Analysis
<b>Forfattere</b>	Gundelach, A. og Henry, B
<b>Årstall</b>	2016
<b>Publikasjon</b>	Clinical Journal of Oncology Nursing
<b>Land</b>	USA
<b>IMRAD-struktur</b>	Ja
<b>Hensikt</b>	Beskrive begrepet «Cancer related psychological distress» som negative følelsesmessige respons på en kreftdiagnose.
<b>Metode</b>	Litteraturstudie. Databasene Cinahl, PubMed og PsychINFO ble brukt for å finne litteratur publisert i 2011-2016 om «psychological distress» hos voksne kreftpasienter.
<b>Resultat/funn</b>	Gjennom søk ble det klart at begrepet ikke er definert skikkelig, at det ble brukt sporadisk i forbindelse med pasientgruppen men at begrepet i seg selv ikke var gransket. Artikkelen viste at et visst nivå av stress er helt normalt rundt en kreftdiagnose, ettersom man får en livsomveltende beskjed. 50% av pasientene opplever et slikt stress, og studiene viste at det forekommer oftere hos pasienter med fremskredet sykdom eller dårlig prognose. Artikkelen beskriver også at 35% av kreftpasienter på et eller annet tidspunkt viser tegn til stor belastning som angst, depresjon eller frykt for døden.
<b>Konklusjon</b>	Nøkkelen til at klinisk personell skal bli mer komfortable med å ta opp tema som psykisk belastning med kreftpasienter er kunnskap og flere verktøy å bruke. Det krever at man fortsetter å undersøke og publisere vitenskapelige artikler for at helsevesenet skal tro på det, og dermed bruke kunnskapen klinisk.
<b>Relevans for oppgaven</b>	Artikkelen beskriver kreftrelatert psykisk belastning på en god måte, i tillegg til at den belyser hvordan helsepersonell, og da spesifikt sykepleiere, kan gå frem for å bringe psykisk belastning på banen med pasienten.

Tabell 9.

#### 4.1.2 Artikler om hvilken sykepleie som bør gis

<b>Navn på artikkel</b>	How to recognize and manage psychological distress in cancer patients
<b>Forfattere</b>	Ryan, H., Schofield, P., Cockburn, J., Butow, P., Tattersall, M., Turner, J., Girgis, A., Bandaranayake, D. og Bowman, D.
<b>Årstall</b>	2005
<b>Publikasjon</b>	European Journal of Cancer Care
<b>Land</b>	USA
<b>IMRAD-struktur</b>	Ja, resultat og diskusjon er integrert sammen.
<b>Hensikt</b>	Finne ut hvordan helsepersonell skal forholde seg til kreftpasienter som er rammet av psykisk belastning relatert til kreft.
<b>Metode</b>	Artikkelen er et litteraturstudie gjort for å finne ut relasjon og kommunikasjon mellom leger, sykepleiere og annet helsepersonell og kreftpasientene. Søkene ble gjort i databasene Medline, Psychlit og Cochrane-databasene. Artiklene er begrenset slik at de ikke er eldre enn fra 1980. I tillegg har forfatterne brukt annen litteratur anbefalt av eksperter på området.
<b>Resultat/funn</b>	Pasientene opplevde ofte å ikke få snakket om de psykiske belastningene med helsepersonell av flere grunner. Pasientene følte at helsepersonellet ikke hadde tid til å snakke om det psykiske belastningene og undervurderte viktigheten av å få det behandlet. Flere mente at de psykiske belastningene var en del av kreftsykdommen og aksepterte disse. Flere sa også at de følte at helsepersonell hadde en holdning som ble tolket som at de ikke ønsket å hjelpe pasientene med de psykiske belastningene. For å kunne identifisere en psykisk belastning bør helsepersonell ta initiativ til å undersøke hvordan pasienten har det. Det tyder på at helsepersonell ikke har nok kunnskap og erfaring om hvordan de skal håndtere psykisk belastning hos kreftpasienter.
<b>Konklusjon</b>	Helsepersonell må trenes opp i å bruke forskjellige teknikker når det kommer til identifisering og behandling av psykisk belastning relatert til kreft. Disse teknikkene var blant annet å lytte aktivt, stille åpne spørsmål slik at pasienten fikk snakke fritt uten avbrytelser, anerkjenne pasientens psykiske belastninger og være empatisk i møte med pasientene og oppsummere pasientens problemer og avklare hva hen trenger hjelp til.
<b>Relevans for oppgaven</b>	Beskriver hvordan helsepersonell kan identifisere psykisk belastning og hvilke samtaleteknikker som helsepersonell kan benytte for identifisering og hvordan man kan behandle og lindre.

Tabell 10.

<b>Navn på artikkel</b> <b>Forfattere</b> <b>Årstall</b> <b>Publikasjon</b> <b>Land</b>	Psychological symptoms in advanced cancer Bail, J. R., Traeger, L, Pirl, W. F og Bakitas, M. A. 2018 Seminars in oncology nursing USA
<b>IMRAD-struktur</b>	Ikke direkte IMRAD-struktur, men artikkelen inkluderer innledning, kort om datainnsamling i sammendrag, resultater og drøfting sammen og konklusjon tilslutt.
<b>Hensikt</b>	Studien skal se på hvordan helsepersonell kan identifisere psykisk belastning hos alvorlig fremskredet kreft for at man skal oppfylle kravene for god palliativ behandling.
<b>Metode</b>	Et litteraturstudie gjort ved å undersøke de nåværende retningslinjer for kreftbehandling og tidligere studier.
<b>Resultat/funn</b>	Tidlig screening og kartlegging tydet på at pasientene fikk lindret den psykiske belastningen. Dette førte til at pasientene hadde bedre livskvalitet og muligens en bedre prognose. De som ikke fikk diagnostisert en psykisk lidelse gjennom screening, men fremdeles hadde tegn til psykiske symptomer kan ha fordel av å ha intervensjoner med for eksempel sykepleier for å øke livskvalitet.
<b>Konklusjon</b>	I og med at en kreftdiagnose- og behandling kan være tøff for pasientens psyke må sykepleiere være klar over de psykiske symptomene pasienten har og hvordan dette kan identifiseres. Pasientene som ikke møter kravet til psykiatrisk behandling kan likevel ha fordel av samtaler og møter med sykepleiere.
<b>Relevans for oppgaven</b>	Artikkelen beskriver de ulike psykiske symptomene kreftpasienter kan oppleve. I tillegg beskriver den ikke-medikamentelle interaksjoner/tiltak som kan gjøres av helsepersonell og egne tiltak rettet mot sykepleiere.

Tabell 11.

