



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgave

Kandidat nr: 63

Leveringsfrist: 17.02.11 kl. 14.00

Vurderingstype: Ordinær

Fagansvarlig: Benny Huser

KREFTSYKEPLEIE KREVER KUNNSKAP & KOMPETANSE



Bildet er hentet fra: <http://www.altomsyn.no/spesialistene-uttaler-seg>

BACHELOR I SYKEPLEIE

2011

Ordtelling: 8976

Kandidat nr: 63

Pyramiden

I Egypten bodde egypterne

for lenge, lenge siden.

De bygget så høyt, egypterne,

og vet du hvordan egypterne

fikk bygget pyramiden?

De tenkte som så, egypterne:

”Av stener bygger vi den.

Vi samler sten: først en, så en,

Og enda flere siden,

Og legger sten på sten på sten,

Så har vi pyramiden!”

Men der tok de feil, egypterne,

Ja, skammelig feil, egypterne.

For stenen var så tung og svær

At ingen kunne få lagt den der,

Nei, ikke engang egypterne!

Da var det at en av egypterne,

Den klokeste mann av egypterne

Fikk en idè. Han sa ”vi vil

Forsøke det med fløytespill,

Så får vi pyramiden til!”

*Så spilte de fløyter, egypterne,
Ti tusen fløyter, egypterne,
Og stenene gikk
For full musikk
Til vær: først en, så en, så en,
Og enda flere siden,
Og la seg flyvende sten på sten
Og ble til pyramiden!*

*De fikk det til, egypterne,
Med fløytespill, egypterne,
En gang i egypter-tiden.
Nå vet du hvordan egypterne
Fikk bygget pyramiden.*

Dikt av:

Andrè Bjerke

Hentet fra: "Den store dikt og regle boka" (2008). Oslo: Aschehoug

Sammendrag/Summary

Kreftsykepleie krever kunnskap & kompetanse

Denne oppgaven omhandler kreftsykepleie til pasienter med nyoppdaget kreft. Temaet ble valgt fordi jeg som sykepleierstudent kjenner på en hjelpeløshet og uerfarenhet ovenfor å møte denne pasientgruppen, da disse pasientene nylig har fått en diagnose som er en stor og brutal inngripen i deres liv. Jeg ønsket derfor å tilegne meg og leserne av denne oppgaven, teoretisk kunnskap vedrørende temaet, gjennom problemstillingen: *hvilken betydning har kunnskap og kompetanse hos sykepleier for pasienter med nyoppdaget kreftsykdom?*

Metoden som er brukt er kvalitativ metode, litteraturstudie. Jeg gikk først gjennom relevant teori i form av sykepleieteori og sykepleiefaglig perspektiv. Deretter utførte jeg systematiske litteratursøk i databaser etter forskningsartikler som var relevante for min problemstilling.

Funnene viser at tilstrekkelig kunnskap og kompetanse hos sykepleier, har stor betydning for kreftpasienter innlagt i sykehus. Forskning viser at sykepleiere som har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse i møte med pasienter, øker graden av trygghet hos kreftpasientene.

Informasjon kommer frem som en svært viktig faktor for mestring hos nydiagnostiserte kreftpasienter, og det kreves kunnskap og kompetanse hos sykepleier for å tilegne pasienten denne informasjonen. Forskning viser at kreftpasienter ser på det som en selvfølge at sykepleiere i møte med disse pasientene innehar tilstrekkelig kompetanse.

En kan altså se at kunnskap og kompetanse hos sykepleier har betydning for at den nylig diagnostiserte kreftpasienten føler økt trygghet og mestring i en vanskelig livssituasjon.

Cancer nursing requires knowledge & skills

This literary review deals with cancer care nursing to patients with newly diagnosed cancer. The theme was chosen because I as a nurse student lack experience and feel the helplessness in meeting with this patient group, because of the major intervention the diagnosis has on the patient's life. I therefore wish to dedicate myself and the readers of this literary review more theoretical knowledge about this theme. The issue to be responded to, is: *what is the relevance of knowledge and skills within the nurse in meeting with the newly diagnosed cancer patient?* The method used is a qualitative methodology, literature study. I first read through relevant nursing literature. Then I performed systematic literature search to find research relevant to my theme. Research shows that knowledge and skills within the nurse, has significance meaning to patients with newly diagnosed cancer, because it makes

them feel more secure about the diagnosis. It also shows that information is a need with big significance in relation to feel secure and to deal with the diagnosis. Knowledge and skills within the nurse is necessary to provide this information in a right way, and research shows that cancer patient see it as a matter of course that the nurse has the right knowledge and skills to meet their needs in the best way.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Mål.....	1
1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	1
1.3 Begrepsavklaring	2
1.5 Oppbygning av oppgaven	2
2.0 Teori.....	4
2.1 Teoretisk perspektiv	4
2.1.1 Joyce Travelbee	4
2.2 Sykepleiefaglig perspektiv	5
2.2.1 Kreftsykdom	5
2.2.2 Å få diagnostisert kreft	6
2.2.3 Sykepleie til kreftpasienter.....	6
2.2.4 Yrkesetiske retningslinjer	9
2.2.5 Kunnskap og kompetanse i sykepleiefaget	10
3.0 Metode	11
3.1 Generell del	11
3.1.1 Om metode	11
3.1.2 Litteraturstudie som metode	11
3.1.3 Kildekritikk	12
3.1.4 Etske overveielser.....	12
3.2 Min metode	13
3.2.1 Søkeprosessen	13
3.2.2 Analyse	14
4.0 Resultat.....	16
4.1 Sammendrag av funn i litteratursøk.....	16
4.2 Oppsummering av valgte artikler	16
5.0 Drøfting.....	20
5.1 Pasientens informasjonsbehov	20
5.2 Innholdet i sykepleierens kunnskap og kompetanse	23
5.3 Fra nybegynner til ekspert.....	26
6.0 Avslutning	28
Referanseliste	29
Vedlegg 1: Oversiktstabell for litteratursøk	31

Tabell 1: Søkehistorikk per 24.01.11	31
Vedlegg 2: Resultattabell.....	32

1.0 Innledning

Som sykepleierstudent i praksis har jeg møtt alvorlig syke pasienter, både psykiatrisk og somatisk. Mange av disse pasientene har nylig fått sin diagnose. I møte med denne pasientgruppen har jeg som student ofte følt på hjelpeløshet fordi jeg har for lite kunnskap om hvordan sykepleier på best mulig måte bør møte pasienter i denne situasjonen. Denne hjelpeløsheten er noe som jeg gjennom erfaring har oppfatning av at er felles for mange sykepleierstudenter og nyutdannede sykepleiere, da en som ny i yrket mangler erfaring i forhold til å møte pasienter i vanskelige livssituasjoner. Jeg ønsker derfor å tilegne meg kunnskap i forhold til nettopp dette, og har valgt å ta utgangspunkt i denne erfaringen i min oppgave. Størsteparten av disse tilfellene har jeg som student møtt på gjennom somatikken på sykehus, og vil derfor ta for meg somatisk sykdom i form av kreftsykdom.

Dette både fordi jeg har møtt mange kreftpasienter gjennom min praksis på sykehus, og fordi dette er en omfattende og belastende diagnose å få for vedkommende (Valand & Fodstad, 2001).

Jeg vil ta for meg oppgaven gjennom problemstillingen:

Hvilken betydning har kunnskap og kompetanse hos sykepleier for pasienter med nyoppdaget kreftsykdom?

1.1 Mål

Mitt mål er å gjennom oppgaven bidra til økt kunnskap om viktigheten av sykepleiers kunnskap og kompetanse, i møte med pasienter med nyoppdaget kreftsykdom. Jeg ønsker å få frem hvilken betydning kunnskap og kompetanse har for denne pasientgruppen.

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Gjennom problemstillingen ønsker jeg å ta for meg pasienter som er innlagt på sykehus kort tid etter diagnostisert kreftsykdom. Dette fordi jeg ønsker å tilegne meg teoretisk kunnskap rundt sykepleie til denne pasientgruppen på sengepost. Jeg vil ikke ta for meg en spesifikk kreftdiagnose, fordi jeg som ferdig utdannet sykepleier vil møte på mange ulike sykdoms – og kreftdiagnoser, og derfor ønsker jeg å tilegne meg generell kunnskap om hvordan sykepleier skal og bør møte denne pasientgruppen i sin helhet. Jeg vil heller ikke avgrense oppgaven til en bestemt avdeling på sykehus, fordi jeg ønsker å ta for meg *møtene*

mellom pasient og sykepleier, og ikke fokusere på behandlingen og den spesifikke og kliniske sykepleien som medfølger kreftsykdommen på de ulike avdelingene på sykehus.

1.3 Begrepsavklaring

Nome (2010) sier følgende om sykdommen kreft:

”Kreft er en sykdom som begynner på molekylært og cellulært nivå, men som etter hvert igangsetter en kaskade av prosesser i organismen. Sykdommen kan føre til skade på et enkelt organ, et organsystem og en hel organisme” (Nome, 2010, s. 367).

Pasienter som får diagnostisert kreft står ovenfor ulike utfordringer, avhengig av hvilken type kreft som er påvist og av hvilke erfaringer pasienten har med kreft fra tideligere. Det som er felles for pasientgruppen er at begrepet *kreft* har en spesiell og angstskapende virkning på mennesker. Kreft er for mange forbundet med knuste fremtidsplaner og smertefull og snarlig død, i tillegg til en rekke myter om kreft som er utbredt blant alle folkeslag, som at sykdommen er smittsom, urenselig, og at sykdommen er selvforskyldt. Også følelsen av å miste kontroll er felles for pasienter med nyoppdaget kreftsykdom (Valand & Fodstad, 2001).

