



# Høgskulen på Vestlandet

## SYKS390 Bacheloroppgave

SYKS390-O-2024-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	26-04-2024 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2024 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	10-05-2024 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKS390 1 O 2024 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	135
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7621
----------------------	------

Sett hake dersom Nei  
besvarelsen kan brukes  
som eksempel i  
undervisning?:

Egenerklæring \*: Ja  
Jeg bekrefter at jeg har Ja  
registrert  
oppgavetittelen på  
norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
vitnemålet mitt \*:

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	42
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei

# BACHELOROPPGAVE

Den vanskelige samtale-

Sykepleiers rolle når en kreftpasient blir informert med dårlige nyheter

The Difficult Conversation- The Nurse's Role when Supporting Cancer Patients when Receiving Bad News

## Kandidatnummer 135

SYKS390

Bachelor i sykepleie HVL Stord

Veileder: Frode Skorpen

Innleveringsdato: 10.05.24

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

**Sammendrag:**

**Tittel:** Den vanskelige samtalen -Sykepleiers rolle når en kreftpasient blir informert med dårlige nyheter.

**Bakgrunn for valg av tema:** Over 300 000 mennesker i Norge lever med eller har overlevd kreft. Dette er ikke bare tall i statistikken, men individer som alle har mottatt en dårlig beskjed. På grunn av personlige erfaringer i praksis, ønsker jeg økt kunnskap angående hvordan kommunikasjon kan hjelpe pasienter i slike situasjoner.

**Problemstilling:** Jeg har formulert følgende problemstilling til oppgaven min:

Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon ivareta kreftpasienter som har fått en dårlig nyhet?

**Hensikt:** Oppgavens hensikt er å sette søkelys på hvor viktig god kommunikasjon er i møte med kreftpasienter som får en dårlig nyhet, og hvordan sykepleiere kan ivareta pasientene på en god måte gjennom bevissthet til egne følelser og gjennom kommunikasjonsmodeller.

**Metode:** Dette er en litteraturstudie basert på forskningsartikler og faglitteratur. Innsamlet data vil brukes til å besvare problemstillingen.

**Resultat:** Studiene peker på en betydelig mangel på opplæring blant sykepleiere i formidlingen av dårlige nyheter, med mange rapporter om usikkerhet og stress relatert til denne oppgaven. Denne opplærings mangelen fører til at sykepleiere ofte føler seg utilstrekkelig forberedt til å håndtere pasienters emosjonelle reaksjoner effektivt, noe som understreker et gap i eksisterende opplæringsprogrammer. Det fremheves spesielt behovet for både grunnleggende og avansert kommunikasjonstrening i palliativ omsorg.

**Konklusjon:** Funnene understreker betydningen av kvalifisert kommunikasjonsopplæring for sykepleiere som møter kreftpasienter i kriser. For å bedre sykepleiernes kapasitet til å ivareta pasienter under slike krevende omstendigheter, er det nødvendig med forbedringer i utdanningsprogrammer som fokuserer på kommunikasjonsferdigheter, inkludert håndtering av dårlige nyheter. En slik tilnærming vil ikke bare styrke sykepleiernes kompetanse, men også forbedre pasientens opplevelse og livskvalitet i møte med alvorlig sykdom.

**Nøkkelord:** Kommunikasjon, Dårlige nyheter, Empati, Kommunikasjonsferdigheter

**Abstract:**

**Title:** The Difficult Conversation - The Role of the Nurse when a Cancer Patient is Informed of Bad News

**Background:** Over 300,000 people in Norway live with or have survived cancer. These are not just statistics but individuals who have all received bad news. Due to personal experiences in practice, I seek to expand my knowledge on how communication can aid patients in such circumstances.

**Research Question:** How can nurses through communication take care of cancer patients who have received bad news?

**Purpose:** The purpose of this thesis is to highlight the importance of effective communication when interacting with cancer patients receiving bad news, and how nurses can take care of patients effectively by being aware of their own emotions and using communication models.

**Method:** This is a literature review based on research articles and professional literature. Collected data will be used to address the research question.

**Results:** Studies indicate a significant lack of training among nurses in delivering bad news, with many reports of uncertainty and stress related to this task. This lack of training leads to nurses often feeling unprepared to handle patients' emotional reactions effectively, highlighting a gap in existing training programs. There is a particular emphasis on the need for both basic and advanced communication training in palliative care.

**Conclusion:** Findings emphasize the importance of qualified communication training for nurses dealing with cancer patients in crises. To enhance nurses' ability to care for patients under such demanding circumstances, improvements in educational programs focusing on communication skills, including handling bad news, are necessary. Such an approach will not only enhance nurses' competence but also improve the patient's experience and quality of life in facing serious illness.

**Keywords:** Communication, Breaking Bad News, Empathy, Communication Skills

«Til tross for at sykepleie som fagprofesjon har endret seg, så er det en ting som *ikke* endrer seg – nemlig at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskap i utøvelse av sykepleie» (Heyn, 2018, s. 256)

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning .....	2
2.0 Teori .....	5
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv: .....	5
2.2 Den vanskelige samtalen .....	5
2.3 Empati .....	6
2.4 Kommunikasjon .....	7
2.5 Aktiv lytting .....	8
2.6 Kommunikasjonsmodeller .....	8
2.7 Reaksjoner i krise .....	15
3.0 Metode .....	17
3.1 Litteraturstudie som metode .....	17
3.2 Søkeprosess .....	17
3.3 Metodekritikk: .....	20
3.4 Kritisk vurdering av forskningsartikler .....	20
4.0 Resultat .....	21
4.1 Artikkel 1 .....	21
4.2 Artikkel 2 .....	22
4.3 Artikkel 3 .....	23
4.4 Artikkel 4 .....	25
4.5 Artikkel 5 .....	26
4.6 Samlet analyse av funn .....	28
5. Diskusjon/Drøfting .....	29
5.1 Opplæring og kunnskap .....	29
5.2 Kommunikasjon og kommunikasjonsmodeller .....	30
5.3 Å være bevisst sine egne følelser .....	32
5.4 Håndtering av krisereaksjoner .....	33
6 Avslutning .....	35
Referanseliste .....	36
Vedlegg .....	40

Tabell 1- SPIKES-modellen .....	11
Tabell 2 .....	12
Tabell 4- Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	18
Tabell 5- Søkeprosess .....	20



## 1.0 Innledning

I dag er kreft en økende helseutfordring, som skaper store fysiske, følelsesmessige og økonomiske vanskeligheter for mennesker i hele verden (WHO, 2022). I Norge ble 38 265 personer diagnostisert med kreft i 2022. Det er estimert at over 316 000 personer i Norge lever med en kreftdiagnose eller har overlevd sykdommen (Kreftforeningen, 2023). Tallene fra 2022 speiler også antall individer som har gått gjennom en vanskelig og tung prosess som ofte starter med en livsendrende dårlig nyhet. Mens tallene gir et bredt overblikk over omfanget, kan min oppgave gi innsikt i hvordan sykepleiere gjennom kommunikasjon og empati kan ivareta enkeltindivider gjennom deres kamp mot kreft.

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Interessen for tema for oppgaven springer ut fra opplevde erfaringer fra egen praksis. En betydningsfull erfaring oppsto da jeg var til stede under en vanskelig samtale med en pasient som fikk formidlet en dødsdom. Pasienten, en ung mann som ventet sitt første barn, ga uttrykk for sorg og redsel etter at informasjonen var formidlet av legen. Opplevelsen etterlot et dypt inntrykk og jeg fikk erfart usikkerheten min når det gjelder hvordan man kan ivareta pasienten ved slike negative beskjeder. Fremtidige sykepleiere vil uunngåelig stå overfor lignende situasjoner, enten ved å være til stede når nyheten blir formidlet, ved selv å formidle den, eller ved å håndtere etterfølgende pasientinteraksjoner (Eide & Eide, 2018, s. 223). Temaet er svært relevant innenfor kreftomsorg, da dårlige nyheter ofte blir formidlet. Derfor er oppgavens fokus satt på denne pasientgruppen.

### 1.2 Presentasjon av problemstilling

Denne oppgaven utforsker sykepleierens rolle i å ivareta pasienter som mottar dårlige nyheter, med spesielt fokus på pasienter diagnostisert med kreft. Den undersøker hvordan sykepleiere effektivt kan benytte kommunikative ferdigheter for å støtte kreftpasienter i møte med dårlige nyheter.

### 1.3 Problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon ivareta kreftpasienter som har fått en dårlig nyhet?

#### 1.4 Definisjon av sentrale begreper:

##### **Kommunikasjon**

**Definisjon:** Kommunikasjon i denne konteksten refererer til utvekslingen av verbale og nonverbale tegn eller signaler (Eide & Eide, 2018. s. 17).

##### **Ivareta**

**Definisjon:** Å ivareta betyr å ta hånd om eller passe på. (Det Norske Akademis Ordbok, u.å)

##### **Dårlige nyheter**

**Definisjon:** Informasjon som er negativ, kommer uventet, og kan inkludere forverring av en tilstand eller endringer i behandlingsforløp (Eide & Eide, 2018. s. 223)

#### 1.5 Oppgavens hensikt

«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet og retten til å ta egne valg. Sykepleie bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (NSF, 2023).

