



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode: **SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 11.10.12

Kandidatnr.: 11

Antall ord: 7436

Sammendrag:

Bakgrunn: Man har i de senere år sett en økning i antall diagnostiserte krefttilfeller. Dette er således en pasientgruppe som man må regne med å møte på i større og større grad. En kreftdiagnose fører med seg en rekke psykologiske reaksjoner fra pasienten. Det er derfor viktig for sykepleierne å ha kunnskap om hvordan man skal takle disse reaksjonene.

Hensikt: Å finne ut, ved hjelp av aktuell litteratur og forskning, hvordan en sykepleier bør møte en kreftpasient for å ivareta hans psykologiske behov på best mulig måte. Hvilke tiltak som bør iverksettes, og hvordan de bør utføres, for å skape gode relasjoner basert på tillit og håp.

Metode: Systematisk litteraturstudie basert på aktuell litteratur og forskning. Studiene er funnet gjennom søk i CINAHL og PubMed. Litteraturen kommer fra pensum, og fagartikler kommer fra søk i Sykepleien.

Funn: Sykepleieren må møte kreftpasienter som unike individer. Pasientenes informasjonsbehov må ivaretas på en god måte og de må møtes med respekt og vennlighet. Ærlighet og pålitelighet blir trukket fram som viktige elementer. Gode medisinske kunnskaper og ferdigheter er viktig for at pasientene skal føle seg trygge.

Summary:

Background: In recent years there has been an increase in the registered cases of cancer. This is a patientgroup that one must expect to run into more and more frequently. A cancerdiagnose leads to a numer of psychological reactions from the patients. It is important for nurses to have good knowledge about how to combat these reactions.

Purpose: To learn, using good litterature and research, how to properly meet a cancerpatient i order to maintain his psychological needs in a good way. What spesificaly to do, and how to do it, to create good relations base don trust and hope.

Method: A litterature review base don litterature and research. The studies were found using CINAHL and PubMed. The litterature is from the college curriculum, and the articles are from the magazine Sykepleien.

Findings: A nurse must meet his patients as uniqe individuals. Patients need for information must be met in a good way, and he must be met in a respectful an kind manner. Honesty and reliability i key aspects. Good medical skills is important for making the patient fell safe.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.1.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	7
1.1.2 Valg av tema.....	7
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	7
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	7
1.4 Oppgavens oppbygning.....	8
2.0 Teori.....	9
2.1 Teoretisk perspektiv.....	9
2.1.1 Joyce Travelbee.....	9
2.1.2 Håp.....	9
2.2 Kreft.....	10
2.3 Sykepleiefaglige utfordringer ved kreftsykdom.....	10
2.4 Betydningen av medisinsk-teknisk kompetanse.....	11
2.5 Kreftdiagnosens konsekvenser for pasienten.....	11
2.6 Informasjon.....	12
3.0 Metode.....	14
3.1 Hva er en metode.....	14
3.1.1 Kvantitativ og kvalitativ metode.....	14
3.2 Oppgavens metode.....	14
3.3 Etske aspekter.....	15
3.4 Litteratursøk.....	15
3.5 Kildekritikk.....	15
4.0 Presentasjon av studier og funn.....	16
4.1 Percieved helpfulness of physicians' communication behavior and breast cancer pasients level of trust over time.....	16
4.2 Cancer patients' trust in their physician – A review.....	17
4.3 Cancer patients' perceptions of the good nurse: A litterature review.....	17
4.4 Assesment og patient and family needs during an inpatient oncology experience.....	18
4.5 An exploratory study of nurses' presence in daily care on an oncology unit.....	19
5.0 Drøfting.....	21
5.1 Informasjon.....	21

5.2 Medisinskteknisk kompetanse.....	23
5.3 Tilstedeværelse	24
5.4 Tillit og håp	25
6.0 Konklusjon	28
7.0 Referanser	29

1.0 Innledning

I løpet av tiden min som sykepleierstudent har jeg jobbet på en rekke avdelinger som behandler pasienter med kreft. Jeg har vært borti mange forskjellige type kreft som for eksempel: blodkreft, kreft i forskjellige deler av fordøyelseskanalen, kreft i hjernen, lungekreft og kreft i prostata og urinveier. Det jeg har erfart er at personene som jobber på disse avdelingene har ulik evne til å skape tillitsfulle relasjoner med pasientene. Jeg er veldig interessert i fagområdet onkologi, og har fått meg et fast engasjement ved en klinikk hvor mye av arbeidet går ut på å diagnostisere og følge opp personer med kreft i urinveiene. Dette gjør at kreft blir et naturlig tema for denne oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det ble i 2009 registrert 27 520 nye tilfeller av kreft i Norge. Tallene fra i dag tilsier at hver tredje person vil oppleve å bli diagnostisert med en kreftform i løpet av livet (Kreftregisteret, 2011). Dette betyr at man, som sykepleier, må regne med å treffe på personer med kreftsykdom uavhengig av hvilket fagområde man arbeider med.

For folk flest så er ordet kreft forbundet med alvorlig sykdom og død. De har ikke forutsetninger til å kunne skille mellom forskjellige typer kreft og forskjellige graderinger av sykdommen. Mine erfaringer har vist meg at kreftdiagnosens alvor har en spesiell psykologisk effekt på mennesker som blir rammet. De virker ofte ut til å ha et øket behov for oppmerksomhet i forhold til andre typer pasienter.

Jeg har arbeidet, og vært i praksis, på diverse avdelinger på sykehuset hvor kreftdiagnostikk er vanlig utbredt. Jeg har opplevd hvordan kreftsykdom påvirker pasienter og deres pårørende. Mange har et stort behov for informasjon og støtte fra helsevesenet. Den første tiden etter diagnostetidspunktet er preget av stor usikkerhet, både i forhold til prognose, hvordan livet blir påvirket og eventuelle bivirkninger av behandling. Jeg har sett hvor viktig det er å fremme trygghet og håp, og hvordan dette kan hjelpe pasientene gjennom den krisen som mange opplever å ha havnet i. Onkologi har blitt et stort interesseområde for meg, og jeg skal arbeide innen feltet videre.

1.1.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011) sier at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket.

- Sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten.
- Sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.
- Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder til å frasi seg sin selvbestemmelse.
- Sykepleieren ivaretar pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling.
- Sykepleieren deltar aktivt i beslutningsprosesser omkring livsforlengende behandling.