<b>Navn på artikkel</b>	Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care
<b>Forfattere</b>	Browall, M., Henoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S. og Danielson, E.
<b>Årstall</b>	2014
<b>Publikasjon</b>	European Journal of Oncology Nursing
<b>Land</b>	Sverige
<b>IMRAD-struktur</b>	Ja
<b>Hensikt</b>	Undersøke sykepleieres opplevelse av eksistensielle situasjoner i møte med kreftpasienter med uhelbredelig kreft.
<b>Metode</b>	Sykepleiere fra ulike institusjoner som driver med palliativ pleie ble bedt om å skrive ned en viktig hendelse de hadde opplevd der eksistensielle problemer var tilstede.
<b>Resultat/funn</b>	88 rapporter ble skrevet og analysert. Det var i hovedsak to tema som kom frem: opplevelser som involverte eksistensiell smerte, der man ble møtt med tap og lidelse, og opplevelser som involverte håp, der man måtte balansere ærlighet og ønsket om å leve.
<b>Konklusjon</b>	Det konkluderes med at sykepleiere trenger å forstå pasienters følelser av å være forlatt, og eksistensiell ensomhet i slutten av livet. Da noen pasienter ønsker å snakke om døden, var det vanskelig for sykepleiere å forstå pasientenes tanker og følelser. De ble dermed ukomfortable og usikre på hvordan man kommuniserer med denne pasientgruppen.
<b>Relevans for oppgaven</b>	Artikkelen illustrerer behovet sykepleiere har for å kunne sette seg inn i pasientens situasjon, og bruke kommunikasjon best mulig for å nå frem til pasienten

Tabell 12.

#### 4.1.3 Artikkel om hvordan sykepleien oppleves

<b>Navn på artikkel</b>	Descriptions of fundamental care needs in cancer care - an exploratory study
<b>Forfattere</b>	Athlin, M.Å, Brovall, M., Wengström, Y., Conroy, T. og Kitson, A.
<b>Årstall</b>	2018
<b>Publikasjon</b>	Journal of Clinical Nursing
<b>Land</b>	Sverige
<b>IMRAD-struktur</b>	Ja
<b>Hensikt</b>	Undersøke hvilke grunnleggende behov kreftpasienter trenger å ivareta under kreftbehandling på sykehus.
<b>Metode</b>	Undersøkelsen har intervjuet 30 kreftpasienter om hvilke grunnleggende behov de trenger ivaretatt under sykehusopphold. De grunnleggende behovene som ble undersøkt var fysiske og psykiske, blant annet eliminasjon, mobilisering, ernæring, kommunikasjon og veiledning, komfort, verdighet og selvbestemmelsesrett.
<b>Resultat/funn</b>	Det grunnleggende behovet som pasientene beskrev som det viktigste er kommunikasjon og veiledning. Kommunikasjon og veiledning scoret dobbelt så høyt som det nest viktigste grunnleggende behovet som var komfort. Ved kommunikasjon og veiledning beskrev pasientene at de hadde møtt god og dårlig kommunikasjon blant sykepleiere. God kommunikasjon baserte seg på sykepleiere som tok seg tid til å veilede og undervise pasientene. Dette skapte trygghet, for da visste pasientene hva de skulle forvente. Dårlig kommunikasjon ble beskrevet som når sykepleierne brukte uforståelig fagterminologi, snakket over hodet til pasienten og hadde dårlig "timing" å gi informasjon på. Dette førte til usikkerhet, frykt og angst blant pasientene.
<b>Konklusjon</b>	For å kunne gi optimal sykepleie til kreftpasientene må sykepleier ha fokus på grunnleggende behov. Kommunikasjon er det viktigste grunnleggende behov for å gi best mulig sykepleie til kreftpasienter. Sykepleier må ha kunnskap om god og dårlig kommunikasjon, for at pasienten skal oppleve å bli ivaretatt på best måte.
<b>Relevans for oppgaven</b>	Fokus på sykepleien som skal gis til kreftpasienter. I hovedsak viser den viktigheten av kommunikasjon mellom sykepleier og kreftpasienter, noe som vi er ute etter for å kunne svare på problemstillingen.

Tabell 13.

## 4.2 Resultat

Resultatet av søkene er artikler som byr på ny forskning, i tillegg til stor kunnskap rundt tema psykisk belastning hos pasienter med uhelbredelig kreft. Browall *et al.* (2014) beskriver ulike bekymringer som palliative kreftpasienter gjerne støter på. Dette inkluderer frykt for døden, bekymring for familiens evne til å klare seg uten pasienten, endret selvilde, tap av kontroll i livet, og andre eksistensielle temaer. Artikkelen av Gundelach og Henry (2016) tar for seg begrepet i seg selv, og belyser hvor lite definert det er. Begrepet blir likevel belyst på en måte som klargjør forskjellen på psykisk belastning og psykisk sykdom. Det fire hovedsymptomene på psykisk belastning er depresjon, angst, frykt og håpløshet. Bail *et al.* (2018) og Ryan *et al.* (2005) beskriver også lignende symptomer, uten særlig variasjon fra de tidligere nevnte symptomene. Statistikkene forteller noe om hvor mange pasienter som opplever psykisk belastning ved kreftsykdom. Bail *et al.* (2018) skriver at pasienter med fremskredet kreft opplever psykiske symptomer. Depressive symptomer forekommer hos 20%-35%, angstsymptomer 20%-60% og håpløshet 45%-65% av pasientgruppen. Ryan *et al.* (2005) presenterer at mellom 35% og 50% av kreftpasienter opplever psykiske belastninger, og Gundelach og Henry (2016) beskriver at belastningene forekommer oftere og mer alvorlig hos personer med fremskredet kreft.

Browall *et al.* (2014) viser at sykepleiere er den som gjerne får en unik tilgang til pasienten i forbindelse med daglige rutiner. Dermed mener Gundelach og Henry (2016) at sykepleiere kanskje er de som har best tilgang på å prate med pasienten som det de måtte trenge. Bail *et al.* (2018) støtter opp om dette og mener at pasienter som ikke kvalifiserer til normal psykiatrisk behandling kan ha fordeler av å ha samtaler med sykepleier. Tema i slike samtaler kan gjerne være informasjon eller veiledning om tilstand eller behandling, men også andre bekymringer om familie, selvilde eller annet. Her foreslår Bail *et al.* (2018) at man trenger kartlegging for å systematisk følge med på pasientens tilstand. Sharma *et al.* (2015) foreslår at det kan finnes forskjeller hos behovene til menn og kvinner i samtaler med helsepersonell. Det er for lite kartlagt til at man vet noe helt sikkert, men resultater tyder på at menn og kvinner tar med seg ulike konklusjoner og verdier ut fra samtaler. Selv om ikke alle pasienter viser samme interesse for å prate med sykepleier, viser Athlin *et al.* (2018) at kreftpasienter verdsetter kommunikasjon som det viktigste grunnleggende behovet sykepleiere kan dekke.

Ryan *et al.* (2005) er vesentlig eldre enn de andre kildene, men viser mange likhetstrekk med resultatene fra 2014 og senere, både i form av statistikker og forslag til helsepersonell. Den beskriver at pasienter kjenner på at psykisk belastning er en naturlig del av en kreftdiagnose, så de føler ikke at dette er noe de kan ta opp helsepersonellets tid med. Her foreslås det at helsepersonell tar initiativet til samtaler for å vise pasienten viktigheten av å lindre de psykiske symptomene.

## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet skal vi besvare problemstillingen ‘Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon for å lindre den psykiske belastningen som kan forekomme ved en uhelbredelig kreftsykdom?’. Vi skal se på de ulike studiene i tillegg til å bruke selvvalgt litteratur som er relevant for problemstillingen. Vi skal først drøfte kort generell informasjon om årsaker til at pasienter opplever psykiske belastninger og hvordan det er å være pasient. Deretter skal vi drøfte og belyse både direkte og indirekte tiltak for hva sykepleier kan gjøre for å ivareta pasienten og lindre de psykiske belastningene. Disse tiltakene er basert på funn i artiklene vi har valgt ut, og baserer seg i all hovedsak på kommunikasjon mellom pasient og sykepleier, og eventuelt pårørende. Tiltakene er skrevet som forslag til hva sykepleier kan gjøre og vi er klar over at det ikke finnes en fasit som fungerer for alle pasienter. Ingen pasienter er like, og man opplever og håndterer sykdom på forskjellige måter.

### 5.1 Del 1: Hvorfor må psykiske belastninger lindres?

#### 5.1.1 Statistikk og pakkeforløp

Statistikk fra USA viser at ca. 30-50% av alle kreftpasienter opplever psykiske belastninger, og forekomsten av fullt utviklet psykisk sykdom i pasientgruppen er 29% (Bail *et al.*, 2018; Ryan *et al.*, 2005). Forekomsten for både psykiske belastninger og sykdommer er større og mer alvorlig hos pasienter med uhelbredelige diagnoser (Gundelach og Henry, 2016). I følge Bail *et al.* (2018) er det ca. 20-65% av pasienter med uhelbredelig kreft som har ett eller flere psykiske symptomer. I våre søk har vi ikke lyktes å finne statistikk over psykisk belastning relatert til kreft hverken i Norge eller Norden. Vi har tatt kontakt med de nasjonale kreftorganisasjonene i Norge, Sverige, Danmark og Finland, men ingen har respondert med statistikk og informasjon som belyser tema. Derfor vil vi ta utgangspunkt i de amerikanske statistikkene videre i oppgaven. Med tanke på at det er ca. 30-50% av kreftpasienter som har psykisk belastning relatert til kreft er det likevel kun 6% av disse som utfyller kravet til å få en depresjon som en diagnose som trenger selvstendig behandling (Ryan *et al.* 2005). Det vil si at om dersom halvparten av kreftpasienter med alvorlig kreft opplever psykiske belastninger, er det likevel ikke så alvorlig at det krever diagnostisering. Med bakgrunn i denne informasjonen finnes potensiale for forebygging av videre utvikling av psykisk lidelse. Likevel skal man huske på at tallene ikke kommer fra Norge eller Norden, så man kan ikke være helt sikker på riktigheten i statistikken. Forebygging er et sentralt sykepleieansvar,



derfor er det mulig at diverse sykepleietiltak kan være med å bremse en eventuell utvikling til psykisk lidelse. I følge Bail *et al.* (2018) tyder det på at pasienter som ikke har psykisk belastning som følge av kreftsykdommen har bedre prognose, enn de som har psykisk belastning. Dette blir drøftet videre i delkapittel 5.2.

Ettersom pakkeforløp for kreft er verktøy som skal gi klarhet, lik behandling og effektiv saksbehandling for kreftpasienter, er den tydelig på ansvarsfordeling. Den beskriver hvem som har ansvar for hvilke prosedyrer og oppfølging. I kapittelet om ulike grunnleggende behov er smertelindring og ernæring eksempler på delkapitler, der det blir beskrevet i detalj hvem som har ansvar for å dekke disse behovene, og hvordan dette skal gjøres. Psykososiale behov er også et slikt delkapittel, men der kommer det frem med en kort setning at behovene skal dekkes. I motsetning til de andre fysiske tiltakene er det ikke beskrevet like detaljert hvordan psykososiale behov skal behandles. Det blir kort beskrevet at helsepersonell skal møte pasienten med forståelse og empati (Helsedirektoratet, 2017). Det kan oppfattes som at pakkeforløpene er mer fokuserte på fysiske symptomer og plager enn pasientens psykososiale behov.

Det mulige skeive fokuset kan grunngis med at selve kreftsykdommen er en somatisk diagnose, og at man burde behandle denne sykdommen først. På den andre siden vil en uhelbredelig diagnose aldri forsvinne. Dermed kan det argumenteres for at pasientens psykososiale behov er like viktige å ivareta for å oppnå en så god livskvalitet som mulig. Den manglende nordiske forskningen og informasjon om pakkeforløp gir inntrykk av manglende fokus på psykiske belastninger hos palliative kreftpasienter. Dette kan si noe om hvor prioriteringene i helsevesenet ligger når det kommer til psykisk belastning, og at det mest nødvendige er å behandle det somatiske. Vi har opplevd at det er en tendens å tenke at det er sykdommen som skal behandles, og at noen ganger blir mennesket som lever med sykdommen satt på sidelinjen. Likevel vet vi at mange helsepersonell er opptatt av psykisk helse, og gjør det de kan for å hjelpe pasienten. Kanskje er psykiske belastninger et mulig utviklingsområde for tjenesten i seg selv, et område å utforske og fokusere på for å få en mer kunnskapsbasert helsetjeneste.

### 5.1.2 Å være palliativ kreftpasient

Å bli en pasient kan i seg selv beskrives som et traume. Det innebærer kanskje et stort rolleskifte på viktige arenaer i pasientens liv, som å gå fra ansvarlig far eller bestefar til

hjelpetrengende mann. Det trenger ikke å være innad i en familiedynamikk, men kan oppleves på arbeidsplassen, i vennegjengen eller lignende. Et slikt rolleskifte vil komme i tillegg til endrede utsikter til levetid, endrede rutiner grunnet behandling, og endret livskvalitet knyttet til funksjon for å nevne noe (Grov, 2015). Fysiske symptomer som følge av sykdommen, behandlingen eller andre forhold skaper isolasjon og nedsatt funksjon, som bidrar til å svekke pasientens psykiske helse (Lorentsen og Grov, 2016).

Pasienter med en uheldelig kreftdiagnose kan kjenne seg overveldet av følelser. I følge Bail *et al.* (2018) kan uheldelig kreft føre til store påkjenninger på den psykiske helsen i ulik grad. I hovedsak er det snakk om depressive symptomer, angst og håpløshet.

Sharma *et al.* (2015) påstår at man vet for lite til at man sikkert kan si noe om menn og kvinner sine ulike behov når det kommer til å bli palliativ pasient. Likevel viser de at det finnes forskjeller i preferanser og valg hos de to pasientgruppene som indikerer at de har ulike behov for kommunikasjon med helsepersonell. Det kan tenkes at det finnes trender for hvordan menn og kvinner tenker, slik som artikkelen sier. Likevel skal man sannsynligvis være forsiktig med å sette pasienter i en spesifikk "bås" og tro at man kjenner pasienten bedre enn man egentlig gjør, bare basert på kunnskap om kjønn. Av erfaring vet vi at alle mennesker tenker og føler forskjellig basert på livserfaringer.