Med et mål om å utøve yrket i tråd med de yrkesetiske retningslinjene, søker denne oppgaven å belyse måter kommunikasjon mellom sykepleier og pasient kan være til hjelp i arbeidet med ivaretagelse av kreftpasienter som mottar dårlige nyheter. Når kommunikasjonssvikt oppstår, øker risikoen betydelig for stress, følelse av utrygghet og redusert livskvalitet for både pasienter og deres pårørende. Dette kan også føre til hyppigere feil i behandlingen. (Gordon et al., 2011; Hemsley & Balandin, 2014).

Oppgavens hensikt er å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan tilrettelegge for pasienter i «den vanskelige samtalen» i henhold til kommunikasjonsmodeller, spesielt i kontekster hvor pasienter mottar dårlige nyheter. Videre sikter oppgaven mot å utforske menneskelige reaksjoner i krisesituasjoner og å identifisere metoder som sykepleiere kan anvende for å gjøre situasjonen så håndterbar som mulig for pasienten.

### 1.5 Avgrensning

Oppgaven min vil ta for seg voksne pasienter som er diagnostisert med kreft, og som mottar dårlige nyheter i forbindelse med sin sykdom. Oppgaven har ikke avgrensninger når det gjelder spesifikke krefttyper eller kjønn, men omhandler voksne pasienter.

Forskningsartiklene jeg har valgt å inkludere baserer seg i all hovedsak på aldersgruppen 18-85 år. Pårørende er gjennom oppgaven kort nevnt, men av hensyn til oppgavens omfang har jeg valgt å ikke gå nærmere inn på deres betydning. Forskningsartiklene tar ikke utgangspunkt i personer med kognitiv svikt og demens, men dette blir nevnt i en av forskningsartiklene som en utfordring for kommunikasjon.

## 2.0 Teori

Gjennom teorikapittelet vil jeg fremlegge teori om Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker og hennes teori om empatisk kommunikasjon og menneske-til-menneske relasjon. Videre vil jeg redegjøre for teori om empati, aktiv lytting og kommunikasjonsmodeller. Til slutt presenteres teori om krisereaksjoner.

### 2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv:

Joyce Travelbee så på sykepleie som en mellommenneskelig prosess. Betydningen av personlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient ble vektlagt i hennes teori. Hun anså relasjonen mellom sykepleier og pasient som terapeutisk (Eide & Eide, 2018, s 364).

Travelbees teori bunner i at vårt mål som sykepleiere er å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom oss og pasientene. Menneske-til-menneske forholdet baseres på å se pasienten som et individ og ikke som pasient. Teorien har et mål om å «hjelp et individ med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og finne mening i disse erfaringene», og det er når en ser på hverandre som individer at den reelle kontakten oppstår (Travelbee, 1999, s 171).

Menneske-til-menneske-aspektet i Travelbees teori setter søkelys på empatisk kommunikasjon og tilstedeværelse. Å vise genuin omsorg, lytte aktivt til pasientens bekymringer og gi støttende tilnærming er alle elementer som Travelbee vektlegger. Dette skaper ikke bare et terapeutisk forhold, men kan også hjelpe pasienten med å finne mening og håndtere den vanskelige situasjonen (Travelbee, 1999, s. 44).

### 2.2 Den vanskelige samtalen

En kreftdiagnose er en stressende, vanskelig og livsendrende hendelse (Bumb et al. 2017). Å formidle dårlige nyheter er belastende for pasienter og deres familier, og det er ofte ubehagelig for den som leverer dem. Pasienter og familier søker ofte til sykepleieren for avklaring og tilleggsinformasjon, eller for å gjenta de dårlige nyhetene (Bumb et al. 2017). Dersom formidlingen av dårlige nyheter i første omgang er blitt formidlet på en uhensiktsmessig eller ufølsom måte av for eksempel en lege eller kollega, kan en sykepleier i etterkant ha en støttende funksjon for eventuelle følelsesmessige reaksjoner som måtte oppstå

(Bumb et al. 2017). Måten dårlige nyheter blir formidlet på kan påvirke pasientens forståelse av informasjonen, tilfredsheten med medisinsk behandling, håp for framtiden og etterfølgende psykologisk tilpasning (Baile et al, 2008).

Ifølge Eide & Eide (2018) blir et helt spekter av ulike kommunikasjonsferdigheter tatt i bruk når en skal formidle dårlige nyheter. Dette kan blant annet være å lytte aktivt, speile følelser, gi bekreftende respons, bruke pauser og stillhet, utforske følelser og tanker, og innlede og avslutte en samtale (Eide & Eide, 2018. s. 223). En stor del av kommunikasjonen er å møte mottakerens emosjonelle reaksjoner og behov for hjelp på en god måte. Dersom dette føles vanskelig, er dette ferdigheter en kan opparbeide seg (Eide & Eide, 2018. s. 223).

Ofte er det legens ansvar å informere om alvorlige diagnoser, mens sykepleieres oppgaver kan være å ringe pårørende og fortelle om dødsfall, og å informere pasienter om negative konsekvenser av diagnoser og behandlinger. Sykepleieren kan også ha som oppgave å fortelle pasientene at behandlingsopplegget ikke kan gå som planlagt, for eksempel at en må reise hjem uten operasjon eller at en må skrives ut før tiden (Eide & Eide, 2018, s. 224).

## 2.3 Empati

Å være sykepleier innebærer å møte mennesker som lider og har det vondt. Det er møter som kan berøre og gjøre inntrykk på både oss og pasienter. Pasienter beskriver at det kjennes godt når de merker at pleiere lever seg inn i og forstår deres situasjon, når de ser at pleiere blir berørt og engasjerer seg for å ivareta og lindre deres smerter (Gustin, 2022, s.179)

Arman (2020) går gjennom forholdet mellom ordene empati, sympati og altruisme. Hun skriver at en tolkning av disse begrepene kan gjengis som at empati står for tankene, sympati for følelsene og altruismen står for viljen til å hjelpe. De må ses som en enhet, men hva er det som binder dem, er det slik at medfølelse er limet og grunnlaget og empati, sympati og altruisme er dens praksis? (Arman, 2020, s.121). Cullberg (2008), en svensk professor innen psykiatri, hevder at det er mulig å ha en empatisk forståelse av et menneske uten å nødvendigvis føle sympati for vedkommende. Han mener at et for sterkt engasjement og personlig sympati kan hindre en i å objektivt se den andres situasjon, som igjen kan føre til passivitet hos pasienten dersom en er altfor hjelpsom (Cullberg, 2008, s. 145).

Likeså blir empati og medfølelse nevnt som en av grunnverdiene i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2023). Empati er evnen til å sette seg inn i, oppfatte og forstå en persons følelser, reaksjoner og tanker, og er dermed en forutsetning for personsentrert, motiverende og helsefremmende kommunikasjon (Heyn, 2018, s. 23). Når en viser empati, er en var for andres verbale og non-verbale signaler. For å gjennomføre empatisk kommunikasjon må en sette pasienten i hovedfokus og selv vike plassen (Heyn, 2018, s. 23). Hensikten med empati i pasientomsorg er å redusere pasientens ensomhetsfølelse, tilby støtte og trøst, vise forståelse og validere pasientens opplevelse. Det er vist at empati dessuten kan ha en lindrende og til og med en helende effekt på pasienter. Dette viser at denne evnen har en sentral rolle i omsorg for pasienter (Renolen, 2019, s. 210).

## 2.4 Kommunikasjon

Joyce Travelbee (1999) definerer kommunikasjon som en dynamisk kraft med potensial til å forme sykepleierrelaterte mellommenneskelige forhold betraktelig, ved å skape nærhet eller skape avstand mellom mennesker. Våre grunnleggende holdninger og hvordan vi oppfatter andre mennesker vil i stor grad bli kommunisert i sykepleiesituasjoner, enten man vil eller ikke. Dersom en for eksempel mangler interesse for pasient eller situasjon, vil denne mangelen på interesse bli kommunisert, uansett hva en måtte gi uttrykk for med ord (Travelbee, 1999, s. 137).

Non-verbal kommunikasjon avslører ofte ens spontane reaksjoner, som kan være ubevisste eller delvis ubevisste for en selv. Et spontant smil, vennlig stemme, en bekymret rynke, et utålmodig kremt, er alle uttrykksformer som formidler noe til andre, ofte tydeligere enn ord (Eide & Eide, 2018, s. 136). Non-verbal kommunikasjon er et responderende språk. Vi kan velge mellom å respondere avvisende eller bekreftende, henvendt eller uengasjert. Vi kan se på klokken og flytte på oss i stolen, som formidler dårlig tid og mangel på engasjement. I motsatt fall kan vi lytte aktivt ved å sitte framoverlent med øyekontakt, gi nikk og engasjerte øyne og dermed formidle «Jeg følger med», «jeg ser deg», «jeg er enig» (Eide & Eide, 2018, s. 136).

Vår non-verbale kommunikasjon kan være av større betydning enn det vi kanskje forstår, da den signaliserer hvorvidt vi er innstilt på å lytte og hjelpe. Ifølge Eide & Eide (2018) er dette avgjørende for om en pasient føler seg trygg og godt ivaretatt eller ikke. Kommunikasjon er

en komplisert og tosidig prosess, der det også er svært viktig at sykepleier oppfatter pasientens verbale og non-verbale kommunikasjon (Eide & Eide, 2018, s 366).