1.1.2 Valg av tema

Med bakgrunn i dette vil jeg belyse hvordan man, som sykepleier, skal møte disse pasientene for å kunne skape gode relasjoner. Relasjoner basert på tillit mellom behandler og pasient er viktig for å opprettholde følelsen av håp, trygghet og livskvalitet. Jeg har gjennom erfaringer ervervet gjennom arbeid og praksis opplevd hvor krevende og komplekst dette kan være. Jeg har også sett at mange plasser mangler rutiner på hvordan kreftpasienter møtes, og at det derfor avhenger veldig mye av hvilken sykepleier det er som møter pasienten. Jeg ønsker derfor å skrive om temaet møtet mellom sykepleier og kreftpasient.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan bør en sykepleier møte pasienter med en kreftdiagnose for å ivareta dem på best mulig måte?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Det skal i oppgaven fokuseres på hva som er viktig for å skape relasjoner som fremmer trygghet og håp hos kreftpasienter på somatisk avdeling i sykehus. Jeg ønsker å finne ut hvilke elementer som ser ut til å ha størst påvirkning i etableringen av gode relasjoner fra pasientens ståsted. Jeg vil fokusere på voksne mennesker. Jeg vil i stor grad fokusere på de

psykologiske aspektene knyttet til sykdommen, men fysiske forhold som er viktige i forhold til min problemstilling vil bli belyst. Dette er fordi fysiske handlinger og prosedyrer vil oppfattes som omsorgsfulle hvis de blir utført på en god og trygg måte.

1.4 Oppgavens oppbygning

Jeg vil innlede oppgaven med en teoridel. Denne vil først ta for seg Joyce Travelbees sykepleieteori for å gi oppgaven et sykepleieteoretisk perspektiv. Etter sykepleieteorien vil jeg forklare og definere oppgavens sentrale begreper. Deretter følger en metodedel. Her vil begrepet metode defineres. Videre vil jeg avklare de forskjellige typene metoder, utøve kildekritikk og beskrive litteraturstudie som metode. Under dette kapitlet vil de aktuelle studier og fagartikler bli presentert. I drøftingsdelen vil jeg vurdere aktuell litteratur og teori opp mot problemstillingen min. Dette vil resultere i en konklusjon i avslutningsdelen. Denne besvarelsen tar sikte på å være oversiktlig og praktisk rettet. Den skal være lett å anvende i praksis.

2.0 Teori

2.1 Teoretisk perspektiv

2.1.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee var en psykiatrisk sykepleier fra USA. Hun fokuserte på de mellommenneskelige aspektene rundt sykepleien. Sykepleiens overordnede mål er i følge Travelbee å hjelpe personer til å mestre, bære og til å finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Hun mente at begrepet "håp" er sterkt knyttet til sykepleiens mål og hensikt. Når et menneske mister håpet, mister det troen på at livssituasjonen kan forbedres, at problemer kan løses eller at vanskeligheter kan fikses opp i. Håpets kjerne blir beskrevet som menneskets grunnleggende tillit til omverdenen. Dersom omverdenen fortsetter å imøtekomme deres behov for hjelp, vil menneskene bevare sin opplevelse av håp og tillit (Kristoffersen, 2008).

Travelbee sier at sykepleiens mål og hensikt bare kan oppnås gjennom etableringen av et virkelig menneske til menneske forhold. Et slikt forhold må etableres mellom personer. Derfor er det viktig at sykepleier og pasient opplever hverandre som noe annet enn bare roller. De må forholde seg til hverandre som unike personer (Travelbee, 1999).

Målet ved etableringen av et menneske til menneske forhold er å oppnå gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient. Dette vil være et resultat av all tidligere interaksjon mellom pleier og pasient. Det oppnås når sykepleieren har vist både forståelse og et ønske om å hjelpe pasienten, og rent faktisk hjelper ham. Å utvikle kontakten til dette nivået forutsetter altså at sykepleieren både har kunnskapene og ferdighetene for å sette i gang tiltak som gagnar pasienten i forhold til hans behov, samtidig som sykepleieren har et genuint ønske om å hjelpe pasienten. En pasient vil oppnå sterk tillit til en sykepleier som gjennom sine handlinger viser seg som en person som pasienten kan stole på (Travelbee, 1999).

2.1.2 Håp

Håp har betydning for mennesker som lider, og fremming av håp er således en av sykepleierens viktigste oppgaver. Håp er en underliggende fornemmelse av tro og tillit til livet. I situasjoner som truer personers liv og helse trer håpet fram som en aktiv ressurs

(Kristoffersen & Breievne, 2008). I slike situasjoner blir det sykepleierens oppgave å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. I tillegg er det sykepleierens oppgave å hjelpe mennesker som har mistet håpet, med å gjenvinne dette (Travelbee, 1999).

En rekke studier tyder på at hvordan mennesker opplever håp er avgjørende for hvordan de evner å mestre livssituasjoner hvor de erfarer tap og lidelse. Håp kan påvirke forløpet av sykdom, samtidig som håpet bidrar til øket livskvalitet. Erfaring viser videre at hvordan man bevarer håpet påvirker overlevelsessevnen ved sykdom eller alvorlige kriser (Kristoffersen & Breievne, 2008).

Lorentsen (Lorentsen & Grov, 2010) sier at hvordan informasjon formidles, hvilke ord som brukes, og måten det gjøres på er avgjørende for hvorvidt en pasient opplever mismot eller håp. Pasientenes håp vil styrkes dersom de erfarer at legens eller sykepleierens holdninger er preget av tro og håp. Omsorgsfulle og bekreftende relasjoner er viktige for håp. I hvilken grad en sykepleier har tilstedeværelse, og dens atferd påvirker pasientens opplevelse av håp.

2.2 Kreft

Kroppen vår består av milliarder av celler som formerer seg ved celledeling. Ved kreftsykdom vil cellene begynne å dele seg ukontrollert, samt slutte å utføre de oppgavene som friske celler ville ha gjort. Disse syke cellene vil etter hvert bli mange nok til å danne en kreftsvulst i det organet den ukontrollerte celledelingen startet. Kreftceller har i motsetning til friske celler også muligheten til å vokse inn i andre organer, samt spre seg gjennom blodbanene eller lymfesystemet (Lorentsen & Grov, 2010).

Behandlingen av kreft kan være både kurativ og palliativ, avhengig av hvor tumoren sitter eller hvor langt kreftsykdommen har kommet. Med kurativ behandling menes at man har helbredelse som mål. Med palliativ behandling er det snakk om enten livsforlengende behandling eller symptomlindrende behandling (Lorentsen & Grov, 2010).

2.3 Sykepleiefaglige utfordringer ved kreftsykdom

Pasienter med kreftsykdom, så vel som deres pårørende, opplever å være i en sårbar og stresset situasjon. I tillegg til den medisinske behandlingen er gode og omsorgsfulle relasjoner mellom pasient og sykepleier avgjørende for at pasienten skal oppleve livskvalitet og helse. Dette betyr at sykepleieren må møte pasientene med respekt, empati og mot.

Gode kommunikasjonsegenskaper er viktige, så vel evnen til å være tilstedeværende (Lorentsen & Grov, 2010).

Pasienter med kreft opplever håp i alle stadier av sykdommen. Dette håpet kan endres fra håpet om å bli frisk, til håpet om å være smertefri. Sykepleieren må være bevisst på at dens atferd, ordbruk og holdninger er medvirkende til å styrke eller svekke håpet hos pasienten. Det samme gjelder sykepleierens kunnskaper omkring symptomlindring. Håpet er en av de viktigste ressursene en pasient har, da det gir indre styrke og energi (Lorentsen & Grov, 2010).