I følge Cullberg (2007) vil enhver innleggelse i institusjon føre til en mer eller mindre form for integritetskrenkelse og ens autonomi blir svekket. Cullberg (2007) bruker begrepene selvstendighet, uavhengighet og selvstyre for å definere autonomi, og påpeker i hvilken grad disse faktorene blir svakere og i noen tilfeller helt borte, ved innleggelse i sykehus. Pasienten blir avhengig av personalet og avdelingens rutiner. Pasientens reaksjon på denne avhengigheten vil være ulik, noen setter pris på å kunne henge seg fullstendig til helsepersonell, mens andre føler seg krenket i situasjonen.

Kunnskap kan ses på som viten løsrevet fra personer (teoretisk kunnskap) og som viten eller spesiell kunnskap hos et enkeltmenneske. *Kompetanse* knyttes sammen med kunnskap som viten hos et enkeltmenneske, og er alltid knyttet til den personen som innehar kunnskapen. En kan altså knytte kunnskap til både personer og boklig kunnskap (atskilt fra personen), mens kompetanse alltid må ses i sammenheng med en person (Kristoffersen, 2005).

1.5 Oppbygning av oppgaven

Først i oppgaven vil jeg presentere relevant teori i forhold til min problemstilling, for å danne en ramme rundt de begrepene og problemstillingen som belyses i oppgaven. Deretter kommer et metodekapittel som beskriver de metode jeg har brukt, og min søkeprosess og fremgangsmåte i forhold til litteratursøk. Funnene av litteratursøket blir presentert i

resultatkapitlet. Deretter kommer drøftingskapitlet der jeg ser på de ulike synspunktene og resultatene jeg kom frem til gjennom teori og litteratursøk, opp mot innledningen der jeg presenterte problemstillingen. Til sist kommer avslutningen, der jeg vil avrunde oppgaven og samle trådene fra de foregående kapitlene.

2.0 Teori

2.1 Teoretisk perspektiv

2.1.1 Joyce Travelbee

I oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Dette fordi Travelbee har fokus på den mellommenneskelige interaksjonen mellom pasient og sykepleier, og viktigheten av sykepleiers funksjon i å hjelpe pasienten til å mestre situasjonen han er i. Hun har fokus på et menneske-til-menneske forhold der rollene mellom pasient og sykepleier er individuell og likeverdig (Kristoffersen, 2005). Travelbee definerer sykepleie som:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.” (Travelbee, 2001, s. 29).

Travelbee vektlegger viktigheten av at et hvert menneske er unikt og spesielt på en individuell måte, men at en som menneske i løpet av livet vil ta del i en rekke fellesmenneskelige erfaringer. I forhold til sykepleie er disse erfaringene lidelse og tap, da hun hevder at alle mennesker vil møte på dette i en eller annen form, som en naturlig del av livet. Fordi et hvert menneske er unikt, vil møtet med lidelse og tap for den enkelte alltid være individuelt og personlig. Ut i fra dette blir sykepleiers rolle å hjelpe den som opplever lidelse og tap til å finne mening i den situasjonen han gjennomlever. Sykepleier og pasient knyttes sammen gjennom et menneske-til-menneske forhold der sykepleier hjelper pasienten til å mestre, bære eller finne mening i de erfaringene som medfølger den enkeltes opplevelse av sin lidelse og/eller tap (Kristoffersen, 2005).

Med et menneske-til-menneske forhold menes det at sykepleieren og pasienten deler en rekke opplevelser og erfaringer gjennom sykepleiens tjenester til den som er syk. Kjentegnet ved disse opplevelsene er at behovene til pasienten og hans omgivelser blir ivaretatt. Sykepleieren skal målbevisst etablere og opprettholde dette forholdet gjennom interaksjonen (Travelbee, 2001).

Kommunikasjon blir av Travelbee beskrevet som et av sykepleierens viktigste redskap i sammenheng med å etablere et menneske-til-menneske forhold. Dette fordi det formidles tanker og følelser mellom pasient og sykepleier, gjennom kommunikasjon. Derfor står kommunikasjon sentralt når det gjelder å sikre at de tiltak som sykepleier iverksetter,

samsvarer med pasientens behov. Travelbee hevder at kommunikasjonsferdigheter og teknikker er noe som sykepleier må arbeide med å utvikle (Kristoffersen, 2005).

Ved å skape en tilknytning til pasienten og sikre forståelse og kommunikasjon, hjelper sykepleieren pasienten til å *mestre erfaringer med sykdom og lidelse*. Gjennom sine medmenneskelige handlinger viser sykepleieren at hun bistår pasienten ikke bare fordi han er pasient, men fordi han er et individuelt og unikt medmenneske. For å kunne hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom, er det absolutt nødvendig at sykepleieren setter seg inn i situasjonen til pasienten både fra et faglig perspektiv og fra hans ståsted og gjennom hans tanker og følelser (Travelbee, 2001).

Å hjelpe pasienten til å finne mening i sykdom og lidelse er en svært utfordrende oppgave for sykepleieren, da hun møter mennesker som har fått tilført en kronisk, invalidiserende eller terminal sykdom til livet. Travelbee (2001) sier at for at en som sykepleier skal kunne mestre denne oppgaven, må en betrakte sykdom som en naturlig, alminnelig erfaring i livet, og fokusere på å bistå pasienten med å finne mening i sin sykdom, i tillegg til å hjelpe dem til å bli friske. Hun hevder at en alltid kan gjøre noe for pasienten, og at det vesentlige blir å hjelpe pasienten til å mestre de enkelte tingene han finner meningsløse i den enkelte situasjonen (Travelbee, 2001).

2.2 Sykepleiefaglig perspektiv

2.2.1 Kreftsykdom

I følge Kreftregisteret ble det i 2008 oppdaget 26.121 nye tilfeller av kreft i Norge. 14.000 av disse var menn, og 12.121 kvinner. Den vanligste formen for kreft hos menn er prostata (4168 nye tilfeller i 2008) og brystkreft hos kvinner (2753 nye tilfeller i 2008). I følge Valand & Fodstad (2001) er forekomsten av kreft økende i Norge, og hver tredje nordmann vil få en kreftdiagnose i løpet av sitt liv.

Utviklingen av kreft skjer i en flertrinnsprosess, der en normal celle blir en kreftcelle og begynner å dele seg ukontrollert. For at dette skal skje, må den normale cellen frigjøre seg fra både sine egne reguleringsmekanismer og påvirkning fra omgivelsene (Kvåle, 2001).

Kreft kan utvikles av sammensatte årsaker, og det kan ta mange år fra skade oppstår på arvestoffet, til kreftsykdommen viser seg. Menneskets celler kan dessuten reparere skader på arvestoffet etter hvert som de oppstår, men disse egenskapene er forskjellige hos de enkelte individ. Den direkte årsaken til kreft kan derfor ikke fastslås, men Nome (2010) sammenfatter

tre hovedgrupper av årsaker til kreft: de endogene (indre) faktorene som arv, anatomi og fysiologi, adferdsfaktorer som individet kan kontrollere (tobakk, ernæring, alkohol, o.l), og de eksogene (ytre) faktorene som vi blir utsatt for i det samfunnet og miljøet en lever i (Nome, 2010).

2.2.2 Å få diagnostisert kreft

Valand & Fodstad (2001) hevder at det å være kreftpasient skiller seg fra å være pasient med andre diagnoser. Årsaken til dette er at termen *kreft* har en spesiell og angstskapende virkning på mennesker. Mange forbinder ordet kreft med knuste fremtidsplaner og smertefull og snarlig død, i tillegg til de mange mytene om kreft som er utbredt blant alle folkeslag. Blant annet at kreft er smittsomt og urent og at en selv er skyld i sykdommen i sin helhet (Valand & Fodstad, 2001).

Reaksjonen på diagnosen kreft hos den enkelte pasient, har sammenheng med hvilke erfaringer en har med sykdommen gjennom slekt og familie og hvilket bilde en har tegnet av diagnosen før en selv blir en del av sykdomsbildet. For mange er reaksjonen et sjokk og bidrar til at livet kompliseres betraktelig. Angst for nye ukjente ting som det å bli isolert, endret psykisk, bli avhengig av andre, og ikke minst smerte og død (Valand & Fodstad, 2001).

For pasienter med kreft, preges den diagnostiske fasen av stress, uro, bekymring, uvisshet og angst for det ukjente. I hvilken grad perioden virker stressende på pasienten, avhenger av hvilken type kreft pasienten har, og hvilke muligheter han har for å bli frisk. Gjennom den diagnostiske fasen skal sykdommen utredes i forhold til primærtumor, utbredelse, grad av malignitet og spredning, vurdering av behandlingsstrategi, tilleggsbehandling og prognose. En hver tilbakemelding pasienten får, vil virke inn på pasientens angst og uro, på godt eller vondt. Fordi tilgangen på konkret informasjon er uviss i denne fasen, vil pasienten oppleve mangel på kontroll i situasjonen (Reitan, 2010).

2.2.3 Sykepleie til kreftpasienter

Det er fire hovedbehandlingsformer for kreft. Disse er kirurgisk behandling, hormonbehandling, cytostatikabehandling og strålebehandling, hvorav kirurgisk behandling er den vanligste og også den som fører til flest helbredelser av sykdommen. Immunstimulerende behandling er en behandlingsform som er kommet de siste årene. En av disse behandlingsformene er som oftest årsaken til at nydiagnostiserte kreftpasienter innlegges i sykehus (Valand & Fodstad, 2001).