## 2.5 Aktiv lytting

Aktiv lytting uttrykker medmenneskelighet og hjelper oss med å forstå hva som er viktig for den andre i øyeblikket. Å være en aktiv lytter innebærer ikke bare å være åpen og lyttende, men også å stille åpne spørsmål og å være utforskende på hva den andre ønsker og trenger (Eide & Eide, 2018, s. 118-130). Å stille avklarende og utdypende spørsmål kan være en måte å få pasienten til å uttrykke seg mer direkte. Det signaliserer også at sykepleier har tid og interesse i å høre hva pasienten har å si. Ved å kombinere verbal og non-verbal kommunikasjon, vil dette bidra til at det etableres en tillitsrelasjon mellom pasient og sykepleier (Heyn, 2018, s. 21).

Å speile pasientens følelser, eller å gjenta det pasienten sier kan være hensiktsmessig for å formidle at en forstår pasientens følelser. Når en speiler pasientens følelser, setter man direkte ord på pasientens følelser ved å gjenta det som er blitt sagt, men formulert som et spørsmål (Eide & Eide, s. 172) .

Til slutt kan det være positivt å oppsummere det man har forstått av samtalen. Dette viser til pasienten at en har hørt etter og vist interesse, noe som gir pasienten anledning til å legge til informasjon, men som også kan være med å rette opp i misforståelser som kan ha oppstått (Heyn, 2018, s. 23).

## 2.6 Kommunikasjonsmodeller

God kommunikasjon er en kompleks ferdighet å mestre. Det finnes ingen universell fasit eller standard mal for hvordan man kommuniserer i ulike situasjoner. Likevel kan det påpekes at å strukturere en samtale ved hjelp av kommunikasjonsmodeller kan være til hjelp i situasjoner der en skal formidle dårlige nyheter. Flere ulike kunnskapsbaserte kommunikasjonsmodeller er blitt utviklet og tilpasset for å strukturere samtaler med pasienter når dårlige nyheter formidles, hvorav noen av de mest kjente og utbredte modellene er SPIKES og PEWTER (Bumb et al., 2017).

### 2.6.1 SPIKES-modellen

SPIKES- modellen er en internasjonalt anerkjent modell for å tilrettelegge god kommunikasjon av alvorlige nyheter til kreftpasienter (Bumb et al., 2017). SPIKES er et akronym for Setting, Perception, Invitation/Information, Knowledge, Empathy, og Summarize/Strategize (Bumb et al., 2017). I tabell 1 nedenfor er ordene oversatt til norsk og beskrevet. Målet med denne modellen involverer fire nøkkeltrinn; Først, samle informasjon fra pasienten for å forstå deres kunnskap og forventninger. Deretter formidle relevant medisinsk informasjon tilpasset til pasientens behov. Videre tilby støtte for å redusere den emosjonelle påvirkningen av nyhetene. Til slutt, arbeid sammen med pasienten for å utvikle en fremtidsrettet strategi (Baile et al., 2000).



<b>SPIKES- MODELL</b>	<b>KOMPONENT</b>	<b>NORSK OVERSETTELSE</b>	<b>BESKRIVELSE</b>
	<b>S - Setting</b>	<b>Miljø</b>	Velg et stille og privat rom hvor pasient og pårørende føler seg komfortabel og ivaretatt.
	<b>P - <del>Perception</del></b>	<b>Forståelse</b>	Kartlegge pasientens forståelse, forventninger og håp for situasjonen med åpne spørsmål. Tilpass informasjonen basert på pasientens forståelse.
	<b>I - <del>Invitation/</del> Information</b>	<b>Invitasjon/Informasjon</b>	Spør pasienten om hvor detaljert informasjon pasienten ønsker. Hvis pasienter ikke ønsker alle detaljer, tilby å svare på eventuelle spørsmål de måtte ha.
	<b>K - Knowledge</b>	<b>Kunnskap</b>	Formidle dårlige nyheter ærlig og direkte, men unngå overdreven direkthet. Ikke vær for vag og unngå medisinsk sjargong, tilpass språket til pasientens nivå.
	<b>E - <del>Empathy</del></b>	<b>Empati</b>	Vise empati og medfølelse, anerkjenne og støtte pasientens følelser og reaksjoner.
	<b>S - <del>Summarize/</del> Strategy</b>	<b>Oppsummere/Strategi</b>	Oppsummere hovedpunktene i samtalen og legge en plan for videre behandling eller oppfølging, samtidig som

			oppfølging, samtidig som pasientens autonomi og brukermedvirkning bevares
MERK:	<del>Datene</del> er hentet fra <del>Baile</del> et al. (2000)		

*Tabell 1- SPIKES-modellen*

### 2.6.2 PEWTER- modellen

PEWTER-modellen ble opprinnelig laget som et verktøy for skolerådgivere, men er senere tatt i bruk i kliniske sammenhenger for å formidle livsendrende nyheter til pasienter (Bumb et al., 2017). PEWTER er et akronym for Prepare, Evaluate, Warning, Telling, Emotional response og regrouping preparation. I tabell 2 blir ordene oversatt til norsk og beskrevet. Målet med denne modellen er å håndtere utfordrende kommunikasjonssituasjoner på en bedre og empatisk måte. Samtidig å sikre at all nødvendig informasjon blir formidlet på en klar og forståelig måte, og øke formidlerens evne til å respondere sensitivt på mottakerens reaksjoner (Keefe-Cooperman et al., 2018).

Tabell 2- PEWTER-modellen

<b>PEWTER- MODELL</b>	<b>KOMPONENT</b>	<b>NORSK OVERSETTELSE</b>	<b>BESKRIVELSE</b>
	<b>P - <u>Prepare</u></b>	<b>Forberedelse</b>	<p>Forberedelse innebærer å være klar over egne tanker, holdninger og verdier.</p> <p>Det er viktig å velge et privat sted uten forstyrrelser og justere avstanden til pasienten.</p> <p>Gjennomgå eksisterende informasjon på forhånd, tilpass kommunikasjonen til å være forståelig og ta hensyn til kulturelle og personlige forhold.</p>
	<b>E - <u>Evaluate</u></b>	<b>Evaluering</b>	<p>Evaluer hva personen allerede mistenker eller forstår om situasjonen. Å adressere eventuelle misforståelser kan bidra til å etablere et felles grunnlag for videre samtale.</p> <p>Å stille åpne spørsmål er avgjørende i denne prosessen for å oppmuntre til samtale og forståelse av den andre persons perspektiv.</p>

			<p>Non-verbal kommunikasjon spiller en viktig rolle i å formidle og forstå følelser i en vanskelig samtale. Både sykepleier og pasienten som mottar nyhetene viser og tolker følelser gjennom kroppsspråk, noe som kan påvirke kommunikasjonen positivt eller negativt.</p>
	<b>W - <del>Warning</del></b>	<b>Advarsel</b>	<p>Advarselen er viktig. Selv en kort setning som "Jeg har vanskelige nyheter" gir mottakeren tid til å forberede seg. Et øyeblikks stillhet følger, slik at de kan begynne å forstå at noe er galt og forberede seg til å høre nyhetene.</p>
	<b>T - Telling</b>	<b>Formidling</b>	<p>Dette steget er formidlingen av de dårlige nyhetene. Formidleren må være genuin og til stede i øyeblikket. Unngå medisinsk sjargong. Tonefallet er viktig, og det er viktig å snakke på en mild og medfølelse måte. Å observere personen som mottar de dårlige nyhetene vil hjelpe rådgiveren med å avgjøre om ytterligere forklaringer er nødvendige. Å presentere informasjon i deler kan også være nyttig, og det er viktig å sjekke med personen for å forsikre seg om at de forstår hva som blir sagt.</p>

	<b>E - Emotional response</b>	<b>Emosjonell respons</b>	Være oppmerksom på den emosjonelle responsen til personen som mottar nyhetene, og være forsiktig med hvordan en selv presenterer seg, både verbalt og non-verbalt. Noen kan trenge en pause på grunn av den overveldende informasjonen. Det er også viktig å vurdere støtte fra venner og familie, inkludert religiøse ressurser, for å hjelpe personen med å håndtere følelsene sine.
	<b>R - Regrouping preparation</b>	<b>Omgruppering</b>	Hjelp personen med en plan videre. Dette kan innebære å finne ressurser som støttegrupper eller nettsteder med ytterligere tjenester for å håndtere dårlige nyheter. Å formidle håp er viktig i denne fasen, og det kan innebære å sette nye mål og jobbe mot dem. Oppriktighet og medfølelse er avgjørende for å skape en positiv minneopplevelse for personen og bygge tillit.
<b>MERK:</b>	Dataen er hentet fra Keefe-Cooperman et al. (2018)		

## 2.7 Reaksjoner i krise

Alle mennesker vil i løpet av livet oppleve store og små kriser. Noen av krisene vil kanskje være så omfattende at en vil føle seg annerledes i etterkant (Renolen, 2019, s. 183). Det er individuelt og subjektivt hva som oppfattes som en krise hos hver enkelt. Renolen (2019) skriver at ordet krise brukes i psykologisk sammenheng når en person kommer opp i en livssituasjon som overgår mestringsevnen. Noen kriser kan være så overveldende at det oppleves som traumatisk. Traumatiske kriser er en uventet og plutselig påkjønning som mulig er livstruende, som kan være beskjed om alvorlig sykdom eller forverring av sykdom (Renolen, 2019, s. 184).

