



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Folkehelsefag

4 BACH

Hege Kristensen og Ingrid Vestby

Veileder: Åse Monica Leirvik

Ingen tid til tårer?

No time for tears?

Ant. ord: 11 373

BASYK 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	4
1.1. Bakgrunn og valg av tema.....	4
1.2. Problemstilling.....	5
1.3. Begrepsavklaring og avgrensing.....	5
1.4. Anonymisering.....	7
1.5. Oppbygning av oppgaven.....	7
2. Metode.....	8
2.1. Beskrivelse av metode.....	8
2.2. Litteraturvalg og søkehistorikk.....	8
2.3. Kildekritikk.....	9
3. Pasienter med nyoppdaget kreft.....	11
3.1. Hva er kreft?.....	11
3.2. Behandling ved kreft.....	11
3.3. Å bli rammet av kreft.....	12
3.3.1. Krise.....	13
3.3.2. Mestring.....	15
4. Sykepleieteoretisk plattform.....	16
4.1. Yrkesetiske retningslinjer og lovverk.....	16
4.2. Joyce Travelbee.....	16
4.2.1. Travelbee om kommunikasjon.....	19
4.2.2. Travelbee om håp.....	20
4.3. Å kommunisere med den kreftrammede.....	20
4.3.1. Terapeutisk holdning.....	21
4.3.2. Å snakke sammen.....	23
5. Drøfting.....	26
5.1. Hvordan er det å være nyutdannet i møte med den kriserammede?.....	26
5.2. Hvor ligger sykepleierens ansvar?.....	28
5.3. Hva forutsetter god kommunikasjon?.....	30

5.4. Har vi begrenset med tid?.....	34
6. Konklusjon.....	36
Referanseliste.....	38
Sammendrag.....	43
Vedlegg 1: PICO-skjema.....	44
Vedlegg 2: Systematisk oversikt.....	45

1. Innledning

Denne oppgaven har sitt utspring fra tanker og refleksjoner vi gjorde oss etter siste praksisperiode på sykehuset som sykepleierstudenter. Vi har reflektert mye rundt hvordan det kan oppleves å få en livstruende sykdom som kreft, og hvordan det er å bli behandlet ved en sengepostavdeling som stadig vekk er preget av dårlig tid. Da vi skulle bestemme oss for tema til denne bacheloroppgaven, ønsket vi også å få mer kunnskap om hvilken rolle vi som nyutdannede har i møte med denne pasientgruppen, og hvordan de på best mulig måte kan ivaretas. Videre var vi nysgjerrig på hva vi kan forvente oss når vi om noen få uker er ved veis ende i utdanningen.

1.1 Bakgrunn og valg av tema

Gjennom sykepleierutdanningen har vi lært om helhetlig sykepleie. Sentrale mål for sykepleieutøvelsen skal være livskvalitet, helse og mestring, og ivaretagelse av fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005a).

Selv om det å gi helhetlig sykepleie er en grunnleggende ferdighet hos sykepleieren, har vi gjennom studiet erfart at det ligger flere utfordringer rundt dette. I vår siste praksisperiode ved medisinsk sengepost opplevde vi at mye av tiden ble brukt på fysisk omsorg, som stell og mat, medikamenthåndtering, prosedyrer og administrativt arbeid. Vi erfarte at det ble satt av liten tid til å snakke med pasienter som befant seg i en vanskelig og utfordrende situasjon. I tillegg var sengeposten preget av høyt arbeidstempo og ofte knappe ressurser.

Det var spesielt en pasientsituasjon vi bemerket oss. Dette var en yrkesaktiv, voksen kvinne som fra tidligere var frisk. Hun ble nå innlagt med økende sykdomsfølelse og smerter ved respirasjon, og det var derfor mistanke om lungebetennelse. Hun gjennomgikk flere ulike undersøkelser, og det ble til slutt påvist lungekreft. I etterkant av praksisen reflekterte vi over hvilken ivaretagelse denne pasienten fikk, i form av samtaler og håndtering av denne sjokkerte situasjonen hun befant seg i. Tiden som ble brukt til dette, var ofte i forbindelse med legevisitten, eller når sykepleieren delte ut medisiner eller ved tilfeldig møte med pasienten i korridoren.

Det å få diagnosen lungekreft, som er en alvorlig somatisk diagnose, vil i de aller fleste tilfeller medføre en krise hos den som rammes (Skarstein, 1998). I følge Travelbee (Kristoffersen, 2005d) er sykepleiens mål å hjelpe pasienten til å finne det meningsbærende ved sykdom og lidelse, og her vil kommunikasjon være et sentralt virkemiddel. Vi har som sykepleiestudenter teoretisk kunnskap om hva en krise innebærer, men har lite erfaring med dette fra praksisfeltet.

I tillegg til pasienthistorien i innledningen vil vi også videre i oppgaven presentere opplevelser og erfaringer fra praksis, samt reelle og fiktive pasienthistorier. Dette er med på å gi oss pasientperspektivet på hvordan det er å bli rammet av alvorlig sykdom, men også i hvilken grad pasienten opplever ivaretagelse i møte med helsevesenet. Ved å fordype oss i dette, ønsker vi å kunne være enda mer ”rustet” og reflektere til å møte virkeligheten som autoriserte sykepleiere om noen få uker.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan den nyutdannede sykepleieren gjennom kommunikasjon ivareta pasienter med nyoppdaget kreft, tross begrensede tidsressurser?

1.3 Begrepsavklaring og avgrensing

Nyutdannet sykepleier – Sykepleierutdanningen har som mål å utdanne pasientorienterte, ansvarsbevisste og selvstendige yrkesutøvere som ved en reflektert og bevisst holdning viser evne og vilje til utøvelse av sykepleie. Læring må ses i et livslangt perspektiv, da yrke og yrkespraksis er i stadig endring og utvikling (Kunnskapsdepartementet, 2008).

I og med at vi i skrivende stund fortsatt *er* studenter, benytter vi begrepene nyutdannet og sykepleierstudenter noe om hverandre. Dette gjør vi fordi vi ser at det er mange likheter mellom vår nåværende status som studenter og den rollen vi som nyutdannede kommer til å ha om noen få uker.

Kommunikasjon - Ordet ”kommunikasjon” stammer fra det latinske *communicare*, som

betyr å ha forbindelse med, å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i. Det er minst to parter i et kommunikasjonsforhold, og disse står i et gjensidig utvekslings- og påvirkningsforhold til hverandre, og budskapet kan bestå av ulike signaler og tegn (Eide & Eide, 2010). Vi kommer ikke til å drøfte det å kommunisere, men heller ta for oss de ulike forutsetningene vi mener bør ligge til grunn for å kunne ivareta pasienten gjennom kommunikasjon. Dette begrunner vi ut i fra Håkonsens (2009) påstand om at kommunikasjonsferdigheter alene ikke sikrer god sykepleie, men at det heller kan benyttes som et godt hjelpemiddel i sykepleieutøvelsen.

Nyoppdaget kreft – Vi har erfart at kreft ofte kan ramme rått, brutalt og tilfeldig. Det å få en kreftdiagnose skaper nesten alltid en krisereaksjon i et menneskes liv (Kristoffersen & Breievene, 2005c). I denne oppgaven vil vi derfor omtale kreft generelt, da alvorlig sykdom uansett vil kunne oppleves som en trussel mot menneskets eksistens og det kan medføre tap og endring i livssituasjon(ibid.).