Lorentsen (2003) sier at opplevelsen av noe godt er viktig i forhold til å kunne håpe. De gode opplevelsene kan gi håp til å kjempe videre. Gode opplevelser kan handle om et godt stell, god smertelindring eller det å slippe å være kvalm. Ved å være tilstede både fysisk og psykisk kan gi pasientene en følelse av verdi, som igjen kan hjelpe dem ut av håpløsheten. Respekt er en grunnleggende verdi i et sykepleier- pasient- forhold, og er et viktig element når man skal hjelpe en pasient til å oppleve håp. Sykepleierens evne til å se og lytte, vil gi en følelse av tilstedeværelse, eller det motsatte. Å øke sykepleierens kunnskaper om hvilken makt som egentlig ligger i begrepet håp, vil kunne bedre begrepets vilkår i hverdagen.

2.4 Betydningen av medisinsk-teknisk kompetanse

Lerdal (2010) beskriver en studie som tar for seg hvordan kreftpasienters opplevelse av sykepleiers kunnskaper innen kreft og behandling påvirker hvordan de opplever kvaliteten på sykepleien som blir utført. Studien ble utført på et regionssykehus i Norge, og den tok for seg pasienter i både kurativ og palliativ fase. Hovedfunnene var at sykepleiere som hadde gode kunnskaper innen kreft og kreftbehandling, samt viste gode tekniske ferdigheter, var i stand til å lindre smerte og fremme trygghet i større grad enn sykepleiere som ikke gav uttrykk for å ha like gode kunnskaper. Denne studien understreker viktigheten av at sykepleierne har gode medisinske kunnskaper, relevant erfaring og gode ferdigheter. Dette ble, av pasientene, beskrevet som viktige faktorer for å føle seg trygg.

2.5 Kreftdiagnosens konsekvenser for pasienten

En kreftdiagnose er blant mange mennesker synonymt med knuste framtidsplaner, lidelse og død. Den utløser en stor krise i manges liv, og blir omtalt som en eksistensiell rystelse. Til

tross for at det i dag finnes gode behandlingsmuligheter for mange typer kreft vil mange oppleve at trusselen om å dø trer fram (Lorentsen & Grov, 2010).

Gram (2004) sier at det finnes et psykologisk reaksjonsmønster som er ganske typisk for pasienter som får diagnostisert en kreftsykdom. Det vil ofte komme en kort periode hvor pasienten er i sjokk og opplever sin egen situasjon som uvirkelig. Etter dette vil pasienten kunne oppleve angst, fortvilelse og sinne. Hvis pasienten får god støtte fra venner og familie vil disse følelsene kunne avta etter noen uker. For noen vil kreftdiagnosen kunne føre til vedvarende høye nivåer av depresjon og angst. Risikoen kreftpasienter har for å utvikle en depresjon er vesentlig øket i forhold til den generelle populasjonen. Det er flere faktorer som fører til denne økningen. Pasientene kan oppleve sosial isolasjon, manglende kontroll over situasjonen og økonomiske vanskeligheter. I tillegg spiller de fysiske symptomene en vesentlig rolle. Kreftpasienter opplever ofte smerter som det kan være vanskelig å lindre tilstrekkelig. De kan også oppleve endringer i hormonbalansen og bivirkninger fra den medisinske behandlingen. Selv om en kreftsykdom øker risikoen for depresjon er det viktig å understreke at langt over halvparten ikke utvikler depresjon. Dette ser ut til å avhenge av den enkeltes personlighetstrekk og strategi for mestring. Oppfølgingen pasienten opplever å få fra omgivelsene sine må man også regne med spiller en rolle (Gram, 2004).

Når alvorlig sykdom, skade eller funksjonstap fører til endret livssituasjon, vil det for et menneske med intakt kognitiv evne føre til en krise. En psykologisk krise oppstår når man ved hjelp av tidligere livserfaringer eller reaksjonsmåter ikke klarer å forstå eller beherske den situasjonen som er oppstått (Kristoffersen & Breievne, 2008).

2.6 Informasjon

Informasjon i en pasientkontekst er opplysninger om helsetilstand hos pasienten, noe som i fra et alminnelig perspektiv er av interesse hos den respektive pasient (Molven, 2010). Det er en rettighet som er hjemlet i pasientrettighetsloven (2001):

§ 3-2. Pasientens og brukerens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

Haugslett (2002) sier at å gi informasjon om den medisinske behandlingen og sykdommens prognose er legenes ansvar. Sykepleiernes ansvar er å sikre at pasientene har mottatt og forstått denne informasjonen, samt følge opp med informasjon om sykepleie og omsorg. Forberedelser, kartlegging, oppfølging og evaluering kan føre til at pasienter føler seg mer ivaretatt. Gode forberedelser gjør i tillegg sykepleierne bedre rustet til å gi god informasjon og til å svare på spørsmål som pasientene måtte ha. Informasjonsbehov vil kunne endre seg over tid. Det stilles derfor krav om at informasjonen følges opp og evalueres i forhold til pasientenes behov og forutsetninger. Sykepleiernes oppfølging og kommunikasjonsferdigheter er avgjørende for om pasientene får dekket sitt informasjonsbehov på en tilfredsstillende måte.

Informasjon til pasienter med kreft bør være en kommunikasjonsprosess hvor det er mulig å utveksle meninger og danne ny forståelse. Dette skal skje på pasientens premisser. Man må undersøke hvilket behov pasienten har til informasjon, og tilpasse informasjonsutvekslingen i forhold til pasientens ønske om og evne til å motta informasjon. Man må ta hensyn til pasientens kjønn, kultur, religion og alder fordi dette kan influere på pasientens ønske om informasjon. Man skal presentere fullstendig informasjon, men uten "å overøse" pasienten. Dette fordi det kan være begrenset hvor mye informasjon de kan bearbeide eller huske. Man må vokte seg for å tilpasse informasjonsmengden etter ens eget behov for å informere. Dette behovet er ikke alltid det samme som pasienten har. En del av informasjonen man formidler til pasienter med kreft kan forårsake sterke emosjonelle reaksjoner. Derfor er det av betydning at den som informerer har en god relasjon til pasienten (Lorentsen & Grov, 2010).

3.0 Metode

3.1 Hva er en metode

Metode defineres som (Dalland, 2007):

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.”

Metode sier hvordan vi skal gå frem for å kunne framskaffe eller etterprøve kunnskap. Når man foretar et valg av metode, skal valget være forankret i ønsket om å framskaffe de data som vi trenger på en måte som er faglig interessant (Dalland, 2007).

3.1.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

Det finnes to typer metode som vi bruker å skille mellom. Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvantitative metoden samler inn informasjon, og omgjør den til målbare enheter (Dalland, 2007).

