

Kamilla Fremstad
Emilie Holtgaard
Therese Melby

Når kreften er uhelbredelig; Hvordan kan sykepleier gjennom bruk av god kommunikasjon, ivareta pasienten i krise ved overgang til palliativ fase?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Kirsten Nordang
Juni 2020

Kamilla Fremstad
Emilie Holtgaard
Therese Melby

Når kreften er uhelbredelig; Hvordan kan sykepleier gjennom bruk av god kommunikasjon, ivareta pasienten i krise ved overgang til palliativ fase?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Kirsten Nordang
Juni 2020

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



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Når kreften er uhelbredelig; Hvordan kan sykepleier krise gjennom bruk av god kommunikasjon, ivareta pasienten i ved overgang til palliativ fase?	Dato: 2/6- 20
Forfattere:	Kamilla Fremstad Emilie Holtgaard Therese Melby	
Veileder(e):	Kirsten Nordang	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Kreftpasient, sykepleier, kommunikasjon, palliativ fase, somatisk sykehus	
Antall sider/ord: 44/9000	Antall vedlegg: 1	
<p>Bakgrunn: Kreftpasienter i overgangen til palliativ fase kan oppleve ulike krisereaksjoner. Derfor er det viktig at sykepleier har kunnskap om hvordan en kan bruke målrettet kommunikasjon for å ivareta pasienten i krise.</p> <p>Hensikt: Belyse hvordan sykepleier gjennom/ ved bruk av god kommunikasjon kan ivareta pasienter med uhelbredelig kreft i overgangen til palliativ fase.</p> <p>Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, som bygger på vitenskapelig forskning relevant for sykepleiefaget. Artikkene er inkludert basert på relevans for problemstillingen. Strukturerte søk er utført ved bruk av databasene CINAHL og PubMed. Søkeord: <i>oncology nursing, nurse-patient relations, communication skills, cancer patient, information, truth disclosure, prognosis, terminally ill patients.</i></p> <p>Resultat: Det er flere ulike faktorer som påvirker hvordan sykepleier kommuniserer og ivaretar kreftpasienten, som; erfaringer, holdninger, ferdigheter, og relasjon til pasienten. Noen viktige faktorer sykepleier må være bevisst ved ivaretagelsen av kreftpasienten er; forberedelse til samtalen, måten informasjonen formidles, balanseringen av håp og sannhet, og om informasjonen blir forstått av pasienten.</p> <p>Konklusjon: Ved ivaretagelse av pasienter i krise er det flere viktige faktorer sykepleier må være bevisst; tidlig kartlegging av den palliative fasen, hjelpe pasienten å akseptere sannheten og sikre forståelse av informasjonen pasienten mottok. Det er viktig at sykepleier er profesjonell, forståelsesfull, omsorgsfull og empatisk.</p>		

ABSTRACT

Title:	When the cancer is incurable: How can the nurse through to good communication, care for patients in crisis in transition palliative care?	Date: 2/6- 20
Authors:	Kamilla Fremstad Emilie Holtgaard Therese Melby	
Supervisor(s)	Kirsten Nordang	
Keywords (3-5)	Cancer patient, nurse, communication, palliative care, somatic hospital	
Number of pages/words: 44/9000	Number of appendix: 1	
<p>Background: Cancer patients in transition to palliative care experience different reactions in crisis. That's why it's important for nurses to have knowledge of how to use targeted communication to care for patients in crisis.</p> <p>Aim: To shed light on how the nurse through good communication can take care of patients with incurable cancer in the transition to palliative care.</p> <p>Method: This study is a literature review, that uses scientific research related to the nursing profession. The articles were included based on the aim of this study. The structured search is done by using the databases CINAHL and PubMed. Keywords: <i>oncology nursing, nurse-patient relations, communication skills, cancer patient, information, truth disclosure, prognosis, terminally ill patients.</i></p> <p>Result: There are multiple factors that affects how the nurse communicates and cares for the cancer patient, like; experiences, opinions, skills, and patient-relations. Some important factors nurses must be aware of when caring for cancer patients; preparations for the conversation, how the information is conveyed, balancing hope and truth, and if the information is understood by the patient.</p> <p>Conclusion: When caring for patients in crisis there are several important factors nurses must keep in mind; gathering data early in palliative care, helping patients to accept the truth and making sure the patient understands the information that is given. It's important that the nurse is professional, understanding, caring and empathic.</p>		

“Sykepleieres kunnskap gjør dem til eksperter på pasientenes behov, og sikrer mennesker verdighet i alle livets faser” (NSF, 2019)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Sykepleiefaglig relevans	6
2.0 Bakgrunn	8
2.1 Hva er kreft?	8
2.2 Kommunikasjon	8
2.3 Krisereaksjoner	9
2.4 Palliativ fase	10
2.5 Joyce Travelbee	11
2.6 Forsvarlig sykepleie og de yrkesetiske retningslinjene	12
2.7 Hensikten med oppgaven	12
2.8 Problemstilling	13
3.0 Metode	14
3.1 Litteraturstudie som metode	14
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.3 Søkestrategi	15
3.4 Kritisk utvelgelse	15
3.5 Analyse	16
3.6 Forskningsetikk	16
4.0 Resultatpresentasjon	17
4.1 Artikkelmatrikse	17
4.1.1 <i>Artikkel 1</i>	17
4.1.2 <i>Artikkel 2</i>	18
4.1.3 <i>Artikkel 3</i>	19
4.1.4 <i>Artikkel 4</i>	20
4.1.5 <i>Artikkel 5</i>	21
4.1.6 <i>Artikkel 6</i>	22
4.2 Sammenfattende resultat	22
4.2.1 <i>Kommunisere dårlige nyheter</i>	22
4.2.2 <i>Kommunikasjonsutfordringer hos den enkelte sykepleier</i>	23
4.2.3 <i>Pasientens opplevelse og reaksjoner</i>	24
5.0 Drøfting	25
5.1 Kommunisere dårlige nyheter	25
5.1.1 <i>Forberedelse til samtalen</i>	25
5.1.2 <i>Når sannheten fortelles</i>	26

5.1.3 Avslutning av den vanskelige samtalen	27
5.1.4 Kommunikasjonsferdigheter.....	28
5.2 Kommunikasjonsutfordringer hos den enkelte sykepleier	29
5.2.1 Personlige erfaringer.....	29
5.2.2 Relasjon mellom sykepleier og pasient	30
5.2.3 Formidle empati	30
5.3 Pasientens opplevelse og reaksjoner	31
5.3.1 Balansere håp og sannhet.....	31
5.3.2 Ivaretagelse av pasienten i krisereaksjoner	32
5.3.3 Holdninger til prognoseinformasjon	33
5.4 Kritisk vurdering av oppgaven	35
6.0 Konklusjon.....	37
7.0 Litteraturliste	38
Vedlegg 1.....	42

1.0 Innledning

Å få en kreftdiagnose kan oppleves som svært tungt, og kan medføre både fysiske og psykiske utfordringer. Kreftsykdommen skal behandles, men samtidig skal pasient og pårørende få hjelp og støtte (Nakken, 2019). Ofte opplever pasienten krisereaksjoner ved formidling av dårlige nyheter. Dette er en naturlig psykisk reaksjon for pasienten. I en slik krise er det viktig at sykepleier er tilstede for pasienten (Reitan, 2019c).

Ifølge tall fra 2018 var det 283 894 mennesker i Norge som hadde hatt eller levde med en kreftdiagnose. Av disse er det 3 av 4 som overlever. Det er en vesentlig oppgang fra tidligere. Likevel var det 11 061 mennesker som døde av kreft i 2018. I tillegg antas det at antall krefttilfeller vil fortsette å øke i årene fremover. Årsakene til dette er at det blir større befolkning og økt levealder (Kreftforeningen, 2020). For kreftpasientene som opplever å få beskjeden om at kreften er uhelbredelig, kan sykepleiere spille en viktig rolle i ivaretagelsen av pasienten i denne sårbare situasjonen.

1.1 Sykepleiefaglig relevans

I samtale mellom pasient og sykepleier stilles det krav til kommunikasjonsferdigheter hos den enkelte sykepleier. Det er viktig å legge vekt på hva som er viktig for pasienten og at en lar det styre samtalen og eventuelt hvilke faggrupper som skal kobles inn. I samtale om den palliative behandlingen er det viktig å få tydelig frem at dette ikke er avslutning av behandling, men at det er en aktiv behandling med formål om å gi pasienten best mulig livskvalitet (NOU 2017: 16). Helsedirektoratet (2019) legger til at gode kommunikasjonsferdigheter er spesielt viktig for å kartlegge kreftpasientens opplevde livskvalitet under all palliativ behandling og pleie. Ettersom livskvalitet kun kan kartlegges gjennom kommunikasjon med kreftpasienten, blir dette en viktig ferdighet i møte med kreftpasienter i en palliativ fase.

Forskrift om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning (2019) §9b sier at sykepleiere skal kunne planlegge og gjennomføre kommunikasjon og samhandling med pasienter og pårørende basert på respekt, medbestemmelse og integritet. I følge §4b skal sykepleiere ha kunnskap om helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende

funksjoner, samt kunnskap om palliasjon. §5g i retningslinjer for sykepleiere beskriver at en skal anvende kunnskap for å iverksette tiltak som fremmer god psykisk helse.

2.0 Bakgrunn

2.1 Hva er kreft?

Kreft starter med mutasjoner i cellens arvestoff, som gjør at celledelingen blir ukontrollert. Denne opphopningen av kreftceller danner til sammen en kreftsvulst. Det som startet med en liten celle kan føre til skader på vev, organer og til slutt hele organismen (Nakken, 2019; Kreftforeningen, 2020).

