

Anine Holter  
Kaja Langlo Erdal  
Tonje Haustveit Johansson

## Den vanskelige samtalen

På hvilken måte kan sykepleiere møte utfordringene som hindrer en i å ta den vanskelige samtalen med den palliative pasienten?

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Kirsten Nordang  
Mai 2021



Anine Holter  
Kaja Langlo Erdal  
Tonje Haustveit Johansson

## **Den vanskelige samtalen**

På hvilken måte kan sykepleiere møte utfordringene som hindrer en i å ta den vanskelige samtalen med den palliative pasienten?

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Kirsten Nordang  
Mai 2021

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



Kunnskap for en bedre verden



## SAMMENDRAG

<b>Tittel:</b>	På hvilken måte kan sykepleiere møte utfordringene som hindrer en i å ta den vanskelige samtalen med den palliative pasienten?	<b>Dato:</b> 21.05.21
<b>Forfattere:</b>	Anine Holter Kaja Langlo Erdal Tonje Haustveit Johansson	
<b>Veileder(e):</b>	Kirsten Nordang	
<b>Stikkord/nøkk elord</b>	Sykepleier, utfordringer, kommunikasjon, den vanskelige samtalen, den palliative pasienten	
<b>Antall sider/ord:</b> 47/10953	<b>Antall vedlegg:</b> 0	
<p><b>Bakgrunn:</b> Kommunikasjon er en grunnleggende ferdighet hos en sykepleier. Blant samtalene en sykepleier skal gjennomføre er noen mer utfordrende enn andre, og dette kan gjøre at man unngår å ta de. Slike samtaler kan for eksempel være med den palliative pasienten om den siste tiden av livet. Det er derfor interessant å se på hvordan en som sykepleier kan møte disse utfordringene.</p> <p><b>Hensikt:</b> Hensikten med denne studien er å finne hvilke utfordringer en sykepleier står overfor i forbindelse med å gjennomføre den vanskelige samtalen med den palliative pasienten. Videre vil studien forsøke å finne tiltak som kan gjøre sykepleieren i stand til å møte disse utfordringene, slik at den vanskelige samtalen blir enklere å gjennomføre.</p> <p><b>Metode:</b> Denne bacheloroppgaven benyttet litteraturstudie som metode. Databasene Ovid Medline, Pubmed og SveMed+ ble brukt for å finne relevante forskningsartikler til valgt problemstilling. Videre ble 5 forskningsartikler og 1 litteraturstudie lest nøye, sammenfattet, drøftet og kritisk vurdert.</p> <p><b>Resultat:</b> Blant utfordringene en sykepleier kan møte som hindrer en i å ta den vanskelige samtalen med den palliative pasienten er mangel på kunnskap og ferdigheter, følelsesmessig håndtering, teamarbeid og tidspress aktuelle. Kommunikasjonsferdighetskurs kan være et mulig tiltak.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Tiltakene en sykepleier kan gjøre selv for å møte utfordringene som hindrer en i å ta den vanskelige samtalen kan blant annet være å opparbeide seg kunnskap i situasjoner en ikke føler seg komfortabel i, forberede seg i forkant av samtaler og ha fokus på å tilpasse seg hver enkelt pasient. Det er dessuten mye som tyder på i våre resultater at det også må gjøres grep slik at utfordringene knyttet til teamarbeid og tidspress kan reduseres.</p>		

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	How can nurses meet the challenges that prevent us from having the difficult conversation with the palliative patient?	<b>Date:</b> 21.05.21
<b>Authors:</b>	Anine Holter Kaja Langlo Erdal Tonje Haustveit Johansson	
<b>Supervisor(s):</b>	Kirsten Nordang	
<b>Keywords</b>	Nurse, challenges, communication, difficult conversation, the palliative patient	
<b>Number of pages/words:</b> 47/10953	<b>Number of appendix:</b> 0	
<p><b><u>Background:</u></b> Communication is a basic skill that a nurse must possess. Among the conversations a nurse has to conduct, some are more challenging than others. This can cause nurses to actively avoid having them. Such conversations can for example be with the palliative patient about the last period of life. Therefore, it is interesting to look at how a nurse can meet these challenges.</p> <p><b><u>Purpose:</u></b> The aim of this study is to research what challenges a nurse faces in conducting the difficult conversation with the palliative patient. Furthermore, the study will try to find measures that can help the nurse to face these challenges, so that the difficult conversation becomes easier to have.</p> <p><b><u>Method:</u></b> This bachelor thesis used literature review as a method. The databases Ovid Medline, Pubmed and SveMed+ were used to find relevant research articles for our research question. Furthermore, 5 Scientific articles and 1 literature review were read thoroughly, summarized, discussed and critically reviewed.</p> <p><b><u>Results:</u></b> Among the prevailing challenges a nurse can face that prevents one from taking the difficult conversation with the palliative patient are: lack of knowledge and skills, emotional handling, teamwork and time pressure prevailing. Communication skill program can be a possible measure.</p> <p><b><u>Conclusion:</u></b> The measures a nurse can take to face the challenges that prevents him/her from taking the difficult conversation can include: gaining knowledge in uncomfortable situations, preparing in advance for conversations and focusing on adapting to each individual patient. There are also many indications in our results that actions has to be taken so that the challenges associated with teamwork and time pressure can be reduced.</p>		

## **Forord**

Denne bacheloroppgaven er blitt skrevet ved NTNU Gjøvik, og markerer avslutningen på en Bachelor i sykepleie. I løpet av disse tre årene har vi tilegnet oss en mengde nye kunnskaper og erfaringer som vi vil ha stort utbytte av i arbeidslivet.

Arbeidet med bacheloroppgaven har både vært lærerikt, spennende og tidkrevende. Vi sitter igjen med ny lærdom knyttet til valgt problemområde, men også til akademisk skriving og samarbeid. Problemområdet har vist seg å være mer omfattende enn vi først antok, men dette har bidratt til at området har blitt enda mer spennende å arbeide med. Vi har fått et nytt syn på både pasient- og sykepleieperspektivet knyttet til den vanskelige samtalen med den palliative pasienten.

Vi vil benytte anledningen til å takke vår veileder, Kirsten Nordang, for god veiledning i denne prosessen. Ettersom temaet er omfattende, hadde vi god nytte av tilbakemeldinger og innspill. Vi vil i tillegg takke venner og bekjente som har tatt seg tid til å lese igjennom oppgaven, for så å komme med forslag til endringer.

NTNU i Gjøvik, 21. mai 2021

Anine Holter, Kaja Langlo Erdal og Tonje Haustveit Johansson

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>7</b>
2.1 KOMMUNIKASJON.....	7
2.2 KOMMUNIKASJON OG SYKEPLEIE .....	7
2.3 KOMMUNIKASJONSFERDIGHETER INNEN SYKEPLEIEN.....	8
2.4 DEN VANSKELIGE SAMTALEN MED DEN PALLIATIVE PASIENTEN.....	9
2.5 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	10
2.5.1 Hensikt.....	10
2.5.2 Problemstilling.....	10
2.5.3 Avgrensninger .....	11
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>12</b>
3.1 KVALITATIV OG KVANTITATIV METODE .....	12
3.1.2 Litteraturstudie.....	13
3.2 SØKESTRATEGIEN.....	13
3.3 INKLUSJONSKRITERIENE .....	14
3.4 SØKEPROSESSEN.....	14
3.5 UTVALGET.....	16
3.6 FORSKNINGSETIKK .....	16
3.7 KILDEKRITIKK.....	17
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>18</b>
4.1 RESULTATER PRESENTERT I TABELL .....	18
4.2 PRESENTASJON AV ARTIKLENES RESULTATER .....	24
4.2.1 Mangel på kunnskap og ferdigheter.....	24
4.2.2 utfordringer knyttet til følelsesmessig håndtering.....	25
4.2.3 utfordringer knyttet til teamarbeid.....	25
4.2.4 utfordringer knyttet til tidspress .....	26
4.2.5 Kommunikasjonsferdighetskurs som tiltak.....	26



<b>5.0 DRØFTING .....</b>	<b>28</b>
5.1 MANGEL PÅ KOMMUNIKASJONSVERKTØY OG RAMMEVERK.....	28
5.2 MANGEL PÅ KOMMUNIKASJONSFERDIGHETER.....	29
5.3 MANGELFULL KUNNSKAP OM DIAGNOSE OG PROGNOSE .....	29
5.4 UTFORDRINGER KNYTTET TIL FØLELSESMESSIG HÅNDTERING.....	30
5.5 UTFORDRINGER KNYTTET TIL TEAMARBEID .....	32
5.6 UTFORDRINGER KNYTTET TIL TIDSPRESS.....	34
5.7 KOMMUNIKASJONSFERDIGHETSKURS SOM TILTAK .....	35
5.8 KILDEKRITIKK .....	37
5.8.1 <i>Kritisk vurdering av valgte artikler</i> .....	37
5.8.2 <i>Kritisk vurdering av annen litteratur</i> .....	39
5.9 INNOVASJON I FAG- OG TJENESTEUTVIKLING .....	39
<b>6.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>41</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>43</b>

## 1.0 Innledning

Før i tiden ble sykepleiere oppfordret til å ta avstand fra pasientene for å unngå personlig stress (Heyn, 2015). Ifølge sykepleieteoretiker Virginia Henderson lå fokuset i sykepleierutdanningen på prosedyrer og behandling av sykdommer. Det fokuset gjorde at hun ikke følte seg i stand til å se pasientene som mennesker med følelser, tanker og behov (Mathisen, 2015). Utfallet av et slikt fokus var et overflatisk pasient-sykepleier-forhold, hvor det somatiske ble tilegnet større viktighet enn det psykiske. I de siste to tiårene har kommunikasjon blitt tillagt mer fokus. Dette har vært nødvendig for å nå målet om å gi helhetlig omsorg. Kommunikasjon er et viktig redskap for å åpne opp for pasientens egne behov og følelser som frykt, angst og utrygghet (Heyn, 2015). God kommunikasjon i et pasient-sykepleier-forhold legger til rette for at det kan bygges et tillitsforhold mellom pasienten og sykepleieren. Det er gjennom en slik relasjon pasientene føler de kan vise mer av sin sårbarhet i en vanskelig sykdomsperiode (Eide og Eide, 2017).

Sykepleiere møter pasienter i ulike livssituasjoner (Kim, 2015), og en stor del av yrkesutøvelsen er å klare og tilpasse seg hvert enkelt individ på deres premisser (Finset, 2016). Alle reagerer ulikt på sykdom og hvert individ har ulike behov. For mange vil sykdom vekke negative tanker og emosjoner (Finset, 2016). Noen har et sterkt behov for samtale, mens andre ikke. En kan komme opp i situasjoner der pasienter selv ytrer et behov for å snakke om noe alvorlig, som for eksempel død, eller hvor du som sykepleier oppfatter at behovet er der. Ikke alle pasienter har nytte av kurativ behandling, de defineres da som palliative (Lorentsen og Grov, 2016). Sykepleieren blir i slike situasjoner en viktig samtalepartner. Å ta disse vanskelige samtalene er vesentlig for utøvelse av god sykepleie. (Heyn, 2015).