Vi tar ikke for oss leveutsikter i oppgaven, da det vil være svært forskjellig avhengig av hvilken type kreft det gjelder. Målgruppen er voksne pasienter innlagt på medisinsk sengepost. Vi velger også å si kort om ulike behandlingsmetoder, da det vil være relevant for en sykepleier å ha kunnskap om dette.

Av både fagkunnskap og erfaring vet vi hvilken enorm ressurs pårørende kan være i en slik situasjon, men på grunn av oppgavens omfang vil pårørendes rolle ikke bli nevnt.

Vi velger også å bruke ordene ”pasient med nyoppdaget kreft” og ” pasient i krise” noe om hverandre, da det som nevnt tidligere ofte vil medføre en krise å bli rammet av kreft.

Krise - Krise kan i følge Cullberg (2010) forklares som en plutselig forandring, en skjebnesvanger endring eller avgjørende vending. Et menneske kan befinne seg i en krisetilstand når en havner i livssituasjoner hvor ens kjente og vanlige metoder for å finne en løsning ikke strekker til. Man kan da får vansker med å forstå og beherske situasjonen(ibid.). I denne oppgaven har vi valgt å legge hovedvekt på krisens akutte fase, men presenterer likevel alle de ulike stadiene. Vi ser nødvendigheten av å ha kunnskap om alle fasene, da målet med sykepleie til pasienter i krise vil være å ivareta pasienten og støtte opp under hans ressurser, slik at krisen kan få et naturlig forløp (Cullberg, 2010).

Ivareta- et menneskets grunnleggende behov må ivaretas for å opprettholde helse, velvære og liv, og de hører til det å være menneske (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005a). I følge Stegen (1998) vil det å møte den kreftrammedes behov for omsorg, innebære ivaretagelse av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Til tross for dette, velger vi å avgrense oppgaven til å omhandle det psykiske aspektet. I det legger vi vekt på pasientens behov for samtale i en krisesituasjon, da det var dette vi erfarte ikke alltid ble prioritert i vår siste praksisperiode.

Begrensede tidsressurser- vi opplevde i praksis at sykepleierens arbeidsoppgaver ofte var for mange i forhold til tiden man hadde til rådighet, og at man derfor hadde begrensede tidsressurser.

1.4 Anonymisering

Pasienten som er beskrevet i innledningen, er fra en reel situasjon fra vår praksis.

Ved å aidentifisere opplysninger om nevnte pasient, bevarer vi anonymiteten, og pasienten kan ikke identifiseres (Dalland, 2012). Det er også nedfelt i Lov om helsepersonell (1999), at opplysninger man får i egenskap av å være helsepersonell skal ivaretas slik at de ikke blir kjent for andre. Når vi refererer til opplevelser og erfaringer i oppgaven, vil vi omtale sykepleieren som ”hun” og pasienten som ”han”, for å bevare anonymiteten.

1.5 Oppbygning av oppgaven

I dette avsnittet vil vi si noe om hvordan oppgaven videre er oppbygd.

Kapittel to omhandler hvilken metode vi har brukt i oppgaven, og sier vi noe om vårt valg av litteratur og forskning, og hvordan vi har kritisk har vurdert våre kilder.

Kapittel tre er første del av teorien og inneholder litteratur som vi finner relevant for vår problemstilling.

Kapittel fire er andre del og belyser hvilken sykepleieteoretisk plattform og lovverk vi bygger oppgaven ut i fra.

Kapittel fem er vår drøftingsdel. Her har vi valgt å stille spørsmål med utgangspunkt i vår problemstilling. Her drøfter vi erfaringer fra praksis, teori og forskning opp mot hverandre.

I kapittel seks foreligger konklusjonen. Her vil vi kort presentere hva vi har kommet frem til i drøftingen og hva vi har lært av denne litteraturstudien.

2. Metode

Metodedelen sier noe om hvordan vi har gått frem for å finne svar på vår problemstilling. Dalland (2012) omtaler en metode som et middel til å finne ny kunnskap og komme frem til en løsning eller svar.

2.1 Beskrivelse av metode

Det er et krav til oppgaven at det skal benyttes forskningsartikler. Vi har i hovedsak benyttet forskningsartikler med kvalitativ metode, men har med artikler med kvantitativ metode, kohortstudier, hermeneutisk fenomenologisk studier.

Forskningsartikler kategoriseres gjerne som kvalitative eller kvantitative. Kvantitative forskningsmetoder går ut på å samle informasjon til målbare enheter, som videre kan gi opplysninger prosentvis eller som gjennomsnitt av en større mengde (Dalland, 2012).

Kvalitative metoder belyser opplevelser og meninger rundt et tema, og kan vanskelig la seg måle eller telles opp. Felles for disse to metodene er at de har som hensikt å gi en bedre forståelse av et emne eller tema (ibid.).

2.2 Litteraturvalg og søkehistorikk

Vi har i hovedsak valgt å bruke pensumlitteratur i arbeid med oppgaven. Hovedkildene er Cullberg (2010), Eide & Eide (2010) og Håkonsen (2009). Vi anser disse som gyldig og relevant litteratur, da den er anbefalt av Høgskolen i Hedmark. I følge retningslinjene for bacheloroppgaven foreligger det et krav om selvvalgt litteratur, utover obligatorisk pensum. Vi har lånt faglitteratur og biografier, fra biblioteket, som underbygger problemstillingen. Vi har brukt både ren teoretisk faglitteratur, og faglitteratur skrevet av personer som selv er eller har vært rammet av kreft. Vi anser dette da som relevant og gyldige kilder. Lovverk og yrkesetiske retningslinjer har også vært relevant å ha med i oppgaven, da det sier noe om både juridiske og etiske rammer ved utøvelsen av sykepleie. I har ikke lyktes med å

finne mye faglitteratur som omhandler det å være nyutdannet. Her har vi basert våre funn på egne og andres erfaringer, samt forskningsartikler på området.

I vårt arbeid med å søke artikler til oppgaven, fylte vi først inn problemstillingen i et PICO-skjema. Dette gjorde vi for å strukturere søket på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al., 2007). Vi gikk så inn i databasen SweMed+ og fylte inn søkeordene på norsk i søkefeltet. Vi fikk deretter opp alternative søkeord på engelsk, også kalt MESH-termer, som er medisinske termer eller nøkkelord (ibid.).

Ved å bruke engelske ord har vi mulighet til å søke i langt flere databaser enn om vi bare benytter norske ord, dette vil også gi oss flere treff. Deretter gikk vi inn i databasene Cinahl, ProQuest og PubMed, siden vi har god erfaring med disse fra tidligere. Her skrev vi inn søkeordene fra PICO-skjemaet (Vedlegg 1). Vi kombinerte søkeordene med såkalte bolske operatorer, som “and”, “or” eller “not”. Før vi søkte krysset vi av for at vi ville ha artikler i fulltekst, og med tidsbegrensning på cirka ti år. Vi krysset også av på at artiklene skulle være "peer reviewed", altså at de er vurdert av eksperter innenfor fagområdet (Dalland, 2012).

I søket etter norske forskningsartikler, benyttet vi oss i hovedsak av den elektroniske versjonen av tidsskriftet *Sykepleien Forskning*.

De artiklene vi har funnet, har vært strukturert og oppbygd etter IMRaD-prinsippet. Det vil si at artiklene inneholder en introduksjon, metode, resultat og (and) diskusjon.