Det er stadig forskning på hvordan kreft oppstår og hvordan det kan behandles. Likevel er det mye uvisst om hvorfor noen får kreft og andre ikke, og det er nesten umulig å finne en årsak for hver enkelt kreftpasient (Nakken, 2019; Kreftforeningen, 2020). Det som er sikkert er at sykdomsforløp, behandling og overlevelse varierer mellom hvert enkelt individ (Kreftforeningen, 2020). Som sykepleier må en derfor tilpasse seg i møte med hver enkelt pasient for å ivareta dem gjennom en vanskelig tid.

2.2 Kommunikasjon

For at sykepleier skal kunne ivareta kreftpasienter på en god måte, er kommunikasjon en grunnleggende del av sykepleien (Moore *et.al.*, 2018; Reitan, 2019a). Kanskje spesielt for kreftpasienter i overgangen til palliativ fase, kan det ses at god kommunikasjon er essensielt. Gjennom kommunikasjon kan sykepleier skape trygghet og tillit til kreftpasienten, slik at de kan uttrykke sine tanker og følelser. Dette kan oppnås ved å møte pasienten på en bekræftende, oppmuntrende og bestyrkende måte (Eide og Eide, 2016).

En stor del av kommunikasjonen er det nonverbale språket. Sykepleier må være bevisst bruken av nonverbalt språk som et kommunikasjonsverktøy, men også observere pasientens nonverbale kommunikasjon. Reaksjoner vises gjerne først gjennom det nonverbale språket, og er ofte en ubevisst reaksjon (Eide og Eide, 2016). Derfor er det nonverbale viktig å ta i betraktning for å vise forståelse og støtte til kreftpasienten.

Emosjonell og psykososial støtte er viktige faktorer som må tas hensyn til i kommunikasjon, da kreftpasienter ofte opplever mye psykologisk stress (Moore *et.al.*, 2018). Sykepleier må kunne vise medfølelse og være tilstede for pasienten i slike situasjoner. Gjennom gode

kommunikasjonsferdigheter kan sykepleiere hjelpe pasienten å forstå, mestre og leve med sin kreftsykdom (Reitan, 2019a). Forskning av Moore *et. al.* (2018) viser at blant annet sykepleiere kan ha god nytte av å få bedre opplæring i kommunikasjonsferdigheter. Spesielt ulike kommunikasjonsferdigheter som å kunne vise empati, gi psykososial støtte og tilpasse kommunikasjon til hver enkelt pasient (Moore *et.al.*, 2018). Sykepleier må også være bevisst på faktorer som kan hemme kommunikasjon. Oppgavens inkluderte artikler presenterer funn der relasjon til pasienten, manglende empati, uærlighet og negative holdninger er faktorer som kan hemme kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient.

Når man skal formidle informasjon til kreftpasienten må det tas hensyn til individuelle forhold, dette kan innebære kreftpasientens behov, ønsker og problemer (Reitan, 2019a). Dette er lovfestet i Pasient og brukerrettighetsloven §3-2:

Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for at han kan få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjonen skal ikke gis mot pasientens uttrykkelige vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen eller det skjer i medhold med loven (...) (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999).

Informasjonen om diagnose, prognose og behandling skal være tilstrekkelig, slik at pasienten kan unngå unødig stress og bekymring grunnet manglende informasjon (Moore *et.al.*, 2018). Sykepleier kan være med på å redusere usikkerhet og flertydighet ved å gi forståelig og relevant informasjon (Reitan, 2019a).

2.3 Krisereaksjoner

Overgangen til palliativ fase kan for mange pasienter oppleves som en traumatisk krise. I en krisesituasjon har pasienten behov for støtte, og åpen og god kommunikasjon for å kunne føle seg ivaretatt (Eide og Eide, 2016). Reitan (2019c) beskriver et lineært kriseforløp med sjokk-, reaksjons-, bearbeidings- og nyorienteringsfase.

I sjokkfasen er ofte tanke- og vurderingsevnen nedsatt, og pasienten kan oppleve å være i dårlig kontakt med sine følelser. Pasienten kan oppfattes både rolig og normal, eller fjern. Det

kan derfor være vanskelig å oppfatte om pasienten er i en sjokkfase. Splitting og benekting er to vanlige reaksjoner i sjokkfase. Ved splitting fjerner pasienten seg selv fra situasjonen ved å stenge ut truende tanker, følelser og impulser fra bevisstheten. Ved benekting avviser pasienten sannheten, og nekter å ta situasjonen innover seg (Eide og Eide, 2016).

I reaksjonsfasen begynner pasienten å bearbeide, og ta innover seg det som har skjedd. Når pasienten tar innover seg det som har skjedd, kommer også sannheten nærmere. Med dette følger også ulike følelser og reaksjoner som en kanskje ikke har kontroll over. Tre vanlige reaksjoner kan være; undertrykkelse, projeksjon og regresjon. Ved undertrykkelse prøver pasienten bevisst å holde unna tanker og følelser. Mens projeksjon er en ubevisst handling, hvor en fører sine tanker og følelser over på andre. Ved regresjon legger pasienten fra seg mye ansvar og blir mer avhengig av hjelp. Det er viktig at sykepleier møter disse reaksjonene på en god måte. Sykepleier burde stille seg åpen og lyttende til pasienten, slik at pasienten kan uttrykke sine tanker og følelser, samtidig vise støtte og omsorg (Eide og Eide, 2016).

I bearbeidelsesfasen jobber pasienten med følelsene og erfaringene, for å kunne godta den nye realiteten. Pasienten åpner opp for å kjenne på de følelsesmessige reaksjonene, ved å sakte slippe opp forsvaret. Følelsene kan nå bearbeides uten å føles overveldende (Eide og Eide, 2016).

I nyorienteringsfasen er situasjonen bearbeidet så godt det lar seg gjøre. De vonde minnene og følelsene ligger der enda, men pasienten klarer nå å se det i et annet perspektiv. Når pasienten har godtatt prognosen, kan en fokusere på en god slutfase i livet (Eide og Eide, 2016).

Mennesker er individuelle og opplever kriser i ulik grad, og sykepleier må møte hvert individ etter deres behov. Sykepleier kan vise støtte i krisen ved å vise interesse for pasientens følelser, tanker og reaksjoner (Reitan, 2019c).

2.4 Palliativ fase

Palliasjon er et område som har fokus på å lindre og gi best mulig livskvalitet til pasienter med en livstruende sykdom og deres pårørende. Palliasjon har i tillegg flere fokusområder

som sier noe om kommunikasjon, omsorg ved livets slutt, symptomkartlegging, samt samarbeid og tverrfaglighet (Helsedirektoratet, 2019). World Health Organization (WHO) definerer palliasjon slik:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art (Helsedirektoratet, 2019).

Behandlingen av kreft deles inn i tre ulike intensjoner; kurativ, livsforlengende og palliativ intensjon (Helsedirektoratet, 2019). I de ulike overgangene av behandling er det viktig å informere pasient og pårørende i nye faser av behandlingen, slik at deres behov blir ivaretatt. Dette kan innebære å tilby nødvendig hjelp til pasient og pårørende slik at de kan håndtere pasientens sykdom og egen sorgprosess (Helsedirektoratet, 2019). Pasienten dør fra mennesker han bryr seg om, og fra selve livet. I stadiet hvor pasienten er døende er det viktig å ta vare på håpet, å styrke og motivere han til leve videre (Reitan, 2019b).

2.5 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee var en amerikansk sykepleieteoretiker som var opptatt av menneske-til-menneske forholdet mellom sykepleier og pasient. Hun var også opptatt av å finne mening i sykdom og lidelse (Travelbee, 1999). Travelbee definerte sykepleie som;

En mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29).

Hun mente at sykepleierens oppgave var å ta vare på de syke ved bruk av disiplinert intellektuell problemløsning, og ved å bruke seg selv terapeutisk. Med det mente hun at sykepleieren skulle bruke sin kunnskap og personlighet, for å hjelpe til forandring hos pasienten (Travelbee, 1999).

Travelbee hadde også åtte punkter om håp der hun blant annet nevner at det er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten å bevare håpet, og unngå håpløshet (Travelbee, 1999). Travelbee definerte håp som: “et mentalt stadium karakterisert ved ønsket om å nå en slutt eller et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det er oppnåelig” (Utne, 2019, s.68). Hun karakteriserer håp som relatert til valg, ønske og mot, og at det har en sammenheng med tillit og utholdenhet (Utne, 2019).

2.6 Forsvarlig sykepleie og de yrkesetiske retningslinjene

Forsvarlig sykepleie handler om å vise medfølelse, omtanke og omsorg. Sykepleier skal se det helhetlige mennesket, hvert individ for seg selv (NSF, 2018). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleie er grunnleggende for utøvelsen av forsvarlig sykepleie. En sykepleier skal være barmhjertig, omsorgsfull, og ha respekt for menneskerettighetene og menneskers liv. Det er seks ulike retningslinjer for sykepleie, deriblant en som omhandler sykepleier og pasient. Den beskriver ivaretagelse av pasientens verdighet og integritet. Sykepleier skal gi hjelp som er forsvarlig og omsorgsfull, ivareta pasientens medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket (NSF, u.å.).

Medbestemmelse, eller autonomi, er et av de fire etiske prinsippene. De etiske prinsippene er grunnleggende og helt sentrale i sykepleien (NSF, 2018). I oppgaven trekkes autonomi inn som et viktig prinsipp ved ivaretagelsen av kreftpasienter, i overgangen til palliativ fase. Det påpekes i Brinchmann (2012) hvordan pasienter har både etisk og juridisk rett til å ta autonome beslutninger. Retten til medvirkning er beskrevet i lov om Pasient- og brukerrettigheter §3-1. For at det skal bli en selvbestemt beslutning må pasienten ha tilstrekkelig informasjon om behandlingsalternativer, med vekt på både positive og negative sider. I Norge er autonomi gjerne knyttet til å kunne nekte behandling, og det er da viktig å vurdere om pasienten er tilstrekkelig informert til å kunne ta en slik beslutning.