Når mennesker kommer i en situasjon som oppleves som en krise, kommer dette til uttrykk i følelser, tanker og atferd. Ulike følelser kan dukke opp som passivitet, sinne, tristhet, frykt, angst, skyld, og meningsløshet. Det kan oppleves som vanskelig å konsentrere seg, ha kontroll på tankene, og ny informasjon kan bli vanskelig å huske (Renolen, 2019, s.185). Disse pasienten kan ha behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele følelser og tanker med. God kommunikasjon kan hjelpe pasienter til å bearbeide og mestre reaksjoner, sykdom og krise på en bedre måte (Renolen, 2019, s. 185).

Aggresjon er en vanlig krisereaksjon og kan føre til at personer opptrer sint og reaktivt, noe som potensielt kan ha negative effekter både på individet selv og på andre. Det er ikke uvanlig at aggresjon også rettes mot de som forsøker å yte hjelp. De som er rammet av en krise kan ha behov for hjelp til å uttrykke og forstå opphavet til sinnet sitt (Renolen, 2019, s. 193).

Frykt og angst er også naturlige reaksjoner på opplevde trusler. Mens frykt typisk er knyttet til en konkret kilde, er kilden til angst ofte mer diffus. Det er forståelig at alvorlige sykdommer kan fremkalle både frykt og angst — angst for døden, frykt for smertefulle behandlinger eller sykdomsrelaterte smerter, samt angst for hva fremtiden måtte bringe (Renolen, 2019, s. 193).

Den svenske psykiateren Johan Cullberg (2008) beskriver at traumatiske kriser kommer av ytre påkjønninger, men også alvorlig sykdom kan være en utløsende faktor for en traumatisk krise (Cullberg, 2008, s. 130). Cullberg identifiserer fire faser i krisen. Disse fasene kan gå

inn i hverandre, de har ikke alltid et klart skille da en av fasene kan mangle eller flyte over i en annen fase. Å dele opp i faser er tenkt å være et hjelpemiddel for å orientere seg i kriseforløpet. Hver av fasene har sine kjennetegn og terapeutiske utfordringer (Renolen, 2019, s. 185). På grunn av oppgavens begrensninger og relevans for problemstillingen vil jeg beskrive den første fasen.

Den første fasen en person går igjennom som følge av en krise er sjokkfasen, den kan vare fra noen øyeblikk til noen dager. Mange opplever denne fasen som kan beskrives som en drøm, en uvirkelighetsfølelse. I denne fasen kan det være vanskelig å huske informasjon som blir sagt. Omverdenen kan oppfatte personen som er i sjokk som rolig og fattet, det kan derfor være vanskelig å fange opp at personen egentlig er i sjokk (Cullberg, 2008, s. 130). I denne fasen trenger personen omsorg, og den som hjelper kan få en «moderlig funksjon». Noen kan for eksempel ha behov for kroppskontakt, som en hånd å holde i da dette for mange oppleves som trygt (Renolen, 2019, s. 185).

### 3.0 Metode

Metode er den valgte fremgangsmetoden en tar i bruk for å samle inn kunnskap og informasjon for å belyse en problemstilling. Valg av problemstilling bestemmer hvilken metode som er mest hensiktsmessig (Thidemann, 2020, s. 74). I dette kapittelet vil metoden som ligger til grunn for oppgaven, søkestrategi, kritikk av egen metode, kildekritikk samt kritisk vurdering av valgt forskningslitteratur presenteres.

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

Den valgte metoden for denne oppgaven er litteraturstudie. En litteraturstudie gjennomføres ved systematisk og kritisk gjennomgang av eksisterende kunnskap hentet fra diverse skriftlige kilder, uten å generere ny primærkunnskap, men ved å syntetisere og analysere den foreliggende informasjonen kritisk (Magnus & Bakketeig, 2000). Litteraturstudie som metode innebærer bruk av sekundærdata, det vil si data samlet inn av andre forskere, som anvendes for å støtte egne analyser (Thidemann, 2020, s. 75).

#### 3.2 Søkeprosess

Initialt ble det utført manuelle søk for å kartlegge den eksisterende litteraturen om formidling av dårlige nyheter. Etter å ha lest ulike oversiktsartikler og sett gjennom referanselistene deres, framstod det som hensiktsmessig å fokusere på kreftpasienter, en pasientgruppe som ofte ble nevnt i litteraturen. Særlig retter oppgaven fokus på studier som ser på hvilke erfaringer, roller og utfordringer sykepleiere og annet helsepersonell møter med formidling av dårlige nyheter. For å tydeliggjøre og presisere mer relevante søk, har jeg avgrenset søkene med inklusjons- og eksklusjonskriterier. Tabell 3 nedenfor viser mine inklusjon- og eksklusjonskriterier.



Tabell 3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

<i><b>KRITERIER</b></i>	<i><b>INKLUSJONSKRITERIER</b></i>	<i><b>EKSKLUSJONSKRITERIER</b></i>
<i><b>DELTAKERE OG KONTEKST</b></i>	Studier som omhandler sykepleiere i tverrfaglig team sine kommunikasjons erfaringer med formidling av dårlige nyheter til pasienter	Studier som omhandler andre profesjoner enn sykepleiere og leger  Deltakere under 18 år
<i><b>METODE</b></i>	Studier som omhandler kommunikasjonsmodeller  Studier som omhandler pasientperspektiv  Deltakere over 18 år	
<i><b>SPRÅK</b></i>	Artikler som er av kvalitativ, kvantitativ metode eller « <u>mixed methods</u> »	Andre språk enn engelsk, norsk eller dansk
<i><b>PUBLIKASJONSTYPE</b></i>	Engelsk-, norsk- eller danskspråklig	Artikler som ikke er fagfelleverderte
<i><b><u>PUBLIKASJONSÅR</u></b></i>	Artikler som er fagfelleverderte	
	Publiserte innenfor perioden 2014-2024	

Tabell 3- Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Litteratursøkene ble utført gjennom anerkjente databaser, med tilgang gitt gjennom Høgskulen på Vestlandet sitt bibliotek. CINAHL og MedLine Ovid ble benyttet da disse databasene er velegnede for helse- og sosialfag. Et systematisk litteratursøk er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart (Thidemann, 2019, s. 82). For å sikre best treff ble terminologibasen MeSH (Medical Subject Headings) og engelske søkeord benyttet. MeSH-

databasen gir en oversikt over standardiserte emneord som benyttes slik at brukere enklere kan søke og finne relevant litteratur basert på spesifikke emner. Tekstord, som er ord fra artiklens tittel, forfatterens sammendrag og stikkord ble også benyttet (Thidemann, 2019, s. 86). For en fullstendig oversikt over søkeordene henvises det til PIO-skjemaet i vedlegg 1.

Artikler som ble ansett som relevante basert på tittel og sammendrag ble lest, vurdert og gjennomgått ved bruk av IMRaD-prinsippet (Thidemann, 2019, s. 90). Artikler som ikke fulgte IMRaD-prinsippet ble ekskludert. I tabell 4 nedenfor blir søkeprosessen demonstrert i grove trekk, hvor artiklene er nummerert. For å se den fullstendige tabellen henvises det til vedlegg 2.

<i>Database/dato for søk</i>	<i>Søkeord og kombinasjoner</i>	<i>Avgrensinger</i>	<i>Treff</i>	<i>Inkluderte artikler</i>
<u>CINAHL</u> / 10.03.24	<u>Breaking bad news OR truth disclosure AND nurses AND cancer patients</u>	<u>Academic journal 2014-2024 Peer-reviewed English and danish</u>	3	(1) <u>Rayan et al., 2022.</u>
<u>CINAHL</u> / 10.03.24	<u>Cancer patients AND breaking bad news</u>	<u>Academic journal Peer-reviewed 2014-2024 English</u>	29	(2) <u>Abazari et al.,2016</u>  (5) <u>Von Blanckenburg et al., 2020</u>

<u>MEDLINE Ovid</u>	<u>Cancer patients</u>	<u>Academic</u>	44	(3) Griffiths et al.,
/	<u>AND Breaking</u>	journal		
10.03.24	<u>bad news</u>	<u>Peer-reviewed</u>		2015
		2014-2024		
		English		
<u>CINAHL</u> /	<u>Breaking bad</u>	<u>Academic</u>	14	(4) Warnock et al., 2017
12.03.24	<u>news AND</u>	journal		
	<u>healthcare staff</u>	<u>Peer-reviewed</u>		
		2014-2024		
		English		

Tabell 4- Søkeprosess

### 3.3 Metodekritikk:

For denne oppgaven er litteraturstudier valgt som metode for å utforske problemstillingen. I en litteraturstudie velges litteratur og forskning som forfatteren anses som relevant. Dette kan være en svakhet, ettersom en lett bare kan velge artikler som oppnår ønsket resultat, eller som understøtter de personlige oppfatninger forfatteren har fra før. Dette kalles bekreftelsesbias, og er en fallgrube å være bevisst på ved valg av litteraturstudie som metode.

Tatt i betraktning oppgavens problemstilling og målsetting, vil det være naturlig å fokusere på kvalitative studier. Kvalitative studier har til hensikt å få kunnskap om menneskers egenskaper, meninger, holdninger, opplevelser og erfaringer ved bruk av intervjuer, observasjoner, feltarbeid eller dokumentanalyse (Thidemann, 2019, s.76).