Dette har medført at det å lete frem og å lese relevante artikler har blitt enklere (Dalland, 2012). Vi har også benyttet oss av *Kunnskapssenteret* (2008) sitt verktøy for vurdering av kvalitative artikler og kohortstudier, da det var disse sjekklister som var relevante for oss. Artiklene som er brukt i oppgaven har vi forsøkt å vurdere etter følgende spørsmål: Kan vi stole på resultatene? Hva forteller resultatene? Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere all aktuell litteratur til oppgaven (Dalland, 2012) Dette gjøres for å reflektere over litteraturens gyldighet og relevans for vår problemstilling. Primærkilde er en kilde som er utarbeidet av forfatteren selv, altså den opprinnelige kilden. Sekundærkilde er en kilde som er bearbeidet av andre enn den opprinnelige forfatteren (ibid.). Vi har valgt å bruke Joyce Travelbees sykepleieteori i denne oppgaven. Vi har brukt "*Mellommenneskelige forhold i sykepleien*" (1999), som er en primærkilde. I tillegg har vi benyttet Kristoffersen, Nortvedt

& Skaug (2005d) og Kirkevolds (2012) fortolkning av Travelbees teori, som er sekundærlitteratur. Vi er klar over at andres tolkninger kan inneholde feil og unøyaktigheter (Dalland, 2012). Men til tross for dette har vi valgt å ha med sekundærlitteratur, da vi mener at enkelte områder av Travelbees teori er lettere å forstå gjennom andres fortolkninger. Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2005 a,c,d) er ikke oppført som pensum for vårt kull, men har vært og blir brukt som pensumlitteratur ved sykepleierutdanning ved andre høyskoler. Derfor anser vi denne faglitteraturen som gyldig.

I søket etter forskningsartikler forsøkt vi å finne forskning av nyere tid, men endte opp med noen av eldre dato. Vi ser likevel på disse artiklene som gyldige, da de omhandler fenomener som tid, det å være nyutdannet og pasienters subjektive opplevelser, som vi mener er like relevante den dag i dag. Dette gjelder også noe av den selvvalgte litteraturen vi har brukt. Noen av artiklene, er studier gjort i andre land. Vi mener likevel det er en overføringsverdi til vår oppgave, da vi ser mange likheter mellom egen erfaring fra helsevesenet og hva som blir presentert i de utenlandske artiklene.

3. Pasienter med nyoppdaget kreft

I denne teoridelen av oppgaven vil vi presentere den patofysiologiske prosessen som skjer i kroppen ved en kreftsykdom, samt kort om ulike behandlingstyper. Dette mener vi er relevant å ha med, da vi som sykepleierstudenter har erfart at pasienter ofte har stilt spørsmål rundt ulike behandlingsforløp. Videre vil vi også ha med hvordan det kan oppleves å bli rammet av kreft, og hvordan dette kan medføre en krise i den rammedes liv, samt betydningen av mestring. Dette er for å få pasientperspektivet og bedre kunne forstå hva det innebærer å bli alvorlig syk.

3.1 Hva er kreft?

Det er flere forskjellige typer kreft, men et viktig fellesstrekk er at det oppstår i en enkelt celle med endringer i genenes struktur, altså en celle med genskader (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011). Skader på gen som styrer celledeling, programmert celledød og genreparasjon er hovedsakelig årsakene til kreftutvikling. Genskadene vil føre til ubalanse i disse prosessene, noe som fører til økt cellevekst, og som igjen resulterer i en tumor (ibid). I følge Bertelsen, Hornslien & Thoresen (2011) skiller man mellom benigne (godartede) og maligne (ondartede) tumorer. Benigne tumorer er ansamlinger av celler som vokser langsomt. De invaderer ikke omkringliggende vev og spres ikke i kroppen. De kan derimot gi symptomer ved at de kan trykke på tilgrensede organer eller vev, produsere hormoner eller stoppe passasjen gjennom rørorganer, som for eksempel tarmen. Denne typen tumor er sjelden livstruende. Maligne kreftsvulster derimot er ofte livstruende, og har evne til å vokse inn i nærliggende vev og danne fjerntliggende dattersvulster, metastaser. Dannelsen av metastaser kan skje ved spredning av kreftceller gjennom blodkar, lymfekar og kroppshuler, som for eksempel hjertesekken og bukhulen (ibid.).

3.2 Behandling ved kreft

Vanligvis deles kreftbehandling inn i kurativ og palliativ (lindrende) behandling (Schjølberg, 2008). Kurativ behandling har som formål å helbrede pasienten, og selv ved tilstander hvor

overlevelsesprosenten ikke er mer enn 30 % vil målsettingen ved behandlingsstart være helbredelse. Palliativ behandling går ut på å lindre og forebygge symptomene pasienten opplever, og kan også ha som mål å forlenge overlevelse (ibid.).

Behandlingsmetodene som er mest anvendt i kreftbehandling er kirurgi, strålebehandling, hormoner og kjemoterapi, som er behandling med cellegift. Ofte er kombinerte behandlingsopplegg aktuelle, for eksempel både kirurgi og strålebehandling (ibid.).

3.3 Å bli rammet av kreft

Kreft kan ramme alle, og kan oppstå i alle organer (Sosial – og Helsedepartementet, 1997). Hvert år rammes flere tusen personer av ulike typer kreft i Norge. I 2010 var det registrert over 28 000 nye krefttilfeller. 53% av disse var menn og 47% var kvinner (Kreftregisteret, 2013).

De fleste mennesker forbinder ordet kreft med smerte, lidelse og død (Schjølberg, 2008). Hvordan det oppleves å få en kreftdiagnose, vil variere fra person til person. Ulike elementer som for eksempel leveutsikter og behandling, vil ha stor betydning for hvor truende pasienten opplever situasjonen (Kvåle, 2002).

Helsejournalist, forfatter og programleder Anbjørg Sætre Håatun, ble rammet av kreft i ung alder og beskriver opplevelsen slik:

"For da jeg fikk påvist kreft, greide jeg ikke å tenke så mange håpefulle tanker. I stedet tenkte jeg katastrofetanker. Igjen og igjen og igjen. Og jeg var matt, usikker, fortvilet, redd, sliten, lei meg og sint." (Håatun, 2008, s.36).

Det å få en alvorlig diagnose som kreft, utløser ofte en krise hos den som rammes. Følelser som frykten for å dø, bli avhengig av andre, endring av kropp, selvbilde og sosiale forhold, er ofte vanlige bekymringer og tanker som dukker opp (Skarstein, 1998).

Videre sier Håtun (2008);

"Å leve i denne tiden vil jeg beskrive som å leve i en krigssone, hvor det føles som om du kan bli angrepet fra alle kanter. Uten å ha muligheter til å forsvare seg. Uten å vite hvor neste angrep kommer fra. Og uten å vite om det i det hele tatt kommer. Det er en fortvilet tilstand."

Ikke minst vil ventetiden mellom diagnose, utredning, behandling og kontroller kunne oppleves svært belastende for pasienten. Å leve i uvisshet, erfares ofte verre enn vissheten. Det å leve i uvisshet gir ofte rom for mange tanker, og forståelig nok kretser de rundt verst tenkelige situasjoner (Skarstein, 1998).