Selv om kommunikasjon og pasient-sykepleier-forholdet har et annet fokus i dag, kan det se ut til at det tidligere somatiske fokuset henger igjen til en viss grad. Enkelte kan distansere seg *for mye* fra pasienten, som kan resultere i at den vanskelige og nødvendige samtalen uteblir. For eksempel i situasjoner hvor en pasient uttrykker behov for å prate, kan det somatiske fokuset føre til at sykepleier ikke oppfatter dette. Likeså kan det hende at sykepleier aktivt går inn for å unngå vanskelige samtaler. Evnen til å være en god samtalepartner i alle pasientsituasjoner er ikke alltid like enkelt for sykepleiere. Balansegangen mellom å bry seg nok, men samtidig holde riktig avstand er viktig for å stå i yrket som sykepleier (Heyn, 2015).

## **2.0 Bakgrunn**

### **2.1 Kommunikasjon**

Mennesket kommuniserer hele tiden. «Vi kommuniserer også når vi ikke snakker. Det er umulig å ikke kommunisere» (Eide og Eide, 2017, s. 135). Kommunikasjon er formidling av informasjon gjennom utveksling av tegn og signaler. Formidlingen skjer ved å sende og motta informasjonen både verbalt og nonverbalt, mellom minimum to personer (Eide og Eide, 2017; Heyn, 2015). Verbal kommunikasjon foregår ved bruk av språklige enheter som ord og setninger (Allott, 2019). Den nonverbale kommunikasjonen kommer ofte til uttrykk, både bevisst og ubevisst, gjennom spontane reaksjoner som ansiktsuttrykk, blikkontakt, kroppsholdning og berøring (Eide og Eide, 2017).

Den verbale og nonverbale kommunikasjonen henger tett sammen, og herunder kommer begreper som kongruens og inkongruens inn. Ved kongruens er det verbale og nonverbale i overensstemmelse. Det man formidler i ord gjenspeiles i det nonverbale uttrykket, dette er med på å gjøre det man sier troverdig og tillitsfullt. Ved inkongruens skjer det motsatte. Det er da ikke overensstemmelse mellom det verbale og nonverbale. I slike tilfeller vil det nonverbale uttrykket ha stor gjennomslagskraft. Man kan si med ord at man vil hjelpe, men det nonverbale kan svekke tilliten. Et eksempel kan være at man ser på klokken, samtidig som man sier til mottakeren at man ikke har det travelt (Eide og Eide, 2017).

### **2.2 Kommunikasjon og sykepleie**

Kommunikasjon er en grunnleggende ferdighet hos en sykepleier (Røkenes og Hanssen, 2012; Heyn, 2015). Av yrkesgruppene som arbeider i et helseteam er sykepleierne blant dem som tilbringer mest tid i direkte kontakt med pasienten, ettersom de er tilstede i de fleste pasientsituasjoner gjennom hele døgnet. Pasient-sykepleier-forholdet kan dermed bli tillitspreget og sterkt (Heyn, 2015). I en studie gjort av Hallström og Elander (2001) rangerte pasientene kommunikasjon som en av de viktigste egenskapene hos en sykepleier.

Begrunnelsen var viktigheten av å bli sett, hørt og forstått gjennom sykdomsprosessen.

Hvordan en sykepleier kommuniserer påvirker hvordan man utøver omsorg, arbeider relasjonelt og skaper tillit (Landsem, 2018). Ved god profesjonell kommunikasjon evner en å se den andre som en hel person, med egne verdier, ressurser, ønsker og mål. På den måten blir kommunikasjonen personorientert, hvor det som er viktig for personen kommer frem. En må

da evne å være åpen, tilstede, lytte aktivt og ha kontroll over sitt nonverbale uttrykk. Når en pasient, ubevisst eller bevisst, formidler noe som er viktig, er det avgjørende at sykepleier oppfatter disse øyeblikkene (Eide og Eide, 2017). Å oppfatte slike øyeblikk krever at sykepleier har gode kommunikative ferdigheter, som er fundamentalt i alle samtaler med pasienter (Heyn, 2015).

### **2.3 Kommunikasjonsferdigheter innen sykepleien**

En sykepleier som tilegner seg gode kommunikasjonsferdigheter har muligheten til å ivareta hver enkelt pasient på en helhetlig måte. Gode ferdigheter innenfor kommunikasjon er noe sykepleieren må lære seg og trene på. I motsetning til andre ferdigheter bygger ikke kommunikasjon på en standard prosedyre eller mal, den må tilpasses hvert enkelt pasientmøte (Heyn, 2015). Blant kommunikasjonsferdigheter en sykepleier bør inneha finnes blant annet aktiv lytting, bekreftende ferdigheter som empati og nonverbal kommunikasjon (Eide og Eide, 2017).

En av de mest grunnleggende ferdighetene i personorientert kommunikasjon er aktiv lytting. Dette er en sammensatt ferdighet hvor formålet er å skape god kontakt, innhente nødvendig informasjon, og samtidig vise at man ser, hører og forstår den enkelte. Å lytte aktivt kan gjøres både verbalt og nonverbalt. Noen eksempler kan være å stille åpne spørsmål, samt vise nonverbalt at man er aktivt tilstede ved å opprettholde god blikkontakt, bruke stillhet og aktive pauser i samtalen. En forutsetning for å lytte aktivt er å inneha bekreftende ferdigheter i form av empati (Eide og Eide, 2017). Slike ferdigheter er sentrale i en hjelpende relasjon, fordi det bygger tillit mellom pasient og sykepleier (Heyn, 2015).

Spesielt tre forhold er viktige for å opptre empatisk; å lytte, å forstå og å være anerkjennende. Ved å lytte empatisk må man aktivt konsentrere seg om motpartens personlige opplevelse av en gitt situasjon. Dette kan by på utfordringer. Man må både være konsentrert rundt det som blir sagt, være følelsesmessig nær nok, men samtidig holde riktig avstand. Empatisk forståelse handler om å bli forstått fra sitt perspektiv. Ved at fagpersonen gjenspeiler det en har blitt fortalt, og pasienten får muligheten til å bekrefte eller avkrefte påstanden, kan pasienten bli forstått fra sitt perspektiv. Å anerkjenne vedkommende i en dialog er vesentlig for at man skal føle seg bekreftet, validert og respektert. Uten anerkjennelse kan vedkommende sitte igjen å føle seg skamfull, skyldig eller full av feil (Røkenes og Hanssen, 2012).

## 2.4 Den vanskelige samtalen med den palliative pasienten

Å informere pasienten om temaer som for eksempel diagnose, behandling og prognose er det, i følge Helsepersonelloven (1999), legen som skal gjøre. Med tanke på at alle pasienter har forskjellige behov er det viktig å være bevisst på pasienten ikke *plikter* å motta informasjonen, men at de har en *rett* på å få denne informasjonen dersom de ønsker. Informasjonen som gis må derfor ta utgangspunkt i situasjonen pasienten befinner seg i, og hva pasienten selv ønsker å vite. I en situasjon pasienten får formidlet en dårlig nyhet av legen, er det sykepleierens ansvar å gå inn i den vanskelige samtalen og møte pasientens reaksjoner (Reitan, 2004).

De yrkesetiske retningslinjene understreker sykepleierens ansvar for å imøtekomme pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). I rollen som sykepleier må man ha kompetanse til å gi god behandling og pleie i utfordrende livssituasjoner (Kim, 2015). Å bli alvorlig syk kan medføre at man trenger hjelp som er omfattende og langvarig (Grov, 2015). I noen tilfeller har ikke pasienten nytte av helbredende behandling, og sykepleiers mål blir dermed rettet mot livsforlengelse og symptomlindring. Pasienten blir da sett på som palliativ (Lorentsen og Grov, 2016). Palliasjon defineres som “den totale aktive omsorg for pasienter der sykdom ikke responderer på kurativ behandling. Målet med den palliative behandlingen er å oppnå den høyest mulige livskvalitet for pasienten og dennes familie” (Dahl, 2002, s. 150). Blant pasientgruppene som får tilbud om palliativ behandling, utgjør kreftpasienter den største gruppen (NOU 2017: 16).

Hvordan man reagerer på sykdom og død kan utarte seg forskjellig hos hvert enkelt individ. Enkelte takler også denne delen av livet og lever tilnærmet normalt som før, noen kan føle seg overveldet av sykdommen, mens andre kan være i en fase hvor de benekter sin prognose. Man kan kjenne på både fysiske symptomer som smerte og utmattelse, men også psykiske symptomer som indre uro, frykt, engstelse, tristhet og sorg (Finset, 2016). På bakgrunn av at alle pasienter reagerer ulikt er det viktig at sykepleier tilpasser seg hvert enkelt individ og deres situasjon. Denne tilpasningen krever kunnskap og kompetanse (Heyn, 2015).

At pasienter ikke vil snakke om døden er en myte blant helsepersonell. Det er godt dokumentert at døden er noe av det første mange pasienter tenker på når de blir konfrontert med en kreftdiagnose (Kaasa og Loge, 2016). Noen ønsker døden velkommen, mens andre møter den med angst og uro. Noen ser på døden som en befrielse fra smerter og plager, mens

andre er redde for hvordan livets slutt vil arte seg. Noen er åpne for å ha samtaler, mens andre lukker seg helt (Schmidt, 2009).

Når pasienter har behov for å prate om vanskelige temaer, i dette tilfellet døden, er det ofte en sykepleier som er tilstede i disse samtalene (Schmidt, 2009). Det er ikke alle temaer som er like enkle å snakke om, verken for pasient eller helsepersonell. Mange sykepleiere unngår aktivt å ta del i samtaler om vanskelige temaer, men det er pasientens behov for samtale som har høyeste prioritet (Heyn, 2015). Sykepleieren må respektere og akseptere disse behovene (Schmidt, 2009). Vi skal verken unngå vanskelige temaer (Heyn, 2015), eller presse frem samtale om disse temaene (Schmidt, 2009).

Det er viktig at helsepersonell tilegner seg kunnskap om hvordan man skal prate om temaer man ikke føler seg komfortabel med. Om sykepleier føler på utfordringer for å ta del i slike temaer, er det viktig å oppsøke kompetanse og læring. Som sykepleier er det fundamentalt å være bevisst på sine styrker og svakheter for å kunne utføre god yrkesutøvelse (Schmidt, 2009). Joyce Travelbee påpeker at ferdigheter innen kommunikasjon kan læres gjennom en strukturert tilnærming, dersom sykepleieren bruker seg selv og sine kunnskaper aktivt (Reitan, 2004).

## **2.5 Hensikt og problemstilling**

### ***2.5.1 Hensikt***

Hensikten med denne studien er å finne hvilke utfordringer sykepleiere står ovenfor i forbindelse med å gjennomføre den vanskelige samtalen med den palliative pasienten. Videre vil studien forsøke å finne tiltak som kan gjøre sykepleieren i stand til å møte disse utfordringene, slik at den vanskelige samtalen blir enklere å gjennomføre.

### ***2.5.2 Problemstilling***

*På hvilken måte kan sykepleiere møte utfordringene som hindrer en i å ta den vanskelige samtalen med den palliative pasienten?*

### ***2.5.3 Avgrensninger***

Studien vil fokusere på utfordringene sykepleiere møter, knyttet til den vanskelige samtalen, med den palliative pasienten innlagt i somatisk sykehus. Pårørendes behov og bekymringer rundt den palliative fasen er viktig, men denne studien vil ta for seg pasient-sykepleierforholdet. Ytterligere avgrensning er gjort til voksne mellom 18-65 år. Dermed utelukkes pediatriske og geriatrike pasienter.

### 3.0 Metode

For å belyse en problemstilling benyttes en systematisk fremgangsmåte for å samle informasjon og kunnskap om det valgte problemområdet. Dette kalles metode. Hvilken metode som er hensiktsmessig kommer an på hvordan problemstillingen er formulert (Thidemann, 2015).