Både Valand & Fodstad (2001) og Eide & Eide (2007) poengterer viktigheten pasientens pårørende har for den syke. Eide & Eide (2007) hevder at det viser seg at pasienter som har et godt sosialt nettverk klarer seg bedre gjennom kriser enn de som ikke har det.

Valand & Fodstad (2001) legger vekt på viktigheten av at sykepleien til kreftpasienter skal skje på pasientens egne premisser, og at sykepleieren ser *mennesket* bak pasienten som er rammet av kreft, samt hans pårørende. Med omsorg på pasientens premisser, menes det å bruke tid på å bli kjent med pasienten og hans nærmeste, og ta hensyn til pasientens ønsker og behov i forhold til omsorg og behandling. Avgjørelser bør tas på bakgrunn av pasientens ønsker og medbestemmelsesrett. Dette for å sikre kvalitet på sykepleien og at pasienten føler seg ivaretatt og innehar en følelse av kontroll i situasjonen. Reaksjonene til pasienter med nyopplaget kreftsykdom alltid være individuell, men en del reaksjoner på det å få kreft er imidlertid felles for de fleste pasienter. Følelsen av å miste kontroll er en av disse. Nettopp derfor viktigheten av å inkludere pasienten i det som skjer rundt han. Ved å fokusere på mennesket bak pasienten, blir det også naturlig å inkludere hans pårørende i sykepleien. Kreftdiagnosen påvirker også i stor grad disse, og omsorg for pasientens nærmeste bør være en naturlig del av sykepleien (Valand & Fodstad, 2001). Eide og Eide (2007) hevder at fordi pasienter med et godt sosialt nettverk viser seg å klare seg bedre gjennom kriser enn de som ikke har det, blir det å ivareta pasientens nærmeste gjennom krise avgjørende for pasientens beste.

Ved nyopplaget kreftsykdom er informasjon vesentlig. God informasjon bidrar til mestring hos pasienten, og det er en støtte for pasienten å ha noe konkret å forholde seg til og se frem mot. Mange pasienter har skjulte informasjonsbehov som ikke kommer til syne ved første møte, men som kan ses over tid (Valand & Fodstad, 2001).

For å ivareta viktigheten av pasientenes behov for informasjon, bør sykepleier ha i tankene at den første viktige informasjonen pasienten mottar fra lege ofte kan være overveldende for pasienten. Det er derfor av betydning at sykepleier deltar på denne informasjonssamtalen for å forsikre seg om at pasienten forstår det som blir sagt, samt å dokumentere informasjonen for å ha oversikt over hva som er blitt tatt opp med pasienten. Sykepleier bør også være observant i forhold til pasientens skjulte informasjonsbehov, og forsøke å unngå at pasienten føler seg usikker og utrygg. At pasienten er oppdatert på hva som skal skje i behandlingsforløpet bør ses på som en nødvendighet, og det er derfor viktig at sykepleier gjør det hun kan for å unngå at pasienten må vente unødvendig lenge i uvisshet (Valand & Fodstad, 2001).

Foruten praktisk informasjon og behandling, har pasientene også mellommenneskelige behov ved kreftsykdom. Disse behovene kan ses på i form av behovet for kontakt, eksistensielle behov, miljøet rundt pasienten og håpets betydning. Mange kreftpasienter blir ufrivillig eller frivillig isolert som følge av sin sykdom. Isolasjonen kan være av ulik grad, men årsaken er ofte endret utseende og psykisk tilstand. Eksistensielle behov kommer ofte i form av livssynsmessige forhold og åndelighet, samt tilværelsens evige spørsmål om liv og død. Miljøet rundt pasienten blir ofte endret, og de kan ha en tendens til å bli ”dehumanisert” og avhengige av andre som følge av sin kreftsykdom. Også håpets betydning blir tydeligere og mer aktuelt for pasienter med nyopplaget kreft (Valand & Fodstad, 2001).

Sykepleier må altså gjennom sin omsorg til pasienten ta hensyn til de mellommenneskelige behovene. For å hindre at pasienten isoleres, må sykepleier være kontaktsøkende og på vakt for å fange opp slike signaler. Det å møte pasientens eksistensielle behov kan ofte være en stor utfordring for sykepleier, da disse behovene kan være vanskelige å observere hos pasienten, og fordi tilværelsens evige spørsmål og svar vil være like uvitende for sykepleier som for pasienten. Ved å være en aktiv lytter, kan sykepleier hjelpe pasienten til å selv komme frem til svar som føles riktige for han. Sykepleier og helsepersonell for øvrig kan dessverre ofte være kilden til at pasienter dehumaniseres og gjøres avhengige av andre under sykehusopphold, ved at pasienten blir sett på som et ”kasus” på avdelingen. Det er av stor betydning at miljøet rundt pasienten tar hensyn til og ivaretar pasientens personlighet og individualitet, for å hindre at nettopp dette skjer. Valand & Fodstad (2001) referer til psykologen E.H. Erikson som hevder at håpet er den første og mest vitale verdi hos mennesket. Dersom miljøet rundt pasienten går bevisst inn for å skape en tilværelse som gir tillit hos pasient og pårørende, vil det være gunstig for pasientens opplevelse av håp. En skal ikke skape urealistiske forventninger i forhold til håpet, men bruke det som en motvekt til håpløshet og fortvilelse. Sykepleier skal altså hjelpe pasienten til å skape et miljø som hjelper han til å skape sitt eget håp (Valand & Fodstad, 2001).

Skaali (2007) hevder at det er naturlig at pasienter som nylig har fått en kreftdiagnose, får psykiske reaksjoner av ulik art. Reaksjonene vil variere i forhold til diagnose og alvorlighetsgrad, samt hvilke tidlige opplevelser pasienten har med kreft og annen sykdom. Pasienten gjennomgår ofte en krisereaksjon med sjokkfase, reaksjonsfase og nyorienteringsfase. Disse fasene varierer i varighet, og pasienten kan svinge frem og tilbake mellom fasene.

Det er viktig at sykepleier er orientert og observant i forhold til å se symptomer på slike faser hos pasienten, for å sikre behandling gjennom samtaleterapi eller medikament (Skaali, 2007).

Eide & Eide (2007) hevder at sykepleier møter mange kommunikative utfordringer i møte med pasienter i krise. Krise blir definert av Eide & Eide (2007) som alvorlige og vanskelige livshendelser, deriblant traumatiske kriser som sykdom, kreft. De kommunikative utfordringene kommer i forbindelse med krisereaksjonene som jeg tidligere har referert til Skaali (2007), og den utløsende krisesituasjonen i sin helhet. Sykepleieren stilles ovenfor kommunikative utfordringer særlig på tre områder:

1. *hendelsen/sykdommen og dens fysiske konsekvenser, inkludert behandlingen og bivirkningene*
2. *de følelser og psykologiske reaksjoner som hendelsen/sykdommen aktualiserer i personen selv, inklusive eksistensielle spørsmål*
3. *relasjonen til omgivelsene, særlig de nærmeste pårørende (Eide & Eide, 2007, s. 171).*

2.2.4 Yrkesetiske retningslinjer

NSF (Norsk Sykepleierforbund) sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere definerer sykepleiens grunnlag slik:

”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet.

Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (Norsk Sykepleierforbund yrkesetiske retningslinjer, 2007).

De yrkesetiske retningslinjene som omhandler sykepleieren og pasienten vektlegger viktigheten av at sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, og gir den enkelte pasient helhetlig sykepleie, retten til medbestemmelse og å ikke å bli krenket. Ved å gi pasienten tilstrekkelig, tilpasset informasjon, for deretter å sikre at informasjonen er forstått, skal sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (Norsk sykepleierforbund).

Punktet som omhandler sykepleieren og profesjonen, sier at sykepleieren har ansvar for egne handlinger og vurderinger, i forhold til at sin egen praksis er faglig, etisk og juridisk

ansvarlig. Sykepleier skal erkjenne sine grenser for egen kompetanse, praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk Sykepleierforbund).

2.2.5 Kunnskap og kompetanse i sykepleiefaget

Sykepleieutdanningen består av ulike former for kunnskap: teoretisk kunnskap, ferdigheter og verdier (holdninger). Disse typene kunnskap har som mål å utvikle sykepleiestudenten til en nyutdannet sykepleier som til slutt skal tilegne seg klinisk sykepleiekompetanse. Klinisk sykepleiekompetanse er sammensatt av teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. Denne kompetansen blir sykepleierens personlige kompetanse gjennom ulike former for kunnskap og praktisk erfaring – det blir sykepleierens samlede kompetanse for å handle i sykepleiesituasjoner (Kristoffersen, 2005).

Sykepleierens personlige kompetanse utvikles gjennom teoretisk kunnskap og klinisk erfaring gjennom en bestemt praksiskontekst, samt at erfarne kollegaer fungerer som rollemodeller for de mindre erfarne sykepleierne. Denne utviklingen forutsetter at sykepleieren får variert erfaring fra sykepleiesituasjoner og at miljøet på arbeidsplassen er tilrettelagt for en slik utvikling. All læring tar utgangspunkt i erfaring, og Kristoffersen (2005) viser til Kolb (1984) sin hevder at livslang læring er en forutsetning for å mestre yrkesrollen som sykepleier (Kristoffersen, 2005).

Kristoffersen (2005) viser til Stuart og Hubert Dreyfus (1980) sin inndeling av kompetansenivåer i sykepleie; *nybegynneren, den viderekomne nybegynneren, den kompetente utøveren, den kyndige utøveren, eksperten*. Det som kjennetegner en sykepleier med høy klinisk kompetanse er spesielt det godt utviklede kliniske blikket, intuisjon, og taus eller innforstått kunnskap. Sykepleieren får en umiddelbar helhetsoppfatning av pasientsituasjonen (Kristoffersen, 2005).