3.3.1 Krise

Livssituasjoner som kan bidra til at en krisetilstand utløses er av to typer, *traumatiske kriser* og utviklingskriser, eller *livskriser* (Cullberg, 2010). Førstnevnte skyldes ofte uventede og vanskelige ytre påkjenninger som kan innebære en trussel mot ens trygghet, sosiale identitet, fysiske eksistens og grunnleggende livsmuligheter, som en ulykke eller alvorlig sykdom. Livskriser hører mer til det vanlige dagligliv, hvor hendelser som det å få barn, å bli pensjonert, å flytte hjemmefra og lignende kan oppleves som så overmektige at de utløser en krisetilstand (ibid.).

Cullberg (2010) deler den *traumatiske* krisen inn i fire naturlige faser; *sjokkfasen*, *reaksjonsfasen*, *bearbeidingsfasen* og *nyorienteringsfasen*. Fasene er ikke klart adskilt fra hverandre, da en av fasene kan mangle eller være innvevd i en annen fase, og er derfor ikke å betrakte som en fast modell. Derimot kan inndelingen fungere mer som et hjelpemiddel til å orientere seg i krisens forløp (ibid.).

Sjokkfasen har ofte kort varighet, fra et lite øyeblikk til et par døgn. I denne fasen klarer ikke individet å ta inn over seg det som har skjedd, og kan senere ha vansker med å huske hva som ble sagt og gjort. I en akutt sjokkfase kan bevisstheten bli uklar, og enkelte mennesker kan oppføre seg på underlige måter; som å skrike, snakke om likegyldige ting eller si den samme

setningen igjen og igjen (ibid.).

Reaksjonsfasen utgjør sammen med sjokkfasen krisens akutte fase. Denne reaksjonen begynner ofte da den rammede blir tvunget til å innse det som har skjedd eller kommer til å skje. Den kriserammede kan forsøke å finne mening i situasjonen, og forklaringene en finner på det som har skjedd har ikke alltid rot i virkeligheten, grunnet den rammedes nedsatte virkelighetssans i denne fasen (ibid.).

Bearbeidingsfasen begynner når den akutte fasen er ferdig, og kan vare opptil et år etter den traumatiske opplevelsen. Pasienten vil etter hvert oppgi forsvarsmekanismene som forneker det som har skjedd, lære seg nye sosiale roller og bli mer åpen for nye erfaringer (ibid.). Den siste naturlige fasen, *nyorienteringsfasen*, har ikke noen avslutning. Forutsatt at den rammede har klart å komme seg gjennom krisen, vil denne fasen innebære at individet har klart å akseptere det som har hendt. Krisen vil fremdeles være en del av livet, men vil ikke lenger dominere ens oppmerksomhet og stjele all energi (ibid.).

Krisens akutte fase kan sette i gang flere forsvarsmekanismer hos den rammede (Cullberg, 2010). Dette er ubevisste psykiske reaksjoner som har til hensikt å redusere opplevelsen av trusselen pasienten nå har i livet sitt. *Fornektelse* er blant disse forsvarsmekanismene, hvor pasienten legger merke til det truende i situasjonen, men likevel forneker de faktiske forhold. *Regresjon* er en annen mekanisme, og her vil den rammede gå tilbake til atferdsmønstre og tankebaner som var karakteristisk for tidligere utviklingstrinn. *Projeksjon* av skyldfølelse over på andre kan også forekomme, hvor sykehus og leger ofte kan bli syndebykkene. Når den rammede bruker tilsynelatende fornuftige argumenter for å redusere følelsen av skyld og trussel, kalles det *rasjonalisering*. Isolering og undertrykkelse av følelser er vanlige forsvarsmekanismer, den ene mer bevisst enn den andre (ibid.).

Ved *isolering* av følelser vil det se ut til at den rammede tar situasjonen svært rolig, mens det i virkeligheten kan være en forvrengning av de virkelige følelsene som er årsaken til denne holdningen. Følelsene man isolerer kan da komme til overflaten som angstreaksjoner hos individet. Undertrykkelse av følelser henger ofte sammen med individets anstrengelse for å møte omgivelsenes krav og forventninger. Pasienten kan prøve å ta seg sammen og være ”flink” for å unngå å utløse en skuffet eller irritert stemning (ibid.).

Legen tok meg inn og sa: ”Det er noe jeg må fortelle deg. Vi har fått tilbake prøvene. Du har kreft”. Alt sto stille et øyeblikk. Så så jeg på legen. Han så bekymret ut, og jeg tenkte: ”Jeg må ikke skuffe ham. Du

må være tapper, Anne. Jeg var saklig og fattet og sa: ”Jaha, hva gjør vi nå?” ... Legen sa til slutt at det var bra at jeg tok det så pent, og jeg nikket. Men han tok feil ... En del av meg var lammet, en del var voksen, klar, intelligent og moden, og en del av meg skrek og ropte ”Jeg vil ikke dø, jeg vil ikke dø!” (Seneca, 2005, s.19).

Den akutte fasen kan være hensiktsmessig ved at den rammede steg for steg må se den smertefulle virkeligheten i øynene. Dessverre kan det også skje at forsvarsmekanismene i denne fasen forsinket overgangen til bearbeiding, noe som fører til at situasjonen får lengre varighet og blir vanskeligere (Cullberg, 2010).

3.3.2 Mestring

Det å mestre kan sidestilles med uttrykk som å greie seg, klare noe eller å få til noe. Det er et allmennmenneskelig fenomen (Reitan, 2010). I løpet av livet gjennomgår mennesker ulike former for generell mestring, ved at man utvikler seg, lærer nye ferdigheter og tilpasser seg. Det å bli rammet av en alvorlig kreftdiagnose, kan oppleves så truende hos et menneske at det å mestre situasjonen blir et problem (ibid.).

Eide & Eide (2010) sier at mestring innebærer å forholde seg hensiktsmessig til egne reaksjoner og de situasjoner man møter. Det innebærer å få en bedre forståelse av situasjonen, få kontroll over følelsene sine, eller ta praktiske grep som medfører mindre belastning. Hvordan hvert enkelt menneske reagerer på traumer og andre utfordringer i livet, er svært individuelt.

Videre omtaler Eide & Eide (2010) at det er tre ulike måter å reagere på når en blir rammet av alvorlig sykdom. Den første går ut på at personen prøver å forsvare seg selv ved å holde tanker om sykdommen på avstand. Den andre måten oppleves som en kaotisk strøm av indre impulser. Den tredje måten er å møte denne kaotiske strømmen med aksept (ibid.).

4. Sykepleieteoretisk plattform

I dette teorikapittelet vil vi presentere hvilken teoretisk plattform og lovverk oppgaven vår bygger på. Som tidligere nevnt har vi valgt Joyce Travelbees teori om sykepleie. Vi mener at hennes teori om mellommenneskelige forhold er relevant i forhold til vårt valg av problemstilling. Vi vil i dette kapitlet gå nærmere inn på Travelbees syn på hva hun mener er viktig i et pasientmøte. Vi vil også ta for oss teori om kommunikasjon med mennesker i krise.

4.1 Yrkesetiske retningslinjer og lovverk

I *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* fokuseres det på sykepleierens ansvar for å bygge sin utøvelse på omsorg, respekt, barmhjertighet og kunnskap. Som sykepleier skal man ivareta pasienters integritet og verdighet, herunder retten til helhetlig sykepleie. ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.7).

Helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet, kvalitet og tillit i helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell skal ut ifra sine kvalifikasjoner utføre sitt arbeid faglig forsvarlig og gi omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999).