2.7 Hensikten med oppgaven

Gjennom egenerfarte situasjoner med kreftpasienter i praksis, har kreftsykdom og emosjoner rundt dette vekket stor interesse. Mange av pasientene opplevde det å ha en kreftdiagnose

som en stor byrde, som berørte livet deres på mange måter. Her ble det observert hvordan kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient påvirket deres følelse av trygghet og tillit. Derfor er hensikten med oppgaven å finne ut hvordan en sykepleier, gjennom god kommunikasjon, kan ivareta en pasient i krise med diagnosen uhelbredelig kreft. Fokuset er på kreftpasienten i overgangen til palliativ fase, og sykepleiers rolle i overgangen. Oppgaven begrenser seg til samtalen med pasient i spesialisthelsetjenesten.

2.8 Problemstilling

Når kreften er uhelbredelig; Hvordan kan sykepleier gjennom bruk av god kommunikasjon, ivareta pasienten i krise ved overgang til palliativ fase?

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Hensikten med en litteraturstudie er å gi andre kunnskap om temaet som er presentert (Thidemann, 2019). Det samles relevant kunnskap fra skriftlige kilder, foretas en kritisk gjennomgang, for så å sammenfatte kunnskapen. En setter seg så inn i de ulike metodene som er brukt i de valgte artiklene; kvalitativ og kvantitativ metode, og review. Kvalitative studier går ut på å samle data gjennom bruk av intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse for å finne meningssammenhenger. Det samles mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter, også kalt dybdekunnskap (Thidemann, 2019). I en kvantitativ studie derimot samles data gjennom bruk av spørreskjemaer, og gjøre systematiske og strukturerte observasjoner, og eksperimenter. Her får en et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter, også kalt breddekunnskap (Thidemann, 2019). En review er en forskningsartikkel som gir overblikk over en problemstilling eller et spørsmål. Reviewen tar utgangspunkt i et utvalg av forskningslitteraturen på området, og sammenfatter en analyse og konklusjon på problemstillingen (Søk og skriv, 2017).

I en litteraturstudie er det ulike steg, der en starter med en problemstilling eller et forskningsspørsmål. I tillegg skal det kartlegges inkluderings- og ekskluderingskriterier, databaser som skal brukes, søkeord og søkestrategi. Deretter kommer selve litteratursøket. Det samles relevante artikler og lages tabeller med søkehistorikk. Kritisk vurdering av artiklene gjøres for å sikre kvalitet. Hovedelementene i hver artikkel lokaliseres, slik at en kan analysere og tolke funn. Avslutningsvis sammenfattes resultatene sammen med en kvalitetsvurdering (Thidemann, 2019).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å avgrense resultatene og tydeliggjøre litteratursøket, defineres inklusjons- og eksklusjonskriterier for oppgaven. Bruk av slike kriterier er hensiktsmessig for å avgrense søket og finne mest mulig relevant litteratur til problemstillingen (Thidemann, 2019).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRaD struktur Fagfellevurdert Pasienter med kreft Pasienter over 18 år Kort forventet levetid Pasienter i spesialisthelsetjenesten	Artikler eldre enn 10 år Artikler som ikke er overførbare til norske forhold Barn som pårørende

3.3 Søkestrategi

Litteratursøket følger Thidemanns (2019) søkestrategi for en litteraturstudie. I et innledende litteratursøk kartlegges omfanget av litteratur som finnes innenfor problemstillingen. Det er så gjort et systematisk litteratursøk, der søket er strukturert, nedskrevet og etterprøvbart (Thidemann, 2019). Databasene som ble anvendt var CINAHL og PubMed, da disse er relevante for sykepleiefaget. Kartlegging av søkeord startet med å se på problemstillingen, der hovedbegrepene ble plukket ut; *cancer, nurses, patients, communication, palliative care*. Videre ble det avdekket flere søkeord knyttet til hovedbegrepene, ved å se på databasene sine emneord og artiklenes nøkkelord. Søkeordene som ble anvendt videre er; *oncology nursing, nurse-patient relations, communication skills, cancer patient, information, truth disclosure, prognosis, terminally ill patients*. I søket er det brukt ulike kombinasjoner av søkeord, og avgrensninger som; *peer reviewed, last 10 years, english language* og *full text*. Av de boolske operatorene *AND, OR* og *NOT*, er søkeordene kombinert med *AND* for å begrense søket (Thidemann, 2019). Antall søketreff er begrenset for å få de mest relevante treffene. Søkestrategi for hver valgte artikkel er dokumentert i en søkematrise (vedlegg 1).

3.4 Kritisk utvalgelse

Utvalgelse av artikler var en prosess med ulike ledd, som førte til oppgavens seks utvalgte artikler. Første ledd omfattet gjennomlesning av titlene i søkeresultatet, der artikler av interesse ble tatt videre i prosessen. I andre ledd ble sammendrag lest og vurdert etter relevans for problemstillingen. I tredje ledd startet skumlesning av gjenværende artikler, der disse ble vurdert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. I fjerde og siste ledd gjenstod ti artikler som ble lest i sin helhet. Disse ble vurdert opp mot hverandre, hvorav de seks mest

relevante ble tatt med i oppgaven. De gjenværende seks artiklene ble kritisk vurdert og reflektert gjentatte ganger, opp mot oppgavens problemstilling.

3.5 Analyse

Hovedtemaene i teksten kartlegges gjennom en analyse, med gransking av teksten og tolkning av innholdet. Thidemann (2019) beskriver en fremgangsmåte med tre ulike spørsmål, som er anvendt i analysen av artiklene; “Hva er hensikten med å lese tekstene? ...

Hva er problemstillingen? Hva er forskningsspørsmålet?” (Thidemann, 2019, s. 92).

Opgavens artikler ble analysert digitalt, så i papirform der det ble brukt farget markering for å fremheve det mest relevante for problemstillingen. Analysens funn er sammenfattet i en artikkelmatrise.

3.6 Forskningsetikk

Forskningsetikk er viktig for å sikre troverdig og selvstendig forskning (Kunnskapsdepartementet, 2020). Forskningsetikk inngår i planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning, for å sikre troverdighet og ivaretagelse av personvern. I tillegg skal det sikre trygghet for forskningsdeltakerne som er involverte. Forskning skal ikke skje på bekostning av menneskers velvære (Dalland, 2012). Ved valg av artikkel er det viktig å ta et forskningsetisk perspektiv i den kritiske vurderingen av studiet.

4.0 Resultatpresentasjon

4.1 Artikkelmatrise

4.1.1 Artikkel 1:

Referanse:	Mishelmovich, N., Arber, A. & Odelius, A. (2016) Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care, <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 21, 153-159. doi: https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.006
Land:	England
Hensikt med studien:	Kartlegge erfaringene til kreft- og palliative sykepleiere i det å gi viktige nyheter til pasienter med fremskreden kreft.
Metode:	Kvalitativ studie: individuelle intervjuer med 10 sykepleiere. Seks kreftsykepleiere og fire palliative sykepleiere fra en kreftavdeling.
Resultat og diskusjon:	Fire temaer ble funnet; viktigheten av relasjoner, sette i perspektiv, overlevering av viktige nyheter, være forberedt og by på seg selv. Resultatene viser at når sykepleierne gir viktige nyheter til pasientene, fokuserer de på pasientene som en helhet, og ikke bare på å gi informasjon.
Konklusjon:	Resultatene fra denne studien viser at sykepleiere innenfor kreft og palliativ omsorg har en sentral rolle i å gi viktige nyheter til pasientene. Selvtillit, erfaring og relasjon til pasienten er med på å gjøre overleveringen av viktige nyheter lettere.
Kvalitetsvurdering:	Artikkelen bruker begrepet <i>significant news</i> (viktige nyheter), som kan ha både positivt og negativt innhold. Likevel presenterer studien eksempler der de viktige nyhetene er av negativt innhold. I oppgaven brukes derfor "dårlige nyheter", som knyttes til problemstillingen.
Relevans for oppgaven:	Denne studien bygger på sykepleieperspektiv, og det å gi viktige nyheter til pasienter innenfor kreft og palliativ omsorg. Slike nyheter kan gjøre at pasienten opplever ulike krisereaksjoner.

4.1.2 Artikkel 2:

Referanse:	Cartwright, L.A. <i>et. al.</i> (2014) Cancer Patients' Understanding of Prognostic Information, <i>Journal of Cancer Education</i> , 29, s. 311-317. DOI: 10.1007/s13187-013-0603-9
Land:	USA
Hensikt med studien:	Undersøke hvordan informasjon om prognose blir oppfattet og diskutert mellom kreftpasienter.
Nøkkelord:	Cancer; Prognosis; Patient communication; Cancer education
Metode:	Kvalitativ studie; del av en større studie med 39 deltakere (kreftpasienter).
Resultat og diskusjon:	<p>Fire hovedtemaer: forståelse av prognose, kommunisere prognose, overskride prognosen og holdningers innvirkning på prognose. Til tross for stor variasjon i erfaring, diagnose og stadium var det liten forskjell i hvordan gruppene og deltakerne diskuterte informasjon om prognose.</p> <p>Prognoseinformasjon er ment for å hjelpe pasienter med å fatte informerte beslutninger, sette realistiske mål, oppleve bedre livskvalitet og planlegging. Ifølge studien hadde ikke alle deltakerne forstått denne informasjonen.</p>
Konklusjon:	<p>Studien foreslår at helsepersonell burde kartlegge hva slags informasjon pasienten selv ønsker å motta. Samtidig forklare hvorfor informasjon om prognose gis, og hva pasienten kan bruke dette til.</p> <p>For å sikre forståelse hos pasienter anbefales bruk av "teach-back method".</p>
Kvalitetsvurdering:	Studien viser resultater der det kun er deltakerens meninger og holdninger som presenteres. Studien har ikke data fra deltakernes behandlere, og hvilke informasjon de har mottatt er ikke kartlagt. Likevel gir studien et unikt innblikk i kreftpasienters forståelse og opplevelse av å motta prognoseinformasjon.
Relevans for oppgaven:	Artikkelen setter lys på kreftpasienters perspektiv ved kommunisering av viktig klinisk informasjon om prognose. Dette perspektivet er viktig for å bedre kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, og hindre eventuelle misforståelser.