#### 3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Helt overordnet deles utvalget av forskningsmetoder i to; kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ metode er den forstående metodetilnærmingen hvor formålet er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, og kjennetegnes ved å gi dybdekunnskap. Slik kunnskap kommer frem i form av meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Datainnsamlingen foregår enten som intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse. Studiene har få deltagere, men gir mange opplysninger (Thidemann, 2015).

Kvantitativ metode er den forklarende metodetilnærmingen, og kjennetegnes ved å gi breddekunnskap. Gjennom målbare enheter, som tall, gis det objektive data. Tallene kan benyttes til statistiske beregninger som ofte presenteres i tabeller. Dataene samles inn ved hjelp av spørreskjema med faste svaralternativer, systematisk og strukturert observasjon eller eksperimenter. Antall deltagere i slike studier er ofte mange, men man får et lite antall opplysninger (Thidemann, 2015).

Statistisk signifikans er et begrep som blir brukt om resultater fra en analyse av kvantitativ forskning. Statistisk signifikans måler i hvilken grad resultatene påvirkes av tilfeldigheter. Når resultatene viser statistisk signifikans anses resultatene som reliable og representative for senere forskning. Reliable resultater betyr at feil eller tilfeldigheter ikke har påvirket resultatene, og at gjentatte forsøk vil gi samme resultat. Statistisk signifikans fremstilles som en *p-verdi*. Ved statistisk signifikans på .001 tilsier det at kun 1 av 1000 forsøk vil gi falske resultater ( $p < .001$ ). Alle de andre 999 forsøkene vil være reliable (Polit og Beck, 2017).



### 3.1.2 Litteraturstudie

For å belyse problemstillingen blir det benyttet en kvalitativ metodetilnærming. Slik det er beskrevet finnes det flere ulike former for kvalitativ metode, men denne studien gjennomfører en litteraturstudie. En litteraturstudie benytter allerede skriftlige kilder til å systematisere kunnskapen. Det gjennomføres ved å først finne forskning, deretter gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte resultatene. Hensikten med en litteraturstudie er at leseren skal sitte igjen med god og oppdatert forståelse av kunnskapen problemstillingen ber om, i tillegg til hvordan kunnskapen er blitt funnet (Thidemann, 2015).

### 3.2 Søkestrategien

I arbeidet med å komme frem til en problemstilling er det nyttig å benytte et PICO-skjema. Et slikt skjema systematiserer og tydeliggjør det man ønsker å studere, og gjør det enklere å komme frem til aktuelle søkeord. I tabellen under vises PICO-skjemaet brukt i oppgaven. Emneordsystemet MeSH ble brukt for å finne gode søkeord, samt få kontroll over søkene. MeSH er et emneordsystem som blir benyttet i databasene Ovid Medline, PubMed og SveMed+ (Thidemann, 2015).

#### 3.2.1 PICO-skjema

	<b>Population/problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison</b>	<b>Outcome</b>
	Sykepleier Den palliative pasienten Den vanskelige samtalen Utfordringer	(ukjent)		Møte utfordringene
<b>Søkeord</b>	Nurse/ Nurses Terminally ill End of life Difficult conversation Barriers			Improving

Tabell 1: Pico-skjema

### 3.3 Inklusjonskriteriene

Tabellen under viser inklusjonskriteriene benyttet i søkene. Inklusjonskriterier gjør søkene er mer hensiktsmessig ved å avgrense mengden litteratur. Kriteriene vil også være med på å tydeliggjøre litteratursøket (Thidemann, 2015). I begynnelsen av søkeprosessen var “siste fem år” en valgt inklusjonskriterier. Videre i prosessen ble det åpnet opp for å inkludere eldre artikler, fordi forskning innen kommunikasjon fra flere år tilbake, fremdeles er relevant.

Inklusjonskriteriene:
Fagfellevurdert
Vitenskapelig nivå 1 eller 2
Sykepleiefaglig relevans
IMRAD-struktur
Artikkel tilgjengelig i fulltekst
Artikler publisert på engelsk

Tabell 2: Inklusjonskriteriene

### 3.4 Søkeprosessen

Databasene PubMed, Ovid Medline og SveMed+ ble benyttet for å finne relevante og sykepleiefaglige forskningsartikler. SveMed+ ble brukt for å finne skandinaviske forskningsartikler som passet problemstillingen. Søk i databasen Cinahl ble også gjort, men ingen funn ble benyttet. Årsaken var at relevante studier allerede var blitt funnet i ovennevnte databaser, og inkludert i utvalget. Alle de nevnte databasene er sentrale for helsefaglig forskning (Thidemann, 2015). Søkehistorikken fremstilles i en tabell på neste side.

Søkeord	Art. nr.	Database	Avgrensninger	Kombinasjoner	Antall treff	Antall art. inkludert
1. Difficult conversation	Art. 1	PubMed	Siste 5 år og nursing journals	1 and 2	41	1 (22.03.21)
2. Nurses	Art. 2	PubMed	Siste 5 år	2 and 4 and 6 and 7	27	1 (07.04.21)
3. Communication						
4. Communication skills	Art. 3 og 4	Ovid medline	Siste 5 år	2 and 3 and 6	37	2 (08.04.21)
5. Communication/ OR Communication skills						
6. End of life	Art. 5	PubMed	Ingen begrensninger	2 and 5 and 8 and 9	3	1 (07.04.21)
7. Barriers						
8. Improving						
9. Empathy	Art. 6	SveMed+	Artikkel	10 and 11	40	1 (15.04.21)
10. Kommunikasjon						
11. Sykepleier						

Tabell 3: Søkehistorikken

For å finne frem til valgte artikler ble alle titlene på artiklene lest systematisk, med inklusjonskriteriene i bakhånd (Thidemann, 2015). Dersom artiklene ble oppfattet som relevante i henhold til problemstillingen, ble sammendraget lest. I de tilfellene sammendraget virket relevant, ble hele artikkelen lest før den enten ble inkludert eller ekskludert. De inkluderte artiklenes resultater ble grundig gjennomgått og relevante resultater for problemstillingen ble trukket ut og sammenfattet. Slik ble ingen relevante resultater ekskludert. I arbeidet med å sammenfatte resultatene har det vært viktig å være nøye med å gjengi resultatene korrekt, slik at budskapet blir det samme som i artiklene. På den måten har en fordreid tolkning av resultatene blitt unngått. I kapittel 4 vil resultatene først bli presentert i en tabell og deretter sammenfattet i form av tekst.

Alle inkluderte artikler i litteraturstudien omhandler kreftpasienter og kreftsykepleiere, til tross for at søkeord som “cancer/kreft” eller “cancer- patients” ikke ble benyttet. Artiklene ble likevel valgt på grunn av at kommunikasjon og vanskelige samtaler er sentralt innenfor kreftomsorgen. De vanskelige samtalene med kreftpasienter kan også være overførbare til palliative pasienter.

### 3.5 Utvalget

Under søkeprosessen ble totalt 6 artikler inkludert. Artikkelen nr. 4 ble funnet ved hjelp av et ustrukturert søk i referanselisten til artikkelen nr. 3. Nedenfor presenteres utvalget i denne litteraturstudien, og artikkelnummer samsvarer med søkehistorikken.

Artikkelnummer	Artikkelnavn
1	Kerr, D. <i>et al.</i> (2019) Challenges for nurses when communicating with people who have life-limiting illness and their families: a focus group study.
2	Travers, A. og Taylor, V. (2016) What are the barriers to initiating end-of-life conversations with patients in the last year of life?
3	Banerjee, S. C. <i>et al.</i> (2017) The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses.
4	Banerjee, S. C. <i>et al.</i> (2016) Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study.
5	Pehrson, C. <i>et al.</i> (2016) Responding empathically to patients: Development, implementation and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses.
6	Rylander, A. <i>et al.</i> (2018) Significant aspects of nursing within the process of end-of-life communication in an oncological context.

Tabell 4: Utvalget

### 3.6 Forskningsetikk

I litteraturstudien har det vært fokus på å velge artikler av god kvalitet. Innholdet i studiene har derfor blitt nøye gjennomgått for å unngå feilaktig gjengivelse av resultatene. Videre har etiske overveielser blitt tatt høyde for, slik at forskning uten etisk godkjenning ble ekskludert. Forskningsetikk bygger på etiske prinsipper som har blitt utviklet for å sørge for at forskere holder seg innenfor lovlige, profesjonelle og sosiale retningslinjer. Prinsippene skal sørge for at menneskerettigheter, slik som retten til privatliv, anonymitet og selvbestemmelse, ivaretas. Videre vil etiske prinsipper sørge for at forskningen holder høy standard og troverdighet (Polit og Beck, 2017). Dette underbygges i Helseforskningsloven (2008) §1 hvor formålet er «å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning». Alle artiklene i denne studien er sjekket for etiske overveielser, fordi de benytter mennesker i sin forskning.

### 3.7 Kildekritikk

Kildekritikk brukes for å identifisere kvaliteten, samt styrker og svakheter ved en studie. Å være kritisk til studier er med på å avgjøre om konklusjonene studien kommer frem til er reliable. Gjennom aktiv bruk av kildekritikk vil en komme frem til en avgjørelse om hvor stor vekt studien har blitt tillagt, eller om svakheten gjør at den burde bli ekskludert fra litteraturstudien (Aveyard, 2019).

Tidsskriftene de inkluderte artiklene er publisert i, er vurdert av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD, 2021). De er alle målt til å være på et høyt vitenskapelig nivå (nivå 1 eller 2) ifølge NSD. For videre kildekritikk ble sjekklister fra helsebiblioteket brukt (Helsebiblioteket, u.å.).

Fagfellevurdering vil si at en forsker vurderer og kritiserer en forskningsrapport gjort av andre forskere. Forskeren kommer deretter med en mening til gjeldende tidsskrift om studien er egnet til publisering eller ikke. I de fleste sykepleietidsskrifter som publiserer forskningsartikler er fagfellevurderinger gjort av en eller to eksperter på det gjeldende området (Polit og Beck, 2017).

## 4.0 Resultater

Etter en nøye gjennomgang av relevante forskningsartikler endte forfatterne opp med 6 artikler. Nedenfor blir de presentert i tabeller hvor hovedinnholdet legges frem. De presenteres deretter mer grundig i eget underkapittel.

### 4.1 Resultater presentert i tabell

Tabell 5: Challenges for nurses when communicating with people who have life-limiting illness and their families: a focus group study.

Art. nr.	Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
1	Kerr, D. <i>et al.</i> (2019) Challenges for nurses when communicating with people who have life-limiting illness and their families: a focus group study, <i>National Library of Medicine</i> , 29, s. 416-428. doi: 10.1111/jocn.15099	Hensikten var å svare på følgende spørsmål: Hvilke utfordringer synes sykepleiere er vanskelige i kommunikasjon med pasienter med en livsbegrensende sykdom?	<i>Metode:</i> Kvalitativ metode. <i>Sted:</i> Helseinstitusjon i Victoria, Australia. <i>Deltakere:</i> 39 sykepleiere fra to akuttavdelinger og en palliativ avdeling	Resultatene viste at sykepleiere følte seg trygge på noen grunnleggende kommunikasjonsferdigheter, slik som lytting og empati, men følte seg usikre på flere andre grunnleggende kommunikasjonsferdigheter og samtalestrukturer. Lite tid og mangel på oppdatert informasjon om pasientens status og mål for behandlingen var hindringer for effektiv kommunikasjon. Mange var også usikre på hvor dype samtaler de er forventet å ha med pasientene.	<i>Styrker:</i> - Stor deltakelse ift. studiens design. - Fokusgruppeintervju - Jevnt fordelt i aldersgrupper - Ulike avdelinger  <i>Svakheter:</i> - Flertall av kvinner - Flere ekskluderte avdelinger

Tabell 6: What are the barriers to initiating end-of-life conversations with patients in the last year of life?