### 3.4 Kritisk vurdering av forskningsartikler

For å sikre at de inkluderte forskningsartiklene holder nødvendig vitenskapelig standard, er en grundig kvalitetsevaluering nødvendig. Artiklene er fagfellevurdert (peer-reviewed), noe som sikrer at de har blitt evaluert grundig av eksperter innenfor det relevante fagfeltet før

publisering. Videre er artiklene underlagt kritisk analyse ved hjelp av sjekklister fra Helsebiblioteket (2021), som fremmer forskningens pålitelighet og relevans. Artiklene er også vurdert med hensyn til deres formål og metodenes egnethet for å adressere problemstillingen. Artikler hvor forskningsspørsmålet eller metodene ikke var klart definert, ble ekskludert. Denne kritiske gjennomgangen sikrer opprettholdelse av høye etiske standarder og bidrar til at litteraturstudiet utføres på en ansvarlig måte. På grunn av bibliografiske og praktiske begrensninger, blir det benyttet både primærkilder og sekundærkilder i arbeidet. Kun publikasjoner som anses som relevante fra et sykepleierfaglig perspektiv er tatt med i studien.

To av studiene ble gjennomført i Iran og Jordan. Til tross for kulturelle forskjeller mellom Norge og Midtøsten, ser man også tydelige likheter og god overføringsverdi til norsk praksis, noe som styrker studiens relevans.

## 4.0 Resultat

I dette kapittelet vil det bli presentert et sammendrag av artikler som er innhentet ved hjelp av de metodene som ble vist i forrige kapittel. Funnene vil bli brukt til å besvare problemstillingen i drøftingskapittelet. Til slutt blir en samlet analyse av artiklene presentert, hvor det vises til ulikheter og fellestrekk.

### 4.1 Artikkel 1

**Tittel:** Critical Care Nurses' Attitudes, Roles, and Barriers Regarding Breaking Bad News.

**Forfattere:** Rayan, A., Al-Ghabeesh, S. H., & Qarallah, I.

**Utgitt:** 2022.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke sykepleiers holdninger, roller og utfordringer i møte ved formidling av dårlige nyheter.

**Metode:** Denne studien ble gjennomført i Jordan. Studiet ble gjennomført som en beskrivende tverrsnittsstudie, der funnene ble hentet gjennom spørreundersøkelser med avkryssing. Undersøkelsen involverte 210 sykepleiere fra akuttmottak, intensivavdelinger og hjerteintensivheter, med en bemerkelsesverdig svarprosent på 90,12%, hvor 117 (55,7%) var menn og 93 (44,3%) var kvinner.

**Funn:** Forskningsfunnene avslørte at sykepleierne hovedsakelig utførte tre roller i formidlingsprosessen: direkte kommunikasjon av dårlige nyheter til pasienter og deres pårørende, gjenfortelling og forenkling av legenes uttalelser, samt levering av emosjonell støtte gjennom hele prosessen. En betydelig utfordring som ble identifisert, var mangel på tilstrekkelig opplæring, med 75,2% av deltakerne som rapporterte at de ikke hadde mottatt relevant opplæring eller utdanning for å håndtere disse utfordrende situasjonene effektivt. Dette resulterte i betydelig usikkerhet og en følelse av utilstrekkelighet blant sykepleierne.

Studien belyste også det kritiske behovet for å vurdere og støtte pasientenes psykologiske velvære når dårlige nyheter formidles, ettersom slike nyheter ofte fører til psykisk utmattelse og lidelse. Studien understreker viktigheten av en sensitiv og veloverveid kommunikasjonsstrategi. Videre indikerte funnene et påtrengende behov for å forbedre støtte og opplæring for sykepleiere for å fremme utviklingen av effektive støtteprogrammer og retningslinjer som kan bistå helsepersonell i å håndtere både de følelsesmessige og praktiske aspektene ved formidlingen av dårlige nyheter.

## 4.2 Artikkel 2

**Tittel:** Exploring perceptions and preferences of patients, families, physicians, and nurses regarding cancer disclosure: A descriptive qualitative study.

**Forfattere:** Abazari, P., Taleghani, F., Hematti, S., & Ehsani, M.

**Utgitt:** 2016

**Hensikten:** Denne studien var å utforske preferanser og oppfatninger til kreftpasienter, pårørende, leger og sykepleiere når det gjelder formidling av kreftdiagnoser.

**Metode:** Det ble valgt ut 35 deltagere (15 pasienter, 6 pårørende, 9 leger og 6 sykepleiere) fra et universitetssykehus i Iran. Det ble samlet inn data ved dybdeintervju og bruk av kvalitativ innholdsanalyse for analyse.

**Funn:** Studien identifiserte betydningsfulle kulturelle og psykologiske faktorer som påvirket måten pasienter og pårørende håndterte en kreftdiagnose. Kreft ble ofte oppfattet som et tabubelagt emne, forbundet med frykt, skuffelse og lidelse. Øyeblikket da pasientene mottok diagnosen ble beskrevet som traumatisk og overveldende, med sammenligninger som å bli begravet under ruiner eller å ha hele verden falle ned på hodet.

For å håndtere denne følelsesmessige byrden, søkte deltakerne støtte fra ulike kilder, inkludert familie, venner og tro. Åndelige og religiøse ressurser ble sett på som viktige for å finne indre fred og håndtere den eksistensielle krisen som fulgte med en kreftdiagnose.

Kommunikasjonen rundt kreftdiagnosen ble ansett som en kritisk fase, der empati og realistisk håp ble identifisert som sentrale elementer. Å bruke passende ordvalg og tilby støttende samtaler kunne hjelpe pasientene med å håndtere den psykologiske belastningen av diagnosen.

I tillegg understreket studien betydningen av en koordinert og tverrfaglig tilnærming til kreftomsorgen, der leger, sykepleiere og annet helsepersonell samarbeidet for å gi helhetlig støtte og behandling til pasientene. Denne tilnærmingen ble sett på som avgjørende for å møte de komplekse behovene til kreftpasienter og deres familier gjennom hele sykdomsforløpet.

### 4.3 Artikkel 3

**Tittel:** Breaking bad news about transitions to dying: A qualitative exploration of the role of the District Nurse.

**Forfattere:** Griffiths, J., Ewing, G., Wilson, C., Connolly, M., & Grande, G.

**Utgitt:** 2015

**Hensikt:** Hensikten med artikkelen er å utforske rollene til «District nurses» i England, og formidling av overgang til døden.

**Metode:** Studien ble gjennomført som en kvalitativ studie, hvor 40 «district nurses» («distriktsykepleiere; spesialisering innenfor ledelse) med en median erfaring på 12,5 år i jobben, og alle hadde palliative pasienter på sine lister.

**Funn:** Artikkelen undersøker distriktssykepleieres (DNs) erfaringer med å gi palliativ omsorg til kreftpasienter i hjemmet og belyser de ulike utfordringene og dynamikkene som oppstår i denne konteksten. Studien fremhever at en 'god' hjemmedød er avhengig av omfattende forberedelser. Dette inkluderer diskusjoner om gjenoppliving, tilgang på nødvendige medisiner for symptomlindring, nødvendig utstyr som løftehjelpemidler og toaletter, og samtaler om hvor pasienten ønsker å dø. Videre omfatter det å ta farvel med nære og forberede barn på det forestående. Disse forberedelsene er bare mulige dersom både pasienten og familien er klar over at døden nærmer seg, og sykepleierne har en nøkkelrolle i å formidle dette. Å formidle dårlige nyheter ble sett på som en oppgave sykepleierne fant særlig utfordrende. Fire hovedkategorier av respons på prognosen fremstår som vanskelig: uvitenhet, benektelse, sinne og timing av samtalen. Mange pasienter og deres familier er ofte uvitende om den reelle prognosen på grunn av dårlig kommunikasjon fra sykehuskonsulenter, noe som kan føre til misforståelser og falske forhåpninger. Sykepleierne rapporterer også om vanskeligheter med å håndtere pasienters og familiers benektelse og sinne, følelser som kan hindre nødvendige samtaler om døden og forberedelser til den. I tillegg påvirker timingen av når disse samtalene finner sted muligheten for å yte effektiv omsorg. For tidlige samtaler kan føre til at pasienter og pårørende avviser ytterligere hjelp, mens for sene samtaler kan la for lite tid til adekvate forberedelser for en verdig død.

Mangelen på formell opplæring og forberedelse for distriktssykepleiere for å håndtere disse komplekse og følelsesmessig ladede situasjonene blir også belyst. Sykepleierne uttrykker et behov for mer opplæring i kommunikasjonsferdigheter, spesielt i hvordan man kan lede vanskelige samtaler om død og døende.

Samlet sett peker funnene i denne studien på kritiske områder hvor det er behov for forbedringer i støtte og ressurser for distriktssykepleiere, som er avgjørende for å kunne tilby effektiv og medfølende palliativ omsorg i hjemmet.

#### 4.4 Artikkel 4

**Tittel:** The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news.

**Forfattere:** Warnock, C., Buchanan, J., & Tod, A. M.

**Utgitt:** 2017

**Hensikt:** Denne studien ble gjennomført i Nord-England. Den utforsket utfordringene helsepersonell, inkludert sykepleiere og leger, møter når de formidler dårlige nyheter til pasienter.