4.1.3 Artikkel 3:

Referanse:	Fontes, C.M.B. <i>et. al.</i> (2017) Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature, <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , 70(5), s. 1089-1095. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143
Land:	Brasil
Hensikt med studien:	Beskrive prosessen ved å kommunisere dårlige nyheter til pasienter, og hvordan sykepleier tilnærmer seg oppgaven å overlevere dårlige nyheter.
Nøkkelord:	Truth-Telling; Communication; Nursing; Family; Information
Metode:	Review: ni artikler ble brukt
Resultat og diskusjon:	I Sverige, Nederland og USA har sykepleiere større autonomi i kommunikasjon med pasienter om dårlige nyheter. Det fokuseres på å balansere mellom håp og sannhet.
Konklusjon:	Reviewen viser at pasienter gjerne ønsker å få informasjon slik at de kan forstå sin egen diagnose og prognose, og kunne ta avgjørelser for behandling videre. Sykepleiere har en viktig rolle i kommunikasjon med pasienter. Hvordan informasjon formidles spiller stor rolle for pasientens reaksjon på innholdet.
Kvalitetsvurdering:	Reviewen presenterer funn fra ulike land. Noen av disse artiklene er derfor ikke overførbare til norske forhold, og ekskluderes fra oppgaven. Én artikkel fokuserer på neonatologi (nyfødtdmedisin), som i denne oppgaven ses bort ifra grunnet feil fokusområde. De gjenstående fire artiklene fra Sverige, Nederland og USA inkluderes derfor i oppgaven, da de ble regnet som overførbare til norske forhold.
Relevans for oppgaven:	Reviewen fokuserer på kommunikasjon mellom sykepleier og pasient ved dårlige nyheter, og ivaretagelse av pasienten i en slik situasjon. Det presenteres funn fra kreftomsorgen og palliativ pleie.

4.1.4 Artikkel 4:

Referanse:	Banerjee, S.C. <i>et. al.</i> (2015) Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study, <i>Nurse education in practice</i> , 16(1), s.193-201. doi: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.07.007
Land:	USA
Hensikt med studien:	Presentere kommunikasjonsutfordringer som sykepleiere i et onkologisk sykehus står ovenfor, der tema var død eller livets slutt.
Nøkkelord:	Communication challenges; communication skills training; death and dying; empathic communication; end-of-life; in-patient; nursing; oncology nursing
Metode:	Kvalitativ studie: 121 sykepleiere deltok. Spørreundersøkelsen besto av kvalitative og kvantitative spørsmål.
Resultat og diskusjon:	<p>Resultatet beskrev 6 temaer; motsetninger, byrden av å bære dårlige nyheter, mangel på ferdighet for å gi empati, institusjonelle barrierer, forskjeller mellom sykepleier og pasient, og utfordrende situasjoner.</p> <p>Resultatet av spørreundersøkelsen viste at selvtilliten blant sykepleiere i samtale om livets slutt var lav. Det viste også at sykepleiere i kreftomsorgen trenger mer trening i å vise empati, og mer opplæring i kommunikasjonsferdigheter.</p>
Konklusjon:	Studien gir en beskrivelse av utfordringer sykepleiere i onkologisk sykehus opplever. Bedre opplæring i kommunikasjonsferdigheter for sykepleiere i kreftomsorgen er nødvendig, ifølge studien.
Kvalitetsvurdering:	Studien har mange deltakere, til tross for å være en kvalitativ studie. Likevel er alle deltakerne fra samme sykehus, og det er dermed usikkert om resultatene er overførbare til andre sykehus.
Relevans for oppgaven:	Studien beskriver utfordringer sykepleier kan møte i kommunikasjon med kreftpasient ved livets slutt, og ivaretagelse av pasienten i denne situasjonen.

4.1.5 Artikkel 5:

Referanse:	Wittenberg-Lyles, E.; Goldsmith, J. & Ragan, S. (2011) The Shift to Early Palliative Care: A Typology of Illness Journeys and the Role of Nursing, <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> , 15(3), s. 304-310. DOI: http://dx.doi.org/10.1188/11.CJON.304-310
Land:	USA
Hensikt med studien:	Kartlegge hvilke kommunikasjonsegenskaper som påvirker palliativ omsorg og hvordan disse påvirker pasientens og familiens erfaring med helsetjenesten.
Metode:	Kvalitativ studie med to ulike datainnsamlingsmetoder; observasjonsnotater og intervju. Seks pasienter med pårørende ble intervjuet over 2 år.
Resultat og diskusjon:	Det ble identifisert fem kommunikasjonsegenskaper, som la grunnlag for tre ulike sykdomsforløp; isolert, reddet og ivaretagende forløp.
Konklusjon:	Sykepleier spiller en viktig rolle i ivaretagelsen av kreftpasienter med langtkommen kreft, og deres pårørende. Sykepleier er i en posisjon som gir mulighet for å hjelpe pasient og pårørende med forståelse av prognose og behandlingsmuligheter.
Kvalitetsvurdering:	Studien følger IMRaD-struktur, men resultatdelen er ikke tydeliggjort. Resultatene fremstilles under <i>Typology of Family Journeys</i> .
Relevans for oppgaven:	Studien beskriver kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende i overgangen til palliativ pleie.

4.1.6 Artikkel 6:

Referanse:	Moir, C. <i>et.al.</i> (2015) Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses, <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 21(3), s.109-112. doi: https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.3.109
Land:	USA
Hensikt med studien:	Kartlegge kunnskap hos sykepleiere i kommunikasjon med pasient og pårørende om palliativ fase.
Metode:	Kvantitativ studie: 60 sykepleiere deltok. Undersøkelsen tok for seg tre ulike temaer; pasient- og familiesentrert kommunikasjon, kulturelle og etiske verdier, og effektivitet.
Resultat og diskusjon:	Sykepleieerfaring hadde betydning for hvor komfortable sykepleierne var i å diskutere palliativ behandling med pasienter og pårørende.
Konklusjon:	Sykepleiere med mindre erfaring ville ha nytte av videre undervisning for å kunne bli mer komfortable og gi bedre behandling til palliative pasienter.
Kvalitetsvurdering:	Studien er kvantitativ, men det er kun 60 sykepleiere som deltok. Da studien er kvantitativ består det mye av formler og tall, som ikke kunne brukes i oppgaven.
Relevans for oppgaven:	Artikkelen tar for seg kommunikasjon mellom sykepleier og pasient ved palliativ fase.

4.2 Sammenfattende resultat

Gjennom analyse av artiklenes resultater er det identifisert tre hovedtemaer.

4.2.1 Kommunisere dårlige nyheter

Moir *et. al.* (2015) og Mishelmovich, Arber og Odellius (2016) viser til resultater der erfaring med å overlevere dårlige nyheter, hadde betydning for hvor komfortable sykepleierne var i å kommunisere med pasient og pårørende om palliativ pleie. Hvor komfortable sykepleierne er, kan hjelpe dem å takle pasienters reaksjoner på en rolig og profesjonell måte. Mishelmovich,

Arber og Odellius (2016) identifiserer pasienters uventede og uforutsigbare reaksjoner som en utfordring. Det trekkes frem viktigheten av sykepleiernes ulike roller i formidling av dårlige nyheter. Sykepleierollene kan innebære å være tilstede og støtte pasienten, og forklare og oppsummere det legen har informert om. I tillegg trekker Mishelmovich, Arber og Odellius (2016), Wittenberg-Lyles, Goldsmith og Ragan (2011) og Fontes *et.al.* (2017) frem viktigheten av nonverbal kommunikasjon i form av berøring og aktiv lytting, sammen med verbal kommunikasjon.

Banerjee *et. al.* (2015) og Mishelmovich, Arber og Odellius (2016) beskriver kartlegging og klargjøring av pasient og pårørende før den vanskelige samtalen. Sykepleier skal kartlegge hva pasienten er informert om fra før, ønsker for samtalen og forståelse av sin situasjon. Cartwright *et. al.* (2014) og Fontes *et. al.* (2017) påpeker pasienters forståelse av prognose og diagnose. Manglende forståelse var noe som gikk igjen hos flere av pasientene, i tillegg til faren for misforståelser ved overlevering av viktig informasjon. Dette er noe sykepleier må ta til betraktning i samtalen med pasient. Cartwright *et. al.* (2014) beskriver derfor “teach-back”-metoden, som skal hindre misforståelser hos pasienten. Metoden går ut på å få pasienten til å forklare informasjonen som har blitt gitt, tilbake til helsepersonellet.

4.2.2 Kommunikasjonsutfordringer hos den enkelte sykepleier

Banerjee *et. al.* (2015) og Mishelmovich, Arber og Odellius (2016) trekker frem sykepleiers personlige erfaringer i møte med kreftpasienter og pårørende. Til tross for yrkeserfaring, var personlig erfaring en viktig faktor i hvordan sykepleier møtte og relaterte seg til pasientene. Wittenberg-Lyles, Goldsmith og Ragan (2011), Banerjee *et. al.* (2015) og Mishelmovich, Arber og Odellius (2016) beskriver relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende som en sentral del i kommunikasjon av vanskelige samtaler. En god relasjon kunne være med på å skape mer åpenhet og trygghet, men samtidig være en utfordring dersom relasjonen ble for nær.