Art. nr.	Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
2	<p>Travers, A. og Taylor, V. (2016) What are the barriers to initiating end-of-life conversations with patients in the last year of life? <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 22(9). s. 454-462. doi: 10.12968/ijpn.2016.22.9.454</p>	<p>Hensikten var å finne ut hva sykepleiere ser på som barrierer for å ta initiativ til å starte samtaler om livets slutt.</p>	<p><i>Metode:</i> Litteraturstudie  <i>Sted:</i> USA, England, Sverige, Singapore og Canada  <i>Deltakere:</i> 12 artikler ble inkludert, totalt 372 sykepleiere</p>	<p>Forskerne identifiserte flere barrierer, som de delte inn i tre hovedkategorier: kunnskap, holdninger og atferd. For en optimal bedring av kommunikasjonsferdighetene må det skje endringer både på ledelsesnivå, innenfor teamet og hos sykepleier selv.</p>	<p><i>Styrker:</i>                      - Litteraturstudie                      - 1267 studier ble funnet og gjennomgått</p> <p><i>Svakheter:</i>                      - Inkluderer flere forskjellige yrkesgrupper innen helsevesenet</p>

Tabell 7: The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses.

Art. nr.	Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
3	Banerjee, S.C. <i>et al.</i> (2017) The implementation and evaluation of a communication skills training program for oncology nurses, <i>Translational Behavioral Medicine</i> , 7(3), s. 615-623. doi: 10.1007 / s13142-017-0473-5	Hensikten var å forbedre kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient gjennom et ferdighetskurs. Kurset fokuserte på det å svare empatisk til pasienter, tørre å diskutere døden og den siste tiden av livet.	<i>Metode:</i> Kvantitativ forskningsdesign <i>Sted:</i> Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA. <i>Deltakere:</i> 342 kreftsykepleiere <i>Gjennomføring:</i> Ferdighetskurs bestående av en teoridel og et rollespill. Deltakerne svarte på et evalueringsskjema etter gjennomført kurs, i tillegg til et selvrapporteringsskjema.	Ut ifra resultatene kom forskerne frem til at ferdighetskurset var vellykket og gjennomførbart. Evalueringen av kurset viste at sykepleierne fikk en økt følelse av mestring og økte ferdigheter i å vise empati i samtaler med pasienter.	<i>Styrker:</i> - Mange deltakere - Spørreskjema i forkant av kurset for å finne områder sykepleierne trengte å trene på - Inkluderer flere forskjellige avdelinger  <i>Svakheter:</i> - Selvrapportert effekt



Tabell 8: Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study.

Art. nr.	Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
4	Banerjee, S. C. <i>et al.</i> (2016) Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study, <i>Nurse Education in Practice</i> , 16(1), s. 193-201. doi: 10.1016/j.nepr.2015.07.007.	Hensikten var å presentere ulike former for kommunikasjonsutfordringer som kreftsykepleiere kjente på, med spesielt fokus på empati og spørsmål om livets slutt, samt behovet for et kommunikasjonskurs.	<i>Metode:</i> Kvalitativt design, med bruk av både kvalitative og kvantitative spørsmål <i>Sted:</i> Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA <i>Deltakere:</i> 121 kreftsykepleiere <i>Gjennomføring:</i> Spørreundersøkelse hvor deltakerne rangerte på en skala fra 1-5 sin selvtilit ift. å kommunisere empatisk med pasientene. Det ble i tillegg spurt to åpne spørsmål om utfordringer ved disse samtalene.	Ut ifra studiens resultater viste at et ferdighetskurs i kommunikasjon kan være nødvendig for å sikre ivaretagelse av pasienten, og gi pasientsentrert omsorg.	<i>Styrker:</i> - 121 sykepleiere - To åpne spørsmål  <i>Svakheter:</i> - Burde benyttet dybdeintervjuer for mer utfyllende svar

Tabell 9: Responding empathically to patients: Development, implementation and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses.

Art. nr	Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
5	Pehrson, C. <i>et al.</i> (2016) Responding empathically to patients: Development, implementation and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses. <i>Patient Education and Counseling</i> , 99. s. 610-616. doi: 10.1016/j.pec.2015.11.021	Hensikten var å rapportere om utvikling, implementering og evaluering av et ferdighetskurs i kommunikasjon for kreftsykepleiere. Kurset handlet om hvordan svare empatisk til pasientene.	<i>Metode:</i> Kvantitativ studie <i>Sted:</i> Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, USA <i>Deltakere:</i> 248 kreftsykepleiere <i>Gjennomføring:</i> Kommunikasjonsferdighetskurs bestående av en teoridel og rollespill i grupper.	Deltakerne mente at ferdighetene deres i å svare empatisk økte. 88,2% av sykepleierne som deltok følte seg trygge på å bruke det de lærte på ferdighetskurset i etterkant. Studien så at sykepleierne hadde økte empatiske ferdigheter også etter 6 måneder. Dermed var de enig i at ferdighetskurset, om å svare empatisk til pasienter, ville fungere i praksis.	<i>Styrker:</i> - Stor deltakelse - Inkluderer flere forskjellige avdelinger - Spesialiserte trenere  <i>Svakheter:</i> - Flertall av kvinner

Tabell 10: Significant aspects of nursing within the process of end-of-life communication in an oncological context.

Art. nr.	Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
6	<p>Rylander, A. <i>et al.</i> (2018)            Significant aspects of nursing within the process of end-of-life communication in an oncological context. <i>Nordic nursing research</i>, 39(2). s. 85-91. doi:            10.1177/2057158518802564</p>	<p>Hensikten var å beskrive viktige aspekter ved sykepleierens kommunikasjon med pasienter om livets slutt. På den måten få forståelse for sykepleierens erfaringer, ansvar og muligheter i denne sammenhengen.</p>	<p><i>Metode:</i> Kvalitativt design  <i>Sted:</i> Universitetssykehus i Sverige  <i>Deltakere:</i> 10 sykepleiere fra en kreftavdeling  <i>Gjennomføring:</i> Dybdeintervju</p>	<p>Resultatene viste til viktigheten av at alle som er involvert i pasienten har en åpen dialog. Kommunikasjon om livets slutt må ses på som en grunnleggende handling innen kreftsykepleie og bør foregå under hele sykdomsprosessen. Studien påpekte også at sykepleieren har en vesentlig rolle i fasen før, under og etter kommunikasjon med pasienter om livets slutt.</p>	<p><i>Styrker:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dybdeintervjuer</li> <li>- 3 mnd til 27 års erfaring som sykepleier i kreftomsorgen. Gir troverdige resultater da de er generaliserbare til erfarne og uerfarne sykepleiere</li> </ul> <p><i>Svakheter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deltakerne fra samme avdeling</li> </ul>

## 4.2 Presentasjon av artiklenes resultater

Nedenfor presenteres resultatene mer grundig. utfordringene knyttet til den vanskelige samtalen, som presenteres i de ulike artiklenes resultater, vil overordnet deles inn i mangel på kunnskap og ferdigheter, utfordringer knyttet til følelsesmessig håndtering, utfordringer knyttet til teamarbeid og tidspress. Det vil også presenteres resultater som peker på tiltak som kan iverksettes for at sykepleiere skal kunne møte utfordringene knyttet til den vanskelige samtalen med palliative pasienter.

### 4.2.1 Mangel på kunnskap og ferdigheter

Studien til Kerr *et al.* (2019) viste at sykepleierne følte seg ukvalifiserte til å ha vanskelige samtaler med pasienter med livsbegrensende sykdommer. Det handlet om at sykepleierne savnet å ha et kommunikasjonsverktøy eller rammeverk for å svare på de vanskelige spørsmålene og til å samle inn informasjon fra pasientene. Det førte til en redsel for å måtte improvisere under samtalene. Resultatene tydet også på at sykepleierne følte seg ukjente med mange grunnleggende kommunikasjonsferdigheter. Sykepleierne kunne ikke huske å ha mottatt noe undervisning i kommunikasjonsferdigheter i utdanningen, og få deltakere kunne huske å ha fått noe kommunikasjonstrening i etterkant.

Banerjee *et al.* (2016) fant, i likhet med Kerr *et al.* (2019), at sykepleierne følte en mangel på ferdigheter i å gjennomføre de vanskelige samtalene. Disse manglende ferdighetene var knyttet til evnen til å være empatisk, herunder utfordringer med å vite hva de skulle si, bruke de riktige ordene, og å se den enkelte pasient sine behov. Både sykepleierne i studien til Kerr *et al.* (2019) og Banerjee *et al.* (2016) følte de hadde for lite kunnskap om pasientens diagnose og prognose, slik at det ble ukomfortabelt å starte samtaler om disse temaene.

I studien til Rylander *et al.* (2018) fant de at forberedelse i forkant av den vanskelige samtalen var viktig. Det ville si å ha innhentet informasjon om helsetilstanden til pasienten. Sykepleierne beskrev at når den første vanskelige samtalen var gjennomført, var terskelen for å ta opp andre vanskelige temaer lettere, både for pasienten og sykepleieren.

#### **4.2.2 utfordringer knyttet til følelsesmessig håndtering**

Studien til Kerr *et al.* (2019) fant at sykepleierne følte det var følelsesmessig utfordrende å kommunisere om vanskelige temaer dersom pasienten ble sint og frustrert under samtalen, eller benektet sin prognose. Sykepleierne følte også på usikkerhet i de situasjonene de ikke visste om pasienten var inneforstått med tilstanden, eller tok avstand fra alvorlighetsgraden.

Studien til Travers og Taylor (2016) fant at personlige egenskaper hos sykepleierne påvirket hvordan samtalen omkring døden ble gjennomført. For eksempel hvis sykepleierne var ukomfortable med døden. I alle studiene til Travers og Taylor (2016) uttrykte sykepleierne mangel på selvtillit i kommunikasjonsprosessen.

Resultatene til Banerjee *et al.* (2016) viste at sykepleierne syntes det var utfordrende å være støttende og empatisk, og samtidig ikke bli *for* følelsesmessig involvert i pasientens situasjon. Sykepleierne opplevde det også som utfordrende å kommunisere med pasienten dersom de visste noe om pasientens tilstand, som pasienten ikke hadde fått vite fra legen enda.

#### **4.2.3 utfordringer knyttet til teamarbeid**

Ifølge studien til Kerr *et al.* (2019) syntes sykepleierne det var utfordrende å starte de vanskelige samtalen på grunn av usikkerheten rundt hva pasienten allerede hadde fått vite fra annet helsepersonell om helsetilstanden. Sykepleierne poengterte viktigheten av god verbal rapportering mellom teammedlemmene for å være mer forberedt i møte med pasienten.