Kreftforeningen (2020b) beskriver at man trenger en eller flere personer som kan hjelpe med å bearbeide følelser for å mestre en ny hverdag på best mulig vis. Det sies at dette kan være et familiemedlem, eller noen andre man har en fortrolig relasjon til. Som sykepleier tilbringer man gjerne mye tid med kreftpasienten, og lærer den å kjenne. Derfor beskriver blant annet Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) at man som helsepersonell skal bruke gode kommunikasjonsmetoder for at pasienter skal føle seg komfortable med å lette på hjertet. Ifølge Gundelach og Henry (2016) er psykiske belastninger forgjengeren til utvikling av psykisk sykdom, som for eksempel moderat til alvorlig depresjon eller angstlidelser. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) beskriver at rundt hver psykisk lidelse finnes det forhold som disponerer, utløser og vedlikeholder sykdomstilstander. Noen eksempler på utløsende faktorer, altså hendelser eller forhold som setter i gang selve sykdomsutviklingen, er tap, konflikter, endrede livsvilkår, endret selvilde. Ryan *et al.* (2005) beskriver risikofaktorer for å oppleve psykiske symptomer som kreftpasient. Eksempler på disse faktorene var familiehistorie eller personlig erfaring med depresjon eller angstlidelse, lav sosioøkonomisk status, å være kvinne, å være singel eller fremskredet sykdom. Dette

samsvarer med Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) sine disponerende faktorer for psykisk sykdom. Dette gir grunnlag for å tenke at kreftpasienter med uhelbredelig kreft har en relativt stor sjanse for å utvikle psykisk sykdom uten lindring av belastninger.

Av hensyn til prinsippet om å ikke skade kan man argumentere for at man gjør skade ved å ikke lindre psykiske belastninger, og derfor sees det som en del av sykepleierens oppgaver.

## 5.2 Del 2: Tiltak

### 5.2.1 Krav til god kommunikasjon

I studien til Athlin *et al.* (2018) kommer det frem at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er det viktigste tiltaket for et bedre opphold på sykehus under kreftbehandling.

Pasientene skiller mellom god og dårlig kommunikasjon. God kommunikasjon baserte seg i stor grad på at det da var lettere for pasientene å bearbeide sykdommen og behandlingen. Når pasientene fikk god informasjon og veiledning førte det til en følelse av trygghet og sikkerhet (Athlin *et al.*, 2018). Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee mente at god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er avgjørende for å kunne gi optimal sykepleie (Human-To-Human Relationship Model, 2012). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere forteller punkt 2.1 at sykepleier har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, noe som støtter opp om det etiske prinsippet velgjørenhet (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette er også beskrevet i sykepleiers ansvarsområde (Nortvedt og Grønseth, 2016). Her kommer det frem at sykepleier har plikt å ta ansvar og ha tilstrekkelig kompetanse. Som sykepleier er det viktig å huske at man har en autoritær rolle i møte med pasient, noe som for pasienten kan være skremmende eller en lettelse. Som tidligere nevnt er kreftpasienter rammet av utrygghet og usikkerhet, og er dermed sårbare. Derfor kan informasjonen som skal gis til pasienten være vanskelig å ta i mot og håndtere. Sykepleier må ha dette i tankene i møte med kreftrammet pasient, og ha fokus på at kommunikasjonen skal være empatisk og forståelsesfull.

I følge Browall *et al.* (2014) kommer det frem at flere sykepleiere ikke vet hvordan de skal håndtere pasientenes eksistensielle spørsmål. Særlig områder som handler om døden og hvordan det er å dø var vanskelig for sykepleieren å svare på. Dette kommer av at sykepleieren ikke klarer å relatere og sette seg inn i situasjonen, og ikke visste hvor åpen man skulle være med pasienten. Usikkerheten rundt åpenhet og samtaler om døden kan godt

forstås da åpenhet kan ha flere reaksjoner fra pasienten. Døden er ukjent og usikkert, og for mange ubehagelig samtaleemne. Når man ikke kjenner pasienten kan det være vanskelig å vurdere hvor åpen og ærlig man skal være, da det kan være skremmende for pasienter som vet at de skal dø i en relativt nær fremtid. Sharma *et al.* (2015) poengterer at menn og kvinner muligens viser ulik vilje til å kjempe sykdommen. Dette kommer frem gjennom at kvinner oftere velger palliativ behandling i sluttfasen av livet, der flere menn velger intensiv behandling for å leve lengre. Det er foreløpig uvisst hva denne sier om forskjellen på menn og kvinner sin evne til å se realiteten, men kanskje kan denne kunnskapen hjelpe sykepleier å gå inn i samtaler med en anelse om hva som venter. Det er vist at når sykepleieren kan gi god kommunikasjon, vil det lette på angst og frykt hos pasientene (Athlin *et al.*, 2018). Dersom pasientene har behov for åpenhet, kan det tenkes at det er for å lette på angst og frykt relatert til døden. Her kan sykepleier komme inn som en lindrende funksjon og bruke åpenhet som en metode.

Da flertallet av artiklene vi bruker forteller om hvor underbehandlet psykiske belastninger relatert til kreft er, sier dette noe om prioriteringen blant helsepersonell. Gjennom erfaring fra egen praksis og tiltak som beskrives i pakkeforløp oppfatter vi det som at det er prioritert fokus på å behandle og lindre de somatiske symptomene ved kreftsykdom. Et eksempel er fokus på god ernæring til kreftpasienter da de kan oppleve vektnedgang og underernæring ved både sykdomsforløp og behandlingen de gjennomgår. En bivirkning av cytostatikabehandling kan være kvalme, som kan føre til dårlig matlyst, og dermed fare for underernæring (Lorentsen og Grov, 2016). I studien til Athlin *et al.* (2018) kommer tiltak for ernæring på en åttende plass for det pasientene mente var det viktigste tiltaket under kreftbehandling på sykehus, mens kommunikasjon kom som nummer én. Som sykepleier bør man ha kunnskap om at det er flere faktorer som kan være med på at pasienten ikke får i seg mat. Et typisk symptom på depresjon er nedsatt matlyst (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Tegn på depresjon kan være vanskelig å oppdage, ettersom noen av symptomene på depresjon sammenfaller med vanlige kreftsymptomer eller bivirkninger av kreftbehandling. Eksempler på dette er nedsatt matlyst og fatigue (Gundelach og Henry, 2016). Dette er et eksempel på at noen symptomer kan være like, men oppstått av forskjellige årsaker. Derfor er det viktig at sykepleier er nøye med å utforske de potensielle årsakene. På denne måten kan potensiell feil behandling utelukkes og det kan tenkes at det kan bremse en eventuell utvikling av psykisk lidelse. Samtidig må sykepleier være oppmerksom på at man skal ha fokus på hele opplevelsen som kreft gir pasienten, og ikke kun fokusere på ett symptom.