Banerjee *et. al.* (2015) og Mishelmovich, Arber og Odellius (2016) beskriver empati som en viktig del av sykepleien, for å kunne se pasientens perspektiv og for å forstå deres behov og følelser. Banerjee *et. al.* (2015) beskriver også utfordringer med å formidle empati på riktig måte, noe som stiller krav til sykepleiers kommunikasjonsferdigheter.

4.2.3 Pasientens opplevelse og reaksjoner

Sterke reaksjoner og følelser gjør at minnene rundt overlevering av dårlige nyheter kanskje aldri glemmes. Det er derfor viktig at sykepleier gjør at pasienten føler seg ivaretatt, til tross for den vonde nyheten (Fontes *et. al.*, 2017). Ved overlevering av dårlige nyheter beskriver Banerjee *et. al.* (2015) og Mishelmovich, Arber og Odellius (2016) viktigheten av emosjonell støtte. Dette trekkes frem som en av sykepleierens viktigste oppgaver i ivaretagelsen av kreftpasienter i krise. Det trekkes frem i Banerjee *et. al.* (2015) en opplevd utfordring der sykepleier følte at emosjonell støtte ikke var tilstrekkelig, og de ble selv berørt i samtalen om palliativ pleie.

Mishelmovich, Arber og Odellius (2016) og Fontes *et. al.* (2017) beskriver viktigheten av å kommunisere med ærlighet, samtidig bevare håpet hos pasienten. Dette kan være med på å bygge tillit mellom sykepleier og pasient. Deltakere i Cartwright *et. al.* (2014) mente at helsepersonell ikke virkelig kunne vite utfallet av sykdommen. De hadde negative holdninger til prognoseinformasjon, og mente det var uempatisk, som å sette en "utgått-dato" på et menneskes liv. Samtidig i Wittenberg-Lyles, Goldsmith og Ragan (2011) fremheves muligheten for åpenhet og kommunikasjon om palliativ pleie med kreftpasienten og pårørende. Dette gir pasient og pårørende mulighet til å planlegge livets slutfase.

5.0 Drøfting

I drøftingen skal oppgavens problemstilling belyses og svares på ved bruk av relevant teori og forskning. Drøftingen skal ta opp temaene som er trukket frem i de sammenfattende resultatene, og hjelpe til å besvare hvordan sykepleier gjennom god kommunikasjon kan ivareta pasienten i krise.

5.1 Kommunisere dårlige nyheter

Sykepleiers rolle i palliativ fase er å være der for pasienten, gi støtte og hjelp når de dårlige nyhetene formidles. For at pasienten skal kunne ta kvalifiserte valg i planleggingen av livets slutfase, er en avhengig av tilstrekkelig informasjon (Reitan, 2019a). I samtale med pasienten handler det om å støtte og møte deres krisereaksjoner, ikke bare informere den dårlige nyheten. Formidling av slike nyheter kan oppleves vanskelig for både sykepleier og pasient (Eide og Eide, 2016).

Både Reitan (2019a) og Eide og Eide (2016) presenterer begge prosesser for ivaretagelse av pasienten, gjennom formidlingen av dårlige nyheter. Tiden før, under og etter samtalen inngår i denne prosessen.

5.1.1 Forberedelse til samtalen

I formidlingen av dårlige nyheter er forberedelser av seg selv og pasienten vesentlig for resultatet av samtalen (Eide og Eide, 2016). Innholdet i budskapet kan ikke endres, og sykepleier kan ikke ta bort smerten dette vil påføre pasienten. Sykepleier forbereder seg selv for å ta imot pasientens smerte, og forbereder pasienten på å håndtere smerten (Reitan, 2019a). Imidlertid kan det oppleves vanskelig å forberede seg med en konkret plan for samtalen, da pasienter reagerer ulikt på slike smertefulle nyheter. Noen sykepleiere bruker derfor mindre tid på forberedelser, og brukte istedenfor tidligere erfaringer og kunnskaper til å møte pasienten i krise (Mishelmovich, Arber og Odellius, 2016). Moir *et.al* (2015) støtter også betydningen av erfaring hos sykepleier for hvor komfortable de er i å overlevere viktige nyheter. Det kan tenkes at en mer uerfaren sykepleier kan ha nytte av å bruke en plan, slik som Reitan (2019a) og Eide og Eide (2016) beskriver i sine prosesser for

informasjonsformidling. Det kan tolkes at prosessen for å overlevere nyheter må tilpasses av den enkelte sykepleier, etter eget behov og erfaring.

Det er nødvendig å kartlegge informasjon angående diagnose og prognose med pasienten før formidling av dårlige nyheter (Banerjee *et. al.*, 2015; Reitan, 2019a). Reitan (2019a) beskriver kartlegging av pasientens kunnskap, og forståelse av egen sykdom som en sentral del av forberedelsen. I tillegg trekkes frem viktigheten av at sykepleier unngår tidspress og bruker tid på å forberede seg. Pasienten har rett til å bli ivaretatt på en god måte selv om sykepleier opplever å ha dårlig tid. Sykepleier må da kunne kommunisere effektivt, og målrettet mot pasientens behov (Heyn, 2016).

I Banerjee *et. al.* (2015) fokuseres det på å kartlegge hva pasienten er informert om fra før, og om de er klare til å motta den dårlige prognosen. Det er også viktig å kartlegge pasient og pårørendes forventninger til den vanskelige samtalen (Banerjee *et. al.*, 2015). Å vite hva pasienten selv ønsker for samtalen kan oppleves som styrkende for sykepleier, og det gir mulighet for å utvikle en felles plan for videre behandling. For pasienten kan det å uttrykke sine ønsker gi styrket empowerment og autonomi (Michelmovich, Arber og Odellius, 2016). Uten forberedelser til den vanskelige samtalen, opplevdes det utfordrende for sykepleier å diskutere døden med pasienter (Banerjee *et. al.*, 2015).

Videre poengterer Reitan (2019a) at en også må kartlegge hva slags informasjon pasienten ønsker. Det kan være tilfeller der pasienten ønsker lite eller ingen informasjon, og sykepleier må respektere dette. Retten til å reservere seg mot informasjon er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2, på en annen side beskriver også loven at pasienten skal ha all nødvendig informasjon for å ha innsikt i egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

5.1.2 Når sannheten fortelles

Ved formidling av informasjon handler det ikke bare om hva som blir sagt, men hvordan informasjonen blir formidlet. Det er legens ansvar å formidle dårlige nyheter til kreftpasienten, men sykepleier spiller en viktig rolle med å være tilstede under samtalen for å gi støtte og hjelp til pasienten (Michelmovich, Arber og Odellius, 2016; Reitan, 2019a). Cartwright *et. al.* (2014), Michelmovich, Arber og Odellius (2016) og Reitan (2019a) trekker frem viktigheten av å gi informasjonen i pasientens tempo, trinnvis og unngå å overinformere

pasienten. I tillegg bør formålet med samtalen komme tidlig og tydelig frem for å unngå misforståelser (Eide og Eide, 2016; Reitan, 2019a). Sykepleier kan være med på å forebygge at verdifulle opplysninger går tapt i informasjonsmengden ved å være bevisst dette.

Videre i samtalen trekker Cartwright *et. al.* (2014), Mishelmovich, Arber og Odelius (2016) og Fontes *et. al.* (2017) frem ulike punkter som er viktig for sykepleier å tenke på i ivaretagelsen av pasienten. Snakke i et "enkelt" og klart språk, og unngå fagbegreper, slik at informasjonen blir forståelig for pasienten. Sykepleier må gi pasienten rom for å stille spørsmål, slik at de får uttrykt sine tanker og meninger. I tillegg må sykepleier være støttende, for å gi pasienten en følelse av ivaretagelse og trygghet.

Effektiv bruk av både verbal og nonverbal kommunikasjon er en viktig kommunikasjonsferdighet i formidlingen av dårlige nyheter (Fontes *et. al.*, 2017). Det nonverbale er det mest grunnleggende i kommunikasjon mellom mennesker. Det tilfører dybde til innholdet som blir formidlet. Det nonverbale kommuniserer ens følelser og reaksjoner til innholdet i samtalen (Travelbee, 1999).

Aktiv lytting og berøring er to viktige former for nonverbal kommunikasjon som trekkes frem i Wittenberg-Lyles, Goldsmith og Ragan (2011) og Mishelmovich, Arber og Odelius (2016) ved overlevering av dårlige nyheter. Bruk av berøring, som en betryggende hånd på ryggen eller en hånd å holde i, kan spesielt for alvorlig syke føre sykepleier og pasient nærmere hverandre. Ved bruk av aktiv lytting kan pasienten få tid til å bearbeide informasjonen som er gitt, og kanskje lettere forstå og akseptere den vanskelige situasjonen. Sykepleier skal gi pasienten en følelse av å bli sett og hørt, slik at pasienten kan åpne seg om sine tanker og følelser (Eide og Eide, 2016; Heyn, 2016). Aktiv lytting handler om at sykepleier må kunne vite når en skal tie, og når en skal snakke (Travelbee, 1999).

5.1.3 Avslutning av den vanskelige samtalen

Når samtalen om overgangen til palliativ fase avsluttes, er det å være sammen med pasienten, en viktig sykepleieroppgave. Sykepleier blir igjen som en støtte for pasienten, og kan oppsummere det legen har informert om. I tillegg åpne for spørsmål, og planlegge videre samtale og oppfølging (Mishelmovich, Arber og Odelius, 2016; Reitan, 2019a). Dette kan være med på at pasienten føler seg ivare tatt, selv om kurativ behandling avsluttes.