**Metode:** Funnene ble hentet gjennom en kvalitativ empirisk undersøkelse som inkluderte 158 ansatte ved sykehus, kommunehelsetjenesten, hospice og sykehjem i ble data samlet gjennom strukturerte spørreskjemaer. Av de 158 deltakerne, fullførte 109 fritekstseksjonen hvor de delte personlige erfaringer med å formidle dårlige nyheter. 145 deltakere beskrev vanskeligheter knyttet til å formidle dårlige nyheter, hvorav 70 av disse beskrev deltakerne den rollen de hadde hatt i situasjonen.

**Funn:** Dette ga 145 detaljerte beskrivelser av vanskeligheter de møtte, hvorav mange var knyttet direkte til de emosjonelle utfordringene både pasienter og pårørende står overfor. Deltakerne rapporterte at de ofte måtte håndtere pasienter og pårørendes sjokk, fortvilelse, og sinne.

Studien avdekket fire hovedområder med utfordringer:

**1. Følelsesmessige reaksjoner:** Mange helsearbeidere slet med å håndtere sine egne og pasientenes følelsesmessige reaksjoner. Disse kunne inkludere alt fra sinne og gråt til skjelving og følelse av hjelpeløshet.

**2. Situasjonsutfordringer:** Å formidle dårlige nyheter involverte ofte kompliserte temaer som krever sensitiv håndtering, inkludert overgang fra kurativ til palliativ behandling og forklaring av end-of-life prosesser.



**3. Organisatoriske utfordringer:** Tidsbegrensninger og bemanningsproblemer var blant de praktiske utfordringene som helsepersonell ofte står overfor. Dette kunne føre til utilstrekkelig tid til å forberede seg eller gi tilstrekkelig støtte.

**4. Individuelle utfordringer:** Helsepersonell nevnte også personlige barrierer som kunnskapsnivå, selvtillit, og egne følelsesmessige reaksjoner som hindringer i formidlingsprosessen.

Til tross for disse utfordringene, viste resultatene et tydelig behov for forbedret opplæring og støtteressurser for helsepersonell, for å bedre navigere i de følelsesmessige og praktiske aspektene ved å formidle dårlige nyheter. Dette inkluderer utvikling av ferdigheter for å bedre forutsi og håndtere pasienters og pårørendes reaksjoner, samt å forbedre kommunikasjonsstrategier for effektivt å formidle kritisk informasjon uten å forårsake unødig stress eller lidelse.

## 4.5 Artikkel 5

**Tittel:** Assessing patients' preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale.

**Forfattere:** Von Blanckenburg, P., Hofmann, M., Rief, W., Seifart, U., & Seifart, C.

**Utgitt:** 2020

**Hensikt:** Denne studien ble gjennomført i Tyskland. Den vurderer bruken av SPIKES-kommunikasjonsmodellen, og utforsker kreftpasienters kommunikasjonspreferanser gjennom Marburg Breaking Bad News Scale (MABBAN).

**Metode:** Marburg Breaking Bad News Scale (MABBAN), en skala utviklet for å vurdere hvordan nyheter om alvorlige diagnoser blir formidlet, ble benyttet i en studie med 336

kreftpasienter. For å undersøke skalaen og identifisere underliggende faktorer som den måler, ble det utført en eksplorerende faktoranalyse. Videre ble regresjonsanalyser gjennomført for å utforske mulige sammenhenger mellom skalaens resultater og ulike demografiske og medisinske variabler hos pasientene.

**Funn:** Pasientene rangerte "Setting" (miljøet hvor nyhetene formidles) som mest kritisk, etterfulgt av "Knowledge" (klar og forståelig kunnskapsformidling) og "Strategy" (Planlegging for fremtiden). Det ble lagt mindre vekt på "Emotions" (håndtering av følelser) og "Perception/Invitation" (involvering i beslutningsprosessen).

Studien bekrefter at både SPIKES-protokollen og MABBAN-skalaene er godt tilpasset og reflekterer effektivt pasientenes preferanser i tyske sykehusinnstillinger. Flertallet av pasientene følte at elementene i SPIKES-protokollen reflekterer deres kommunikasjonspreferanser, noe som stemmer overens med tidligere forskning på foretrukne metoder for å motta dårlige nyheter.

Pasientene uttrykte en sterk preferanse for SPIKES-protokollens første trinn, som omhandler settingen for samtalen. De understreket viktigheten av tilstrekkelig tid for å sikre forståelse og effektiv håndtering av spørsmål. Forskning indikerer at tidsbegrensninger og arbeidspress i moderne sykehus ofte begrenser tid til kommunikasjon, noe som kan redusere kvaliteten på informasjonsoverleveringen.

Videre understreker funnene betydningen av klar og direkte kommunikasjon, sammen med emosjonell støtte, hvor empati er særlig verdsett fremfor uttrykkelig medlidelse. Dette belyser nødvendigheten av å tilpasse kommunikasjonstilnærminger til individuelle pasientpreferanser, noe som vil kreve en fleksibel implementering av SPIKES-protokollen tilpasset den enkelte pasients behov.

Demografiske og kliniske variabler som alder, kjønn og utdanningsnivå påvirker pasientenes preferanser, med eldre pasienter, kvinner, og de med lavere utdanning som foretrekker tydeligere informasjon og mer følelsesmessig støtte. Analysene viste også at pasienter med høyere angstskår ønsket mer emosjonell støtte, mens de med høyere depresjonsskår ønsket mindre.

## 4.6 Samlet analyse av funn

Samtlige av studiene identifiserer utfordringer med kommunikasjon av dårlige nyheter. Hvor sykepleierne står overfor vanskeligheter, enten det gjelder direkte formidling av dårlige nyheter eller støtte gjennom prosessen.

Griffiths et al. (2015) utforsker spesifikt rollene til distriktssykepleiere i palliativ omsorg, mens Rayan et al. (2022) ser bredere på sykepleierens rolle i akuttmottak og intensivavdelinger. Dette viser hvordan konteksten kan påvirke sykepleiernes ansvarsområder og utfordringer i formidlingen av dårlige nyheter. Rayan et al. (2022) og Abazari et al. (2016). tar for seg kulturelle faktorer som spiller inn i preferanser ved formidling av dårlige nyheter hos pasientene. De trekker også fram det åndelige aspektet med mennesket som de andre studiene ikke nevner. Abazari et al. (2016) omhandler utforsking av preferanser og oppfatninger til kreftpasienter, pårørende, leger og sykepleiere når det gjelder formidling av kreftdiagnoser. Studien til von Blanckenburg et al. (2020) vurderer pasienters preferanser til formidling av dårlige nyheter opp mot SPIKES-modellen. I hver studie kommer det frem at både pasienter og helsepersonell opplever emosjonelle reaksjoner som følge av dårlige nyheter. Dette understreker behovet for følsomme kommunikasjonsstrategier som kan adressere og håndtere slike reaksjoner. Det er et gjennomgående tema for mangelen på tilstrekkelig opplæring for helsepersonell i formidling av dårlige nyheter.

## 5. Diskusjon/Drøfting

I dette kapittelet vil problemstillingen bli diskutert ved å ta utgangspunkt i tidligere presentert teori, forskning og egne erfaringer. Funn fra forsknings- og teorikapittelet vil bli grundig diskutert under 5 underoverskrifter, som reflekterer ulike aspekter av problemstillingen.

### 5.1 Opplæring og kunnskap

Mangel på opplæring i å formidle dårlige nyheter er et gjennomgående tema i studiene. Rayan et al. (2022) rapporterer i deres studie at en overveldende majoritet, 75,2%, av sykepleierne føler seg utilstrekkelig opplært, noe som fører til usikkerhet og stress. Dette korrelerer med funnene til Griffiths et al. (2015), hvor sykepleiere følte seg uforberedt og etterlyste mer spesifikk opplæring for å håndtere formidlingen av blant annet overgang til palliasjon. Warnock et al. (2017) bekrefter også dette ved å vise til at sykepleiere mangler nødvendige ferdigheter, som videre påvirker deres evne til å formidle dårlige nyheter effektivt. Det ble nevnt blant annet at de følte seg «out of their depth», manglet kunnskap og selvtillit og at det var vanskelig å balansere deres emosjonelle reaksjoner i møte med triste pasientinteraksjoner.

Resultatene fra studiene er i overensstemmelse med hva Eide & Eide (2018) sier om den vanskelige samtalen. Ifølge dem blir et helt spekter av ulike kommunikasjonsferdigheter tatt i bruk når en skal formidle dårlige nyheter. Dette kan for eksempler som nevnt i Eide & Eides (2018, s. 223) litteratur være aktiv lytting, speiling av følelser, bekræftende respons, bruk av pauser og stillhet, utforske følelser og tanker, og innlede og avslutte en samtale. En stor del er også å møte mottakerens emosjonelle reaksjoner og behov på en god måte. Forfatterne understreker at dette er ferdigheter som kan læres. Litteraturen sier videre at når kommunikasjonssvikt oppstår, øker risikoen betydelig for stress, følelse av utrygghet og redusert livskvalitet for både pasienter og deres pårørende (Gordon et al., 2011; Hemsley & Balandin, 2014).