3.0 Metode

3.1 Generell del

3.1.1 Om metode

Metode er vårt redskap i møte med å frembringe kunnskap. Vi trenger metode som en fremgangsmåte for å belyse kunnskap eller etterprøve påstander. Dalland (2007) gjengir Vilhelm Aubert sin definisjon av metode:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2007, s. 83).

Det finnes mange ulike metoder, og vårt valg av metode til den enkelte studie forteller oss hvordan vi bør gå frem for å frembringe mest mulig relevant kunnskap, eller etterprøve påstander og kunnskap. Metoden hjelper oss til å samle inn data, den informasjonen vi trenger til studien (Dalland, 2007).

En skiller mellom to kategorier av metode; kvantitativ metode og kvalitativ metode. Den kvantitative metoden tar sikte på å forme informasjonen vi har samlet inn, data, til målbare enheter som gjør det mulig å foreta regneoperasjoner i forhold til resultatene. Den kvalitative metoden samler inn informasjon, data, gjennom meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle i målbare enheter, som i kvantitative metoder. De ulike metodiske tilnærmingene sier noe om målet med studien er å "telle" eller å "tolke" data, om en bruker henholdsvis kvantitative eller kvalitative metoder, men det vil alltid være en kombinasjon og likhetstrekk mellom de to metodene, og forskjellen mellom metodene er i første rekke hvordan en velger å samle inn data til studien (Dalland, 2007).

3.1.2 Litteraturstudie som metode

Å benytte litteraturstudie som metode, vil si at man starter prosessen med å samle inn og gå gjennom tideligere gjennomført forskning. En gjennomgår tideligere forskning i lys av sin egen problemstilling, i håp om å finne litteratur som er relevant for å kunne besvare denne. En forutsetning for en god og gjennomførbar litteraturstudie blir derfor at det finnes tilgang til, og at en finner frem til, nok relevant litteratur i forhold til det en ønsker å belyse (Forsberg & Wengström, 2008).

En systematisk litteraturstudie kjennetegnes av at den tar utgangspunkt i en presis formulert problemstilling. Denne problemstillingen skal belyses ved hjelp av å systematisk gjennomgå og analysere relevant forskning. En skal fremstille litteraturen en finner ved å legge frem søkestrategi, studienes metodevalg og resultat og analyse av resultat (Forsberg & Wengström, 2008).

3.1.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som benyttes for å kunne vurdere og karakterisere om litteraturen en finner frem til er relevant og gyldig for problemstillingen en ønsker å belyse. Gjennom kildekritikk fastslår en om kildene en finner er verifiserte opplysninger eller spekulasjoner. En må gjennom kildekritikk vise at en er kritisk til kildebruk og det materialet en benytter i oppgaven (Dalland, 2007).

3.1.4 Ethiske overveielser

Etikk dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Etikken skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler, når vi blir stilt ovenfor vanskelige problemstillinger og avgjørelser i livet (Dalland, 2007).

Gjennom en undersøkelsesprosess må vi ta en rekke etiske hensyn underveis. Dette omhandler personvern, anonymitet, taushetsplikt, frivillig samtykke blant deltakerne og formidling av resultatene (Dalland, 2007).

Forberg og Wengström (2008) poengterer viktigheten av å overholde de etiske aspekter gjennom arbeid med litteraturstudie. Å drive med fusk og uærlighet ovenfor andre sine verk, ved å fabrikere, stjele eller plagiere data er å misbruke andre sitt arbeid og er uetisk. Det er viktig å anvende forskning som er godkjent av etisk komitè og bruke forskningen på en riktig og respektfull måte (Forsberg & Wengström, 2008).

3.2 Min metode

3.2.1 Søkeprosessen

I søkeprosessen har jeg søkt i flere databaser gjennom HSH bibliotekets sider. De databasene som gav meg flest oversiktlige og ryddige treff var SveMed+, OvidNursing, ISI Web of Science og CINAHL. Jeg prøvde meg frem med ulike søkeord, og de som gav meg flest relevante funn blir presentert i tabell 1 (se vedlegg 1).

Ved å kombinere søkeordene ”pasient” og ”sykepleie” i SveMed+ fikk jeg 5 treff totalt, å valgte å bruke artikkelen *”Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det”* av Kirsti Kvåle, 2006. Jeg har vurdert artikkelen som relevant for min oppgave fordi den omhandler hva pasienter ser på som viktige faktorer for god omsorg fra sykepleier.

Ved å kombinere søkeordene ”cancer patients” and ”nursing care” i CINAHL, fikk jeg totalt 2713 treff, å valgte å bruke artikkelen *”Caring for cancer patients on non-specialist wards”* av Finola Gill og Anita Duffy, 2010. Jeg har vurdert den som relevant for min oppgave fordi den omhandler sykepleierens utfordringer i forhold til møte med kreftpasienter.

Ved å kombinere søkeordene ”cancer” and ”newly diagnosed” and ”nursing” i ISI Web of Science, fikk jeg totalt 44 treff, og valgte å bruke artikkelen *”Never-ending making sense: towards a substantive theory of the information-seeking behavior of newly diagnosed cancer patients”* av Eilis McCaughan og Hugh McKenna, 2007. Jeg har vurdert den som relevant for min oppgave fordi den omhandler nylig diagnostiserte kreftpasienters behov for informasjon og deres ”mønster” for å tilegne seg denne informasjonen.

Ved å kombinere søkeordene “patient experience” and “nursing” and “cancer” fikk jeg totalt 704 treff i CINAHL og valgte å bruke artiklene *”Assessment of Patient and Family Needs During an Inpatient Oncology Experience”* (2010) av Mary Dougherty og *”Patients’ Perceptions of the Importance of Nurses’ Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care”* (2007) av Kirsti Kvåle og Margareth Bondevik. Jeg har vurdert disse som relevante for min oppgave fordi de omhandler henholdsvis pasienter og deres pårørendes behov for sykepleie under sykehusopphold, og viktigheten av at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse i møte med kreftpasienter, sett fra pasienters perspektiv.

Som en kan se i tabell 1, fikk en stor del av søkeordene og kombinasjonene svært mange treff i de ulike databasene. Det som likevel begrenset søkene, var at de fleste treffene omhandlet kreftsykepleie til en bestemt type kreft og kreftbehandling, med dens spesifikke og typiske

inn gripen på pasienten. Det var få av artiklene som omhandlet kreftsykepleie i sin helhet, med fokus på *møtet* mellom pasient og sykepleier.

Alle artiklene som er brukt i oppgaven, har jeg kritisk vurdert gjennom bruk av Kunnskapssenteret (2008) sine sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Samtlige artikler er godkjent av etisk komitè, har tydelig hensikt og metode, og har relevans for min problemstilling.

3.2.2 Analyse

Artiklene som er brukt, ble først valgt på bakgrunn av å lese tittel og sammendrag i databasene. Alle artikler i kombinasjonssøk er gått i gjennom, og valgt ut i fra relevante titler.

Deretter gikk jeg gjennom alle de valgte artiklene i full tekst med fokus på å forstå hensikt, metode og resultat. Sjekklister (Kunnskapssenteret, 2008) ble brukt for å vurdere kvaliteten på alle artiklene. Jeg satte opp artiklene i resultattabell, og vurderte relevansen for artiklene i forhold til min problemstilling.

To av artiklene hadde kun pasienter som utvalg, en artikkel sykepleiere, en artikkel både pasienter og sykepleiere, og en artikkel pasienter og pårørende. Alle artiklene omhandlet kreftpasienter som pasientgruppe, og pasientenes behov for sykepleie i forhold til kreft. 1 av 5 artikler hadde spesielt pasienter med nyoppdaget kreftsykdom som utvalg. De øvrige sa ikke noe om utvalget var begrenset til pasienter med nyoppdaget kreftsykdom, men etter inklusjonskriteriene ser en at det legges vekt på at pasienten før deltakelse i studien skal være informert av lege at de har en kreftsykdom og at utvalget består av pasienter som er innlagt på sykehus for behandling der de har behov for informasjon. Dette kan tyde på at om ikke kreften er nyoppdaget, er situasjonen pasienten befinner seg i under studien, ny og ukjent. Fire av studiene var gjennomført kvalitativt, en var gjennomført kvantitativt.

Alle fem artiklene presenterte resultat som omhandlet viktigheten av, og behovet for, informasjon rundt kreftsykdommen. Fire av artiklene presenterte resultat som viste at kunnskap og kompetanse var vesentlig i møte med kreftpasienter. Den femte artikkelen sa ingenting om dette, da den i hovedsak kartla kreftpasienters ”mønster” i forhold til informasjonssøk etter nylig diagnostisert kreftsykdom. De fire artiklene presenterte også resultat som viste at praktisk handling og tekniske ferdigheter var vesentlig for opplevelsen av trygghet og god sykepleie. En artikkel presenterte i tillegg resultat som sa at renslighet rundt

pasientens miljø og adekvat smertelindring var et viktig behov for kreftpasienter. Jeg valgte å se bort i fra dette resultatet, da det ikke hadde direkte relevans for min problemstilling.