Studien til Travers og Taylor (2016) så, i likhet med Kerr *et al.* (2019), at mangel på informasjon om hva som var blitt diskutert med pasienten tidligere, var en gjennomgående utfordring med å utføre de vanskelige samtalen. Dette gikk blant annet på mangelfull dokumentering mellom helsepersonellet. Banerjee *et al.* (2016) og Rylander *et al.* (2018) fant, i likhet med studiene over, at usikkerheten rundt hva og hvor mye som var blitt fortalt til pasienten fra annet helsepersonell skapte utfordringer med den vanskelige samtalen. De pekte spesifikt på legen som informasjonsgiver og ikke helsepersonell generelt.

Resultatene til Rylander *et al.* (2018) underbygger viktigheten av et godt samarbeid med legen under den vanskelige samtalen. Sykepleierne i studien så på det som avgjørende å ta del

i samtalen for å få den samme informasjonen som pasienten. Ved å ta del i samtalen mottok sykepleierne mye mer informasjon om pasienten enn det de kunne lese i pasientens journal. Det gjorde blant annet at de kunne være trygge og avslappet i samtalen. Travers og Taylor (2016) fant også ut at godt samarbeid mellom lege og sykepleier var nødvendig, samt at dårlig samarbeid innad i teamet var en utfordring. Herunder utilstrekkelig kommunikasjon og dokumentasjon seg imellom. Travers og Taylor (2016) fant videre ut at lederstøtte var viktig for å kunne gi helhetlig sykepleie, der spesielt kommunikasjon blir poengtert.

#### **4.2.4 utfordringer knyttet til tidspress**

Både studien til Kerr *et al.* (2019) og Travers og Taylor (2016) fant at tidspress var en grunn til at gjennomføringen av de vanskelige samtalene blir nedprioritert. Kerr *et al.* (2019) poengterte at sykepleiernes mulighet til å ha meningsfulle samtaler ble redusert på grunn av mange praktiske oppgaver som måtte fullføres, samt stadige avbrytelser i avdelingen.

Banerjee *et al.* (2016) så i sin studie at mangel på tid var en utfordring sykepleierne beskrev som vanskelig for å være empatisk i samtalene. Årsaken var at de ikke hadde tid til å høre på pasientens bekymringer og følelser. I tillegg kunne tidspresset medføre at sykepleierne måtte prioritere å behandle pasientens kliniske symptomer i stedet for å ha empatiske samtaler.

#### **4.2.5 Kommunikasjonsferdighetskurs som tiltak**

Studien til Banerjee *et al.* (2017) evaluerer et ferdighetskurs i kommunikasjon. Mer enn 80% av sykepleierne vurderte kurs som svært nyttig for læring av kommunikasjonsferdigheter. Generell egenmestring, empatiske ferdigheter, mestring i å snakke om døden og slutten av livet hadde en signifikant forbedring etter endt kurs ( $p < .001$ ). Empatiske ferdigheter hadde størst økning ( $p < .001$ ).

I likhet med studien over gjennomførte Pehrson *et al.* (2016) et ferdighetskurs i kommunikasjon for å forbedre sykepleiernes evne til å ha vanskelige samtaler. Deltakerne i studien evaluerte kurset og mellom 96,7-98% av deltakerne var svært fornøyde. Egenmestringen og ferdighetene i å kommunisere empatisk økte signifikant ( $p < .001$ ). Studien så at sykepleierne hadde økte empatiske ferdigheter også etter 6 måneder. Både Banerjee *et al.* (2017) og Pehrson *et al.* (2016) benyttet demonstrasjonsvideoer med erfarne sykepleiere i sitt kurs.

Kerr *et al.* (2019) ser på funnene i sin studie som nyttige for å støtte fremtidig utvikling av ferdighetskurs, for å bedre kommunikasjonsferdigheter hos sykepleiere. Deltakerne i studien synes det var hensiktsmessig å observere kollegaer for å lære hvordan man kan kommunisere mer effektivt med pasientene.

I studien til Banerjee *et al.* (2016) påpekes betydningen av at sykepleiere deltar i ferdighetskurs for å bli bedre på å kommunisere empatisk. I tillegg så de nødvendigheten av at sykepleiere må øve på å bruke kommunikasjonsferdigheter i vanskelige og utfordrende samtaler, for eksempel i møte med sinte og frustrerte pasienter.

Travers og Taylor (2016) kom frem til at en gjennomgående utfordring blant sykepleierne var mangel på utdanning og trening i å ta initiativ til samtaler rundt temaene prognose og planlegging av palliativ behandling. I tillegg ble mangel på selvtillit blant sykepleierne i kommunikasjonsprosessen sett på som en faktor som indikerer at kurs i kommunikasjonsferdigheter er sårt trengt.

## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil relevante resultater fra de inkluderte artiklene og aktuell faglitteratur drøftes opp mot problemstillingen. Gjennom drøftingen vil utfordringene som hindrer en i å ta den vanskelige samtalen synliggjøres, og videre vil drøftingen peke på hvordan sykepleiere kan møte disse utfordringene gjennom aktuelle tiltak.

### 5.1 Mangel på kommunikasjonsverktøy og rammeverk

Kommunikasjon er en grunnleggende ferdighet hos en sykepleier (Røkenes og Hanssen, 2012; Heyn, 2015), fordi sykepleieren er den som tilbringer mest tid i direkte kontakt med pasienten (Heyn, 2015). Likevel har studiene til Kerr *et al.* (2019) og Banerjee *et al.* (2016) forskning som tyder på at sykepleiere føler de har manglende ferdigheter innen kommunikasjon. De manglende ferdighetene er rettet mot den vanskelige samtalen rundt livets slutt. Funnene til Kerr *et al.* (2019) viste at sykepleierne som deltok i studien følte seg ukvalifiserte til å ta den vanskelige samtalen med pasienter med livsbegrensende sykdommer og uttrykte en redsel for å måtte improvisere under samtalen. Sykepleierne ytret derfor et ønske om å få et kommunikasjonsverktøy eller rammeverk de kunne støtte seg til. Heyn (2015) påpeker at kommunikasjon ikke bygger på en standard prosedyre eller mal, i motsetning til andre typer ferdigheter. Kommunikasjonen må derfor tilpasses hvert enkelt pasientmøte (Heyn, 2015).

Reitan (2004) hevder derimot at å utarbeide retningslinjer for hvordan man kan gå frem i forbindelse med den vanskelige samtalen, kan være til god hjelp. Det understrekes at å ha en plan for samtalen ikke er ensbetydende med å styre samtalen i en bestemt retning. Det kan derimot fungere som et veiledende verktøy som påser at pasienten får informasjonen den trenger, og muligheten til å formidle sine reaksjoner (Reitan, 2004). Det kan tenkes at en plan kan redusere redselen for å måtte improvisere, men det er vanskelig å si helt sikkert fordi de inkluderte studiene ikke har forsket på effekten av å ha et slikt kommunikasjonsverktøy. Likevel kan en anta at å ha en plan for samtalen gjør at sykepleieren får noe å støtte seg på. Reitan (2004) påpeker nemlig at ved å trene på å benytte seg av et kommunikasjonsverktøy kan det føre til at sykepleieren føler seg mer kapabel og forberedt til å ta den vanskelige samtalen. Det er likevel grunn til å tro at en slik plan kan bli *for* styrende for enkelte, noe som kan antas å hemme samtalen. Evnen til å bruke planen på en måte som unngår at den blir for styrende er derfor essensielt.



## **5.2 Mangel på kommunikasjonsferdigheter**

Funnene til Kerr *et al.* (2019) tydet på at sykepleierne i studien var ukjente med mange grunnleggende kommunikasjonsferdigheter. I studien til Banerjee *et al.* (2016) fant de mer spesifikt at empati var en enkeltferdighet sykepleierne hadde utfordringer med å benytte i kommunikasjon, herunder utfordringer med å vite hva de skulle si, bruke de riktige ordene, og se den enkelte pasientens behov. Å være empatisk er en sentral ferdighet i en hjelpende relasjon (Heyn, 2015). Det er nemlig slik at dersom man innehar empatiske ferdigheter gjør man pasienten om til hovedpersonen og deres behov kommer foran sykepleierens.

Sykepleieren trer da inn i en profesjonell rolle hvor hensikten ikke er å fortelle om tilsvarende opplevelser og gi forslag til løsninger (Heyn, 2015), men heller fremstå lyttende, forstående og anerkjennende (Røkenes og Hanssen, 2012). Det er nemlig slik at pasientene som oftest ikke er ute etter en løsning, men har behov for å sette ord på følelsene sine og at vi bekrefter dem (Heyn, 2015).

En antagelse kan være at dersom sykepleierne i studien hadde hatt høyere grad av empatiske ferdigheter og bedre forståelse av hva pasientene har behov for i en samtale, ville de ikke følt på overnevnte utfordringer i like stor grad. Sykepleierne ville da muligens ha visst at pasientene ikke alltid forventer et svar, til tross for at sykepleieren ofte føler det er det som forventes. I tillegg kan det tenkes at dersom sykepleieren hadde vært mer lyttende, istedenfor å ha fokus på sine egne utfordringer i samtalen, hadde sykepleieren visst mer om pasientens behov.

Det kan tenkes at ved mer undervisning om grunnleggende kommunikasjonsferdigheter i utdanningen, ville forståelsen rundt empati og andre kommunikasjonsferdigheter vært større. Ifølge studien til Kerr *et al.* (2019) kunne nemlig ikke sykepleierne huske å ha hatt undervisning om kommunikasjonsferdigheter i utdanningen, og heller ikke i etterkant. Det tyder på at det i aller høyeste grad er et behov for mer fokus på kommunikasjonsferdigheter både i utdanningen og på arbeidsplassen.

## **5.3 Mangelfull kunnskap om diagnose og prognose**

Både studien til Kerr *et al.* (2019) og Banerjee *et al.* (2016) fant at sykepleierne hadde manglende kunnskap om diagnose og prognose. Dette resulterte i at sykepleierne var ukomfortable med å starte samtaler om disse temaene. Ifølge Helsepersonelloven (1999) er det legens ansvar å gi informasjon om diagnose og prognose, men forfatterne i denne studien

tolker resultatene til at det er snakk om samtaler hvor legen allerede har informert om tilstanden. Hvorfor sykepleierne i studiene syntes det var ukomfortabelt å starte samtaler om slike temaer, kan det være flere grunner til. Det er blant annet viktig at sykepleieren har teoretisk kunnskap om pasientens sykdom og behandling for å kunne tilfredsstille pasientens behov for informasjon (Reitan, 2004). Ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren et ansvar for å holde seg faglig oppdatert på forskning og utvikling innen eget felt, og å bygge sykepleieutøvelsen på både forsknings- og erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk Sykepleierforbund, u.å.).

Det kan tenkes at for å innhente nok kunnskap om diagnose og prognose slik at sykepleieren kan møte pasientens spørsmål, er i tillegg forberedelse viktig. Viktigheten av forberedelse blir presisert i studien til Rylander *et al.* (2018). De påpekte at sykepleieren måtte forberede seg ved å innhente informasjon om pasientens helsetilstand. Sykepleierens teoretiske kunnskap og grad av forberedelse henger trolig sammen. Det kan tenkes at dersom en sykepleier har lite kunnskap om en diagnose kreves det mer forberedelse i forkant av den vanskelige samtalen, i motsetning til en sykepleier som føler seg trygg på hva diagnosen innebærer. Denne antagelsen dreier seg om at hver enkelt sykepleier må være klar over hva som skal til for at samtalen blir hensiktsmessig for pasienten, og sørge for at en har nok kunnskap for å gå inn i den aktuelle samtalen.