Ved hjelp av pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal tillitsforholdet mellom helse- og omsorgstjenesten og pasienten fremmes. Sosial trygghet, respekt for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd vektlegges. Helsehjelp defineres i denne loven som handlinger som blant annet har som mål å forebygge, behandle og bevare helse (ibid).

4.2. Joyce Travelbee

Vi har valgt den amerikanske sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1926-1973) i vår

oppgave. Hun var utdannet psykiatrisk sykepleier og jobbet som lærer ved sykepleierutdanningen. Hennes teori er inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi (Kristoffersen, 2005d).

Vi har valgt Travelbees teori på grunn av hennes vektlegging av relasjonen mellom pasient og sykepleier, da vi forstår at dette er en forutsetning for god sykepleie til pasienter som er rammet av kreft.

Travelbee er opptatt av mennesket som et unikt individ, som er i stadig vekst, endring og utvikling, og at sykepleie alltid bør omhandle mennesker (Travelbee, 1999). Videre hevder hun at som sykepleiere er det viktig å inneha holdninger og tenke at ingen mennesker er like og at sykdomsforløp utarter seg ulikt. For hver pasient vi møter, vil det møtet være unikt, og medføre respekt for det enkelte mennesket.

Joyce Travelbees definisjon på sykepleie er at ”sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s.29).

Travelbee (1999) hevder at en sykepleier må ha evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Med dette mener hun at sykepleierne må involvere personligheten sin, på en hensiktsmessig og bevisst måte, i møte med pasienten. Som sykepleiere må vi være bevisste vår egen atferd, og hvilken innvirkning dette har for pasienten. Videre sier Travelbee(1999) at sykepleieren må ha selvinnsikt og forståelse for menneskelig atferd, samt en refleksjon rundt egne holdninger og verdier knyttet opp mot sykdom og død. Hensikten med denne tilnæringsmåten er å fremme en endring hos pasienten, som bidrar til å lindre eller redusere plagene (Kristoffersen, 2005d).

Travelbee (1999) hevder at det må skapes et virkelig menneske-til-menneske-forhold for å

kunne oppnå hensikten og målet med sykepleien til pasienten. Dette forholdet må være fri for roller, slik at personene som møtes *ser* hverandre og betrakter hverandre som unike individer. Travelbee omtaler dette som en prosess, og den består av ulike faser;

Det innledende møtet vil være det første stadiet hvor sykepleier og pasient ikke kjenner hverandre. Oppfatninger om den andre vil være preget av stereotyper. Både sykepleier og pasient vil forholde seg til den andre ut i fra forventninger de har. I dette møtet vil førsteinntrykket dannes, som baserer seg på grunnlag av observasjoner og en vurdering av disse (Kristoffersen, 2005d). Her utfordres sykepleieren til å bryte med sine fordommer, og "å se" mennesket i pasienten som hun møter. Dette mener Travelbee (1999) er den profesjonelle sykepleiers oppgave. Videre påpeker hun at det verken er kategorier eller merkelapper som kan danne relasjoner mellom mennesker (ibid.).

Fremvekst av identiteter er neste fase i denne prosessen. Her vil oppfatningen om rolletype og kategorier avta, og etableringen av et kontaktforhold vil være i fremvekst (Kristoffersen, 2005d). Dette fører til at sykepleieren begynner å oppfatte hvordan pasienten tenker og føler, og hvordan situasjonen kan oppleves (Travelbee, 1999).

Empati er den tredje fase som Travelbee (1999) beskriver som en bevisst intellektuell prosess, uavhengig om man liker eller misliker den man møter. Her må sykepleieren ha evne til å forstå den andres følelser og tanker, uten å involvere sitt eget følelsesliv. Empati er ikke til stede hele tiden, men oppstår i ulike situasjoner, og avhenger av likheter i erfaringsgrunlaget man har. For å kunne forstå en pasients lidelse, sorg eller glede, må sykepleieren ha erfart disse følelsene selv, uten nødvendigvis å ha vært i samme situasjon som pasienten. Hun hevder at noen reaksjoner og følelser er ukjente, men de vi har erfaringer med, har vi et tilknytningspunkt til. Empati er noe som sammen med livserfaring og ulike pasientmøter, hele tiden vil utvikles. En annen forutsetning for empati, er ønsket om å forstå pasientens opplevelse (ibid.).

Sympati og medfølelse kommer som et resultat av empati, hevder Travelbee(1999). Sympati

er ønsket om å ville hjelpe eller utføre en handling for pasienten, og oppstår på grunn av forståelsen og innsikten i empatifasen. Sympati omtales derfor ikke som noen fase der hensikten er å bli kjent med pasienten, men mer som et uttrykk for engasjement i holdninger og væremåte. Dette kan resultere i at pasienten blir motivert til å mestre sin situasjon, gjennom å oppleve sykepleierens sympati, fordi det påvirker pasienten både fysisk og psykisk (ibid.).

Til slutt omtaler Travelbee kontakten og *den gjensidige forståelsen* som har oppstått mellom pasient og sykepleier, på grunnlag av de tidligere fasene (Kristoffersen, 2005d). Denne kontakten utvikles når sykepleieren med forståelse og gjennom sine handlinger konsekvent bidrar til at pasienten opplever lindring av sin sykdom og unngår forverring (Travelbee, 1999).

4.2.1 Travelbee om kommunikasjon

For at sykepleieren skal kunne etablere et menneske-til-menneske forhold til den som syk, er kommunikasjon et redskap og en viktig prosess, hevder Travelbee (1999).

Vi mener at det å lære den syke person å kjenne er en like opplagt og nødvendig sykepleieaktivitet som det å utføre prosedyrer eller sørge for fysisk omsorg. Enhver samhandling kan fremme denne prosessen det er å lære [pasienten] å kjenne. Dersom samhandlingen ikke bevisst oppfattes som en måte å oppnå dette målet på, er det en stor fare for at de aktivitetene sykepleieren utfører, vil få forrang framfor det enkeltmennesket som aktiviteten utføres for (Kristoffersen, 2005d, s.32).

I denne prosessen utveksles det kontinuerlig verbale og non-verbale tegn. De er til stede i ett hvert møte, men det er sykepleierens adferd og hensikten med handlingene som vil være avgjørende om målene med sykepleien nås (Travelbee, 1999). Hun mener at kommunikasjon er en viktig arena til å gjøre seg kjent med pasienten som person, slik at vi som sykepleiere kan bidra til å kartlegge pasientens behov. Samtidig gir det oss en mulighet til å finne frem til hva det er som gjør akkurat denne pasienten annerledes enn tidligere pasienter. På denne måten kan sykepleietiltakene tilpasses den enkelte pasientens behov (ibid.). Videre hevder Travelbee at det finnes sikre kommunikasjonsferdigheter og teknikker som en sykepleier bør

opparbeide seg, men at det ikke er noen oppskrift på hvordan en skal gå frem. Det viktigste er å være bevisst over hvilken hensikt og mål kommunikasjonen har og ikke overgå den naturlige samhandlingen mellom pasienten og sykepleieren (ibid.).

4.2.2 Travelbee om håp

Håp kan bidra til å fornemme en mulighet, og kan sees på som en motiverende faktor i menneskelig atferd (Travelbee, 1999). Mennesker som opplever vanskelige situasjoner, som for eksempel å få en alvorlig kreftdiagnose, kan mestre dette ved å bevare håpet. Håp kan medføre at den som er syk, mobiliserer krefter og energi til å overvinne hindringer (ibid.).