4.0 Resultat

4.1 Sammendrag av funn i litteratursøk

Funnene i mine litteratursøk avdekker at sykepleie til pasienter med nyopplaget kreftsykdom er en utfordring for både pasient og sykepleier. I følge McCaughan & McKenna (2007) er den diagnostiske fasen preget av sjokk og vantro, pasienten har vansker med å ta inn over seg det som er skjedd, og da også å ta til seg informasjon som blir tildelt pasienten. Det viser seg gjennom denne studien at felles for pasientene er et mønster i forhold til å søke etter informasjon etter hvert som de klarer å ta inn over seg sykdommen de har fått diagnostisert. Det er derfor viktig at sykepleier er bevisst på dette mønsteret, slik at de kan hjelpe pasienten til å få riktig informasjon når han er klar for det (McCaughan & McKenna, 2007). Både Kvåle & Bondevik (2010), Kvåle (2006), Gill & Duffy (2010) og Dougherty (2010) kommer i sine studier frem til pasientens behov for informasjon og kommunikasjon rundt sykdommen. Samtlige av disse studiene hevder i denne sammenheng at kompetanse, kunnskap og erfaring hos sykepleieren i disse situasjonene er nødvendig for å kunne hjelpe pasienten til å tilegne seg informasjon og å føle best mulig trygghet i situasjonen. I følge Kvåle & Bondevik (2010) ser pasienter på det som en selvfølge at sykepleier som jobber rundt kreftpasienter besitter denne kompetansen. Gill & Duffy (2010) legger i sin studie frem resultater som viser at sykepleiere som ikke er spesialutdannet innen kreftsykepleie, eller som ikke jobber på rene kreftavdelinger, ser på det som en stor utfordring å møte kreftpasienter i forhold til kommunikasjon rundt sykdommen, kunnskap i forhold til å informere kreftpasientene og de følelsesmessige aspektene i forhold til kreft.

4.2 Oppsummering av valgte artikler

4.2.1 Artikkel 1

"Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det", Kirsti Kvåle (2006):

Kvåle (2006) presenterer i sin artikkel forskning som viser hva pasienter opplever som viktig for god omsorg. Resultatene i artikkelen er kommet frem gjennom intervju av kreftpasienter inneliggende ved en kreftavdeling. Hensikten med studien var å finne ut hva disse pasientene mente var viktig for opplevelsen av god omsorg. Resultatene viser at det som ses på som nødvendig for opplevelsen av god omsorg, er at sykepleieren ser pasienten som et enkeltmenneske og et individ, ikke bare som pasient. I studien ble pasientene bedt om å utdype hva sykepleierne sa eller gjorde som gav dem opplevelsen av omsorg. Kvåle (2006) grupperer det som kom frem i følgende tema; *de bryr seg om meg, de tar seg tid til å snakke,*

de gir informasjon og forklarer, de er smilende og glade og har humor. Det kom også frem at den omsorgsfulle sykepleieren håndterte omsorgen både som en relasjon og som praktisk handling. Pasientene satte pris på sykepleiere som kunne kommunisere med pasientene mens de utførte praktiske handlinger. Dette forutsa at sykepleierne mestret de praktiske handlingene på en god måte, og var trygge på prosedyren de utførte. Informasjon var en konkret handling som en del av omsorgen, i form av at det gav pasientene følelsen av trygghet. Funnene viser at sykepleieren gjennom sine holdninger og handlinger, har stor ”makt” i møte med pasienten om hans opplevelse av situasjonen som kreftpasient i sin helhet (Kvåle, 2006).

4.2.2 Artikkel 2

“Caring for cancer patients on non-specialist wards”, Finola Gill & Anita Duffy (2010):

Gjennom denne artikkelen har Gill & Duffy (2010) som hensikt å kartlegge kreftsykepleie på ”ikke-spesialavdelinger”. Dette fordi de hevder at enhver sykepleier i klinisk praksis vil møte behandling av kreftpasienter i sitt arbeid, og trenger derfor å heve sitt nivå av kunnskap og praksis i forhold til denne pasientgruppen. Studien er en oversiktsartikkel der forfatterne har søkt i databaser etter relevante funn i forhold til problemstillingen. De utmerker tre følgende tema som essensielt i kreftsykepleie: *kommunikasjon, kunnskap til å formidle informasjon, de følelsesmessige aspektene ved kreftsykepleie.* Dette var også tre områder der ikke-spesialiserte sykepleiere følte manglende evner til å gi omsorg til pasienter med kreft.

4.2.3 Artikkel 3

“Never-ending making sense: towards a substantive theory of the information-seeking behavior of newly diagnosed cancer patients”, Eilis McCaughan & Hugh McKenna, 2007:

Hensikten med denne artikkelen var å kartlegge informasjonsbehovet til kreftpasienter fra diagnosen var satt, til det var gått tre måneder. På denne måten kunne forfatterne kartlegge mønsteret pasientene søkte informasjon på. Studien ble gjennomført på bakgrunn av dybdeintervju med de utvalgte pasientene. McCaughan & McKenna (2007) fant følgende tre steg i pasientenes søkeprosess etter informasjon: *blokkere ut/stenge igjen for all informasjon, åpne opp for informasjon, søke etter informasjon selv.* Ved diagnostisering av kreften gjorde de sterke reaksjonene på beskjeden at pasientene koblet ut og ikke klarte å ta inn over seg informasjonen. Etter en stund gikk den aller sterkeste og første reaksjonen over, og pasienten var i stand til å åpne opp for informasjon. Ettersom pasientene klarte å ta inn over seg at de hadde fått en kreftdiagnose, klarte de å bestemme seg for å gå videre og finne styrke i

motgang. Etter hvert kunne pasientene da begynne å søke etter informasjon gjennom ulike kilder, både på egenhånd, gjennom helsepersonell og pårørende. Denne prosessen kan kategoriseres nærmere: 1. sjokkfase, 2. ta sykdommen inn over seg, 3. ta kontroll over sykdommen (McCaughan & McKenna, 2007). Artikkelen viser viktigheten av at helsepersonell har kjennskap til disse reaksjonene hos pasienter med nylig diagnostisert kreft, og tar hensyn til de ulike fasene i forhold til informasjonsbehov og evnen til å ta i mot den informasjonen de får.

4.2.4 Artikkel 4

"Patients' Perceptions of the Importance of Nurses' Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care", Kirsti Kvåle & Margareth Bondevik (2010):

Hensikten med denne artikkelen var å belyse pasientenes oppfatning vedrørende viktigheten av sykepleiernes kunnskap om kreft og hvilken innvirkning de synes dette hadde på sykepleien. Artikkelen er skrevet på bakgrunn av en undersøkelse gjort gjennom intervju av 20 inneliggende kreftpasienter ved en kreftavdeling på et regionalt sykehus i Norge. Resultatene viser at pasientene ser på det som en selvfølge at sykepleierne ved avdelingen har kunnskap og erfaring om kreft og denne typen sykepleie. Viktigheten av at sykepleierne var kompetente på dette området, viste seg ved at det styrket pasientenes grad av lindring i forhold til å føle seg trygg ved å få den informasjonen de trengte, ved å dempe lidelsen i forbindelse med å motta behandling (strålebehandling og cellegift), og lettet situasjonen i forhold til bivirkninger av behandling og symptomer i forhold til sykdommen i seg selv. Pasientene satt pris på sykepleiere som kunne kombinere klinisk og biologisk kunnskap og sykepleieoppgaver gjennom en medmenneskelig relasjon. Disse sykepleierne fikk pasientene til å føle en viss trygghet i situasjonen, mens møtet med sykepleiere som pasientene fikk inntrykk av at manglet erfaring og kunnskap, fikk pasientene til å føle seg utrygge i situasjonen. Undersøkelsen viste at pasientene raskt kunne fastslå hvilke sykepleiere som hadde den ønskelige kunnskapen og ikke, ved å stille spørsmål. Pasientene forventet likevel ikke at sykepleierne skulle "kunne alt", de forventet også at sykepleierne skulle henvende seg til legen dersom det oppstod spørsmål og situasjoner de ikke kunne håndtere selv. Erfarenhet blant sykepleierne som jobber med kreftpasienter er derfor nødvendig (Kvåle & Bondevik, 2010).

4.2.5 Artikkel 5

"Assessment of Patient and Family Needs During an Inpatient Oncology Experience", Mary Dougherty (2010).

Formålet med denne studien var å kartlegge de spesifikke behovene kreftpasienter og deres pårørende hadde i forbindelse med sykehusinnleggelse. Dette for å kunne gi bedre omsorg og sykepleie til denne pasientgruppen. Et tilfeldig utvalg ble valgt etter inklusjonskriterier, og bestod av 54 deltakere (27 pasienter og 27 pårørende). De behovene pasientene så på som viktigst var informasjon og kommunikasjon vedrørende deres medisinske behandling, kompetansen på helsepersonellet, renslighet i miljøet rundt pasienten og adekvat smertelindring. Behov som var minst viktige var relatert til praktisk informasjon rundt sykehuset (kantine, parkering, o.l), å forholde seg til den samme sykepleieren, støtte fra personer utenfor familien (medpasienter, støttegrupper, o.l), og å snakke med legen hver dag. Deltakerne i studien gav uttrykk for at størsteparten av deres behov ble møtt av helsepersonell. Det behovet som for pasienten spesielt ble sett på som viktig, men som ikke ble møtt på en tilstrekkelig måte, var behov relatert til å få vite et sannsynlig utfall av sykdommen og ellers prognose. Studien viser et gjennomsnitt av hva deltakerne så på som de viktigste behovene møtt under en sykehusinnleggelse. I praksis er det viktig å huske på at alle kreftpasienter og deres pårørende har individuelle ønsker og behov som de trenger å få møtt (Dougherty, 2010).