I formidling av dårlige nyheter er misforståelser og mistolkninger en sårbarhet i kommunikasjonsprosessen. Pasienters manglende forståelse av diagnose og prognose kan være en ekstra utfordring (Cartwright *et. al.*, 2014; og Fontes *et. al.*, 2017). Travelbee (1999) poengterer viktigheten av å sikre forståelse av informasjonen som blir gitt. Derfor trekkes “teach-back”-metoden inn som et nyttig verktøy for å sikre forståelse av innholdet i samtalen. Denne metoden kan utelukke eventuelle misforståelser, ved å oppklare slike forvirringer med en gang (Cartwright *et. al.*, 2014). Underveis i samtalen kan den brukes for å sikre forståelse før en går videre, eller legger til mer informasjon. Metoden er også nyttig for å kartlegge hvor godt helsepersonell formidler informasjon, og hvor godt pasienten forstår informasjonen som er gitt. “Teach-back”-metoden overfører ansvaret fra pasient over til helsepersonellet for å sikre forståelse av innholdet i samtalen, istedenfor å vente på at pasienten skal si ifra når de er usikre. Avslutningsvis må sykepleier være forberedt på at informasjonen kanskje må gjentas flere ganger i senere tid, da informasjon kan bli glemt og nye misforståelser kan oppstå (Cartwright *et. al.*, 2014).

5.1.4 Kommunikasjonsferdigheter

Overgangen til palliativ behandling kan oppleves svært utfordrende for både sykepleier, pasient og pårørende (Moir *et. al.*, 2015). Sykepleiers kommunikasjonsferdigheter, kunnskaper og evne til refleksjon, er viktig for å gi god støtte og pleie til kreftpasienter i denne overgangen (Reitan, 2019a).

Ferdigheter tilegnes gjennom praksis, og en kan lære av de mest komplekse og vanskelige situasjoner. Moir *et. al.* (2015) og Mishelmovich, Arber og Odellius (2016) belyser to sider av dette i sine artikler. I Mishelmovich, Arber og Odellius (2016) var sykepleierne komfortable og trygge i kommunikasjon med kreftpasienter i overlevering av dårlige nyheter, da de hadde mye erfaring med temaet. I Moir *et. al.* (2015) derimot hadde sykepleierne mindre yrkeserfaring, og opplevde det derfor som ubehagelig å kommunisere med pasienter og pårørende om palliativ pleie. Til tross for mye eller lite erfaring, har alle sykepleiere visse kommunikasjonsferdigheter, samtidig kan en alltid lære mer (Travelbee, 1999). Uansett ses viktigheten av gode kommunikasjonsferdigheter for at sykepleier skal føle seg kompetent i overlevering av dårlige nyheter, og kan derfor yte bedre pleie til pasienten.

En annen måte sykepleier kan tilegne seg bedre kommunikasjonsferdigheter er gjennom opplæring og undervisning. Bedre undervisning og opplæring for sykepleiere i kommunikasjon om palliativ pleie, vil være en fordel i møte med pasient og pårørende (Moir *et. al.*, 2015; Fontes *et. al.*, 2017). Ved å fokusere på kommunikasjon i utdanningen kan det fremme ivaretagelsen av kreftpasienter, da sykepleiere har en viktig rolle i formidling av informasjon med pasient og pårørende (Moir *et. al.*, 2015; Fontes *et. al.*, 2017).

Et siste viktig punkt er kollegial støtte for å utvikle kommunikasjonsferdigheter. Selvrefleksjon over situasjoner og egne handlinger er en viktig egenskap, men det gir ikke rom for tilbakemeldinger og veiledning (Reitan, 2019a). Gjennom refleksjon med kollegaer kan sykepleier styrke ferdigheter, utvikle seg som sykepleier, og bli mer trygg i sin rolle i kommunikasjon og ivaretagelse av kreftpasienter (Reitan, 2019a).

5.2 Kommunikasjonsutfordringer hos den enkelte sykepleier

5.2.1 Personlige erfaringer

Travelbee (1999) fremhever personlig erfaring med sykdom hos sykepleiere som en vesentlig del av pleien. Før eller siden vil sykepleier personlig gjennomgå erfaringer med sykdom, da det er en del av menneskers liv. Selv om døden og alvorlig sykdom er en ubehagelig realitet, kan det også være vanskelig å sette seg inn i en slik situasjon dersom en ikke har opplevd det selv (Travelbee, 1999).

Personlig erfaring kan endre hvordan sykepleier møter kreftpasienter og pårørende i overgangen til palliativ pleie. Banerjee *et. al.* (2015) og Michelmovich, Arber og Odelius (2016) viser til to eksempler der personlig erfaring er i fokus. En sykepleier som hadde personlig erfaring med kreft i familien, kunne møte kreftpasienten på en annen måte, og lettere sette seg inn i deres situasjon. I tillegg opplevde hun mer empati og ble mer sensitiv mot pasientens pårørende. I motsetning opplevde sykepleier uten personlig erfaring med kreft, større vanskeligheter med å skape nær relasjon til pasienten og se situasjonen i deres perspektiv (Banerjee *et. al.* 2015; Mishelmovich, Arber og Odelius, 2016). Her ses hvordan personlig erfaring kan hjelpe sykepleier å få innsikt i pasienten og pårørendes situasjon.

5.2.2 Relasjon mellom sykepleier og pasient

Gode relasjoner mellom sykepleier, pasient og pårørende er viktig i overgangen til palliativ fase. Et godt sykepleier-pasient forhold er med på å ivareta kreftpasienten, og gi psykososial støtte i krisesituasjoner (Wittenberg-Lyles, Goldsmith og Ragan, 2011; Eriksen, 2016).

Sykepleier kan oppleve det lettere å kommunisere dårlige nyheter til pasienten, når de har en relasjon bygget på tillit. For pasienten kan det også være lettere å akseptere sannheten, når det er god relasjon og tillit til sykepleieren. Noen sykepleiere kan oppleve det vanskelig å overlevere dårlige nyheter til pasienter en ikke har relasjon til (Mishelmovich, Arber og Odelius, 2016). Det kan også være en utfordring når relasjonen blir for nær, og sykepleier blir for involvert. Det blir da vanskelig å balansere tilknytning og løsrivelse i relasjon til pasient og pårørende. Når relasjonen blir for vennskapelig kan det bli vanskelig å kommunisere med pasienten og pårørende om livets slutt, uten å være for emosjonelt involvert selv (Banerjee *et.al*, 2015).

God relasjon til pasienten har mange positive sider, men sykepleier må være bevisst sitt profesjonelle ansvar. Møtet mellom sykepleier og pasient har tross alt et formål (Eriksen, 2016). Det er derfor viktig å finne et balansert og profesjonelt forhold for at sykepleier skal ivareta kreftpasienten, i overgangen til palliativ fase. Travelbee mente at sykepleier gjennom gode relasjoner kan hjelpe pasienter å mestre livet med sykdom, og finne en mening med det (Eide og Eide, 2016). Derimot i Eriksen (2016) konkluderes det med at tidligere kjennskap til pasienten ikke spilte en stor rolle, og at pasienten opplever like god psykososial støtte på tross av relasjon til sykepleier. Det er derfor uenigheter i litteraturen om viktigheten av relasjon i sykepleien ved overlevering av dårlige nyheter.

5.2.3 Formidle empati

I sykepleien er empati grunnleggende for god kommunikasjon med pasienter, og kan være med på å skape god relasjon. I tillegg kan empati gi pasienten en følelse av at deres ønsker og behov, blir sett og hørt. Empati innebærer å lytte og sette seg inn i pasientens situasjon, deres følelser og reaksjoner. Det kan kommuniseres både verbalt, nonverbalt og gjennom handling (Eide og Eide, 2016; Heyn, 2016). På denne måten kan sykepleier få en forståelse av hvordan det er å motta ødeleggende nyheter (Mishelmovich, Arber og Odelius, 2016).

Det opplevdes krevende for enkelte sykepleiere å vise empati, da de ikke visste hvordan de skulle formidle det på en god måte (Banerjee *et. al.*, 2015; Mishelmovich, Arber og Odelius, 2016). Heyn (2016) poengterer at noen sykepleiere kan ha fraværende evne til å formidle empati i pasientsituasjoner. Det kan henge sammen med utfordringen som presenteres i Banerjee *et. al.* (2015), hvor sykepleier opplevde vanskeligheter med å håndtere egne følelser. Når sykepleiere skulle vise empati, omsorg og trøst til pasienter, opplevde de selv å bli berørt av situasjonen. Det er viktig at sykepleier i en slik situasjon legger sine egne følelser til side, og har pasienten i sentrum. Sykepleier skal vise empati og omsorg, men ikke la seg styre av egne følelser (Travelbee, 1999; Heyn, 2016).

En annen utfordring som trekkes frem i Banerjee *et. al.* (2015) er balansen mellom empati og klinisk behandling. En sykepleier opplevde et dilemma mellom å kommunisere empatisk, og prioritere klinisk behandling slik hennes kollegaer forventet (Banerjee *et. al.*, 2015). Også Heyn (2016) poengterer dette dilemmaet, der det beskrives en biodynamisk dominans. Med dette menes at det psykiske nedprioriteres til fordel for det somatiske, som gjør at empati også nedprioriteres (Heyn, 2016).

Til tross for utfordringer med å formidle empati, er det en ferdighet som kan læres. Det er en viktig ferdighet som kan utvikles for å hjelpe sykepleier å uttrykke seg, samtidig gi dem selvtillit i møte med pasientenes følelser (Banerjee *et. al.*, 2015; Heyn, 2016).