### 5.2.2 Relasjonsbygging og å bruke seg selv terapeutisk

Travelbee hadde fokus på at sykepleier kan bruke seg selv terapeutisk i møte med pasient, og at sykepleier skal delta aktivt i relasjonsbygging. Relasjonsbygging og å bruke seg selv terapeutisk vil kunne overlape i hverandre. Travelbee forklarte relasjonsbygging ved hjelp av fem steg: det første møtet, lære hverandre å kjenne, empati, sympati og utviklingen av en nær forbindelse. Deretter må sykepleier lære om pasienten, dens personlighet og behov for å bli kjent. For å få pasienten til å åpne seg må man gjerne bruke seg selv og sin egen personlighet, for at pasienten skal føle at det er et gjensidig bånd. Når man kjenner hverandre og sine tanker og følelser, kan man utvikle empati for den andre. Når man har empati for noen, utvikler man gjerne også sympati, at man føler for den andre. Når alle de fire første stegene er gjennomført, er tiden da Travelbee foreslår at man kjenner på en nær relasjon. Her skal sykepleieren finne ut informasjon om hvordan pasienten har det, avdekke ønsker og behov (Human-To-Human Relationship Model, 2012). Siden sykepleieren er den som jobber tettest på pasienten er relasjonsbygging sentralt og viktig for videre behandling og lindring av psykisk belastning. Samtaler med pasienten er en sentral sykepleieroppgave som er nyttig på flere måter. Det er gjennom samtaler man bygger en relasjon, og det første møtet er gjerne en kort samtale. Dette kan påvirke videre sykepleie og behandling (Nortvedt og Grønseth, 2016). I studien til Bail *et al.* (2018) blir relasjonsbygging sett på som et ledd mellom det tverrfaglige samarbeidet mellom sykepleier og leger slik at disse sammen kan kartlegge og utarbeide videre plan. Samtidig er det ikke sikkert at pasienten ønsker å bygge en relasjon med sykepleier, av forskjellige grunner som kan være privat for pasienten. Her må sykepleier ivareta og respektere pasientens autonomi og ikke overgå pasientens grenser. Likevel kan sykepleiers tilstedeværelse og følelsen av psykisk støtte være nok for pasientene, for å vite at noen er der for dem og kan snakke med dem dersom de skulle fått behov for det.

Empati er et av hovedelementene for relasjonsbygging. Det er med på å fremme tillit og forståelse. Studier har vist at sykepleierens empati har blant annet redusert angst, depresjon og mindre negativ innstilling blant kreftpasienter, samt at pasienten har lettere for selvutlevering (Heyn, 2015). Av pasientene som ble undersøkt i studien til Ryan *et al.* (2005) hadde flere behov for å snakke om psykiske symptomer som oppsto, men ønsket ikke å ta det opp i frykt for å forstyrre helsepersonellet. Flere av helsepersonellet uttrykket at de hadde det travelt på jobb, noe som gjorde at pasientene undervurderte viktigheten av de psykiske belastningene

for å være mindre til bry. Athlin *et al.* (2018) beskriver hvor viktig pasientene anser god kommunikasjon i form av veiledning, samtaler og støtte. Dette gir grunnlag for å tenke at pasientene ønsker å uttrykke sine behov, følelser og bekymringer. Da det kan være travelt å jobbe på en sykehuspost og prioritering av riktig tidsbruk rundt hvilken sykepleie man skal gi er en viktig sykepleieoppgave. Det kan være tidkrevende å bygge relasjon til pasientene og dersom man har livsviktige oppgaver å gjøre, vil relasjonsbygging prioriteres bort. Samtidig er flere av pasientene på sengepost inne i få døgn, noe som også gjør det vanskelig å få bygd en god relasjon. Heyn (2015) beskriver en studie der helsepersonell oppfattet at det var tidkrevende å uttrykke empati i samtale med pasienten, men at realiteten egentlig er motsatt. Da sykepleierne uttrykte empati, følte pasientene at de var del av en lengre samtale enn ellers. Dette gav sykepleieren mulighet til å korte ned samtalen uten at det påvirket pasienten i negativ grad. Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk er det viktig å ha evnen til å sette seg inn i pasientens situasjon og opptre empatisk. På denne måten kan sykepleier utnytte sin evne til å bruke seg selv terapeutisk og likevel oppnå god kommunikasjon med pasienten. Empati kan vises på flere måter, blant annet ved å anerkjenne situasjonen pasienten er i, speile pasientens utsagn og gi støtte når hen trenger det (Heyn, 2015). Ved å bruke empati, særlig å anerkjenne pasientens livssituasjon er det mer sannsynlig at pasienten vil avdekke problemene sine og åpner seg lettere for helsepersonellet (Ryan *et al.*, 2005).

Når pasienten har lettere for å åpne seg vil det trolig være enklere for helsepersonell å ha samtaler med pasienten om hvordan man skal få lindret og behandlet de psykiske belastningene. Likevel viser Ryan *et al.* (2005) at ikke alle pasienter har like lett for å åpne seg og å snakke om sine problemer og behov. Derfor mener de at det er helsepersonell sitt ansvar å ta initiativ til å undersøke hvordan pasienten har det. I tillegg til å ha empatisk uttrykk, bør sykepleieren ha kunnskap om hvordan man lytter aktivt. Aktiv lytting er en viktig teknikk der man ser på det verbale og nonverbale ved kommunikasjonen.

I og med at flere pasienter ikke har så lett for å snakke om problemene sine, mener Ryan *et al.* (2005) at det er helsepersonell sin oppgave å ta initiativ til å begynne en slik samtale. De beskriver at aktiv lytting er en viktig teknikk for å identifisere hva pasienten prøver å kommunisere, i tillegg til hva den egentlig føler.

Håkonsen (2014) sier at hovedmålet med aktiv lytting er forståelse. Man skal forstå helheten i det et annet menneske kommuniserer, både verbalt og nonverbalt. Med nonverbal kommunikasjon mener vi tegn som blick, stemmeleie, øyekontakt, kroppsbevegelser, avstand

mellom personer og andre tegn et menneske kan vise. Dette kan gjøre at man reagerer og viser forståelse på en effektiv måte, og at man kan regulere samtalen for at pasienten skal få med ut av det. Browall *et al.* (2014) beskriver at sykepleiere må forstå hvorfor en pasient kommuniserer som den gjør for å forstå hva som er det underliggende problemet for pasienten. For eksempel blir det beskrevet at pasienten som følte at den mistet kontroll over eget liv ble kontrollerende overfor sykepleier for å ta vare på en viss kontroll. Noen sykepleiere forstår slike indirekte måter å kommunisere på og tilrettela for at pasienten skulle få snakket om det, mens andre som ikke forstod fikk en negativ innstilling til å arbeide med pasienten. Ryan *et al.* (2005) beskriver at å la pasienten snakke uforstyrret er en måte å fange opp pasientens fokus uten å selv tilby informasjon eller ledende spørsmål. Ved å regulere samtalen kan sannsynligvis sykepleier få mye subjektiv informasjon ut av pasienten, samtidig som man kan bruke sitt kliniske blikk for å gjenkjenne hvilke tema pasienten trenger å snakke mer om.