5.0 Drøfting

Problemstillingen jeg ønsket å belyse i denne oppgaven var: ”*Hvilken betydning har kunnskap og kompetanse hos sykepleier for pasienter med nyoppdaget kreftsykdom?*”

Gjennom arbeid med denne problemstillingen, har jeg kommet frem til teori og forskning som viser at sykepleiers kunnskap og kompetanse har betydning for pasientens opplevelse av sin sykdom og har innvirkning på pasientens evne til å føle trygghet og mestring i den nydiagnostiske fasen. Dette blant annet grunnet pasientgruppens store informasjonsbehov.

Innledningsvis i oppgaven, valgte jeg å avgrense problemstillingen til *møtene* mellom sykepleier og pasient, og ikke fokusere på de ulike behandlingene. Derfor vil jeg i dette drøftingskapittelet gå nærmere inn på de to poengene jeg har kommet frem til gjennom teori og forskning, som jeg finner mest vesentlig i forhold til min problemstilling; *pasientenes informasjonsbehov og innholdet i sykepleierens kunnskap og kompetanse*. Deretter vil jeg si noe om behovet av at sykepleier er bevisst på viktigheten for utvikling; *fra nybegynner til ekspert*.

5.1 Pasientens informasjonsbehov

Sykepleierens kunnskap og kompetanse har betydning for pasientens informasjonsbehov, fordi å få dekket dette informasjonsbehovet fra en erfaren og kunnskapsrik sykepleier viser seg å styrke pasientenes grad av lindring i forhold til å føle seg trygg, ved å dempe lidelsen ved å motta behandling mot kreften, og ved å lette situasjonen i forhold til bivirkninger av behandling og sykdommen i seg selv (Kvåle & Bondevik, 2010). Å få dekket informasjonsbehovet kan altså lette på den helhetlige situasjonen pasienten er i, i forhold til sin kreftsykdom.

Travelbee (2001) vektlegger viktigheten av pasientens håp i forbindelse med sykdom, da hun hevder at uten håp kan ikke mennesket finne mening eller mestre. Valand & Fodstad (2001) sier at håpet skal brukes som en motvekt til fortvilelse. Her ser en viktigheten av å dekke informasjonsbehovet, da det trolig styrker pasientens evne til å finne håp.

Forskning viser også at pasientene enkelt kan fastlå hvilke sykepleiere som er kompetente på området og ikke, ved å stille spørsmål og søke informasjon (Kvåle & Bondevik, 2010). Dette understøtter påstanden om at kunnskap og kompetanse er en vesentlig egenskap hos sykepleier i møte med kreftpasienter, ettersom pasientene så lett kan danne seg et bilde av sykepleierens kompetanse på området.

McCaughan & McKenna (2007) presenterer forskning som kartlegger pasienter med nyoppdaget kreftsykdom sitt mønster i forhold til å søke informasjon. I takt med dette mønsteret kan en se at pasientenes behov for informasjon øker, og sykepleier må derfor være bevisst på dette mønsteret, og være klar for å kunne tilby og hjelpe pasienten til å få den informasjonen han ønsker og trenger i forhold til å leve med sin sykdom. Det krever kompetanse og erfaring hos sykepleier for å kunne utvikle bevissthet og å "se" dette mønsteret hos den enkelte pasient.

Kvåle (2006) presenterer resultater av forskning som viser at informasjon ses på som en konkret handling som en del av den helhetlige omsorgen, og også denne studien påpeker at informasjon fremmer trygghet. Pasientene setter pris på sykepleiere som kan kommunisere og informere samtidig som de utfører praktiske handlinger. Travelbee (2001) ser også på kommunikasjon og relasjon som en del av den helhetlige sykepleien.

Dougherty (2010) presenterer i sin forskning resultater som viser at informasjon og kommunikasjon rundt sykdommen er den første av de fire viktigste behovene kreftpasienter ønsker å få møtt under sykehusinnleggelse. Gill & Duffy (2010) utmerker kommunikasjon og informasjon som et av tre tema som utmerker seg som essensielt i kreftsykepleie.

Fordi pasientenes informasjonsbehov er så stort, og fordi en ser det i mange ulike aspekter innenfor sykepleien til pasienter med nyoppdaget kreft, foreligger det et behov i forhold til at sykepleier innehar kunnskap og kompetanse nok til å kunne kartlegge disse behovene hos de individuelle pasientene, og for at sykepleier skal kunne dekke informasjonsbehovet til pasienten. Med dette mener jeg at sykepleier bør kunne møte disse informasjonsbehovene på en naturlig måte når pasienten ønsker det. Dette ser en blant annet gjennom forskning som viser at pasientene setter pris på at sykepleier kan informere og kommunisere samtidig som de utfører praktiske handlinger (Kvåle, 2006). Det bør ligge integrert i sykepleierens væremåte å møte og å mestre de eventuelle kommunikative utfordringene (Eide & Eide, 2007) informasjonsbehovene medfører.

Forskning viser at nettopp disse kommunikative utfordringene i forhold til kreftpasienter, oppleves som vanskelig å møte for sykepleiere uten spesiell erfaring innenfor denne typen sykepleie (Gill & Duffy, 2010).

Valand & Fodstad (2001) hevder også at god informasjon er vesentlig for mestring hos pasienten, og at mange pasienter har skjulte informasjonsbehov som kan være vanskelige å

oppdage. Dette viser at sykepleier må ha kompetanse og erfaring i forhold til å kunne oppdage eventuelle skjulte informasjonsbehov hos pasienten, slik at pasienten kan få dekket sine behov og få fremmet mestring.

Gjennom de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleieforbund) ser en at sykepleier har et stort ansvar i møte med pasienter, både gjennom ansvaret i forhold til å behandle pasienten med verdighet og respekt, retten til medbestemmelse, plikten til å sikre informasjonsforståelse, og viktigheten av det ansvaret hver enkelt sykepleier har i forhold til å erkjenne sin egen kompetanse i forhold til utførelse og vurderinger i praksis. Sykepleier skal oppsøke veiledning dersom hun erkjenner seg mindre kompetent i sykepleiesituasjoner.

Dette støttes av forskning, der det vises at pasientene ønsker at sykepleier skal søke råd og veiledning der de føler de mangler evner og erfaring (Kvåle & Bondevik, 2010).

Å møte pasienter med nyoppdaget kreft krever derfor at sykepleier er erfaren og kompetent innenfor kreftsykepleie til denne pasientgruppen, og at hun innehar kunnskap som er tilstrekkelig både i forhold til å kunne *se* hva pasientene trenger av informasjon, og i forhold til å *formidle* denne informasjonen. En ser at informasjonsbehovet strekker seg videre utover det å ha betydning for pasientens selvfølelse og evne til å mestre, mot å ha betydning for pasientens bestemmelser i forhold til sykdom og behandling, gjennom sin medbestemmelsesrett. Ettersom pasienten har rett på medvirke i bestemmelser og ta egne avgjørelser rundt sin sykdom, har sykepleieren et stort og svært viktig ansvar i å kunne formidle nødvendig informasjon på en forståelig og forsvarlig måte, slik at pasienten er skikket til å ta, i mange tilfeller, livsviktige avgjørelser. I sammenheng med medbestemmelsesretten, er det viktig at sykepleier sikrer seg at informasjonen som formidles er forstått. Fordi kreftpasienter har skjulte informasjonsbehov (Valand & Fodstad, 2001), og går gjennom ulike faser i forhold til evnen til å takle og forstå sykdommen (McCaughan & McKenna, 2007) i den nydiagnostiske fasen, er det derfor svært viktig at sykepleier i forbindelse med dette har kompetanse til å avdekke disse fasene og behovene hos pasienten, med tanke på å sikre seg at pasienten har forstått informasjonen som er gitt.

Joyce Travelbee vektlegger viktigheten av et menneske-til-menneske forhold, der sykepleieren har som oppgave å målbevisst etablere relasjoner med pasienten gjennom interaksjon. Sykepleier skal skape tilknytning til pasienten, for å sikre forståelse og kommunikasjon (Travelbee, 2001). Dette underbygger viktigheten av at sykepleieren har evne

og kompetanse til å skape relasjoner til pasientene, fordi det er nødvendig i forhold til å informere pasientene.

På bakgrunn av Kristoffersen (2005) som hevder at en hver sykepleier vil utvikle sin personlige kliniske sykepleiepraksis, ser en at denne utviklingen er nødvendig for å møte pasienter med nyoppdaget kreftsykdom på best mulig måte. Det er nødvendig at pasienten får forholde seg til sykepleiere som har erfaring med å møte denne pasientgruppen, at sykepleieren har sett denne ”typen pasient” før. Dette gjør at sykepleier kan gjenkjenne signaler, mønster, og oppførsel hos pasienten i forhold til informasjonsbehov, slik at disse blir dekket på en tilfredsstillende måte. En pasient med nyoppdaget kreftsykdom har fått en stor inngripen i sitt liv ved å få kreftdiagnosen, og bør derfor ha rett på å føle seg mest mulig trygg og ha mulighet til å få fremmet mestring ved hjelp av sykepleiers kunnskap og kompetanse.

5.2 Innholdet i sykepleierens kunnskap og kompetanse

Som nevnt avslutningsvis i forrige underkapittel, sier Kristoffersen (2005) noe om den kliniske sykepleiekompetansen; denne kompetansen er sammensatt av teoretisk, klinisk og etisk kunnskap, og blir den enkelte sykepleiers individuelle kompetanse i forhold til den sykepleien hun utfører gjennom praksis. Det blir sykepleierens samlede kompetanse for å handle i ulike sykepleiesituasjoner. Sykepleierutdanningen består av ulike former for kunnskap, som har som mål å utvikle sykepleierstudenten til en ferdig utdannet sykepleier, som gjennom sitt arbeid innefor yrket skal utvikle sin egen, personlige kliniske sykepleiekompetanse.