Travelbee sier dette om håp:

Håp er en sjelelig tilstand som kjennetegnes av ønsket om å avslutte noe eller oppnå et mål, kombinert med en viss forventning om at det som er ønsket eller ettertraktet, er oppnåelig. En håpende person tror at livet på en eller annen måte vil bli forandret, det vil si mer behagelig, meningsfylt eller glederikt, dersom han oppnår det han ønsker (Kristoffersen, 2005d, s.27).

Travelbee (1999) hevder at det kan være flere ting som er karakteristisk for håpet. Det kan være at håp er relatert til valg, fremtidsutsikter, ønsker, avhengighet til andre mennesker, tillit, utholdenhet og mot. Håpet representerer noe som er innen mulighetens rekkevidde.

Det å bevare håp er like viktig som all annen behandling. Ved å være lite oppmerksom på pasienten vil kunne medføre opplevelsen av håpløshet (Travelbee, 1999). Som profesjonelle sykepleiere må vi være oppmerksomme på pasientens behov, og våge å spørre vedkommende hvis vi er usikre. Slik kan man sikre seg verdifull informasjon om hvordan pasienten opplever sin situasjon (Travelbee, 1999).

4.3 Å kommunisere med den kreftrammede

I følge Stegen (1998) handler kommunikasjon med den kreftrammede om både å ta del i bearbeiding av sykdommen og å formidle informasjon. Som hjelper må man tåle å ta del i den sykes verden, og man må møte reaksjoner som blant annet uro, angst, virkelighetsfortrengning

og depresjon. Pasienten har behov for et medmenneske, og som hjelper skal man bidra til at pasienten får satt ord på sine tanker og følelser (ibid.).

En pasient beskrev møtet med en sykepleier på denne måten:

Det viktigste i forløpet var at jeg hadde noen å snakke med. Jeg kunne reorientere meg da jeg ble slengt inn i sjokket. Slik kunne jeg bearbeide alle de vanskelige følelsene som kom opp: frykten, usikkerheten, bitterheten. Slik kunne jeg få inn positive tanker og små drypp fra et annet menneske med innsikt, som snudde håpløshet til håp og ønsket om å dø til ønsket om å leve (Løgstrup, 2005, s.70-71).

Møtet med andre mennesker kan oppleves på svært ulike måter, og vår fortolkning av den andre partens signaler skaper grunnlag for samarbeid og konflikt, nærhet og avstand, tillit og mistillit (Eide & Eide, 2010). Kommunikasjonen i helseprofesjonene er hovedsakelig ment å være til hjelp for pasienten. Den har som formål å skape trygghet og tillit, samt stimulere til at pasienter mestrer situasjoner så godt som mulig. Viktigheten av kommunikasjon i møte med den kriserammede stiller derfor krav til helsepersonells ferdigheter på dette området (ibid.).

4.3.1 Terapeutisk holdning

Det er i følge Cullberg (2010) viktig at sykepleieren har en terapeutisk holdning i møte med mennesker i krise. Denne holdningen innebærer klar kunnskap om pasientens situasjon, om sine egne følelser og reaksjoner i møte med andre og hvordan kommunikasjon virker og påvirkes av disse faktorene. For å kunne opparbeide en slik holdning er det tre egenskaper som anses som viktige; selvinnsikt, kunnskaper og empati (ibid.).

Empati er en form for kommunikasjon som innebærer å søke å erfare verden slik den andre gjør, sier Håkonsen (2009). Ved å lytte til hva den andre sier kan man forstå følelser, atferd og erfaringer, og man kan formidle denne forståelsen tilbake. Ved å melde tilbake om sin forståelse gir man signaler om at den andres følelser er oppfattet og blir respektert. Vi kan etablere en relasjon ved å ha empatisk innlevelse i pasientens opplevelser, noe som kan bidra

til å identifisere problemer og utforske mulige løsninger (ibid).

Det å forholde seg til andres følelser og å kunne snakke åpent om disse er en viktig egenskap hos oss som sykepleieren hevder Eide & Eide (2010). Man kan med denne egenskapen forstå pasienter bedre, hjelpe den andre til større innsikt og forståelse for egen situasjon, og med dette styrke samarbeidsforholdet. Hvis man som hjelper har evnen til å være seg bevisst og akseptere følelser som vekkes i en selv i møte med andre, har man affektbevissthet. Dette kan gjøre det lettere å forstå den andres reaksjoner. I tillegg til affektbevissthet bør man som hjelper ha affekttoleranse. Dette handler om evnen til å tåle å oppleve følelser, også følelser man ikke liker. Ved å ha denne evnen vil man kunne føle for eksempel angst og redsel uten å bli handlingslammet eller trekke seg tilbake. Både affektbevissthet og – toleranse er viktige forutsetninger for empati (Eide & Eide, 2010).

Cullberg (2010) hevder at selvinnsikt henger sterkt sammen med empati. Hvis sykepleieren har altfor sterke positive følelser overfor pasienten, eller føler uro og usikkerhet, vil sykepleieren bli nødt til å komme til en indre erkjennelse av disse problemene. Sykepleieren må ha evne til å bearbeide sine holdninger for å kunne opptre profesjonelt overfor pasienten (ibid.).

Det finnes ingen oppskrift på hvordan kriser kan mestres (Seneca, 2005). Mennesker kan reagere svært likt når man blir stilt overfor uventede påkjenninger. Likevel kan alle ha forskjellige måter å møte og mestre kriser på, og det avhenger av menneskets forhistorie, kunnskaper, erfaringer og alder. Denne kunnskapen om pasienten er derfor viktig å ha i arbeidet med krisemestring (ibid.).

Å ha kunnskap om pasientens situasjon handler også om fagkunnskap. Har man god kunnskap om sykdom og om hvordan kriser forløper, kan man ha lettere for å leve seg inn i den andre og bedre oppfatte tanker og følelser (Eide & Eide, 2010).

Med teori og annen fagkunnskap kan man lettere oppdage det som er viktig for pasienten, ting som man ellers ikke tenker over. Man skal dog ikke la seg styre blindt av fagkunnskap, da

pasienten følelsesmessig kan være opptatt av helt andre ting enn det man utifra sykepleieteori kunne forvente (Eide & Eide, 2010).

4.3.2 Å snakke sammen

Stegen (1998) sier det samme som Cullberg (2010), at kommunikasjon må bygge på kunnskap om pasientens situasjon. Man må ha en felles forståelse å snakke utifra, og som hjelper må man forsøke å finne pasienten der han er, hva han tenker og hva han vet (Stegen, 1998).

I krisens akutte fase vil pasientens situasjon ofte være preget av følelsen av kaos, og man trenger ikke nødvendigvis å si så mye med det første (Cullberg 2010). Det viktigste er at pasienten ikke sitter ensom når sjokket er for sterkt, og det å gi kroppslig kontakt, som å omfavne eller holde i hånden, kan gi trygghet.

I en studie av Thorne, Oliffe, Kim-sing, Hislop, Stajduhar, Harris, Armstrong & Oglov, (2010), kom det frem at pasienter med nyopplaget kreft fant stor trøst i at helsepersonellet kalte dem ved fornavn, skapte øyekontakt og gav fysisk omsorg i etterkant av sjokkbeskjeden.

Videre sier Cullberg (2010) at sykepleieren forsiktig kan forberede pasienten på det videre forløp ved å gi litt informasjon om de faktiske forhold, og korrigere urealistisk skyldfølelse eller feiloppfatninger, hvis slik er til stede. Sykepleieren må finne ut hva slags informasjon pasienten har behov for, og denne kommunikasjonen må skje på pasientens premisser (ibid.).