#### **5.4 utfordringer knyttet til følelsesmessig håndtering**

Sykepleierne i studien til Banerjee *et al.* (2016) uttrykte at når de forsøkte å være empatiske, var det utfordrende å ikke bli *for* følelsesmessig involvert. Det er nemlig slik at måten sykepleiere håndterer sine egne følelser på, har innvirkning på hvordan de møter pasienten i den vanskelige samtalen (Reitan, 2004). Det kan antas at en sykepleier med god følelsesmessig håndtering vil kunne møte pasienten på deres premisser hvor deres behov er i sentrum, i motsetning til en sykepleier som er *for* følelsesmessig involvert. Trolig kan det ende med at rollene nærmest byttes om og at pasienten blir den trøstende i relasjonen. I slike tilfeller er det nødvendig med bevissthet rundt den følelsesmessige balansegangen om å bry seg nok, men samtidig holde riktig avstand i relasjonen (Heyn, 2015).

Studien til Travers og Taylor (2016) fant at sykepleierens personlige egenskaper hadde innvirkning på hvordan samtalen omkring døden ble gjennomført. For eksempel hvis sykepleieren selv er ukomfortabel med døden kan det resultere i at temaet bevisst blir unngått

(Heyn, 2015). Susie Wilkenson (1991, som sitert i Reitan, 2004) påpekte i en studie at en viktig grunn til at sykepleiere unngår å innlede den vanskelige samtalen er på grunn av egne følelsesmessige reaksjoner og frykt for egen død. I disse situasjonene kunne sykepleieren ende opp med å ha en verbal uttrykksmåte som kommunikasjonen ble hemmet av, noe som hindret pasienten i å uttrykke følelser (Reitan, 2004). Det kan antas at om sykepleiernes engstelse for å prate om vanskelige temaer tar overhånd, fører det til at pasienten ikke får muligheten til å åpne seg om temaer omkring døden. Konsekvensen av dette kan trolig være at pasienten føler seg oversett og alene i en situasjon hvor en støttende og lyttende samtalepartner er essensielt. På bakgrunn av dette er det viktig at helsepersonell tilegner seg kunnskap om hvordan man skal prate om temaer man ikke føler seg komfortabel med (Schmidt, 2009), slik at pasientene får den samtalepartneren de har behov for.

Ifølge studien til Banerjee *et al.* (2016) opplevde også sykepleierne det som utfordrende å kommunisere med pasienten dersom de visste noe om pasientens tilstand, som pasienten ikke hadde fått vite fra legen enda. I denne sammenhengen er det nyttig å trekke inn etikken. Dersom sykepleiere skal gjennomføre handlinger i henhold til pliktetikken vil det si at de har en plikt til å si sannheten, uten å ta høyde for konsekvensene (Brinchmann, 2016). I denne sammenhengen kunne det betydd at sykepleierne for eksempel fortalte om det alvorlige prøvesvaret, før legen hadde informert, fordi det ikke er greit å lyve. På en annen side er det nyttig å trekke inn konsekvensetikken hvor en handling rettfærdiggjøres gjennom å se på om den har flest gode eller dårlige konsekvenser (Sneltvedt, 2016). Med andre ord ville dette betydd at sykepleierne lyver om at de ikke vet noe om prøvesvaret, fordi det kunne resultere i at både sykepleieren og pasienten havnet i en ubehagelig situasjon. For sykepleierne dreier det seg om at de handler utenfor sitt ansvarsområde (Reitan, 2004), mens for pasienten kan det medføre mange ubesvarte spørsmål som sykepleieren ikke har kunnskap til å svare på. Dette er et etisk dilemma, men ut ifra sykepleierens ansvarsområde er det riktig å handle etter konsekvensetikken. Det vil si å late som en ikke vet noe inntil legen har informert pasienten.

En annen viktig årsak til at sykepleiere unngår å innlede den vanskelige samtalen, som påpekes av Susie Wilkinson (1991, som sitert i Reitan, 2004), er på grunn av pasientens følelsesmessige reaksjoner. Denne årsaken underbygges i studien til Kerr *et al.* (2019) hvor sykepleierne uttrykte utfordringer med å kommunisere om vanskelige temaer, dersom pasienten ble sint og frustrert. Banerjee *et al.* (2016) så på det som nødvendig å øve på bruk av kommunikasjonsferdigheter i situasjoner der pasienten viser negative emosjoner. Det er tross alt viktig å huske på at det gjerne er en bakenforliggende årsak til at pasienten uttrykker

sinne. Det kan for eksempel være et tegn på redsel, sårbarhet eller maktesløshet (Heyn, 2015). Det er riktignok slik at dårlige nyheter er dårlige nyheter, og man kan ikke dempe alvorligheten i budskapet. Nyheten kan påføre pasienten smerte og fremkalle negative emosjoner. Som helsepersonell er det riktig å erkjenne pasientens reaksjon i en slik situasjon, samt sørge for at de slipper å være alene (Reitan, 2004). Det kan tenkes at dersom en som sykepleier tidligere har øvd på situasjoner hvor pasienter har vist negative emosjoner vil dette kunne gjøre at sykepleieren er bedre rustet til å møte den enkelte pasient, og at pasienten dermed vil føle seg bedre tatt hånd om i situasjonen.

Kerr *et al.* (2019) fant også at det var utfordrende å ta den vanskelige samtalen i de situasjonene sykepleierne ikke visste om pasienten var inneforstått med tilstanden, tok avstand fra alvorlighetsgraden eller benektet sin prognose. Det kan tenkes at usikkerheten rundt pasientens reaksjon gjorde det utfordrende å kommunisere om vanskelige temaer, fordi sykepleier på forhånd ikke var klar over pasientens reaksjon, og dermed ikke visste hvordan samtalen ville utarte seg. Denne antagelsen underbygger at sykepleieren må være forberedt på at pasienter reagerer ulikt på alvorlig sykdom, og uansett må evne å møte disse følelsene på en god måte (Finset, 2016). Dette poengterer viktigheten av at sykepleieren må opptre støttende og nøytral uavhengig av pasientens reaksjon.

## **5.5 utfordringer knyttet til teamarbeid**

For at en pasient skal få best mulig behandling og pleie er det nødvendig med samarbeid på tvers av profesjoner. Helseteamet rundt en pasient er bestående av mange ulike yrkesgrupper, i tillegg til sykepleieren. For at samarbeidet i teamet skal fungere er det nødvendig med god kommunikasjon (Heyn, 2015). Både studien til Kerr *et al.* (2019), Banerjee *et al.* (2016), Travers og Taylor (2016) og Rylander *et al.* (2018) så en tendens til at sykepleierne syntes det var utfordrende å gjennomføre den vanskelige samtalen, på grunn av usikkerheten rundt hva pasienten allerede hadde fått vite om tilstanden sin fra annet helsepersonell. Årsaken var mangel på informasjon og dokumentering mellom helsepersonell. Kvaliteten på dokumentasjonen i pasientjournalen har innvirkning på kontinuiteten og kvaliteten på helsehjelpen som gis. For å kunne gi pasienten god helsehjelp er det viktig at helsepersonell har tilgang til aktuell og korrekt informasjon gjennom pasientjournalen (Hellesø, 2015).

I studien til Kerr *et al.* (2019) poengterte sykepleierne viktigheten av god verbal rapportering mellom teammedlemmene for å være mer forberedt i møte med pasienten. Det kan tenkes at

dersom dokumenteringen, både skriftlig og muntlig, er fullstendig vil ikke terskelen for å gå inn i den vanskelige samtalen være like stor. Det ville betydd at sykepleieren i større grad fikk vite hvilken informasjon pasienten har fått fra annet helsepersonell, og dermed unngå at pasienten får samme informasjon gjentatte ganger. Det kan for eksempel være plagsomt for pasienten å få poengtert at prognosen er dårlig ved hvert vaktskifte.

Banerjee *et al.* (2016) og Rylander *et al.* (2018) pekte spesielt på lege-sykepleier-forholdet i forbindelse med informasjonsformidling. På grunn av at sykepleier og lege er gjensidig avhengig av hverandre, er det viktig med et godt samarbeid (Heyn, 2015). I studien til Rylander *et al.* (2018) påpekte deltakerne at et godt samarbeid med legen var avgjørende for å gjennomføre den vanskelige samtalen. Det var av betydning at sykepleieren tok del i samtalen legen hadde med pasienten, slik at sykepleieren fikk den samme informasjonen. Videre kunne det å ta del i samtalen gjøre at sykepleierne fikk mer informasjon om pasienten enn det som stod i pasientjournalen. Å observere en annens ansiktsuttrykk vil kunne gjøre at en får informasjon som en ellers ikke ville fått dersom en ikke være tilstede i rommet (Eide og Eide, 2017). Viktigheten av å innhente nonverbal informasjon fra pasienten, presiseres av sykepleierne i studien til Rylander *et al.* (2018). Betydningen av å se pasientens reaksjon, samt forståelse av informasjonen, beskrev sykepleierne som viktig for å kunne opptre støttende, trygg og avslappet i samtale med pasienten i etterkant. Ved å ikke være tilstede i samtalen kan det tenkes at sykepleieren ikke får muligheten til å observere om det er overensstemmelse mellom det verbale og nonverbale hos pasienten. Et eksempel kan være at pasienten sier budskapet er forstått, mens sykepleieren oppfatter gjennom det nonverbale uttrykket at det ikke stemmer.

Ingen av de inkluderte artiklene i denne studien trekker frem viktigheten av et anerkjennende og støttende team rundt seg, i forbindelse med å ta den vanskelige samtalen. Forfatterne egne erfaringer bemerker at teamarbeid er et område med forbedringspotensiale. Dette er fordi forfatterne i flere tilfeller ikke har fått den støtten de har hatt behov for i forbindelse med den vanskelige samtalen. Det er nemlig slik at trivsel innad i teamet har mye å si for hvordan en har det på arbeidsplassen. Ved å bli møtt anerkjennende og støttende kan det bli lettere å nå målet for sykepleien, som i denne sammenhengen er å ta den vanskelige samtalen med den palliative pasienten. Det er også viktig at teammedlemmene gir hverandre ros og oppmuntring, samt viser interesse for det arbeidet hver enkelt gjør (Eide og Eide, 2017). Dersom en ikke blir møtt med ros og oppmuntring i etterkant av en vanskelig samtale, kan det

tenkes at sykepleieren blir sittende igjen med følelsen av at samtalen var unødvendig. Det kan påvirke sykepleiernes selvtillit i form av at de muligens er kritisk til sin egen vurderingen om samtalsens nødvendighet. Terskelen for å innlede flere vanskelige samtaler kan dermed bli større. Travers og Taylor (2016) beskriver mangel på selvtillit som en avgjørende faktor i kommunikasjonsprosessen. Det er nemlig slik at en er avhengig av å føle seg nyttig, og få anerkjennelse fra andre om at jobben en gjør faktisk er med på å utgjøre en forskjell (Kalfoss, 2016). Det er usikkert om de inkluderte studiene ikke har sett på viktigheten av et støttende team som avgjørende i forbindelse med vanskelige samtaler, fordi det ikke er en gjennomgående utfordring, eller at det er en utfordring som faktisk ikke er blitt fanget opp.