Som sykepleier er en altså i stadig utvikling. Kristoffersen (2005) viser til Kolb (1980) som hevder at en bruker hele sitt liv som sykepleier på å utvikle læring innenfor sykepleiefaget.

Kristoffersen (2005) viser til Stuart og Hubert Dreyfus (1980) sin inndeling av kompetansenivåer i sykepleie; *nybegynneren*, *den viderekomne nybegynneren*, *den kompetente utøveren*, *den kyndige utøveren*, *eksperten*. Det som kjennetegner en sykepleier med høy klinisk kompetanse er spesielt det godt utviklede kliniske blikket, intuisjon, og taus eller innforstått kunnskap. Sykepleieren får en umiddelbar helhetsoppfatning av pasientsituasjonen (Kristoffersen, 2005).

Dette viser at innholdet i den enkelte sykepleiers kunnskap og kompetanse, klinisk sykepleiekompetanse, er individuell og unik for sykepleieren. Den nyutdannede sykepleieren er uerfaren, og har en lang vei foran seg i forhold til å utvikle sin spesielle kompetanse.

En ser gjennom teori og forskning behovet for at sykepleier innehar kunnskap og kompetanse, fordi sykepleie til pasienter med nyoppdaget kreft er krevende. Det er krevende å møte denne pasientgruppen, blant annet grunnet det store informasjonsbehovet, og det er utfordrende for sykepleier å dekke disse behovene.

Forskning viser at sykepleiere uten direkte og spesiell erfaring med kreftpasienter som pasientgruppe, ser på møtet med denne pasientgruppen som utfordrende og krevende, fordi de kjenner på manglende evner i forhold til å gi omsorg til pasienter med kreft (Gill & Duffy, 2010).

Fire av fem artikler som er brukt i oppgaven, presenterer også resultat som viser at praktisk handling og tekniske ferdigheter er vesentlig for opplevelsen av trygghet og god sykepleie (Kvåle, 2006, Gill & Duffy, 2010, Kvåle & Bondevik, 2010, Dougherty, 2010).

Innholdet i sykepleiers kunnskap og kompetanse i møte med pasienter med nyoppdaget kreft, bør derfor inneholde erfaring og kompetanse vedrørende kreftsykepleie generelt, og i forhold til å møte pasienter som nylig har fått sin kreftdiagnose. Sykepleier bør inneha kunnskap om kreft generelt, og om hvilke behov kreftpasienten trenger å få møtt. Sykepleier bør kunne ved hjelp av et enkelt overblikk av situasjonen, ha øye for å se hva pasienten trenger av sykepleier.

Dette fordi forskning viser at det er av stor betydning for pasienten at sykepleier innehar kunnskap og kompetanse, og ser på det som en selvfølge at denne kompetansen er tilstede hos sykepleier i møte med kreftpasienten (Kvåle & Bondevik, 2010).

Valand & Fodstad (2001) hevder at kreftpasientens reaksjon på sykdommen, har sammenheng med pasientens tidligere erfaring av sykdommen, gjennom slekt og familie, og av hvilket bilde pasienten har tegnet av sykdommen fra tidligere.

Dette viser at sykepleier må ha egenskap til å være observant på hva pasienten ser ut til å inneha av kunnskap og inntrykk i forhold til kreftsykdommen, og eventuelt kunne rettlede pasienten i forhold til dette. Sykepleier kan på den måten hindre at pasienten tegner et bilde av sin sykdom på bakgrunn av feilaktig kunnskap og myter, og at han eventuelt forverrer sin situasjonen på unødig vis. Dette kan en se i sammenheng med det skjulte informasjonsbehovet som Valand & Fodstad (2001) sier noe om. Bildet pasienten har tegnet av sykdommen kan være en del av dette skjulte informasjonsbehovet som bor i pasienten. Derav viktigheten av at sykepleier på intuitivt og erfaringsbasert grunnlag kan se og oppdage

tegn på slike oppfatninger hos pasienten, og på en naturlig måte kunne dekke pasientens behov for å oppdateres på sin egen, individuelle sykdomstilstand.

Gjennom sin sykepleieteori, legger Travelbee (2001) vekt på at sykepleiepraktikerens oppgave består av å hjelpe pasienten til å mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene. Hun hevder at det er absolutt nødvendig at sykepleier setter seg inn i situasjonen til pasienten, både fra et faglig perspektiv og fra pasientens ståsted. Hun hevder videre at dette er en svært utfordrende oppgave for sykepleieren, da hun møter mennesker som har fått tilført en kronisk, invalidiserende eller terminal sykdom til livet. Hun legger vekt på viktigheten av at interaksjonen mellom sykepleier og pasient består av et menneske-til-menneske forhold som inneholder medmenneskelige handlinger. Det er viktig at sykepleier ser på pasienten som en individuell person, og ikke som ”en av mange” (Travelbee, 2001).

Fordi det er nødvendig at sykepleier setter seg inn i situasjonen fra et faglig perspektiv, og fordi å hjelpe pasienten mot å mestre og finne mening er en svært utfordrende oppgave for sykepleieren, ser en at det er nødvendig at sykepleier har erfaring og medfølgende kunnskap og kompetanse i forhold til dette. Sykepleier behøver høy kunnskap og tilstrekkelig kompetanse for å sette seg inn i situasjonen fra et faglig perspektiv, og erfaring og kompetanse til å samtidig kunne se situasjonen fra pasientens perspektiv. Dette er nødvendig for at situasjonen kan forstås av pasienten, samtidig som innholdet i informasjon i situasjonen er faglig korrekt.

Ettersom det viser seg at å møte pasienter med nyoppdaget kreftsykdom er en svært utfordrende oppgave for sykepleier, både faglig og følelsesmessig, kan en se at det kreves av sykepleier at hennes kliniske sykepleiekompetanse inneholder kjennskap til denne typen sykepleie, og at hun innehar faglig kunnskap og personlig intuisjon som hjelper henne til å møte pasienter på en naturlig og god måte. Tittelen på dette kapitlet har jeg kalt for *innholdet i sykepleiers kunnskap og kompetanse*. Dette innholdet blir da det personlige innholdet i sykepleiers kompetanse, som hun har utviklet gjennom erfaring og faglig kunnskap. Fordi sykepleiefaget er så omfattende og fordi en møter mange ulike pasientgrupper og utfordringer innenfor de ulike avdelingene og arbeidsplassene, er det helt nødvendig at i møte med kreftpasienter som nylig har fått sin diagnose, bør sykepleieren ha formet sin kliniske sykepleiekompetanse ved hjelp av blant annet å møte nettopp denne pasientgruppen. På den måten vil det bli naturlig og integrert for denne sykepleieren å være

observant på alle de ulike aspektene som kreves i forhold til å møte denne pasientgruppen, og opplevelsen av å være pasient vil bli styrket i forhold til dersom pasientene møter sykepleiere som ikke har denne typen sykepleie som en del av sin kliniske sykepleiekompetanse.

5.3 Fra nybegynner til ekspert

Ettersom en gjennom teori og forskning kan se så tydelig at det kreves kunnskap og kompetanse hos sykepleier i møte med pasienter med nyoppdaget kreftsykdom, vil jeg bruke noen ord avslutningsvis på å se på viktigheten av sykepleiers utvikling innenfor faget, fra nybegynner til ekspert.

En kan gjennom kompetanseinndelingen som Kristoffersen (2005) viser til Stuart og Hubert Dreyfus (1980), se at nivåene ikke går rett fra *nybegynner* til *ekspert*, men at den består av flere nivåer før en når det siste og ønskelige nivået innenfor sykepleiers kompetanse. Det kreves mye klinisk erfaring sammen med faglig kunnskap, for å komme seg opp på ekspertnivå, og sykepleieren må være åpen for utvikling av seg selv innenfor sin profesjon. Det er derfor svært viktig at sykepleiestudenter og nyutdannede sykepleiere er bevisst på dette, og at de ikke kommer ut i praksis som nyutdannede og forventer å møte en arbeidsdag uten utfordringer og som ekspert innefor sitt fag. Dette underbygges også av Travelbee (2001), som blant annet sier at sykepleiers kommunikasjonsferdigheter og teknikker er noe som sykepleier må arbeide med å utvikle.

En ser gjennom forskning at pasientene kan fastslå hvilket nivå sykepleieren er på, ved hjelp av å stille spørsmål og møte sykepleieren, og at dette har betydning for hvordan pasienten føler seg i forhold til sin sykdomssituasjon (Kvåle & Bondevik, 2010).

Det er tvilsomt at pasientene bevisst foretar seg en "utspørring" av sykepleier for å finne ut hvilket nivå hun er på og hvilken kompetanse hun innehar. Dette er nok noe som skjer som en naturlig del av pasientens måte å takle kreftsykdommen på. Pasienten krever mye informasjon og en verdig behandling, og det har pasienten også rett på.

En ser gjennom sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleieforbund) at sykepleier har ansvar for å erkjenne sine egne begrensninger i forhold til utførelse av faget.

Det er viktig at sykepleier kjenner til dette, i forhold til at hun er pliktet til å søke veiledning på områder der hun føler seg mindre kompetent. Gjennom å søke veiledning på områder der en mangler kunnskap og kompetanse, bidrar til utvikling av sykepleiers personlige kliniske sykepleiekompetanse, og er nettopp det som er sentralt for å bli en god sykepleier. For å

utvikle seg gjennom kompetansenivåene, fra å være nybegynner til å bli ekspert. Det er denne sykepleieren pasienten med nyopplaget kreftsykdom ønsker møte, eksperten.