5.3 Pasientens opplevelse og reaksjoner

5.3.1 Balansere håp og sannhet

Travelbee beskriver håp som viktig for å kunne håndtere byrden av sykdom og lidelse ved tap og kriser. I et kreftforløpet er håpet nødvendig å ivareta, spesielt for kreftpasienter med langtkommen sykdom (Utne, 2019). Sykepleier må hjelpe pasienten med å bevare eller gjenvinne håpet, for å unngå håpløshet. Uten bevaring av håpet i overlevering av dårlige nyheter, vil det kunne føre til unødvendig og alvorlig engstelse hos pasienten (Travelbee, 1999).

I overgangen til palliativ fase er det ikke lenger håp om overlevelse, og sykepleier må derfor hjelpe kreftpasienten å ivareta håpet om en god slutfase i livet (Wittenberg-Lyles, Goldsmith og Ragan, 2011; Reitan, 2019a). I tillegg til håp, er ærlighet en essensiell faktor ved overlevering av dårlige nyheter. Ærlighet er en forutsetning for kvalitet i pleien ved overgangen til palliativ pleie. Om sykepleier er uærlig vil det vekke mistillit og muligens sinne hos pasienten (Fontes *et. al.*, 2017). Informasjonen som gis skal være både ærlig og gis med omsorg (Mishelmovich, Arber og Odelius, 2016; Reitan, 2019a).

På en annen side kan informasjon om prognose og mortalitet oppleves som unødvendig smerte for noen kreftpasienter. Det fjernet håpet og viljen til å kjempe videre (Cartwright *et. al.*, 2014; Fontes *et. al.*, 2017). Likevel må sykepleier kommuniserer med ærlighet, slik at pasienten beholder sin autonomi og kan ta veloverveide valg angående blant annet behandlingsforløpet (Fontes *et. al.*, 2017). Travelbee (1999) beskriver også håp relatert til valg. Den som har valgmuligheter har også håp. Av den grunn tolkes det at håp er avhengig av autonomi. Det er derfor viktig at sykepleier balanserer håp og ærlighet ved overgangen til palliativ pleie, slik at kreftpasienten både får tilstrekkelig informasjon og samtidig føler seg ivaretatt på det psykososiale plan.

5.3.2 Ivaretagelse av pasienten i krisereaksjoner

Alle mennesker er individuelle, og reagerer derfor ulikt på vanskelige situasjoner og under påkjenning (Travelbee, 1999; Cartwright *et. al.*, 2014). Et spørsmål som kan dukke opp er; hvorfor meg? Det kan være vanskelig å akseptere en dårlig prognose, og sykepleier må derfor hjelpe pasienten med å akseptere sannheten (Travelbee, 1999). I overgangen til palliativ fase må sykepleier forvente å møte ulike krisereaksjoner. Pasienten kan reagere i forsvar da det er vanskelig å ta innover seg den potensielt smertefulle nyheten. Det er derfor en svært viktig oppgave for sykepleier å gi pasienten mulighet til å få utløp for de følelsene og reaksjonene som kommer. Her kommer god kommunikasjon inn som en essensiell del i ivaretagelsen av pasienten i krise (Eide og Eide, 2016; Mishelmovich, Arber og Odelius, 2016).

For å hjelpe pasienten å akseptere den dårlige prognosen, må sykepleier gi emosjonell støtte ved å vise omsorg og interesse for pasienten, og anerkjenne deres behov og ønsker (Mishelmovich, Arber og Odelius, 2016). Likevel kan flere sykepleiere føle seg utilstrekkelig i overgangen til palliativ fase, når emosjonell støtte er det eneste de føler de kan tilby

pasienten (Banerjee *et. al.*, 2015). Samtidig må sykepleier balansere mellom å være profesjonell, støttende og forståelsesfull (Mishelmovich, Arber og Odellius, 2016). De må forholde seg profesjonelt til situasjonen, og ikke la seg påvirke av pasientens følelser. Det er tross alt pasienten som mottar den vonde beskjeden, og trenger derfor støtte fra sykepleier.

Kanskje vil pasienten aldri glemme det øyeblikket de mottok den vonde beskjeden, da de sterke følelsesmessige reaksjonene lagres i minnet. Hvordan nyheten formidles og hvordan de ble ivaretatt vil huskes av pasienten, om det så er på en god eller dårlig måte (Fontes *et. al.*, 2017). Derfor er det spesielt viktig at sykepleier er med på å skape et minne, der pasienten kan føle seg trygg og ivaretatt i overgangen til palliativ fase.

5.3.3 Holdninger til prognoseinformasjon

Å få vite at kreften er uhelbredelig er en vond beskjed å motta, og det er mange meninger rundt hva som skal sies og ikke i en slik situasjon. I Cartwright *et.al* (2014) beskrives negative holdninger til informasjon om prognose blant kreftpasienter, der prognose er mistolket som mortalitet. Deltakerne opplevde prognoseinformasjon som unødvendig og uempatisk, og at det burde utelates i samtalen. Sykepleier burde heller være med pasienten å “kjempe” til slutten. En deltaker poengterer:

I feel like you got to fight, and also the doctor got to fight for you too. You don't need a doctor come in your room, hospital bed, and say, “Oh this is it. Ain't nothing I can do for you. You just going to die.” You don't know that. You don't know if I'm going to die or not (Cartwright *et. al.*, 2014, s. 314).

Sitatet reflekterer de sterke følelsene deltakeren opplever rundt prognostisk informasjon, og setter situasjonen veldig på spissen. Det kan tenkes at deltakeren opplevde at behandling kun handlet om å bli kurert eller ikke, og uten kurativ behandling følte pasienten seg sviktet. Deltakeren mente at legen ikke virkelig kunne vite om kreftsykdommen var uhelbredelig eller ikke, uansett kreftdiagnose. Reaksjonen til deltakeren tolkes som benektelse for situasjonen. Flere deltakere var enige i påstanden, og en annen deltaker påstod at legene bare gjettet på prognose, da en ikke virkelig kan vite slikt (Cartwright *et. al.*, 2014).

Ut fra statistikk kan en få oversikt over fremtidsutsiktene ved ulike kreftformer (Nakken, 2019). Prognose kan regnes ut for hvert individ med et gjennomsnitt, som gir en formening om alvorlighetsgraden av kreftsykdommen. Likevel er dette kun statistikk, og et gjennomsnitt er ikke et fasitsvar. Noen pasienter lever lenger eller kortere enn gjennomsnittet, og et konkret tall på hvor mange år eller måneder pasienten har igjen å leve kan være unødvendig å formidle. Likevel er det viktig for kreftpasienten å vite hvordan fremtiden ser ut, og hva som er forventet i kreftforløpet (Nakken, 2019). Cartwright *et. al.* (2014) foreslår derfor at sykepleier må forklare hvor prognoseinformasjon kommer fra og hva det handler om, og hvordan kreftpasienten kan bruke informasjonen som et verktøy for å ta avgjørelser angående behandling. I tillegg skal sykepleier kartlegge hva pasienten ønsker av informasjon, slik som forventet levetid som beskrevet i Cartwright *et. al.* (2014) og Nakken (2019). Det er tross alt lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 at informasjonen ikke skal gis mot pasienten vilje.

Når pasient har god innsikt og er fortrolig med prognosen, gir det mulighet for åpen kommunikasjon mellom pasient, sykepleier og pårørende. Det gir pasienten mulighet til å planlegge livets slutfase og snakke med pårørende om livet etter døden (Wittenberg-Lyles, Goldsmith og Ragan, 2011). For å illustrere dette vises det til et erfaringsbasert eksempel; Ola Nordmann hadde langtkommen kreft med kort forventet levetid. Mot slutten av levetiden brukte Ola tid sammen med pårørende for å planlegge sin egen begravelse, da han ville gjøre det lettere for pårørende etter at han selv var gått bort.

Kartlegging av pasientens preferanser om livets slutfase skal skje tidlig i overgangen til palliativ fase. Dette er noe som kan være til stor hjelp senere i sykdomsforløpet. Når pasienten ikke lenger kan kommunisere sine ønsker og behov, kan beslutninger tas med hensyn til hva som tidligere ble kartlagt (Wittenberg-Lyles, Goldsmith og Ragan, 2011). For pårørende kan det bli lettere å ta ulike beslutninger, og samtidig bevare pasientens autonomi. Ola sitt største ønske ved livets slutfase var å være mest mulig smertefri, og kunne få en så fredelig død som mulig. Da Ola var i terminal fase og ikke lenger kunne kommunisere, var hans ønsker allerede kartlagt sammen med pårørende. Dette gjorde at pårørende kunne være trygge på at Ola fikk en verdig slutt på livet. Mot slutten fikk Ola derfor kun symptomlindrende behandling, og pårørende var inneforstått med at han ikke ønsket å bli "holdt i live". Med hensyn til Ola sine tidligere kartlagte preferanser, hadde han

forhåpentligvis vært fornøyd med den behandlingen han mottok når han ikke lenger kunne tale for seg selv.

5.4 Kritisk vurdering av oppgaven

Gjennom arbeidet med oppgaven er det gradvis tilegnet mer kunnskap, og evnen til å vurdere og analysere innhold i litteratur har utviklet seg. Det kan tenkes at andre valg og vurderinger ville blitt gjort om oppgaven hadde blitt skrevet med kunnskapen og erfaringen som nå er tilegnet. Uten en tidsfrist hadde det blitt brukt enda mer tid på å utvikle og utvide oppgaven.