3.2 Oppgavens metode

Denne oppgave er en litteraturstudie. I en litteraturstudie gjør man et definert søk etter litteratur som er relevant for en problemstilling. En litteraturstudie kan sammenliknes med et intervju. Litteraturen er en informasjonskilde, på samme måte som respondenten i et intervju er en informasjonskilde. Det skilles mellom bakgrunns litteratur og innsamlingslitteratur. Innsamlingslitteraturen presenteres i en resultatdel, for så å bli drøftet opp mot bakgrunns litteraturen for å prøve å belyse problemstillingen (Olsson & Sørensen, 2008).

Man må ha evnen til å utvise god kildekritikk under litteratursøket, for å kunne velge seg ut gode og hensiktsmessige forskningsartikler. Dette skal vise at man kan forholde seg kritisk til den innsamlingslitteraturen man velger å benytte seg av i oppgaven. Litteraturen som benyttes skal være gyldig, og ha god relevans for problemstillingen (Dalland, 2007).

3.3 Etiske aspekter

Oppgaven skal ikke være et plagiat. Dette vil si at man ikke skal sette sitt eget navn på en annen persons arbeid. I de tilfellene man bruker andre kilder, skal dette komme klart fram gjennom bruk av referanser i teksten. Man skal heller ikke vinkle funn eller kunnskap fra en kilde slik at den/det framkommer på en annen måte i besvarelsen enn i orginalkilden. Dette vil kunne virke villedende på leseren av oppgaven, og vil forringe kvaliteten på oppgaven.

3.4 Litteratursøk

Mine litteratursøk ble utført i databasene CINAHL og PubMed. Cancer, trust og care var søkeordene jeg benyttet meg av i litteratursøket mitt. Jeg fikk 275 treff med disse søkeordene. Jeg fant samtlige artikler på mitt første søk i CINAHL, men fant flere av dem i PubMed ved å benytte samme søkeord. Jeg valgte ut studiene ved å lese gjennom sammendragene for å finne studier som var relevante for min problemstilling. Studier som ikke hadde sammendrag ble heller ikke vurdert. Blant de 275 studiene jeg fant var det mange medisinske studier. Dette var også et kriterium for eksklusjon.

Utover dette benyttet jeg meg av BIBSYS for å finne annen relevant og aktuell litteratur. Inkluderingskriteriene var da at bøkene enten skulle være å finne på biblioteket ved HSH i Haugesund, eller at det var elektroniske utgaver tilgjengelig. Jeg foretok søk på sykepleiens hjemmeside etter fagartikler som kunne være med å belyse problemstillingen min.

3.5 Kildekritikk

Jeg har benyttet meg av pensumlitteratur, faglitteratur, fagartikler og selvvalgte studier. Pensumlitteraturen har blitt selektert ut ifra at den skulle være relevant for å belyse psykiske aspekter ved kreftsykdom og sykepleiefaglige utfordringer knyttet til kreftsykdom. Det at denne litteraturen har blitt valgt ut som pensumlitteratur for sykepleierutdanningen ved HSH i Haugesund, mener jeg gjør den solid nok for denne oppgaven. Annen litteratur har blitt benyttet der hvor pensumlitteraturen ikke strakk til. I disse tilfellene har jeg forsøkt å benytte meg av primærkilder for å øke kvaliteten. Fagartiklene har blitt funnet i bladene sykepleien og sykepleien forskning. Dette er norske sykepleieres eget fagblad, og man må kunne gå ut ifra at det holder tilfredsstillende kvalitet. Studiene jeg har benyttet meg av mener jeg er meget relevante i forhold til å belyse flere sider av problemstillingen min.

4.0 Presentasjon av studier og funn

Her følger en presentasjon av fem forskningsartikler jeg har valgt ut for å belyse min problemstilling. Studiene blir både presentert, og resultatene av dem beskrevet.

4.1 Percieved helpfulness of physicians' communication behavior and breast cancer pasients level of trust over time

Målet med denne studien var å undersøke sammenhengen mellom behandleres kommunikasjonsevner, og pasienter med brystkrefts tillit til behandlerne. Bakgrunnen var at tidligere studier viser en sammenheng mellom pasienters tillit og behandleres kommunikasjonsatferd. Disse studiene har ikke i stor grad vært spesifikke til pasienter med kreft. Disse studiene har i tillegg ikke undersøkt hvordan sammenhengen er i et litt lengre perspektiv (Arora & Gustafson, 2008).

Data fra en tidligere undersøkelse av kvinner med nydiagnostisert brystkreft ble på nytt analysert. Denne undersøkelsen hadde i første omgang blitt utført av the Comprehensive Health Enhancement Support Centre (CHESS), som er et computerbasert system med oppgave å bistå individer som går gjennom en krise forårsaket av helseproblematikk. Det var 246 kvinner som hadde deltatt i den opprinnelige studien. Data som ble analysert stammet fra diagnosetidspunktet, 2 måneder senere og 5 måneder senere (Arora & Gustafson, 2008).

Pasientenes oppfatning av hvor imøtekommende behandlerne hadde vært i forhold til pasientenes behov for informasjon, behov for emosjonell støtte og behov for hjelp til å ta avgjørelser ble vurdert. På diagnosetidspunktet så spilte alle typene støtte inn på pasientenes tillit til behandlerne. Etter to måneder så var ikke hjelp og støtte til avgjørelser om behandling lenger viktig for å opprettholde tilliten. Etter 5 måneder så var det bare mengden emosjonell støtte pasientene fikk fra behandlerne som påvirket nivået av tillit pasientene følte ovenfor behandlerne. Det ble lagt merke til at selv om alle typer støtte minket med tiden, så holdt tillitsnivået seg stabilt. Det kan bety at pasientene er på sitt mest sårbare i perioden rett etter diagnostikk, og derfor har mer bruk for støtte da. Det kan også bety at man gjerne beholder tilliten hvis man klarer å etablere den på et tidlig tidspunkt (Arora & Gustafson, 2008).

4.2 Cancer patients' trust in their physician – A review.

Bakgrunnen for denne studien er at pasienter, i et pasient-behandler forhold, blir nødt til å stole på personer de ikke har noe nært forhold til. Dette er fordi de ikke har forutsetninger for å ivareta sin egen helse etter sykdomsutbrudd. Relasjonen vil være preget av en ubalanse i både kunnskap og makt mellom personene, hvilket gjør at pasienten blir nødt til å stole på sin behandler. Viktigheten av tillit antas å være enda viktigere innen onkologien. Dette er fordi kreftsykdom ofte innebærer at pasientene må håndtere kompleks medisinsk informasjon, ta viktige avgjørelser hva behandling angår og forholde seg til usikre prognoser og ofte radikal behandling. Disse pasientene opplever ofte å være i spesielt sårbare situasjoner. Målet med studien var å finne ut betydningen av tillit mellom pasienter og behandlere er, og hvilke faktorer som kan forsterke tilliten (Hillen et. al., 2011).