6.0 Avslutning

Avslutningsvis vil jeg få med at teori og forskning som er brukt i oppgaven også viser viktigheten av medmenneskelighet, relasjoner og de følelsesmessige aspektene rundt forholdet mellom pasient og sykepleier. Men dette er et behov som ser ut til å bety mindre for pasientene i den nydiagnostiske fasen, men som øker i takt med at pasienten tar sykdommen inn over seg og får overskudd til at miljøet rundt han har betydning.

Belyst ut i fra problemstillingen, viser oppgaven at det kreves at sykepleier har omfattende kunnskap og høy kompetanse i forhold til det hun praktiserer i møte med pasientgruppen. Kunnskap og kompetanse hos den enkelte sykepleier har betydning fordi det virker inn på pasientens selvfølelse og evne til å mestre sin sykdom, og i forhold til pasienten føler seg ivaretatt på best mulig måte. Det kreves derfor at sykepleier alltid er åpen for utvikling innenfor sitt eget fag, for å styrke sin kliniske sykepleiekompetanse og være bevisst på pasientgruppens behov for sykepleie.

Referanseliste

- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling (3. utg)*. Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter (4. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dougherty, M. (2010). Assessment of Patient and Family Needs During an Inpatient Oncology Experience. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (3) 301-306
- Eide, H, & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk (2. utg)*. Oslo. Gyldendal Akademisk
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier (2. utg.)*. Stockholm: Författarna och Bokforlaget Natur og Kultur
- Gill, F. & Duffy, A.(2010). Caring for patients on non-special wards. *British Journal of Nursing* 19 (12) 761-767
- Kreftregisteret (22.12.2009). Kreftregisteret – Institusjon for populasjonsbasert kreftforskning. Hentet fra:
<http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>
- Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A. (2005). *Grunnleggende Sykepleie, Bind 4 (1. utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J. (2005). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug E-A (2005). *Grunnleggende Sykepleie, Bind 1 (1. utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kunnskapssenteret (2008). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra:
<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>
- Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård i Norden*, 26 (79) 15-19
- Kvåle, K. & Bondevik, M. (2010). Patients' Perceptions of the Importance of Nurses' Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care. *Oncology Nursing Forum*, 37 (4) 436-442
- Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- McCaughan, E. & McKenna, H. (2007). Never-ending making sense: towards a substantive theory of the information-seeking behavior of newly diagnosed cancer patients. *Journal of Clinical Nursing* 16 (11) 2096-2104
- Nome, O. (2010). Generell onkologi. I: Reitan, A.M. & Schjøllberg, T.K. (2010). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling (3. utg.)*. Oslo: Akribe AS.
- Norsk Sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF
- Reitan, A.M. (2010). Kreftsykepleie. I: Reitan, A.M. & Schjøllberg, T.K. (2010). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling (3. utg.)*. Oslo: Akribe AS
- Skaali, T (2007). Psykiske aspekter og reaksjoner ved kreftsykdom. I: Hem, E., Vaglum, P., Fyrand, L. & Nerdrum, P. (2007). *Pasienten og sykdommen – psykiske faktorer ved somatisk sykdom (1. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Travelbee, J. (2001). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Valand, E, & Fodstad, G. (2001) Generell onkologisk sykepleie. I: Almås, H. (2001). *Klinisk sykepleie Bind 1 (3. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Vedlegg 1: Oversiktstabell for litteratursøk

Tabell 1: Søkehistorikk per 24.01.11

	Søkeord	SveMed+	OvidNursing (2000-2011)	ISI Web of Science	CHINAL (2000-2011)
1	Pasient	618	2	(kun engelsk)	1
2	Sykepleie	131	0	(kun engelsk)	2
3	Cancer patients	603	170	79079	16454
4	Nursing care	4755	7808	22897	87961
5	Cancer	6898	14748	>100.000	75726
6	Nursing	7585	108.805	44057	2225
7	Newly Diagnosed	18	512	14643	230694
8	Newly Diagnosed cancer	3	20	4247	687
9	Patient experience	567	169	48649	14638
	1 AND 2	5			
	3 AND 4				2713
	5 AND 6 AND 7			44	
	5 AND 6 AND 9				704

Vedlegg 2: Resultattabell

TITTEL FORFATTER TIDSSKRIFT ÅRSTAL	HENSIKT	METODE	RESULTAT	DISKUSJON/ KONKLUSJON
<p>”Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det” Kirsti Kvåle (2006) Vård i Norden (79) 26. 15-19</p>	<p>Hensikten var å belyse begrepet omsorg sett fra pasienters perspektiv</p>	<p>Utvalget bestod av 10 kvinner og 10 menn mellom 28-82 år. Alle deltakerne hadde en kjent kreftdiagnose, og deltok i intervju på avdelingen, utført av prosjektleder.</p>	<p>Pasientene utrykte følgende egenskaper som nødvendige hos en omsorgsfull sykepleier: de bryr seg om meg, tar seg tid til å snakke, gir informasjon og forklarer, de er smilende og glade og har humor.</p>	<p>Studien viser at det ikke nødvendigvis er de lange samtalene som blir sett på som god omsorg fra sykepleieren, men de små øyeblikkene med oppmerksomhet i en travel hverdag, som viser at de ”bryr seg” om pasienten. Funnene er sammenfallende med flere sykepleieteoretikere sin beskrivelse av sykepleie.</p>
<p>“Caring for cancer patients on non-specialist wards” Finola Gill & Anita Duffy (2010) British Journal of Nursing 19 (12)</p>	<p>Hensikten var å fremskaffe en oversikt over aktuelle sider og utviklingstrekk innen kreftsykepleie, i forhold til å kartlegge kunnskap om sykepleie til kreftpasienter utenfor rene kreftavdelinger.</p>	<p>Forfatterne har utført litteratursøk i databasene MEDLINE, PUBMED, PsyINFO og CINAHL. Totalt ble 24 studier gjennomgått.</p>	<p>Tre tema utmerket seg som aktuelle og utfordrende for sykepleiere uten spesialutdanning : kommunikasjon i kreftsykepleie, kunnskap i forbindelse med informasjon til pasient/pårørende, de følelsesmessige aspektene ved kreftsykepleie.</p>	<p>Studien viser viktigheten av god kunnskap og kompetanse i forhold til sykepleie til kreftpasienter. Sykepleierens kunnskap har effekt på pasientens og pårørendes opplevelse av situasjonen.</p>
<p>“Never-ending making sense:</p>	<p>Hensikten med studien var å kartlegge kreftpasienters</p>	<p>Metoden som ble brukt var dybdeintervju med et utvalg av</p>	<p>Resultatet viste at pasientene ved diagnostisering</p>	<p>Funnene viser at pasientene ikke er åpne for informasjon med</p>

<p>towards a substantive theory of the information-seeking behavior of the newly diagnosed cancer patients” Ellis McCaughan & Hugh McKenna (2007). Journal of Clinical Nursing 16 (11)</p>	<p>informasjonsbehov fra diagnostisering, til det var gått tre måneder.</p>	<p>27 nylig diagnostiserte kreftpasienter i deres hjem.</p>	<p>n fikk en ”sjokkreaksjon” som blokkerte ut informasjon de ble gitt. Etter en stund (dager/uker) ble de mer åpne for informasjon og begynte etter hvert å søke etter informasjon på egen hånd.</p>	<p>en gang diagnosen er satt, men at denne åpenheten kommer etter hvert som de klarer å venne seg til tanken å ha en kreftsykdom. Dette viser viktigheten av at sykepleier er observant i forhold til når pasienten er klar for å ta imot informasjon som han kan forstå og motta på en forsvarlig måte.</p>
<p>“Patients’ Perceptions of the Importance of Nurses’ Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing care” Kirsti Kvåle & Margareth Bondevik (2010). Oncology Nursing Forum, 37 (4)</p>	<p>Hensikten med artikkelen var å belyse pasientenes oppfatning av betydningen med at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse i forhold til kreft.</p>	<p>Metoden som ble brukt var intervju med et utvalg av 20 inneliggende kreftpasienter ved et regionalt sykehus i Norge.</p>	<p>Resultatet viste at pasientene så på det som en selvfølge at sykepleierne hadde kunnskap og kompetanse vedrørende kreftsykepleie.</p>	<p>Viktigheten av at sykepleierne hadde kompetanse på dette området viste seg å styrke pasientens grad av lindring i forhold til flere aspekter rundt å føle trygghet under sykehusoppholdet . Pasientene forventet også at sykepleierne søkte kunnskap hos andre faggrupper på de områder de følte seg mindre kompetente.</p>

<p>“Assessment of Patient and Family Needs During an Inpatient Oncology Experience” Mary Dougherty (2010). Clinical Journal of Oncology Nursing, 14 (3)</p>	<p>Hensikten med studien var å kartlegge kreftpasienter og deres pårørende sine behov under sykehusinnleggelse.</p>	<p>Metoden som ble brukt var en skriftlig spørreundersøkelse som ble besvart av et utvalg bestående av 27 pasienter og 27 pårørende, valgt ut gjennom inklusjonskriterier.</p>	<p>Resultatet viser at begge parter følte de viktigste behovene å få møtt var: å få tilstrekkelig informasjon og kommunikasjon rundt den medisinske behandlingen, kompetansen på personalet, et renselig miljø og adekvat smertelindring, i tillegg hadde pårørende behov for å få kunne besøke pasienten når de ønsket og å få god informasjon rundt utskrivelse.</p>	
---	---	--	--	--