Når man bruker aktiv lytting for å forstå pasienten, setter man seg ifølge Håkonsen (2014) i en situasjon der man heller ikke må tolke og forstå for mye. Om en pasient sitt verbale og planlagte budskap er at man ikke vil prate, men det nonverbale viser at hen har det vanskelig, er det ikke dermed sagt at man skal presse pasienten til noe den ikke vil. I tråd med Travelbee skal sykepleier respektere pasientens selvkonstruerte grenser for å bevare tillit og sikre god kommunikasjon også i fremtiden (Human-To-Human Relationship Model, 2012). Dette støttes av yrkesetiske retningslinjer punkt 2.4, som sier at man skal respektere pasientens integritet og ikke utnytte sårbarheten dens (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Samtidig kan det tenkes at aktiv lytting er en feilkilde i seg selv. Metoden lener seg på sykepleierens menneskelighet gjennom relasjonsbygging, og dens evne til å føle empati. Vi er alle styrt av filter, sympatier og antipatier skapt av livserfaringer, og sykepleiere har ulike personligheter som alle andre mennesker. Derfor kan det være viktig å reflektere rundt sin egen subjektivitet i samhandling med andre.

### 5.2.3 Kartlegging

I følge Bail *et al.* (2018) vil kartlegging av psykiske symptomer ved hjelp av kartleggingsskjema i et kreftforløp være gunstig og effektivt. De mener at ved tidlig kartlegging og identifisering av psykiske symptomer kan man unngå at pasienten får en psykisk lidelse og større behandlingsbehov. Dette ville forbedre pasientens livskvalitet og

muligens forbedre prognosen. Sykepleieren kan raskt oppdage problemer og holde kontroll på pasientens psykiske status, og kanskje forhindre unødvendige utfordringer ved bruk av kartleggingsskjema. Kartleggingsskjema kan være effektivt for å gjøre dokumentasjon enklere, og av erfaring kan det være lettere å gjennomføre undersøkelser om man har en liste å gå etter. Ryan *et al.* (2005) viste at når pasienter fylte ut et skjema som omhandlet livskvalitet i forkant av en legetime, tok lege initiativ til å prate om livskvalitet tre ganger så ofte som de ellers gjorde. Dette kan tyde på at tilgang på kartleggingsverktøy fokusert på psykososiale behov vil kunne være en del av det som kreves for at også sykepleiere skal ha fokus på å snakke med pasientene om det.

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) er som tidligere nevnt et godkjent verktøy sykepleiere kan bruke på pasienter. Hvor effektivt dette spesifikke skjemaet fungerer i praksis er imidlertid omdiskutert. En studie utført av Ihler og Sæteren (2019) rapporterte at ESAS opplevdes som enda et papir i bunken som ikke ble gjort noe med. Sykepleierne sa at på grunn av mangel på tid ble ESAS glemt eller nedprioritert, og at legene ikke hadde interesse for bruk av ESAS. Veiledere til bruk av ESAS forklarer at skjemaet aller helst skal fylles ut av pasienten alene, eventuelt med hjelp av pårørende eller helsepersonell. Det kan tenkes at dette gjør det vanskeligere å tolke svarene, ettersom en pasient sin 9 er en annen pasient sin 5. Med tanke på psykiske symptomer er dette noe mange synes er vanskelig å ta opp, og det åpner for at pasienter ikke greier å rapportere sine egne symptomer objektivt nok for at andre skal tolke det. Likevel finnes det deler av helsevesenet som er fornøyde med ESAS, og mener at det gir oss som sykepleiere muligheten til å høre noe om pasientens subjektive opplevelse. Det er også lettere å fange opp pasientenes symptomer og følge med på symptomene over tid (Ihler og Sæteren, 2019). Det er imidlertid ikke anbefalt å bruke ESAS som et selvstendig skjema, men i kombinasjon av vanlig samtale og klinisk blick. Bruk av kartleggingsskjemaer skal ikke erstattes av kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier (Heyn, 2015). Av erfaring er de aller fleste kartleggingsverktøy mest effektive som en del av en samtale, der sykepleier bruker sin relasjon til pasienten og kommuniserer på en god måte, slik at man sammen kommer frem til hvordan pasienten har det. Det er derfor sannsynlig at man trenger flere erfaringer og mer kunnskap om ESAS og andre kartleggingsverktøy for å regelmessig screene pasientene for psykiske belastninger.



#### 5.2.4 Pårørende

Bail *et al.* (2018) beskriver palliativ omsorg som en pasientsentrert omsorg som skal ha fokus på å fremme livskvalitet etter pasientens ønsker. Som sykepleier er man gjerne den som møter familien ofte, og får se samhandlingen mellom pasienten og støtteapparatet. Pårørende av palliative pasienter er gjerne et mentalt støtteapparat, men noen ganger også en omsorgsperson som har delvis ansvar for pleien til pasienten. De vil være kunnskapsrike når det gjelder pasientens ønsker og måter å kommunisere på (Heyn, 2015). Bail *et al.* (2018) foreslår at pårørende kan være en ressurs for å samle informasjon om symptom mønstre. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere punkt 3 står det at pårørende skal inkluderes, samt at sykepleier skal vise omtanke og respekt (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Enkelte ganger er altså pårørende verdifulle ressurser man kan nytte seg av, både for å forstå pasienten bedre og for å få kommunisert et budskap best mulig.

I følge Browall *et al.* (2014) er familien til palliative pasienter også en faktor som kan skape uro for pasienten. De kjenner på skyld og skam over å ikke kunne ta vare på små barn eller annen familie når de er syke, og bekymrer seg for de som skal stå igjen alene når pasienten dør. Angstsymptomer er som tidligere nevnt en typisk indikasjon på psykiske belastninger som mange kreftpasienter har. Gundelach og Henry (2016) er en av flere som nevner dette. I artikkelen listes det opp eksempler på tanker eller ideer som slike pasienter kan innbille seg eller frykte. Blant disse er frykt for å miste støtteapparatet sitt, og at familien skal føle at pasienten blir en for stor byrde. Det kan tenkes at pasienter som frykter lignende situasjoner blir påvirket av dette, og at det går ut over hvordan de kommuniserer med sine pårørende. Som sykepleier vil det da kunne være viktig å observere pasientens forhold med familien, og bruke kommunikasjon med alle parter for å sikre at alle føler seg trygge på hverandre.

Kreftforeningen (2020b) beskriver at familie kan være svært viktig for at pasienten har noen å støtte seg til og prate med. Kreftforeningen (2020c) sier i tillegg at pårørende også opplever sterke reaksjoner til uhelbredelige kreftdiagnoser. Man går gjerne gjennom en slags sorgreaksjon. Som alle andre er alle pårørende ulike, også innad i familier. Det kan tenkes at pasientens relasjoner til familie blir kompliserte når sykdommen er uhelbredelig. Ulike reaksjoner på situasjonen kan være en kilde til spenning og uenigheter i familien, enten mellom pårørende og pasient eller mellom flere pårørende. Valgene som skal taes er mange og vanskelige som palliativ kreftpasient, og ulike meninger virker kanskje splittende. Sannsynligvis vil man på den andre siden ta vare på den tiden man har med hverandre. Her

foreslår artikkelen at en del av sykepleiers ansvar er å åpne for samtaler mellom alle parter, slik at alle kommuniserer effektivt og pasienten får best mulig behandling.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) beskriver i §3-3 første avsnitt at pasienten må gi samtykke for at man kan informere pårørende om pasientens tilstand eller den behandling man får. Ettersom alle familier er ulike og sykdomssituasjoner lett kan føre til spent stemning og uenigheter, er det ikke uvanlig at pasienten velger å holde deler av informasjonen unna sine pårørende. Det er den voksne pasientens rett til å gjøre, så lenge pasienten er i fysisk og psykisk stand til å ivareta egen helse.