Problemstillingen omhandlet tidligere mer spesifikt lungekreftpasienter, enn generelt kreftpasienter. Det ble valgt å gå bort ifra dette, da resultater og funn fra artikler ikke fokuserte på en spesifikk krefttype. I overgangen til palliativ fase er det i mange tilfeller langtkommen kreft og spredning til flere organer i kroppen. I tillegg er hovedfokuset på kommunikasjon, som uansett skal tilpasses hvert enkelt individ, ikke krefttypen.

Av oppgavens seks inkluderte artikler, er fem av dem kvalitative studier. Dette er fordi kvalitative artikler ble tolket til å svare best på problemstillingen, da de går mer i dybden og en ser mer på hvert enkelt individ. Det er likevel inkludert en kvantitativ studie, da denne vekket interesse. Kvantitative studier har gjerne flere deltakere, og kan derfor gi et bedre breddeperspektiv. I den inkluderte kvantitative artikkelen er det derimot få deltakere, og resultatene gir derfor ikke godt nok breddeperspektiv. Det hadde vært ønskelig med flere motsigelser og ulike meninger i artiklenes resultater, for å kunne se flere sider av problemstillingen. Ettersom artiklene er skrevet på engelsk, tas dermed forbehold om eventuelle språklige misforståelser i tolkningen av artiklene.

Oppgaven retter seg inn mot sykepleiere i møte med uhelbredelige kreftpasienter, men er likevel overførbar til andre helsefaglige yrkesgrupper og pasientgrupper. Det anerkjennes at det er legens ansvar å informere om dårlig prognose, men oppgaven fokuserer på sykepleiers rolle og oppgave i den vanskelige overgangen. I artiklenes resultater brukes omtalen helsepersonell, likevel er det valgt å bruke sykepleier for å svare på problemstillingen. Artiklene omtaler generelt dårlige nyheter. I oppgaven rettes dårlige nyheter direkte til

informasjonen om at pasienten skal over i palliativ fase. Krisesituasjonen det siktes til i oppgaven er samtalen om overgangen til palliativ fase.

6.0 Konklusjon

Når kreften er uhelbredelig; Hvordan kan sykepleier gjennom bruk av god kommunikasjon, ivareta pasienten i krise ved overgang til palliativ fase?

Sykepleier er i en unik posisjon til å ivareta kreftpasienter i overgangen til palliativ fase. Gjennom god kommunikasjon kan sykepleier gi støtte og hjelpe pasienten å akseptere den vonde sannheten. Hvordan nyheten formidles under selve samtalen, og hva sykepleier sier og gjør, er svært viktig. Sykepleier må være profesjonell, forståelsesfull, omsorgsfull og empatisk, for å kunne støtte og ivareta kreftpasienten i krise.

Sykepleiere skal være forberedt på å møte de ulike krisereaksjonene som kan oppstå hos pasienten, og hjelpe med planlegging av veien videre. Tidlig kartlegging av pasientens ønsker og behov, gjennom bruk av åpen og målrettet kommunikasjon, er med på å sikre ivaretagelsen av pasient og pårørende i overgangen til palliativ fase. Dette er med på å skape trygghet i livets slutfase. Likevel er ikke alle pasienter åpne og aksepterende for sannheten, og trenger hjelp av sykepleier for å kunne godta den vonde beskjeden. Ikke før pasienten aksepterer sannheten, kan livets slutfase planlegges på en god måte. Sykepleier må uansett kommunisere ærlig, og samtidig prøve å bevare håpet hos kreftpasienten.

For å kunne gjennomføre en slik kartlegging er det viktig å sikre at pasienten har forstått informasjonen om diagnose og prognose. Forståelse er en vesentlig del i kartleggingen av den palliative fasen, da pasienten trenger dette for å kunne fatte overveide valg. "Teach-back" metoden er et kommunikasjonsverktøy som kan brukes for å sikre en slik forståelse hos pasienten.

Funn fra litteraturstudien viser etterspørsel for mer undervisning og opplæring i kommunikasjonsferdigheter, for sykepleier i utfordrende samtaler med kreftpasienter. Det kan være med på å utvikle kvaliteten på ivaretagelsen av pasienter, samtidig kunne skape trygghet og mestringfølelse hos sykepleier.

7.0 Litteraturliste

Banerjee, S.C. *et. al.* (2015) 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

Brinchmann, B.S. (2012) De fire prinsippers etikk: velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 81-96.

Cartwright, L.A. *et. al.* (2014) Cancer Patients' Understanding of Prognostic Information, *Journal of Cancer Education*, 29, s. 311-317. doi: 10.1007/s13187-013-0603-9

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. og Eide, T. (2016) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eriksen, S. (2016) Menneskets psykososiale behov, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 887-907.

Fontes, C.M.B. *et. al.* (2017) Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), s. 1089-1095. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0143

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019) *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412?q=sykepleier> (Hentet: 24. mars 2020).

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

Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/> /attachment/inline/9563

[6e37-ce73-4f2f-a61d-e3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf](#) (Hentet: 2. mars 2020).

Heyn, L. (2016) 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.

Kreftforeningen (2020) *Hva er kreft?*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/> (Hentet: 19.mai 2020).

Kunnskapsdepartementet (2020) *Etikk i forskningen*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/> (Hentet: 24. mai 2020).

Mishelmovich, N., Arber, A. og Odelius, A. (2016) Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care, *European Journal of Oncology Nursing*, 21, s. 153-159. doi: 10.1016/j.ejon.2015.09.006

Moir, C. *et.al.* (2015) Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses, *International Journal of Palliative Nursing*, 21(3), s.109-112. doi: 10.12968/ijpn.2015.21.3.109

Moore, P.M. *et. al.* (2018) Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), s. 1-97. doi: 14651858.CD003751.pub4

Nakken, E.S. (2019) Generell onkologi, i Reitan, A.M. og Schjøllberg, T.K. (red.) *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 347-368.

NOU 2017: 16 (2017) *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.

NSF (u.å.) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet 5.mars 2020).

NSF (2018) *Forsvarlighet - Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20191202100138/NSF%20Forsvarlighetshefte%20april_2018..pdf?fbclid=IwAR04QOcIf2Yr4AwU9FSV5WtuxHVle35NrNHgoe8zZwYlQWu7WW%20Z3yE24hbQ (Hentet: 5. mars 2020).

NSF (2019) *Enestående kompetanse*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/om-sykepleie/artikkelliste/1212765> (Hentet: 5. Mars 2020).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighets#KAPITTEL_3 (Hentet: 8. april 2020).

Reitan, A.M. (2019a) Klinisk kommunikasjon, i Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (red.) *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 104-119.

Reitan, A.M. (2019b) Kreftsykepleie, i Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (red.) *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 33-49.

Reitan, A.M. (2019c) Psykologisk krise og mestringsmuligheter, i Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (red.) *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 82-103.

Søk og skriv (2017) *Kvalitative vurderinger*. Tilgjengelig fra: <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/kildevurdering/kvalitative-vurderinger/> (Hentet: 3. Mars 2020).

Thidemann, I.J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Utne, I. (2019) Håp i et kreftforløp, i Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (red.) *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 67-81.

Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. og Ragan, S. (2011) The Shift to Early Palliative Care: A Typology of Illness Journeys and the Role of Nursing, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(3), s. 304-310. doi: 10.1188/11.CJON.304-310

Vedlegg 1

Alle tall er oppdatert 27/5

Artikkel 1: Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care Mishelmovich, N., Arber, A. & Odelius, A. (2016)			
Søkeord og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Palliative care	PubMed		73 955
2. Oncology nursing	PubMed		8700
3. Nurse patient relations	PubMed		35 461
		1 AND 2 AND 3	97
Published last 10 years, full text and English		1 AND 2 AND 3	42

Artikkel 2: Cancer Patients' Understanding of Prognostic Information Cartwright, L.A. <i>et. al.</i> (2014)			
Søkeord og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Nurses	PubMed		216 226
2. Communication	PubMed		386 184
3. Information	PubMed		1 372 701
4. Prognosis	PubMed		741 192
5. Patients	PubMed		5 725 041
		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	74
Limiters: last 10 years, English language, full text		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	43

Artikkel 3: Communicating Bad News: An integrative review of the nursing literature Fontes, C.M.B. <i>et. al.</i> (2017)			
Søkeord og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Cancer patients	CINAHL		38 860
2. Communication skills	CINAHL		8 787
3. Terminally Ill Patients	CINAHL		12 837
		1 AND 2 AND 3	15
Limiters: peer reviewed, English language, 2010-2020, full text		1 AND 2 AND 3	5

Artikkel 4: Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study Banerjee, S.C. <i>et. al.</i> (2015)			
Søkeord og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Oncologic Nursing	CINAHL		17 827
2. Communication Skills	CINAHL		8 787
3. Nurse- Patient Relations	CINAHL		30 109
		1 AND 2 AND 3	32
Published last 10 years, English, peer reviewed		1 AND 2 AND 3	19

Artikkel 5:

**The Shift to Early Palliative Care:
A Typology of Illness Journeys and the Role of Nursing**
Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. & Ragan, S. (2011)

Søkeord og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Palliative Care	CINAHL		38 994
2. Cancer Patients	CINAHL		38 860
3. Terminally Ill Patients	CINAHL		12 837
4. Communication	CINAHL		299 281
		1 AND 2 AND 3 AND 4	75
Full Text, Peer Reviewed, Published between 2010- 2020, English		1 AND 2 AND 3 AND 4	19

Artikkel 6:

**Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care:
Comfort and educational needs of nurses**
Moir, C. *et.al.* (2015)

Søkeord og eventuelle avgrensninger	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Communication	CINAHL		299 281
2. Nurses	CINAHL		239 746
3. Patients	CINAHL		297 366
4. Oncologic nursing	CINAHL		17 827
		1 AND 2 AND 3 AND 4	72
Published last 10 years, peer reviewed, English, full text		1 AND 2 AND 3 AND 4	27