Det er viktig at informasjon gjentas flere ganger til pasienter i den akutte krisen (Cullberg, 2010). Vedkommende trenger tid til å skaffe seg oversikt over den nye situasjonen, og man kan ikke regne med at alle opplysninger man kommer med vil feste seg like godt hos pasienten. Sykepleieren kan også vise til sin erfaring fra tidligere kriser med andre mennesker. På denne måten mener Cullberg (2010) at sykepleieren kan bidra til å normalisere de følelsene pasienten opplever ved at de kommer inn i en sammenheng, og kanskje kan miste noe av sitt skremmende innhold. For å kunne hjelpe pasienten videre i krisesituasjonen, er det

viktig for sykepleieren å vite hvilke tanker og spørsmål denne pasienten bærer på, noe man bare kan få rede på gjennom en virkelig dialog, og ved aktiv lytting (ibid.).

Aktiv lytting er i følge Eide & Eide (2010) kanskje den viktigste og mest grunnleggende ferdigheten i profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Aktiv lytting er sammensatt av flere delferdigheter, blant annet å være i stand til å sammenfatte følelser, stille utdypende spørsmål, speile følelser, gi små verbale oppmuntringer og være bevisst sin nonverbale atferd (ibid.). I følge Stegen (1998) er det viktig å skape åpenhet ved bruk av aktiv lytting. Man kan spørre pasienten hvordan han har det, og ved å stille et åpent spørsmål kommer pasienten antageligvis til å svare med en setning. Dette gir sykepleieren noe å bygge den videre samtalen på. Ved å spørre åpent kan det utløse følelser hos pasienten, noe som kan oppleves som en lettelse for vedkommende. Ofte er pasientens situasjon preget av blandede følelser og uklare tanker. Ved at sykepleieren bruker ferdigheter som å speile og sammenfatte disse følelsene kan det gi større innsikt for begge parter. Klarer man å skape en oversikt i situasjonen, kan det bidra til en følelse av mestring for pasienten (ibid.).

Strand (1990) omtaler et begrep kalt “containing function”. I følge Cullberg (2010) gir dette uttrykket en god beskrivelse av sykepleierens funksjon i samhandling med pasienter i akutt krise. Strand (1990) forklarer funksjonen med at sykepleieren lytter og tar i mot pasientens projeksjoner og bærer dette ubearbeidede materialet i seg. Når pasienten er i stand til å bære dette selv, gis det tilbake i en mer strukturert form. På denne måten kan pasientens tanker og følelser gis form og mening (ibid.).

Man må helt fra starten av formidle til pasienten om at man bryr seg og at man har tid til å høre (Håkonsen, 2009). I tillegg til å gjøre dette verbalt er det også viktig å vise dette med kroppen, altså nonverbalt. Ved å vende seg mot pasienten inntar man en kroppsstilling som viser interesse og åpenhet, og man signaliserer at man er til stede. Man kan for eksempel lene seg litt fremover eller la armene hvile avslappet ned for å vise at man har en åpen kroppsholdning. Øyekontakt er som tidligere sagt også et viktig element, da vi med blikket kan formidle tillit og troverdighet. Man kan også vise at man har tid til å snakke med pasienten ved å ha en avslappet holdning og sette seg ned. Dette er avgjørende for å kunne

etablere en god kontakt (ibid).

I krisens akutte fase er det kanskje ikke så viktig å sitte lenge inne hos pasienten om gangen, men heller komme ofte igjen, og helst si ifra til pasienten når man kommer tilbake. Slik får også pasienten rom og tid til å bearbeide sjokket (Cullberg, 2010).

5. Drøfting

I denne drøftingsdelen presenterer vi spørsmålene vi har formulert med utgangspunkt i vår problemstilling. Her vil vi belyse hvordan det er å være nyutdannet, sykepleierens ansvarsområde, forutsetninger for god kommunikasjon med mennesker i krise og til slutt tidsperspektivet. Vi vil gjennom drøftingskapittelet komme med pasienteksempler fra faglitteratur og egne erfaringer fra praksis.

5.1 Hvordan er det å være nyutdannet i møte med den kriserammede?

Hva er så utfordringer med å være nyutdannet sykepleier i møte med en pasient i krise? Vi har ikke lyktes i å finne så mye i pensumlitteraturen om det å være ny og eller hvilke utfordringer dette kan by på/forventninger vi kan ha. Sammen med erfaring fra praksis og forskning vi har funnet, vil vi i denne delen av drøftingen forsøke å belyse dette.

Om ikke mange uker, er vi ferdig med vår utdanning og klar for å ta fatt på jobben som autorisert helsepersonell. På navneskiltet vårt vil det stå ”sykepleier” og ikke ”sykepleierstudent” eller ”nyutdannet”. Tanken på dette kan være skremmende.

I følge Rammeplan for sykepleierutdanningen (2008) skal sykepleieren etter endt utdanning utøve faglig forsvarlig sykepleie. Dette innebærer å ha kunnskap om sykdom, og hvilken innvirkning det har på mennesket som rammes og betydningen av velvære, livskvalitet, håp og mestring. Dette kommer også frem i Travelbees teori (1999). Hun hevder at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, som direkte eller indirekte, *alltid* omhandler mennesker, og at sykepleieren skal bistå den syke ved å hjelpe han til å erfare sykdom og lidelse gjennom mestring.

I vår sist praksisperiode, skulle vi ha det helhetlige sykepleieansvaret som teamledere for en

pasientgruppe. Dette innebar at vi skulle ta ansvar for alle behovene til pasienten, samt praktiske og administrative oppgaver. Hensikten med dette var at vi skulle få kjenne på ansvaret som sykepleier, og hva som kunne forventes av oss den dagen vi er ferdig utdannet. Vi opplevde begge at dette var en periode preget av mange oppgaver og at det var tider hvor vi følte vi mistet oversikten, noe vi mener gikk utover den helhetlige omsorgen til pasientene. Vi hadde daglige veiledere som vi kunne rådføre oss med. På grunn av stress og liten tid, ble det ofte til at vi spurte våre veiledere om råd og hva som ville være gode avgjørelser. Vi ser nå i etterkant av praksisen, at vi ikke alltid reflekterte selvstendig. Eide & Eide (2010) hevder at etisk refleksjon vil bidra til å ta velbegrunnede beslutninger i den hensikt i å ivareta pasienten på best mulig måte. Også i *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* står det at ”Sykepleieren anvender de yrkesetiske retningslinjene i sitt arbeid, og bidrar aktivt til etisk refleksjon i hverdagen”(NSF, 2011, s.7).

I følge Solli (2009) beskriver mange nyutdannede, at overgangen fra student til sykepleier oppleves som et realitetssjokk. Det er ikke uvanlig at det første året som nyutdannet er preget av mye stress og engstelse rundt tanken på alt ansvaret og de mange arbeidsoppgaver som en sykepleier har (Alvsvåg & Førland, 2006; Solli, 2009). I studien til Waterworth (2003) hevdet sykepleiere at de opplevde at den første tiden som nyutdannet var preget av dårlig selvtillit og mangel på erfaring.