Felles for alle kilder er at de belyser viktigheten av åpenhet i en slik situasjon. Sykepleiere trenger å være åpne for ulike former for familiedynamikk, pårørende må være åpne for pasientens unike perspektiv og vice versa. Dette er fordi åpenhet fører til ærlighet, og ærlighet betyr at pasienten har mennesker å støtte seg på. I tillegg vil en åpen og ærlig dialog med pasienten og pårørende gjøre brukermedvirkning og pasientsentrert omsorg lettere for sykepleiere. I situasjoner der nære pårørende er innblandet kan det oppstå konflikter mellom pårørende og pasient, men også pårørende og pårørende. Det kan tenkes at det kan være en belastning for pasienten, som er i en sårbar situasjon.

### 5.3 Kildekritikk

Svake og kritikkverdige punkter ved artiklene går igjen i de ulike publikasjonene. Artikkelen skrevet av Athlin *et al.* (2018) og Browall *et al.* (2014) baserer seg på forskning utført i Sverige, mens resten av resultatene er fra USA. Utenlandsk statistikk er en mulig feilkilde. Retningslinjer og innhold i utdannelsene er ulike fra land til land. Helsevesenet i USA er bygd opp på en annen måte enn i Norge og resten av Norden, og kan ha ulikt fokus. Likevel oppfattes USA som et vestlig, velutviklet land og helsevesenet er opptatt av forskning og nyvinning. I tillegg gir artiklene inntrykk av et kunnskapsnivå og holdninger som er mye likt med våre erfaringer fra Norge. I noen av de amerikanske artiklene presenteres det statistikk over hvor mange pasienter som opplever psykiske symptomer og belastning i løpet av kreftforløpet noe som er sentralt for vår oppgave. Selv om USA ikke har samme kultur som Norge er alle fremdeles mennesker som blir preget av livskriser, og vi har følelser og bekymringer uansett hvor i verden vi befinner oss. Det gjør at vi anser det som greit å bruke studier gjennomført der og tenke oss til at norske tall ikke er langt unna det man leser i

artiklene, men det tas med forbehold. Et annet svakt punkt ved flere av artiklene er målgruppene. Artikkelen til Ryan *et al.* (2005) er i hovedsak skrevet for leger. Oppgaven vår er rettet mot sykepleiere uten spesialisering, som har andre arbeidsområder enn leger og spesialiserte sykepleiere når det kommer til pasientgruppen. Imidlertid er fokuset i denne oppgaven på kommunikasjonsmetoder, og derfor ser vi det som riktig å bruke artiklene siden kommunikasjon er et felt som ikke endrer seg mellom utdannelsene.

I utgangspunktet ønsket vi å finne så nye artikler som mulig. I de første søkene begrenset vi søket til at artiklene ikke er eldre enn 5 til 10 år. For oss er det viktig å bruke mest mulig oppdatert informasjon, særlig med tanke på statistikk, men også fordi feltet er i stadig endring. Vi oppdaget at mye av forskningen på dette temaet skjedde på tidlig til midten av 2000-tallet. Artikkelen skrevet av Ryan *et al.* er publisert i 2005. Her oppdaget vi at statistikken over hvor mange kreftpasienter som opplever psykisk belastning er omtrent det samme som artikkelen skrevet i 2018 av Bail *et al.* En annen feilkilde er at ikke alle artiklene omhandler palliative pasienter. Artiklene av Athlin *et al.* (2018), Gundelach og Henry (2016), og Ryan *et al.* (2005) tar for seg psykisk belastning hos alle kreftpasienter, også de som har gode prognoser. Det er mulig at dette gjør de mindre relevant for oppgaven. Likevel ser man at artiklene som handler om palliative pasienter beskriver de samme psykososiale behovene. Uavhengig om pasienten har uhelbredelig kreft eller ikke er kommunikasjon viktig å ha kunnskap om som sykepleier.

For å skrive oppgaven er det også benyttet relevant pensumlitteratur og nettsteder. Alt av pensumlitteratur som er benyttet er gitt ut for 10 år siden eller nyligere, i tillegg til at vi i flere av tilfellene har nyeste utgave på området. Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) er av eldre utgave, men det relevante for oppgaven er også gjengitt i flere av de nyere artiklene som er brukt, blant annet Bail *et al.* (2018). Flertallet av nettstedene som er brukt har god troverdighet. Blant disse er Kreftforeningen, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Legemiddelhåndboken, Kreftregisteret og Norsk Sykepleierforbund. Disse er seriøse aktører som er oppdatert på forskning, informasjon og statistikk. Blant annet er Folkehelseinstituttet underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og Kreftforeningen er en landsdekkende organisasjon som jobber med forskning, informasjon og forebygging. Ved informasjon om Joyce Travelbee ønsket vi å benytte boken hennes 'Interpersonal aspects of nursing', men hadde ikke tilgang til bibliotek. Derfor har vi benyttet en nettside som refererer til boken for å være sikker på at nettsiden oppgir riktig informasjon.



## 6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi svart på problemstillingen “Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon for å lindre den psykiske belastningen som forekommer ved en uhelbredelig kreftsykdom”. Gjennom søk i anerkjente databaser for helsefag har vi funnet frem til litteratur som omhandler tema, og satt dette opp mot hverandre. Litteraturen presentert er seg imellom enig om at kreftpasienter er en svært utsatt gruppe når det kommer til å oppleve psykiske symptomer, noe som kan utvikle seg til psykiske lidelser. Litteraturen beskriver også at å streve med psykiske belastninger kan endre prognosene til pasienten til det negative. Det legges merke til at all forskning på psykiske belastninger hos kreftpasienter er fra USA, og at vi ikke lykkes med å oppdrive noen form for nordisk forskning på tema.

For å kunne bruke kommunikasjon til å lindre symptomer hos pasienter trenger sykepleiere først og fremst gode kunnskaper rundt temaet. Man må tilegne seg nok kompetanse til ikke å føle seg usikker i møte med en pasient, men heller sikker på at kommunikasjonsmetodene man har er nok til å lindre. Arbeidsforhold er også viktig, man må prioritere tid til hver pasient, og vise frem en holdning som presenterer at man ikke har dårlig tid. Dette fordi pasienter selv ikke skal føle seg som en byrde som sykepleier ikke har tid til om man tar opp psykiske belastninger. I tillegg kreves en holdning som er åpen for flere ulike kulturer og personligheter. Pasienter er like forskjellige som alle andre mennesker, og vil derfor ha ulike behov for å lindre sine psykiske belastninger.