En måte å forstå funnene fra studiene sammen med litteraturen på er at god opplæring og kunnskap om kommunikasjon er en forutsetning for å ivareta kreftpasienter som har fått en dårlig nyhet. Funnene som er gjennomgått over indikerer et klart gap i eksisterende

opplæringsprogrammer og understreker behovet for både grunnleggende og avansert kommunikasjonstrening i palliativ omsorg. En konsekvens for sykepleieutøvelsen kan være at manglende opplæring kan øke sykepleiernes opplevelse av utrygghet og stress, samtidig som man ikke ivaretar pasienten på en hensiktsmessig måte. Dette understøttes blant annet av Gordon et al. (2011).

## 5.2 Kommunikasjon og kommunikasjonsmodeller

For å øke kompetansen og forenkle situasjoner hvor en formidler dårlige nyheter, kan det være hensiktsmessig å bruke noen hjelpemidler. I studien til von Blanckenburg et al. (2020) blir pasienters preferanser når det kommer til å få dårlige nyheter gjennomgått. Pasientenes preferanser blir belyst ved hjelp av SPIKES-modellen, som tidligere nevnt er en kommunikasjonsmodell designet for å hjelpe helsepersonell med å formidle vanskelige eller dårlige nyheter til kreftpasienter på en måte som er følsom og støttende.

Preferansene til pasienten ble gjennom den nevnte modellen analysert ved hjelp av “The Marburg Breaking Bad News Scale” (MABBAN skala). Studien konkluderer med at bruk av SPIKES-modellen som et rammeverk kan bidra til å forbedre samtaler hvor dårlige nyheter må formidles. Likevel presiseres det at det er viktig å vektlegge individuelle preferanser utover de seks trinnene i modellen ved å tilpasse kommunikasjonen til den enkelte person.

Griffiths et al. (2015) skriver i sin studie at SPIKES-modellen er designet for en klinisk setting hvor pasient og helsepersonell er forberedt og samtalen er planlagt. Det kommer fram at den ikke tar høyde for mer uforberedte settinger hvor det kan være nødvendig å ha en samtale med pasient og pårørende.

På en annen side understreker litteraturen at det å formidle dårlige nyheter er en kompleks oppgave, som ikke bare tar for seg selve den verbale formidlingen, men krever også andre ferdigheter (Baile et al. 2000). Dette inkluderer å respondere på pasienters emosjonelle reaksjoner, å bevare pasientens autonomi og rett til å ta egne valg, å håndtere stress som pasienter opplever, og dilemmaet av å bevare pasientens håp i en vanskelig situasjon. Kommunikasjonens kompleksitet kan forårsake miskommunikasjon mellom sykepleier og pasient (Baile et al. 2000).

En måte å forstå dette på er at det kan være hensiktsmessig å ha et rammeverk som et hjelpemiddel, som kan bidra med å strukturere samtaler på en måte som ivaretar, anerkjenner og adresserer pasientens behov, frykt og håp (Bumb et al., 2017). Samtidig begrenser enkelte kommunikasjonsmodeller seg til planlagte, forberedte samtaler. En konsekvens for sykepleiere kan være at kommunikasjonsmodeller langt på vei kan være et hjelpemiddel i formidlingen av vanskelige budskap til kreftpasienter, men at de samtidig ved uforberedte samtaler ikke alltid vil være anvendbare. Det kan derfor tenkes at en sykepleier må inneha kommunikasjonskompetanse ut over det som kan læres og planlegges ved hjelp av kommunikasjonsmodeller.

### 5.2.1 Kommunikasjon i kontekst

Det er allment kjent at et budskap alltid formidles i en kontekst. Dette kan for eksempel være miljø, lokasjon, hvilke mennesker som er til stede og hvilken relasjon de har, støynivå, og mange andre faktorer.

SPIKES-modellens første trinn står for miljø, som tar for seg viktigheten av å tilrettelegge et område for formidlingen av dårlige nyheter som er rolig og privat, dette kan for eksempel være et samtalerom, pasientrom eller pasientens hjem. Punktet tar også for seg å informere pasienten om mulige forstyrrelser som kan oppstå, for eksempel om man venter en telefon, eventuelt å tilrettelegge for uforstyrret kommunikasjon ved at man gir telefonen til en kollega (Baile et al., 2000).

Miljø ble fremhevet som punktet som ble høyest verdsatt av både pasienter og helsepersonell i von Blanckenburg og kollegers (2020) forskning. Dette står i kontrast til hva som kommer fram i Griffiths et al. (2015) studie, nemlig at SPIKES-modellen ikke tar for seg kompleksiteten ved å være i hjemmet til pasientene når en formidler dårlige nyheter.

Selv om det blir lagt frem i forskning at det mest hensiktsmessige for pasienter er å motta nyheter på et privat sted, kan dette likevel være vanskelig å tilstrebe i realiteten. Basert på egne erfaringer og hva som kommer frem i forskningen, er det ofte slik at helsevesenet sliter med underbemanning og tidsbegrensninger. Dette belyses i samtlige av studiene (Rayan et al., 2022; Abazari et al., 2016; Griffiths et al., 2015; Warnock., 2017; Von Blanckenburg et al., 2020). Med økt tidsbegrensning og underbemanning kan det være utfordrende å

gjennomføre samtaler med pasienten uten stress og forstyrrelser. Dette kan medføre at interaksjonen mellom helsepersonell og pasienter blir oppfattet som mindre positiv (Baile et al. 2000).

Økt bruk av vikarer eller fravær av sykepleiere som har blitt godt kjent med pasienter under sitt opphold kan føre til at de sykepleierne som overtar oppgaven med å være der for pasienten, ikke har nok kjennskap til situasjonen. Det blir dermed anstrengende for både pasient og sykepleier, når pasient har behov for støtte og informasjon (Warnock et al., 2017). Dette kan medføre at kreftpasienter ikke føler seg godt nok ivaretatt i situasjoner hvor de har behov for omsorg og støtte.

Kommunikasjon foregår alltid i kontekst. Sykepleierens mål er å gjennom god kommunikasjon ivareta kreftpasienters behov. Vi har sett at den foretrukne kontekst for en vanskelig beskjed er et privat sted uten forstyrrelser, hvor pasienter og pårørende kan føle seg trygge og ivaretatt. Dette kan likevel i enkelte situasjoner være vanskelig å oppnå. Samtlige studier viser til underbemanning og tidsbegrensninger som hinder for god kommunikasjon. Dette kan tolkes som at det i sykepleieryrket er behov for økt bemanning for å kunne utøve den gode kommunikasjonen som oppgaven ellers tilstreber å finne beste praksis på.

### **5.3 Å være bevisst sine egne følelser**

På samme vis som SPIKES første trinn er det parallellt mellom PEWTERs første trinn, «prepare» eller forberedelse. I tråd med viktigheten av å utføre samtalen på et privat og rolig område, kommer det i tillegg fram i PEWTER-modellen viktigheten av å forberede seg til samtalen ved å være klar over sine egne holdninger og følelser (Keefe-Cooperman et al., 2018). Dette peker på betydningen av hvordan en ser på seg selv, og hvordan denne selvoppfatningen påvirker deres måte å kommunisere på, både verbalt og non-verbalt. En persons syn på seg selv er avgjørende da det former tilnærmingen de tar til situasjonen. For eksempel kan en sykepleier som anser seg selv som empatisk og støttende, være mer tilbøyelig til å bruke en varm og forsiktig tone, både i verbalt og non-verbalt (Keefe-Cooperman et al., 2018).

Videre understrekes at å være oppmerksom på egne behov for hvile og å håndtere personlige stressfaktorer er essensielt. Å være trett, distraheret, følelsesmessig presset, eller overveldet kan ha negativ innvirkning på ens evne til å være til stede og svare effektivt på pasientens behov. Dermed er det ikke bare viktig for sykepleiere å ta vare på pasientene sine, men også å ivareta seg selv for å opprettholde sin evne til å fungere optimalt i sin profesjonalitet (Keefe-Cooperman et al., 2018). Dette kan tolkes som at ved å være bevisst og tar vare på ens egne behov, vil man være bedre utrustet til å ta vare på pasientene og deres behov.

## 5.4 Håndtering av krisereaksjoner

Cullberg (2008) skriver at en alvorlig sykdom kan være en mulig utløsende faktor for en traumatisk krise. Ved formidlingen av en dårlig beskjed til kreftpasienter kan sykepleiere stå overfor pasienter som gjennomlever en slik traumatisk krise, og måtte håndtere deres reaksjoner gjennom kommunikasjon.

Kommunikasjon kan være både verbal og non-verbal. Vår non-verbale kommunikasjon kan være av større betydning enn det vi kanskje forstår, da den signaliserer hvorvidt vi er innstilt på å lytte og hjelpe. Ifølge Eide & Eide (2018) er dette avgjørende for om en pasient føler seg trygg og godt ivaretatt eller ikke. Et eksempel på dette kan være aktiv lytting. Å være en aktiv lytter innebærer ikke bare å være åpen og lyttende, men også å stille åpne spørsmål og å være utforskende på hva den andre ønsker og trenger (Eide & Eide, 2018, s. 118-130). Å stille oppklarende og utdypende spørsmål kan være en måte å få pasienten til å uttrykke seg mer åpent og direkte. Det signaliserer også at sykepleiere har tid og interesse i å høre hva pasienten har å si (Eide & Eide, 2018, s. 193). Dette kommer også fram som et viktig element i von Blanckenburg et al. (2020), hvor det understrekes at det er viktig å ta seg tid for å forsikre forståelsen til pasientene, samt å gi mulighet for å stille spørsmål. Ved å kombinere verbal og non-verbal kommunikasjon, vil dette bidra til at det etableres en relasjon og tillit mellom pasient og sykepleier (Heyn, 2018, s. 21). Aktiv lytting uttrykker oppmerksomhet og empati, og kan hjelpe oss med å forstå hva som er viktig for den andre i deres nåværende situasjon. Dette kan ansees som viktig ved håndtering av pasienters emosjonelle reaksjoner (Eide & Eide, 2018).