For at det skal bli et godt teammiljø på arbeidsplassen er det avgjørende å ha en leder som er opptatt av å ivareta relasjonene og inspirere sine ansatte (Eide og Eide, 2017). Ifølge Susie Wilkinson (1991, som sitert i Reitan, 2004) har avdelingsleders atferd og tenkemåte mye å si for de andre sykepleiernes måte å kommunisere med pasientene på, og med resten av teamet. Som leder er det deres ansvar å legge til rette for et undervisningstilbud og mulighet for veiledning i kommunikasjon på arbeidsplassen (Reitan, 2004). Betydningen av lederens fokus er poengtert i studien til Travers og Taylor (2016) som fant at lederstøtte er viktig for den helhetlige sykepleien som blir gitt, inkludert kommunikasjonen med pasienten.

Forfatterne har også gjennom egne erfaringer lagt merke til at dersom avdelingsleder har et stort fokus på viktigheten av å snakke om døden med de palliative pasientene, vil sykepleierne i temaet også bli mer bevisst på viktigheten. Det tyder altså på at det er essensielt å ha en leder som er fokusert på viktigheten av at de ansatte blir rustet til å møte utfordringene som hindrer dem i å ta vanskelige samtaler.

## **5.6 Utfordringer knyttet til tidspress**

I studien til Kerr *et al.* (2019) og Travers og Taylor (2016) fant de ut at tidspress var en grunn til at gjennomføring av de vanskelige samtaler ble nedprioritert. Sykepleierne i studien til både Banerjee *et al.* (2016) og Kerr *et al.* (2019) poengterte at deres tid til å ha meningsfulle samtaler, ble redusert på grunn av kombinasjonen av mange praktiske oppgaver og stadige avbrytelser i avdelingen. Til tross for at tiden er knapp i dagens helsevesen, må den vanskelige samtalen prioriteres. Det er nemlig slik at pasientene ikke skal være nødt til å kjenne på at en av deres viktigste samtaler i livet blir nedprioritert eller skjer i forbifarten på grunn av mangel på tid (Reitan, 2004). Likevel opplever sykepleiere å bli stående i en konflikt

mellom profesjonens forventninger og den faktiske virkeligheten (Schmidt, 2009). Sykepleiere skal jobbe for å tilfredsstille pasientens individuelle behov (Yrkesetiske retningslinjer, u.å.), men det er ikke slik at en alltid evner å dekke disse behovene (Schmidt, 2009). Mangel på tid kan føre til at sykepleieren står i et dilemma hvor man på den ene siden vil ivareta enhver pasient på best mulig måte, mens man på en annen side ikke har tid. I visse tilfeller kan presset på sengeposter og kravet om rask utskiftning av pasienter medføre at sykepleierne kan unngå fra de faglig-etiske prinsippene om individuell behandling. Årsaken kan være at fokuset heller blir rettet mot neste oppgave, som for eksempel å gjøre klar en seng til neste pasient (Norvoll, 2002). At det er mangel på tid er det vanskelig som enkeltindivid å gjøre noe med, men det er trolig behov for en bevisstgjøring rundt viktigheten av at samtalen blir gjennomført. For en palliativ pasient, som ikke lenger får kurativ behandling, kan samtalen være essensiell, nettopp fordi den kan ses på som en viktig del av deres lindrende behandling.

Banerjee *et al.* (2016) så i sin studie at mangel på tid var en utfordring, fordi tidsmangelen gjorde det vanskelig for sykepleierne å være empatisk i møte med pasienten. Årsaken var at de ikke hadde tid til å høre på pasientens bekymringer og følelser. Mange sykepleiere tror at å være empatisk fører til at samtalen tar lengre tid. Denne antagelsen stemmer ikke. Det er nemlig slik at pasienten føler at samtalen er lengre enn den faktisk er, dersom sykepleieren er empatisk (Heyn, 2015). En kan anta at uvitenhet og mangel på erfaring hos sykepleierne i studien var årsaken til at de ikke var empatiske i samtalen. Hadde de vært klar over at samtalen ofte tar lenger tid dersom de ikke er empatisk, er det sannsynlig at de hadde kommunisert annerledes med pasienten. Hver enkelt sykepleier har her et ansvar om å uttrykke at de synes det er vanskelig å være empatisk i en travel arbeidshverdag til sin avdelingsleder. Avdelingsleder kan da, som nevnt tidligere i litteraturstudien, legge til rette for kommunikasjonskurs for å øke kunnskapen vedrørende temaet på avdelingen. Lederens ansvar for fagutvikling og etisk refleksjon underbygges i de yrkesetiske retningslinjer (Yrkesetiske retningslinjer, u.å.).

## **5.7 Kommunikasjonsferdighetskurs som tiltak**

Kerr *et al.* (2019), Banerjee *et al.* (2016) og Travers og Taylor (2016) påpeker i sine studier at det trengs ferdighetskurs innen kommunikasjon for å styrke sykepleierne evne til å gjennomføre vanskelige samtaler. Travers og Taylor (2016) påpeker spesifikt at gjennomføringen av samtalene ikke var god nok, på grunn av mangel på utdanning og trening

i å ta initiativ til samtaler rundt vanskelige temaer. Opp gjennom historien er ikke kommunikasjon blitt sett på som en ferdighet som kan læres og trenes, men ble ansett som en del av sykepleiens kunst. Med tiden har man gjort studier som påpeker at kommunikasjon kan læres og må trenes på, i likhet med andre ferdigheter (Heyn, 2015; Loge, 2016). Det tyder på at det i aller høyeste grad bør legges til rette for undervisning og kurs med fokus på kommunikasjon.

Det er blitt gjort forskning av Heaven og Maguire (1996, sitert i Heyn, 2015) om at evnen til å oppfatte pasientens behov og bekymringer ikke hadde bedring i etterkant av undervisning i kommunikasjon. Disse resultatene påpeker at undervisning alene ikke er nok, men at det må kombineres med praktisk trening for å øke enkeltferdighetene. En slik ferdighet kan for eksempel være å stille åpne spørsmål slik at pasientene åpner seg i større grad (Heyn, 2015; Eide og Eide, 2017). Studiene til Banerjee *et al.* (2017) og Pehrson *et al.* (2016) gjennomførte et ferdighetskurs i kommunikasjon med en kombinasjon av teori og praktisk trening. Kurset ble gjennomført i løpet av en dag, og var bestående av teori, demonstrasjonsvideoer og rollespill. Rollespill har vist å være en effektiv måte å trene opp kommunikasjonsferdigheter på (Heyn, 2015). Under rollespill kan man øve på enkeltferdigheter, og etter hvert øve på å kombinere dem i praksis (Eide og Eide, 2017). Fordelen med å trene på slike ferdigheter i et rollespill er at det vil være mulig å stoppe opp midt i rollespillet og be om råd og veiledning (Heyn, 2015). Dette i motsetning til i en reell pasientsituasjon der man ikke har muligheten til å stoppe opp i samtalen og få tilbakemeldinger (Eide og Eide, 2017).

Banerjee *et al.* (2017) og Pehrson *et al.* (2016) har lagt opp kursene sine på en hensiktsmessig måte. Kombinasjonen av teori hvor de lærte om ulike strategier og verktøy, samt praktisk trening der de fikk kunnskap om samtaleteknikk. Det kan antas at dette resulterte i at sykepleierne i større grad følte seg kompetent og forberedt til den vanskelige samtalen. I studien til Kerr *et al.* (2019) uttrykte deltakerne at det var verdifullt å observere kollegaer for å lære av hverandre hvordan man kan kommunisere mer effektivt med pasienter. Det kan tenkes at det i slike tilfeller er viktig at sykepleierne som blir observert er godt opplært i hvordan effektiv og god kommunikasjon gjennomføres. Godt opplærte sykepleiere er vesentlig for at observatørene ikke tilegner seg dårlige kommunikasjonsferdigheter. Det ble på en annen side beskrevet av en sykepleier i studien til Kerr *et al.* (2019) at å ha noen som observerte under en vanskelig samtale med pasientene hemmet flyten. Sykepleieren følte at å vise omsorg, gjennom for eksempel nærhet, ble unaturlig. Ut ifra dette utsagnet vil bruk av demonstrasjonsvideoer kanskje være et bedre alternativ for læring. Banerjee *et al.* (2017) og



Pehrson *et al.* (2016) benyttet demonstrasjonsvideoer med erfarne sykepleiere i sitt ferdighetskurs. På den måten kunne deltakere observere, lære og prøve selv i etterkant.

Evalueringen av kommunikasjonsferdighetskurs til Banerjee *et al.* (2017) og Pehrson *et al.* (2016) indikerte at kursene var nyttige for å lære ferdigheter i kommunikasjon. Begge studiene viste signifikante resultater i forhold til økt egenmestring og forbedrede empatiske ferdigheter. Kun resultatene i studien til Banerjee *et al.* (2017) kom frem til at ferdighetskurset i kommunikasjon resulterte i økt mestring i å snakke om slutten av livet og døden. Det kan dermed tyde på at kommunikasjonsferdighetskurs av dette slaget er verdifulle. Hvorvidt et ferdighetskurs faktisk har effekt over tid, er usikkert. Studien til Pehrson *et al.* (2016) viste at sykepleierne fortsatt hadde økte empatiske ferdigheter seks måneder etter kurset. Til tross for dette kan en sette spørsmålsteget ved troverdigheten til resultatet til Pehrson *et al.* (2016), fordi ett resultat trolig ikke er tilstrekkelig for å fastslå at et slikt kurs har effekt over tid. I en lærings situasjon er det sannsynlig at en som regel er svært fokusert, mens det i ettertid vil være utfordrende å bruke kunnskapen, fordi mye av den er glemt. I tillegg er arbeidsdagens realiteter trolig ikke blitt tatt høyde for på kurset, noe som muligens hindrer sykepleierne i å bruke de lærte ferdighetene i praksis.

## **5.8 Kildekritikk**

### **5.8.1 Kritisk vurdering av valgte artikler**

Kerr *et al.* (2019) sin studie ble valgt på grunn av dens relevans for studiens problemstilling. At studien har brukt fokusgruppeintervju som intervensjon gir dybdesvar. Mengden data forfatterne har kunnet hente har derfor vært stor. Studien har fått etisk godkjenning fra institusjonens egen komité, der retningslinjene fra “National Statement on Ethical Conduct in Human Research (2018)”, har blitt fulgt. Forskerne har sørget for skriftlig samtykke fra alle deltakere. At studien benyttet lydopptak i forskningen har gjort det lettere å tolke resultatene ettersom utsagn har blitt sitert i studien.

I litteraturstudien til Travers og Taylor (2016) er det sett på utfordringene ved å initiere til vanskelige samtaler ved livets slutt. En styrke er at studien gikk gjennom 1267 potensielle artikler, og satt igjen med 12. Denne grundige utvelgelsen gjør at inkluderte studier er av god kvalitet, og underbygger resultatenes reliabilitet. Etter gjennomgåelse av alle 12 studiene avdekkes det at de har fått godkjenning fra etiske komiteer. En svakhet ved studien er

derimot at de har sett på flere yrkesgrupper innenfor helsevesenet. Studien ble likevel inkludert på grunn av dens relevans for problemstillingen.

Banerjee *et al.* (2016) utførte en studie der hensikten var å finne de vanligste utfordringene sykepleiere føler på i samtale om livets slutt, samt graden av behov for kurs i kommunikasjon. Studien er bygd opp av spørreskjema og to åpne spørsmål. Om studien kun hadde inneholdt spørreskjema ville ikke resultatene gitt like omfattende svar. De to åpne spørsmålene er med på å gi dybdesvar. Studien ble inkludert i denne litteraturstudien på grunn av dette.