Kommunikasjonsmetoder som går igjen og beskrives som effektfulle er i all hovedsak relasjonsbygging, empati og aktiv lytting. Empati er viktig for at sykepleier skal ha forståelse for pasienten og dens situasjon, slik bygger man en mellommenneskelig relasjon.

Relasjonsbygging oppfattes som viktig for at pasienter skal ha tillit til den de åpner seg for. Aktiv lytting er et kommunikasjonsverktøy som handler om å tolke pasientens verbale og nonverbale signaler for å oppfatte alt pasienten kommuniserer. God aktiv lytting krever en relasjon mellom sykepleieren og pasienten, og effekten kan bli at man forstår hverandre bedre i samtale. Dette gjør forhåpentligvis at pasienter skal føle seg komfortable med å ta opp sine følelser av psykisk belastning for at sykepleier skal hjelpe med lindring av dette.

Tidlig og hyppig kartlegging av symptomer er også et godt virkemiddel for å gi problemet oppmerksomhet. Om sykepleier har som en del av sin rutine å kartlegge for psykiske

belastninger, vil hen kunne trygge pasienten på sine usikkerheter, og møte følelser med empati. Det er imidlertid viktig at kartleggingsverktøyet ikke blir brukt alene, men i kombinasjon med sykepleiers kliniske blikk og kunnskaper om kommunikasjon.

Kommunikasjon med pårørende anses som et effektivt verktøy. Det anses som nødvendig for å nå frem til pasienten best mulig. Nær kontakt med pårørende anses også som nødvendig for å skape et godt miljø og støtteapparat for pasienten, som i seg selv er lindrende for psykiske belastninger.

Å være klar på disse tiltakene kan øke kvaliteten på sykepleien som gis for å lindre psykisk belastning. Det som kreves for at sykepleiere skal føle seg sikker på å bruke god kommunikasjon rundt denne pasientgruppen er trolig mer kunnskap og forskning. Mer fokus på kommunikasjon og psykisk belastning fra fag- og forskningsutvikling vil speile pasientenes meninger om hvor viktig temaet er. Dette vil igjen sannsynligvis vil drive sykepleiere til å tilegne seg den kunnskapen de trenger for å lindre pasientens symptomer.

## 7.0 Litteraturliste

Athlin, Å. M., Brovall M., Wengström, Y., Conroy, T. og Kitson, A. L. (2018). *Descriptions of fundamental care needs- An exploratory study*. Tilgjengelig fra:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.14251> (Hentet: 20. april 2020)

Bail, J. R., Traeger, L, Pirl, W. F og Bakitas, M. A. (2018). *Psychological Symptoms in Advanced Cancer*. Tilgjengelig fra:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208118300391?via%3Dihub> (Hentet: 21. april 2020)

Browall M., Henoch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S. og Danielson, E. (2014) *Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care*. Tilgjengelig fra:

[http://miun.diva-portal.org/smash/get/diva2:746054/FULLTEXT01?fbclid=IwAR3uDQDTJrR-9IquCIXXIrZiL2wxQmZ3uSIO2jvABi\\_fYs1GTIIeUkkfLRE](http://miun.diva-portal.org/smash/get/diva2:746054/FULLTEXT01?fbclid=IwAR3uDQDTJrR-9IquCIXXIrZiL2wxQmZ3uSIO2jvABi_fYs1GTIIeUkkfLRE) (Hentet: 28. mai 2020)

Folkehelseinstituttet (2018) *Kreft i Norge*. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/> (Hentet: 04. mars 2020)

Grov, E.K. (2015) Å bli pasient og hjelpetrengende i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk s. 37-55

Gundelach, A. og Henry, B. (2016) *Cancer-Related Psychological Distress: A Concept Analysis*. Tilgjengelig fra:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=119605783&site=ehost-live> (Hentet: 22. april 2020)

Helsedirektoratet (2016) *Pakkeforløp på kreftområdet*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforloper-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftområdet> (Hentet: 22. april 2020)

Helsedirektoratet (2017) *Bukspyttkjertelkreft*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/bukspyttkjertelkreft> (Hentet: 23. mai 2020)

Helsedirektoratet (2019) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*.

Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/\\_/attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_/attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf)

(Hentet: 5. april 2020)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> (Hentet: 29. mai 2020)

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen damm akademisk s.363-398

*Human-To-Human Relationship Model* (2012) Tilgjengelig fra:

[http://currentnursing.com/nursing\\_theory/Joyce\\_Travelbee.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/Joyce_Travelbee.html) (Hentet 26.05.20)

Håkonsen, K.M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser* 5. utg. Oslo: Gyldendal akademiske

Ihler, E.M og Sæteren, B. (2019) *Sykepleieres erfaring med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter*. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2019/11/sykepleieres-erfaringer-med-bruke-esas-til-kartlegge-symptomer-hos-kreftpasienter> (Hentet: 21.05.20)

Kreftforeningen (2020a) *Psykiske reaksjoner*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/psykiske-reaksjoner-og-sorg/> (Hentet 06.05.20)

Kreftforeningen (2020b) *Pårørende*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/parorende/> (Hentet 23.05.20)



Kreftregisteret (2019) *Cancer in Norway*. Tilgjengelig fra:

<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2018/>

(Hentet 04.03.20)

Kreftregisteret (2020) *Nøkkeltall om kreft*. Tilgjengelig fra:

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/> (Hentet 04.03.20)

Legevakthåndboken (2018) *Psykisk krise*. Tilgjengelig fra:

[https://lvh.no/symptomer\\_og\\_sykdommer/psykiske\\_lidelser/kriser/psykisk\\_krise](https://lvh.no/symptomer_og_sykdommer/psykiske_lidelser/kriser/psykisk_krise) (Hentet

05.03.20)

Lillemoen, L. (2015) Etikk i sykepleien i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* 5. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk s.297-338

Lorentsen, V.B., Grov, E.K (2016) Generell sykepleie ved kreftsykdommer i Stubberud, D., Grønseth, R., Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie bind 2*. 5.utg. Oslo: Gyldendal akademisk s. 397-436

Norsk Sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

(Hentet 15.05.20)

Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse i

Stubberud, D, Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie bind 2*. 5.utg. Oslo:

Gyldendal akademisk s. 17-40

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig

fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pbrl> (Hentet: 29. mai 2020)

Ryan, H., Schofield, P., Cockburn, J., Butow, P., Tattersall, M., Turner, J., Girgis, A., Bandaranayake, D. og Bowman, D. (2005). *How to recognize and manage psychological distress in cancer patients*. Tilgjengelig fra:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2354.2005.00482.x> (Hentet 22.04.20).

Sharma, R.K., Prigerson, H.G., Penedo, F.J. og Maciejewski, P.K. (2015) *Male-female patient difference in the Association Between End-of-Life Discussions and Receipt of Intensive Care Near Death* Tilgjengelig fra:

<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.29417> (Hentet: 28.05.20)

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. (2010) *Psykiatriboken* 1. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk

Språkrådet (2020) *Belastning*. Tilgjengelig fra:

[https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=belastning&ant\\_bokmaal=5&ant\\_nynorsk=5&begge=&ordbok=begge](https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=belastning&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=&ordbok=begge) (Hentet 22.04.20)

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