Warnock et al. (2017) skriver at sykepleiere opplever det som vanskelig å håndtere pasienter og pårørendes ulike sterke følelser, som sinne, gråt og fortvilelse. I studien til Abazari et al. (2016) kommer det fram at kreft ble ofte oppfattet som et tabubelagt emne, forbundet med frykt, skuffelse og lidelse. Det ble beskrevet at da pasientene mottok kreftdiagnosen opplevde de det som traumatisk og overveldende, med sammenligninger som å bli begravet under ruiner eller å ha hele verden falle ned på hodet.

Dette kan sees i sammenheng med det Renolen (2019) og Cullberg (2008) skriver om krisereaksjoner, hvor personer kan få en mengde ulike reaksjoner som å virke helt upåvirket til få sterke følelsesmessige utbrudd. Det kan også være vanskelig å huske informasjon i denne fasen. Basert på egen erfaring med kreftpasienter kan det være viktig å være bevisst på at ikke alt kan bli oppfattet, og at det er viktig med repetisjon og eventuelt å gi skriftlig informasjon. Cullberg (2008) De nevner blant annet at når pasienter får den innledende sjokkreaksjonen, skal sykepleier være til stede og ha en omsorgsfull tilnærming hvor en kan støtte med empatisk respons og eventuelt fysisk kontakt, som å flytte seg nærmere, legge en hånd på armen så lenge dette er komfortabelt for pasienten (Renolen, 2019, s. 185).

Vanskene med å håndtere sterke emosjonelle reaksjoner, som sinne eller fortvilelse, som beskrevet av Warnock et al. (2017) og Abazari et al. (2016), understreker også nødvendigheten av dyktig empatisk kommunikasjon i sykepleie. Travelbees (1999) menneske-til menneske- teori antyder at sykepleiere kan hjelpe pasienter og familier gjennom disse vanskelige følelsene ved å tilby en støttende tilstedeværelse som validerer deres følelser, og ved å fasilitere en prosess hvor disse følelsene kan uttrykkes og forstås innenfor konteksten av deres sykdom.

## 6 Avslutning

Denne oppgaven har søkt å belyse hvordan sykepleiere gjennom kommunikasjon kan ivareta kreftpasienter som har fått en dårlig nyhet. Gjennom søkeprosessen har jeg funnet relevant litteratur og forskning, som jeg har brukt til å belyse problemstillingen fra ulike synsvinkler.

Gjennom oppgaven kom det frem at kommunikasjon er komplekst, og omfatter mye mer enn bare ord. I møte med kreftpasienter er det sentralt å være bevisst på kommunikasjonens viktighet, og egne evner og mangler. Vi har sett at det er mangel på kunnskap og opplæring blant sykepleiere i kommunikasjon, spesielt med formidling av dårlige nyheter. Utdanning og kontinuerlig utvikling i kommunikasjonsferdigheter er essensielt for sykepleiere. Dette bør inkludere praktisk trening i kommunikasjonsmodeller, krisehåndtering, og empatiutvikling, slik at de er godt forberedt til å møte de komplekse behovene til kreftpasienter som mottar dårlige nyheter. Denne integrerte tilnærmingen til kommunikasjon og pasientomsorg vil ikke bare forbedre pasientutfallene, men også styrke sykepleieryrkets verdighet og profesjonalitet.

## Referanseliste

Abazari, P., Taleghani, F., Hematti, S., & Ehsani, M. (2016). *Exploring perceptions and preferences of patients, families, physicians, and nurses regarding cancer disclosure: A descriptive qualitative study*. *Supportive Care in Cancer*, 24, 4651–4659.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-016-3308-x>

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>

Bumb, M., Keefe, J., Miller, L., & Overcash, J. (2017). *Breaking Bad News: An Evidence-Based Review of Communication Models for Oncology Nurses*. *Clinical journal of oncology nursing* 21(5). DOI: [10.1188/17.CJON.573-580](https://doi.org/10.1188/17.CJON.573-580)

Det Norske Akademis ordbok. (u.d.). Medlidenhet. I Det Norske Akademis ordbok. Hentet 30. april 2024, hentet fra <https://naob.no/ordbok/medlidenhet>

Din ordbok (u.d) Compassion. Hentet fra <https://www.dinordbok.no/engelsk-norsk/?q=compassion>

Gordon, M. B., Melvin, P., Graham, D., Fifer, E., Chiang, V. W., Sectish, T. C. & Landrigan, C. P. (2011). Unit-based care teams and the frequency and quality of physician-nurse communications. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(5), 424–428. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.54>

Griffiths, J., Ewing, G., Wilson, C., Connolly, M., & Grande, G. (2015). *Breaking bad news about transitions to dying: A qualitative exploration of the role of the District Nurse*. *Palliative Medicine*, 29(2), 138–146. <https://doi.org/10.1177/0269216314551813>

Helsebiblioteket. (2021, 17.september). *4.1 Sjekklister*. Helsebiblioteket.no. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>

Hemsley, B. & Balandin, S. (2014). A metasynthesis of patient-provider communication in hospital for patients with severe communication disabilities: Informing new translational research. *Augmentative and Alternative Communication* (Baltimore, Md.: 1985), 30(4), 329–343. <https://doi.org/10.3109/07434618.2014.955614>

Heyn, L. G. (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal akademisk.

Keefe-Cooperman, K., Savitsky, D., Koshel, W., & et al. (2018). The PEWTER Study: Breaking Bad News Communication Skills Training for Counseling Programs. *International Journal of Advanced Counselling*, 40(1), 72–87. <https://doi.org/10.1007/s10447-017-9313-z>

Kreftforeningen. (2023, 21.desember). *Kreft i Norge*. *Kreftforeningen.no*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>

Magnus, P. & Bakketeig, L.S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal akademisk

Norsk helseinformatikk. (2014, 14. mai). *Å dele en krise i livet- Kriser*. NHI.no. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/kreft/a-dele-en-krise-i-livet/kriser?page=2>

Norsk sykepleierforening. (2023) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. NSF.no. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Rayan, A., Al-Ghabeesh, S. H., & Qarallah, I. (2022). *Critical Care Nurses' Attitudes, Roles, and Barriers Regarding Breaking Bad News*. SAGE Open Nursing, 8, 1–9. DOI: 10.1177/23779608221089999.

Rehnsfeldt, A., & Arman, M. (Red.). (2020). *Klinisk vårdvetenskap – Vårdande på teoretisk grund*. Författarna och Liber.

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Fagbokforlaget.

Thidemann, I. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg). Universitetsforlaget.

Travelbee, J., (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag.

van Osch, M., Sep, M., van Vliet, L. M., van Dulmen, S., & Bensing, J. M. (2014). Reducing patients' anxiety and uncertainty, and improving recall in bad news consultations. *Health Psychology*, 33(11), 1382–1390. <https://doi.org/10.1037/hea0000097>

Von Blanckenburg, P., Hofmann, M., Rief, W., Seifart, U., & Seifart, C. (2020). Assessing patients' preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient Education and Counseling*, 103(8), 1623–1629.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.036>

Warnock, C., Buchanan, J., & Tod, A. M. (2017). *The difficulties experienced by nurses and healthcare staff involved in the process of breaking bad news*. *Journal of Advanced Nursing*, 73(7), 1632–1645. <https://doi.org/10.1111/jan.13252>

Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. (Red.). (2022). *Vårdvetenskapliga Begrep i Teori och Praktik*. (3.Utg). Studentlitteratur.

World Health Organization (2023, 3. februar) Cancer. WHO.com. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

## Vedlegg

Vedlegg 1: PIO-skjema med søkeord

Population/problem	Interventions	Outcome
Cancer	Nurse	Hope
Neoplasms	Communication	crisis
Oncology patients	Truth disclosure	suffering
Patients	Communicating bad news	compassion
	Bad news conversation	

Vedlegg 2: Søkeprosess

Dato	SØK	Søkeord	CINAHL	MEDLINE OVID	Avgrensning	Valgte artikler
15/3	S1	Cancer patients	52,949	237,979		
	S2	Oncology patients	32,442	7637		

	S3	S1 OR S2	55,518	244087		
	S4	Truth disclosure	12,572	14,238		
	S5	Breaking bad news	491	837		
	S6	S4 OR S5	12,791	14,666		
	S7	S3 AND S6	378	495		
	S8		117	114	10 years, English, Peer-reviewed Academic journal	
	S9	S1 AND S6	27	47		4



## Vedlegg 3: Søkeprosess

Dato	SØK	Søkeord	CINAHL	MEDLINE OVID	Valgte artikler
17/3	S1	Cancer patients	52,949	237,979	
	S2	Breaking bad news	491	837	
	S3	Communicat ing bad news	75	244087	
	S4	(MH «Truth disclosure+» )	12,659	14,238	
	S5	S2 OR S3 OR S4	12,905	837	
	S6	S1 AND S5	371	14,666	
	S7	Nurses+	233,080	498	

	S8	S6 AND S7	20	18	