Både studien til Banerjee *et al.* (2017) og Pehrson *et al.* (2016) er basert på funnene som ble avdekket i Banerjee *et al.* (2016). Begge gjennomførte et kommunikasjonsferdighetskurs for å svare på utfordringene som ble poengtert. Til tross for at studiene bygger på en og samme undersøkelse ble de sett på som relevante for problemstillingen. Muligheten til å se hele prosessen fra spørreundersøkelse til faktisk gjennomføring ble sett på som nyttig. Det var i tillegg en styrke at Pehrson *et al.* (2016) så på effekten av treningen 6 måneder etter gjennomført kurs. De tre ovennevnte studiene har fått etisk godkjenning fra "Institutional Review Board".

Rylander *et al.* (2018) sin studie ble inkludert på grunn av relevans til valgt problemstilling. En svakhet ved studien var at den også la vekt på lege perspektivet. Forfatterne valgte likevel å inkludere studien fordi den tok for seg sykepleiefaglige aspekter både før, under og etter den vanskelige samtalen. Forfatterne synes også det var interessant at studien var gjennomført i Sverige, noe som trolig gjør den mer overførbart til Norge. Forskningen har fått etisk godkjenning fra "World Medical Association Declaration of Helsinki".

En felles svakhet for alle valgte artikler er at ingen er fra Norge. Usikkerheten rundt overførbareheten fra andre land er derfor gjeldende. Forfatterne vet ikke om sykepleierens ansvarsområde i disse landene er annerledes. Dette er forsøkt tatt høyde for i resultat og drøftingen ved at kun forskningsartiklenes resultater, som det kan tenkes er overførbare til sykepleierrollen i Norge, er blitt inkludert.

### **5.8.2 Kritisk vurdering av annen litteratur**

Det ble også benyttet annen litteratur er benyttet for å belyse problemstillingen i denne litteraturstudien. Den mest brukte litteraturen vil bli vurdert under.

“Palliasjon” (Kaasa og Loge, 2016) tar for seg pleie og lindrende behandling av mennesker med uhelbredelig sykdom. En svakhet med denne kilden er fokuset på legen og pasienten. Kilden er likevel blitt inkludert på grunn av dens relevans til studiens problemstilling, samt bokens egen presisering av overførbarheten til sykepleiere.

Teoriboken “Kreftsykepleie” (Reitan og Schjølberg, 2004) gir et godt innblikk i aspekter ved kreftomsorgen. En svakhet med kilden er at andre pasientgrupper blir ekskludert. Teoriboken er likevel blitt inkludert fordi dens kapittel om kommunikasjon er overførbar til andre pasientgrupper.

“Kommunikasjon i relasjoner” (Eide og Eide, 2017) tar for seg kommunikasjon i mellommenneskelige relasjoner. Teoriboken anses som svært relevant til studiens problemstilling, på grunn av dens brede innføring innenfor kommunikasjonsfeltet. I tillegg er det en styrke at teoriboken fokuserer på pasient-sykepleier-forholdet, samt kommunikasjon innad i et team.

Teoriboken “Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie” (Grov og Holter, 2015) tar for seg en rekke ulike aspekter innenfor sykepleieprofesjonen. Blant annet bokens eget kapittel om kommunikasjon har vært relevant til studiens problemstilling. Teori om kommunikasjon innenfor sykepleieprofesjonen, kommunikasjonsferdigheter, ulike intervensjoner, samt kommunikasjon innad i helseteamet har vært informativt.

### **5.9 Innovasjon i fag- og tjenesteutvikling**

Hensikten med en litteraturstudie er å sammenfatte allerede eksisterende kunnskap, og dermed ikke komme opp med ny forskning på området (Thidemann, 2015). Denne litteraturstudien kan likevel være til hjelp for å belyse hvilke utfordringer som finnes knyttet til å gjennomføre den vanskelige samtalen med palliative pasienter, og på denne måten muligens vise vei for ny forskning på området. Slik konklusjonen vil påpeke trengs det

forskning som ikke bare tar for seg sykepleieperspektivet, men som også tar høyde for lederen og de andre teammedlemmenes innvirkning på utfordringene.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å finne ut hvilke utfordringer sykepleiere står ovenfor i gjennomføringen av den vanskelige samtalen. Deretter forsøkte studien å finne tiltak som vil hjelpe sykepleieren til å møte disse utfordringene for å gjøre samtalen enklere å gjennomføre. Problemstillingen ble dermed følgende: “På hvilken måte kan sykepleiere møte utfordringene som hindrer en i å ta den vanskelige samtalen med den palliative pasienten?”

Etter å ha sett på de inkluderte forskningsartiklenes resultater og annen litteratur, har det blitt avdekket en rekke utfordringer sykepleiere føler hindrer dem i å gjennomføre den vanskelige samtalen med palliative pasienter. Utfordringene viser seg å være knyttet til sykepleierens egne kunnskaper, ferdigheter og følelser, i tillegg til utfordringer hver enkelt sykepleier ikke kan møte alene, herunder mangelfullt teamarbeid og tidspress.

Fem av de seks inkluderte artiklene i denne studien påpeker at det trengs kommunikasjonsferdighetskurs for å redusere utfordringene knyttet til det sykepleieren på egenhånd selv gjøre noe med. Studiene som har sett på effekten av et slikt kurs viser til positive resultater. Likevel er det mye som tyder på at et slikt kurs ikke er nok for at sykepleierne skal kunne møte utfordringene som hindrer dem i å ta den vanskelige samtalen med palliative pasienter. Denne studien har sett tendens til at sykepleiere, i tillegg til å delta på kommunikasjonsferdighetskurs, også må gjøre tiltak på andre områder. Tiltakene en sykepleier kan gjøre selv er blant annet å opparbeide seg kunnskap i situasjoner en ikke føler seg komfortabel i, forberede seg i forkant av samtaler og ha fokus på å tilpasse seg hver enkelt pasient. Det er til tross for dette mye som tyder på i drøftingen at også utfordringene knyttet til teamarbeid og tidspress må reduseres.

Problemstillingen etterspør hvordan sykepleiere kan møte disse utfordringene som et enkeltindivid, men gjennom funnene i denne litteraturstudien kan det tyde på at utfordringene også ligger utenfor det hver enkelt sykepleier kan gjøre på egenhånd. På grunn av dette er det grunn til å tro at det må gjøres grep på ledernivå for å gjøre hver enkelt sykepleier rustet til å møte den vanskelige samtalen. En avdelingsleder har dessuten mulighet til å gjøre endringer som har innvirkning på hele teamet, noe som trolig kan medføre forbedring over tid. Utfordringene ser ut til å være et teamarbeid hvor alle inkluderte parter må ta grep.

I fremtidige studier kan det være interessant å forske på om sykepleiers reduksjon av egne utfordringer, også vil ha effekt på å redusere utfordringene knyttet til teamarbeid og tidspress. Mye tyder på at disse tre faktorene er knyttet tett sammen.

## Litteraturliste

Norsk senter for forskningsdata (2021) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.

Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no> (Hentet: 10.april 2021).

Aveyard, H. (2019) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A practical guide*.

4. utg. England: Open University Press.

Allott, N. (2019) Kommunikasjon, *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra:

<https://snl.no/kommunikasjon> (Hentet: 22. april 2021).

Banerjee, S. C. *et al.* (2016) Oncology nurses' communication challenges with patients and

families: A qualitative study, *Nurse Education in Practice*, 16(1), s. 193-201. doi:

10.1016/j.nepr.2015.07.007 (Hentet: 08. april 2021).

Banerjee, S. C. *et al.* (2017) The implementation and evaluation of a communication skills

training program for oncology nurses, *Translational Behavioral Medicine*, 7(3), s.

615-623. doi: 10.1007 / s13142-017-0473-5 (Hentet: 08. april 2021).

Brinchmann, B. S. (2016) Pliktetikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. Oslo:

Gyldendal Akademisk, s. 55-66.

Dahl, M. (2002) Å arbeide med døende, i Bjørk, I. T., Helseth, S. og Nortvedt, F. (red.) *Møte*

*mellom pasient og sykepleier*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 141-154.

Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Finset, A. (2016) Atferdsmessige og psykologiske forhold, i Kaasa, S. Og Loge, J. H. (red.)

*Palliasjon*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 62-72.

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 AS, s. 37-

53.

- Hallström, I. og Elander, G. (2001) A comparison of patient needs as ranked by patients and nurses, *Scandinavian journal of caring sciences*, 15(3), s. 228-234. doi: 10.1046/j.1471-6712.2001.00017.x.
- Hellesø, R. (2015) Pasientjournalen og prinsipper i journalføring, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm, s. 209-243.
- Helsebiblioteket (u.å.) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet: 20. april 2021).
- Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_1) (Hentet 27. april 2021).
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 12. mai 2021).
- Heyn, L. (2015) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363-398.
- Kaasa, S. og Loge, J. H. (2016) Den palliative konsultasjonen - med fokus på kreftpasienter, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 190-201.
- Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) (2016) *Palliasjon*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kalfoss, M. H. (2016) Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv, i Stubberud, D-G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk Sykepleie 2*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 453-481.



- Kerr, D. *et al.* (2019) Challenges for nurses when communicating with people who have life-limiting illness and their families: a focus group study, *National Library of Medicine*, 29, s. 416-428. doi: 10.1111/jocn.15099 (Hentet: 22. mars 2021)
- Kim, H. S. (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn – det kunnskapsfilosofiske grunnlaget, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 142-155.
- Landsem, I. P. (2018) Sykepleieres kompetanse i kommunikasjon må systematisk inn i undervisningen, *Sykepleien*. doi: 10.4220/Sykepleiens.2018.70266.
- Loge, J. H. (2016) Praktisk klinisk kommunikasjon, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 216-231.
- Lorentsen, V. B. og Grov, E. K. (2016) Generell sykepleie ved kreftsykdommer, i Stubberud, D-G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 397-436.
- Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie?, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 119-141.
- Norsk Sykepleierforbund (u.å.) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 25. mars 2021).
- Norvoll, R. (2002) Sykepleiens rammer, i Bjørk, I. T., Helseth, S. og Nortvedt, F. (red.) *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 173-192.
- NOU 2017: 16 (2017) *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning. (Hentet: 23. april. 2021).
- Pehrson, C. *et al.* (2016) Responding empathically to patients: Development, implementation and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses. *Patient Education and Counseling*, 99, s. 610-616. doi: 10.1016/j.pec.2015.11.021 (Hentet: 07. april 2021).

- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2017) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Reitan, A. M. (2004) Kommunikasjon, i Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. (red.) *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. 2. utg. Oslo: Akribe, s. 65-83.
- Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. (red.) (2004) *Kreftsykepleie: Pasient - utfordring - handling*. 2. utg. Oslo: Akribe.
- Rylander, A. *et al.* (2018) Significant aspects of nursing within the process of end-of-life communication in an oncological context. *Nordic nursing research*, 39(2). s. 85-91. doi: 10.1177/2057158518802564 (Hentet: 15. April 2021).
- Røkenes, O. H. og Hanssen, P-H. (2012) *Bære eller bryte - Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Schmidt, H. (2009) *Har du tid til det da? Om åndelig omsorg i sykepleien*. 1. utg. Nesttun: Folio Forlag AS.
- Sneltvedt, T. (2016) Konsekvensetikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 68-78.
- Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travers, A. og Taylor, V. (2016) What are the barriers to initiating end-of-life conversations with patients in the last year of life? *International Journal of Palliative Nursing*, 22(9). s: 454-462. doi: 10.12968/ijpn.2016.22.9.454 (Hentet: 07. April 2021).