Studien fant et relativt høyt nivå av tillit til behandlerne fra pasientene. Det at behandlerne ble oppfattet som ærlige ble nevnt som et viktig element for å bygge og vedlikeholde tillit. Faktorer som hvorvidt behandlerne var flinke til å lytte, vise omsorg, framskaffe informasjon og til å svare på spørsmål forsterket følelsen av tillit. Tiden pasientene fikk satt av til seg og kontinuitet i behandlingen ble også ansett som viktig. Dette gjaldt også kontinuitet i forhold til personene som var involvert i behandlingen. Man fant at pasienter som hadde tillit til sin behandler var mindre redd for at medisinske tabber eller feil skulle forekomme (Hillen et. al., 2011).

4.3 Cancer patients' perceptions of the good nurse: A literature review.

Kjerneverdier i sykepleiefaget, sammen med både pliktene og ansvarsområdene, er godt nedfelt i både nasjonale og internasjonale retningslinjer. Sykepleiere skal respektere pasientenes rettigheter og skal være forkjempere for menneskerettigheter. De skal informere omkring utøvelse av helsehjelp og møte pasientenes behov. De skal verne om pasientsensitive opplysninger og respektere pasienters rett til privatliv. Det viktigste er at sykepleierne spiller en stor rolle i å avgjøre hva som er akseptable standarder for utøvelse av klinisk sykepleie. Selv om etiske retningslinjer forteller oss hvordan en god sykepleier skal opptre, er det hensiktsmessig å få en forståelse for hva som spesifikt definerer en sykepleier som god, i øynene på både sykepleiere selv og pasienter. Tidligere studier viser at

sykepleierne refererer til 4 hovedpunkter for å avgjøre om man er en god sykepleier. Dette er (1) personlige egenskaper (omsorg, tilstedeværelse, empati, osv.), (2) profesjonelle egenskaper (være pasientsentrert, etisk reflektert, osv.), (3) kunnskaper (kritisk tenking, faglige kunnskaper, osv.) og (4) ferdigheter (trygg og kompetent yrkesutøvelse). Dette forteller en del omkring sykepleiernes egen oppfatning av hva som skal til for å være en god sykepleier. Det er derimot viktig å forstå hva pasientene mener skal til for å være en god sykepleier. Tidligere studier har vist at pasienter og sykepleiere ikke alltid er enige om hva god sykepleie går ut på. Kreftpasienter er en spesielt sårbar pasientgruppe som ofte har omfattende kontakt med sykepleiere i forbindelse med sitt sykdomsforløp. Målet med denne studien var derfor å kartlegge hva kreftpasienter mener er viktig for å kunne være en god sykepleier, basert på deres egne erfaringer (Rchaidia et. al., 2009).

Resultatene fra denne studien viste av kreftpasienter beskriver en god sykepleier som en som forholder seg til pasientene som personer. De ser ut å søke etter å oppnå gode pasient-pleier-relasjoner. De ser ikke ned på pasientene, eller snakker med eldre kreftpasienter som om de snakker til barn. De skal være oppriktige, vennlige og møte pasienter med respekt. De skal yte emosjonell støtte til pasientene. Pålitelighet ble nevnt som viktig. Gode sykepleiere er nødt til å ha gode medisinske kunnskaper og medisinteknisk kompetanse. Dette resulterte i høyere trygghetsfølelse blant pasientene (Rchaidia et. al., 2009).

4.4 Assessment og patient and family needs during an inpatient oncology experience.

Denne studien hadde som formål å avklare hvilke ting som er viktige for pasienter og deres familier under en innleggelse ved en onkologisk avdeling. Det deltok 27 pasienter og 27 familiemedlemmer i studien. Begge kjønnene var like godt representert. Studien ble utført ved en onkologisk sengepost, på et ideelt sykehus i USA. Det ble tatt hensyn til at deltakerne kunne komme fra forskjellig sosial bakgrunn, forskjellig inntekt, forskjellig grad av erfaring fra helsevesenet og lignende. Kriterier for å være med i studien var at deltakerne var over 18 år, var klare og orienterte, hadde en bekreftet kreftdiagnose og at de snakket engelsk. Personer med kjent rusmisbruk eller psykisk sykdom ble ekskludert fra å delta. Deltakerne ble deretter bedt om å svare skriftlig på en del spørsmål som for å identifisere deres behov under innleggelsen, og om disse behovene hadde blitt møtt (Dougherty, 2010).

De viktigste behovene for pasientene var god informasjon og kommunikasjon i forhold til deres medisinske behandling, høyt kompetansenivå på det behandelende helsepersonellet, rensligheten rundt dem og adekvat smertelindring. For de pårørende var det viktig å kunne få komme på besøk når som helst og å bli godt informert omkring utskrivelsen av pasienten. De viktigste behovene ble i de fleste tilfellene møtt eller delvis møtt i følge deltakerne i studien (Dougherty, 2010).

4.5 An exploratory study of nurses' presence in daily care on an oncology unit.

Denne studien hadde som hensikt å utforske bruken av "tilstedeværelse" blant sykepleiere på en onkologisk sengepost. Det deltok 5 kreftsykepleiere og 10 pasienter i studien. Dette var en kvalitativ studie som kartla de deltakende sykepleiernes bruk av tilstedeværelse i kontakten med de deltakende pasientene. Det ble også gjort sammenlikninger mellom likhetene og forskjellene til de fem sykepleierne i bruken av tilstedeværelse. De deltakende sykepleierne var alle hvite kvinner i 40-årene. Det ble i en periode gjort observasjoner av sykepleierne under utførelsen av morgenrutiner som medisintutlevering, hjelp til frokost og morgenstell. Det var spesielt sykepleiernes en-til-en interaksjoner med pasientene som ble observert. Etter dette ble både sykepleierne og pasientene intervjuet for å finne ut hva de tenkte om situasjonene, og hvordan de selv ville vurdere disse sett i ettertid. Til slutt ble alle innsamlet data analysert (Osterman et. al., 2010).

På denne avdelingen var ikke tilstedeværelse en aktiv strategi blant sykepleierne. Tilstedeværelsen kom fram i sykepleiernes individuelle tilnærming ovenfor pasientene. Det var signaler og tegn fra pasientene som utløste tilstedeværelsen fra sykepleierne. Initialt ble det observert store forskjeller i måten de forskjellige sykepleierne tilnærmet seg pasientene. De brukte måter som passet bra inn med sine egne personligheter. Etter hvert ble det klart at det, på tross av de forskjellige metodene som ble brukt, var visse likheter i måten sykepleierne var tilstede ovenfor pasientene. Full tilstedeværelse fant først sted når sykepleierne var ferdige med morgenens faste rutiner, og de kunne starte med morgenstellene. De ventet også til pasientene selv viste tegn til å være klare for den fulle

tilstedeværelsen, med det den innebærer. Studien kan tyde på at tilstedeværelse må skje på en måte som er naturlig for både sykepleier og pasient. Den må tilpasses personlighet og behov. Den bør også forekomme på pasientens premisser, og når pasienten er klar for det selv (Osterman et. al., 2010).

5.0 Drøfting

5.1 Informasjon

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (jfr. 1.1.1) sier at sykepleiere skal gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Dette er for at pasientene skal være best mulig rustet til å foreta selvstendige avgjørelser hva deres helse angår. Pasienter har i følge pasientrettighetsloven (2001) en lovhjemlet rett til slik informasjon. Denne loven slår fast at pasienter skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få full innsikt i både helsetilstand og behandlingsmuligheter. Informasjonen skal ikke gis mot pasientens vilje.

Ansvar for å gi den initiale informasjonen omkring de medisinske aspektene ved kreftsykdom, herunder prognose og behandlingsalternativer, hviler i følge Haugslett (2002) i første omgang på legene. Sykepleierens rolle vil være å følge opp at denne informasjonen blir oppfattet på den korrekte måten. Ved å utføre god planlegging, kartlegging oppfølging og evaluering av informasjonsprosessen vil en kunne oppnå at pasientene, i større grad, føler at de blir ivaretatt. Det er vesentlig at sykepleiere som har informasjonsansvar ovenfor pasienter med kreftdiagnose, erverver seg gode kommunikasjonsevner. Dette vil ofte kunne avgjøre hvorvidt pasientene vil få dekket sitt informasjonsbehov på en tilfredsstillende måte.

Gode kommunikasjonsevner innebærer at informasjonsutvekslingen skjer på pasientenes premisser (jfr. 2.4). Dette vil si at man må kartlegge pasientenes evne, ønske og behov for informasjon, før selve informasjonsprosessen settes i gang. Denne prosessen må legges til rette for en dialog mellom sykepleier og pasient, hvor pasienten kan stille spørsmål og få gode svar. Arora & Gustafson (2008) fant i en studie ut at pasienter med brystkreft har behov for informasjon og hjelp til å ta avgjørelser omkring behandling de første månedene etter diagnosetidspunkt. Hvis disse behovene blir møtt så vil det føre til øket tillit mellom pasienter og behandlende personell. Etter 5 måneder ser disse behovene ut til å reduseres uten at tilliten gikk ned, hvilket kan tyde på at pasientene er spesielt sårbare i denne perioden. Det kan også tyde på at tillit som blir etablert på et tidlig tidspunkt i sykdomsforløpet vil kunne holde seg lenge. Hvis man kan anta at det samme gjelder i de tilfeller hvor mistillit blir etablert, så understreker det viktigheten av å ha starte pasient-

pleier-forholdet med en god informasjonsprosess som er sentrert rundt pasientenes egne behov.

Hillen et. al. (2011) omtaler, i en studie, flere viktige elementer som bør være tilstede i en slik prosess. Det er viktig for helsepersonellet å framstå som ærlige hvis man skal legge til rette for tillit mellom pasient og helsepersonell. Dette blir også nevnt av Lorentzen & Grov (2010) på den måte at sykepleieren skal presentere fullstendig informasjon. Det påpekes samtidig at man skal vokte seg for å komme med for mye informasjon på en gang.

Pasientene kan ha problemer med å huske eller bearbeide alt for store mengder med informasjon på for kort tid. Man må huske på at sykepleieren kan ha et større behov for å informere enn pasienten har for å bli informert. Som tidligere nevnt skal informasjonsprosessen skje på pasientens premisser (jfr. 2.4), og det er dermed pasientens behov for informasjon som skal tas til følge. Hillen et. al. (2011) sier videre at det er viktig å svare adekvat på spørsmål, framskaffe relevant informasjon ved behov, ha en dialog hvor man også lytter til det pasienten har å si, samt at man viser omsorg. Det blir i tillegg vektlagt at pasienten opplever å få satt av tilstrekkelig tid.

Pasienter med en fersk kreftdiagnose er personer som nettopp har fått snudd livene sine på hodet. De er usikre på hvordan framtiden kommer til å bli, og har et behov for god informasjon om både sykdom, prognose, behandlingsalternativer og mulige bivirkninger av disse. Den medisinske informasjonen skal først bli formidlet av den behandlende eller utredende legen. Det er etter dette at sykepleierne kommer inn i bildet som en støtte for pasienten i informasjonsprosessen. Sykepleieren må sette av god tid til pasienten og kartlegge hvilket behov for informasjon han opplever å ha. Dette er fordi folk har forskjellige forutsetninger for å forstå, bearbeide og ta inn over seg den informasjonen som legene formidler. Det er også forskjeller i legenes evne til å formidle god informasjon. Sykepleieren må, når pasienten tar initiativ til det, sette seg ned med pasienten for å gjenta informasjonen, forklare den og la pasienten få muligheten til å prate om den. Det er viktig at sykepleieren har skaffet seg den nødvendige informasjonen før denne samtalen finner sted. Dette vil gjøre ham bedre rustet til å ivareta pasientens behov på en adekvat måte.

Sykepleiere som arbeider på avdelinger som arbeider mye med diagnostikk eller behandling av kreft, har et ansvar for å tilegne seg gode kommunikasjonsegenskaper. Dette kan gjøres ved å observere mer erfarne kolleger, lese seg opp i relevant litteratur eller å tilegne seg

kunnskap gjennom kursing. Sykepleieren må også lære seg "å lese" forskjellige enkeltpasienters behov for informasjon. Noen pasienter vil ha mye informasjon hele tiden, mens andre trenger å få den porsjonert ut litt etter litt. En må være tilgjengelig for å støtte opp under informasjonsprosessen etter hvert som pasientens behov melder seg.

Avdelingene har et ansvar for å lage gode rutiner for hvordan informasjonsprosessen skal foregå. Et tiltak kan være at hver av disse pasientene får utpekt en kontaktsykepleier som har hovedansvaret for å støtte pasienten sin. Dette vil gi en større kontinuitet, samt gjøre det lettere å etablere en god relasjon mellom pasient og pleier. Det bør lages en personlig pleieplan for hver enkelt pasient som sikrer at informasjonsbehovet deres blitt møtt. Dette vil gjøre det enklere å unngå at viktige skritt blir forbigått. Avdelingene kan også organisere interne kurs for de ansatte innen relevante områder som informasjon og kommunikasjon. Dette vil kunne øke personellet kompetanse og bedre informasjonsprosessen. En bedre informasjonsprosess vil, som vi kjenner til, legge til rette for høyere tillit mellom pasientene og de personer og instanser som har ansvaret for å følge dem opp medisinsk.

5.2 Medisinskteknisk kompetanse

Lerdal (2010) viser oss at sykepleiere med høy kompetanse innen for kreftomsorg, gode medisinske kunnskaper og høy grad av medisinske ferdigheter, i større grad kan få pasienter med en kreftdiagnose til å føle seg trygge. De er også i bedre stand til å lindre smerte. Nettopp fordi disse elementene, sammen med relevant erfaring, fremmer trygghet på en effektiv måte, er det viktig for en sykepleier innenfor kreftomsorgen å etterstrebe dette. Dette samsvarer godt med funnene fra en studie (Rchaidia et. al., 2009) som undersøkte hvilke faktorer som pasienter synes er viktige å inneha for å være en god sykepleier. Denne studien forteller oss at en god sykepleier er nødt til å ha solide medisinske kunnskaper og medisinsktekniske ferdigheter. Et høyt nivå av dette resulterer i høyere trygghetsfølelse hos pasientene de har ansvar for å behandle.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (jfr. 1.1.1) sier at sykepleiere skal ivareta pasientenes verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utvikling. Generelt så har en sykepleiere et individuelt ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Innenfor onkologien så hviler det kanskje et enda større ansvar på sykepleiernes skuldre, nettopp fordi det er en ekstra sårbar pasientgruppe de samhandler med i det daglige virket.

Sykepleier må være godt oppdatert på alle aspekter innen kreft, prognose, behandling og mulige bivirkning av behandling. I tillegg må han inneha gode kunnskaper om de sykepleiefaglige aspektene av onkologi. De medisinske prosedyrene, som det er forventet at en sykepleier skal kunne beherske, må han kunne utføre på en trygg og kompetent måte. Disse ferdighetene kan skaffes og vedlikeholdes gjennom lesing, relevant videreutdanning, kursing og trening. Onkologiske avdelinger kan arrangere interne kurs, både sykepleiefaglige og medisinske, sende personellet på eksterne kurs og legge til rette for videreutdanning. Onkologi er et fagområde som stiller spesielt høye krav til kompetanse, og sykepleiere som skal arbeide med dette må være villige til å gjøre en innsats for å imøtekomme disse kravene. Dette er viktig for å fremme trygghet hos kreftpasientene som de har ansvaret for, samt skape tillit mellom helsevesenet og pasientene.

5.3 Tilstedeværelse

Travelbee (1999) sier at den eneste måten man kan nå sin hensikt og mål som sykepleier er å etablere et menneske-til-menneske forhold. Man kan bare etablere et slikt forhold mellom to personer. Dette vil si at man må gå ut av sykepleier- og pasientrollen og behandle hverandre som unike personer. Målet med å etablere et menneske-til-menneske forhold er å skape en gjensidig forståelse og kontakt mellom pasient og pleier. Lorentsen (jfr. 2.3) sier at gode relasjoner mellom pasient og pleier er avgjørende for opplevelsen av livskvalitet og helse. Evnene til tilstedeværelse ovenfor pasienten er viktig for å kunne oppnå dette. Ved å være fysisk og psykisk tilstede for pasienten vil man gi pasienten en følelse av verdi, som igjen vil kunne motvirke følelsen av håpløshet. Ved å behandle pasienter med respekt vil man kunne hjelpe pasientene å oppleve håp. Evnen man har til å se eller lytte vil påvirke pasientenes opplevelse av tilstedeværelse (Lorentsen, 2003).

Rchaidia et. al. (2009) fant i en studie ut at kreftpasienter mener at en god sykepleier skal forholde seg til pasientene sine som personer, og søke å oppnå gode pasient-pleier-relasjoner med dem. Man skal ikke se ned på pasientene sine, eller snakke til dem som barn. Det er viktig å møte pasientene med oppriktighet, vennlighet og respekt. Dette vil føre til at pasientene får en høyere følelse av trygghet.

Osterman et. al. (2010) fant ut i en studie at man oppnår tilstedeværelse gjennom individuell tilnærming ovenfor pasientene sine. Man skal vente til pasienten selv er klar for det før man

går inn for å etablere tilstedeværelsen, og da må man ofte tolke tegn og signaler som pasienten kommer med. Studien fant at tilstedeværelsens form og iverksettelse ble påvirket av den enkelte sykepleiers individuelle personlighet og pasientens behov. Likevel var det visse fellestrekk med tilstedeværelsen etter at den var igangsatt. Viktigheten av at tilstedeværelsen skjer på pasientenes premisser ble understreket i denne studien.

Pasienter med en fersk kreftdiagnose vil, på grunn av diagnosens alvorlighetsgrad, ofte befinne seg i en spesielt sårbar situasjon. Det er viktig at man etablerer et menneske-til-menneske forhold som baserer seg på at man anerkjenner og respekter det unike ved pasienten og ser på ham som en unik person. Det er viktig at man har en væremåte ovenfor pasientene som er genuin og ekte. Man må opptre på en måte som samsvarer godt med ens egen personlighet og væremåte. Hvis man ikke gjør det så kan det hele bli oppfattet som kunstig, lite oppriktig og i verste fall falskt. Dette vil si at man skal vokte seg litt for å kopiere kollegaers måte å opptre ovenfor pasienter, men heller finne en måte som faller naturlig for en selv. I møtet med pasienten er man nødt til å gi av seg selv for at pasienten skal oppleve at du er tilstede. Hvis man har et for stort skille mellom fagpersonen og privatpersonen mener jeg at det blir vanskelig å få pasienten til å oppleve at du behandler ham som en fullverdig person. Egne erfaringer viser meg at det å sette seg ned med pasienten å snakke om andre ting enn sykdommen ofte vil være gunstig i etableringen av et menneske-til-menneske forhold. Dette må selvfølgelig skje når pasienten selv tar initiativ til det og man bør la pasienten få styre temaet man snakker om. Balansegangen mellom det å være tilstede, og det å være påtrengende, kan noen ganger være vanskelig å finne. Det er derfor det er viktig at pasienten får være den som styrer kontakten. Ved å etablere et menneske-til-menneske forhold som er basert på gjensidig respekt vil man legge til rette for en høyere grad av tillit og trygghet hos pasientene.

5.4 Tillit og håp

Travelbee (jfr. 2.2.1) mener at sykepleiers overordnede mål er å hjelpe personer, som opplever sykdom og lidelse, med å mestre og å finne mening. Begrepet håp står sentralt i forhold til denne oppgaven. I følge Travelbee er håp og tillit elementer som er nært knyttet opp mot hverandre, og personers følelse av begge blir ivaretatt når verden fortsetter å imøtekomme deres behov for hjelp. Kristoffersen & Breievne (2008) sier også at å fremme håp hos pasienter vil være en av sykepleierens viktigste oppgaver. Dette bekreftes av Norsk

sykepleierforbund (jfr. 1.1.1) som sier at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Håpet vil tre fram som en aktiv ressurs i situasjoner som truer liv og helse, ved at det øker evnen til å mestre vanskelige livssituasjoner og bidrar til øket livskvalitet (Kristoffersen & Breievne, 2008). Lorentsen (jfr. 2.2.2) sier at opplevelsen av håp blant pasientene vil bli påvirket av hvordan man formidler informasjon, sykepleierens holdning og i hvor stor grad man evner å etablere omsorgsfulle og bekræftende relasjoner. Ens grad av tilstedeværelse spiller også inn i opplevelsen av håp.

Arora & Gustafson (2008) fant i en studie ut at kreftpasienter er på sitt mest sårbare rett etter diagnosetidspunktet. Det er i denne perioden at pasientene tilsynelatende har størst behov for støtte fra helsepersonellet, og hvis man klarer å etablere god tillit i denne fasen så holder gjerne tillitsnivået seg høyt videre i forløpet. Hillen et. al. (2011) sier at forhold som ærlighet, evnen til å gi god informasjon, vise omsorg og til å lytte er viktige elementer i å bygge og vedlikeholde tillit. Kontinuitet i personellet som behandler pasientene ser også ut til å være viktig. Rchaidia et. al. (2009) bekrefter dette i en studie hvor kreftpasienter oppgir at gode menneske-til-menneske relasjoner skaper en høyere trygghetsfølelse blant kreftpasienter. Denne studien trekker også fra gode medisinsktekniske ferdigheter og kunnskaper som viktig for å fremme trygghet. Dette samsvarer godt med funnene til Doughtery (2010) hvor pasienter oppgir at de viktigste behovene blant kreftpasienter er god informasjon og kommunikasjon, samt gode medisinske kunnskaper hos helsepersonellet.

Målet med sykepleie til kreftpasienter, hvis man ser bort ifra det rent medisinske, er å fremme tillit og håp blant pasientene. At pasientene opplever tillit og håp er vesentlig for at de skal få følelsen av å mestre sykdommen og situasjonen sin. Det er viktig for å mobilisere krefter til å kjempe videre, samt for å oppleve livskvalitet. De aktuelle studiene viser at det i stor grad er relasjonene som blir etablert mellom pasient og pleier som avgjør hvor stor grad av tillit og håp pasientene oppnår. Man må se den unike personen, vise respekt ovenfor pasienten, gi relevant informasjon på en god måte, være ærlig og vise en oppriktig tilstedeværelse. Travelbee (1999) sier at den gjensidige forståelse og kontakt man oppnår ved et menneske-til-menneske forhold er et resultat av all tidligere interaksjon mellom pasient og pleier. Dette betyr at man må være oppmerksom på væremåten sin i alle situasjoner hvor man samhandler med pasientene. Man må vise omsorg og kyndighet i alle prosedyrer man utfører, man må gi av seg selv i alle samtaler og man må opptre vennlig,

respektfullt og profesjonelt i samtlige interaksjoner med pasienten. En dårlig opplevelse for pasienten kan fort bryte ned det man har oppnådd gjennom mange gode. Klarer man å etablere et forhold som fremmer håp og tillit, så vil man kunne hjelpe pasienten å komme seg gjennom den vanskelige tiden som kommer etter en kreftdiagnose. Pasienten vil føle seg ivaretatt og oppleve en større mening med livet.

6.0 Konklusjon

Pasienter som nylig har fått diagnostisert kreft er en spesielt sårbar gruppe. De opplever kanskje sin livs krise og har spesielle behov utover den medisinske behandlingen de skal motta. Jeg spurte hvordan en sykepleier bør møte pasienter med en kreftdiagnose for å ivareta dem på best mulig måte. Problemstillingen ble avgrenset til å gjelde psykologiske forhold. Svaret jeg har kommet fram til er at man må møte pasientene som unike medmennesker. Man må opptre som en støtte i forhold til deres informasjonsbehov, og man må møte dem med respekt og omsorg. Man må være ærlig, pålitelig og tilnærme seg pasientene på deres egne premisser. I tillegg må man tilegne seg gode medisinske kunnskaper innen onkologi og prosedyreferdigheter.

Dette er en gruppe pasienter som stiller ekstra store krav til sykepleiers kompetanse og yrkesutøvelse. Sykepleiere som skal jobbe med kreftpasienter har et personlig ansvar for å tilegne seg adekvate kunnskaper innenfor områder som kommunikasjon, omsorg og medisinske sider av kreft. Denne kunnskapen må så tilpassene den enkelte pasients behov. Dette er fordi ingen pasienter er like, og derfor kan heller ikke litteraturen fortelle oss hva som er best for den enkelte pasient. Dette kan vi bare finne ut av ved å se pasienten, ta oss tiden til å lytte og jobbe for å oppnå hans tillit.

7.0 Referanser

Arora, K. A. & Gustafson, D. H. (2008). Percieved helpfulness of physicians' communication behavior and breast cancer pasients level of trust over time. *J Gen Intern Med*, 24(2), 252-255.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Dougherty, M. (2010). Assesment og patient and family needs during an inpatient oncology experience. *Clinical journal of oncology nursing*, 3(14), 301-306.

Gram, D. (2004). Psykologiske reaksjoner på kræft. I: Zachariae, B. & Mehlsen, M. Y. (Red.) *Kræftens psykologi*. (s. 81-94). København: Hans Reitzels Forlag.

Haugstlett, J. (2002). Hva informerer vi om – og hvordan gjøres det [elektronisk versjon]? *Sykepleien*. 90(12b), 44-47.

Hillen, M. A., de Haes, H, C, J, M & Smets, E. M. A. (2011). Cancer patients' trust in their physician – A review. *Psycho-Oncology*, 20, 227-241.

Kreftregisteret. (2011). *Årsrapport 2011 Kreftregisteret*. Hentet fra http://kreftregisteret.no/Global/Publikasjoner%20og%20rapporter/%C3%85rsrapporter/Aarsrapport_2011_web.pdf

Kristoffersen, N. J. & Breievne, (2008). Lidelse, håp og livsmot. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (Red), *Grunnleggende sykepleie 3* (s. 157-205). Oslo: Gyldendal akademiske.

Kristoffersen, N. J., (2008). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (Red), *Grunnleggende sykepleie 4* (s. 13-99). Oslo: Gyldendal akademiske.

Lerdal, A. (2010). Pasienters opplevelse av kunnskap hos sykepleiere [elektronisk versjon]. *Sykepleien forskning*. 5(3), 180-81.

Lorentsen, V. B. (2003). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp [elektronisk versjon]? *Sykepleien*. 91(21), 38-41.

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H., Stubberud, D. & Grønseth, R. (Red.) *Klinisk sykepleie 2*. (s. 401-437). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Molven, O. (2010). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NSF.

Olsson, H. & Sørensen, S. (2008). *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Osterman, P. L. C., Schwartz-Barcott, D. & Asselin, M. E., (2010). An exploratory study of nurses' presence in daily care on an oncology unit. *Nursing forum*, 45(3), 197-205.

Parker, P. A., Aaron, J. & Baile, W. F., (2008). Breast cancer: Unique communication challenges and strategies to adress them. *The breast journal*, 15(1), 69-75.

Pasientrettighetsloven. (2001). *Pasient- og brukerrettighetsloven av 1. januar 2001*. Hentet 8. september 2010 fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

Rchaidia, L., de Casterle, D. B., De Blaeser, L. & Gastmans C. (2009). Cancer patients' perceptions of the good nurse: A litterature review. *Nursing Ethics*, 16(5), 528-542.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.