Dette er et utsagn fra en sykepleiers opplevelse som nyutdannet;

Det er begrenset hvor mye du kan ha i hodet på en gang! Det kommer nye pasienter og pasienter fra intensivavdelingen som du får rapport på, den ene etter den andre i så tett rekkefølge at du rekker ikke å få hilst på pasienten, få han inn på et rom eller ordnet papirene. Tilslutt vet du ikke hvem pasienten var, hvor han ligger eller hvilke papirer som hører til hvem” (Solli, 2009, s.56).

I studien til Thrysoe, Houndsgaard, Bonderup og Wagner (2011) kommer det frem at mange nyutdannede sykepleiere opplever vanskelige situasjoner i lys av å være ny i faget. Det påpekes også at det er en stor forskjell mellom hva utdanningen vektlegger og hva den virkelige hverdagen som sykepleiere innebærer. Videre i studien hevdes det at de fleste nyutdannede sykepleiere erfarer en slags overgangsfase i løpet av den første tiden. Denne fasen innebærer blant annet fysiske, intellektuelle og følelsesmessige endringer, som i ulike

grader kan resultere i angst, usikkerhet og følelsen av og ikke mestre oppgavene. Dette betegnes som en "normale" reaksjoner i følge Thrysoe et al. (2011), men at det krever mot og vilje til å fortsette som sykepleier og ikke forveksle disse opplevelsene i overgangsfasen med feil valg av yrke (ibid.).

Vi ser at som følge av alle praktiske arbeidsoppgaver, stress og liten oversikt, vil dette kunne påvirke omsorgen vi plikter å ivareta overfor pasienter i krise. Kvåle (2002) sier at vi som sykepleiere må være spesielt oppmerksomme på pasienter som befinner seg i en krisesituasjon, da de ofte kan føle at de ikke har kontroll over situasjonen og opplever hjelpeløshet. Vi ser med dette at konsekvensene for den kriserammede er at vi som nyutdannede i en stresset og uoversiktlig situasjon, kanskje ikke alltid blir like oppmerksomme på deres behov. Rustøen (2001) påpeker også viktigheten med sykepleierens væremåte. Oppfattes sykepleieren som stresset og uinteressert, kan dette medføre en forsterket opplevelse av håpløshet hos pasienten.

På en annen side hevder Beckett, Gilbertson & Greenwood (2007) at man som sykepleierstudent er en god evne til å se og gi helhetlig omsorg til pasienter. Dette fordi man ikke er preget av kulturen ved en arbeidsplass, som for eksempel stress og dårlig tid (ibid.).

5.2 Hvor ligger sykepleierens ansvar?

Som nevnt innledningsvis i oppgaven, reflekterte vi i etterkant av vår praksis over hvor liten tid vi syntes det ble avsatt til samtaler med pasienten som var rammet av kreftsykdom og befant seg i en krisesituasjon. I en studie utført av Chan, Jones, Fung & Wu (2011) oppfattet pasientene sykepleierne som travle, og at de var mer opptatt av å utføre praktiske oppgaver enn de var av å snakke med dem. Videre sier Chan et al. (2011) at i situasjoner preget av dårlig tid ville den emosjonelle omsorgen overfor pasientene bli neglisjert. Sykepleierne i studien mente at de var for travle med å utføre fysisk stell og omsorg, slik at den psykiske omsorgen fikk mindre fokus (ibid.).

Vi opplevde også i praksis at sykepleierne ved avdelingen gav uttrykk for at de ønsket at de kunne frigi mer tid fra praktiske og administrative oppgaver og bruke mer tid på pasientene. Noen av sykepleierne hevdet til og med at de følte sykepleieryrket er på tur bort fra sin opprinnelse, ved at det blir mer og mer pasientfjernt.

Når et menneske rammes av en kreftsykdom, berører det hele mennesket, selv om kreft omtales som en somatisk sykdom (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Det er derfor viktig å etterstrebe at pasienter blir ”sett” og ivaretatt som de unike individene de er, ut ifra et helhetlig menneskesyn (ibid.). I følge *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (NSF, 2011), står det blant annet at ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg” (ibid, s.8). Det kommer også frem av Helsepersonelloven (1999) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) at omsorgsfull hjelp skal gis for å bevare helse. Vi ser med dette at sykepleieren både har en etisk og en lovpålagt plikt til å utføre helhetlig sykepleie. Ut ifra hva vi har erfart i praksis og lest i forskningsartikler, mener vi at det ansvaret sykepleieren har for å utøve helhetlig omsorg kan komme i konflikt med nødvendige praktiske gjøremål på avdelinger preget av travelhet.

Ved at praktiske gjøremål ikke blir utført, vil dette blant annet gi seg utslag i form av tilbakemeldinger fra pasienter eller medarbeidere. Vi erfarte i vår praksis at ved forsinket medisintdeling, etterlyste ofte pasientene selv sine medisiner ved å kontakte personalet. Også ved mangelfull prøvetaking, som for eksempel urinprøver, opplevde vi at legen ofte etterlyste dette. Vi ser at dette er viktige praktiske gjøremål som må utføres for at pasienten skal få riktig behandling. Ved slike ”avvik” fikk sykepleieren tilbakemeldinger, enten fra pasient eller medarbeider, og kunne dermed ta ansvar og utføre arbeidsoppgaven.

Motsatt erfarte vi at det å ikke innlede samtaler med pasientene i den hensikt å få innblikk i deres følelsesmessige opplevelse av sykdommen, ikke fikk konsekvenser i form av tilbakemeldinger fra pasienter og medarbeidere. Det var også sjelden at pasientene selv tok initiativ til slike samtaler, det var som om de ventet på at sykepleierne skulle spørre dem om hvordan de hadde det. Vi oppfattet det derfor som om dette var en ”arbeidsoppgave” som ikke alltid ble prioritert blant de ansatte. Kan en mulig årsak til dette være at det er en plikt og et ansvar som ikke er synlig? Vår undring støttes opp av Travelbees (1999) påstand om at ”... en funksjon alle har ansvar for, er en funksjon som ingen føler seg ansvarlig for” (ibid, s.222). På en sengepostavdeling jobber man ofte i team, og det er derfor flere som har ansvaret for pasienten samtidig. Stegen (1998) understøtter også dette, ved å påpeke at det ikke er uvanlig å ønske at ansvaret skal tilfalle en mer kompetent kollega, som for eksempel legen, sykehuspresten eller en mer erfaren sykepleier. Videre hevder Stegen (1998) at ved følelsen av utilstrekkelighet, kan sykepleieren kompensere dette med å utføre fysiske arbeidsoppgaver.

Travelbee (1999) hevder at sykepleieren må ha evne til å ivareta *alle* sidene ved et menneske når alvorlig sykdom rammer, og at det å bli kjent med denne personen er like viktig som å utføre prosedyrer og gi god fysisk omsorg. Det å hjelpe pasienten med å finne mening i sykdom og lidelse er viktig, og håpet vil spille en vesentlig rolle i dette arbeidet. Håpet kan bidra til å overvinne hindringer og med dette gi opplevelsen av mestring. Vi forstår utifra Travelbees (1999) teori at håp og mestring er en del av den helhetlige sykepleien til pasienter med alvorlig sykdom. Rustøen (2001) understøtter Travelbees (1999) påstand om sykepleierens viktige rolle i opplevelsen av håp og mestring. Videre hevder Rustøen (2001) at dette avhenger av holdninger og atmosfæren i pasientens miljø, som sykepleieren ofte er en del av og har stor innvirkning på. Vi ser ut ifra dette at forutsetningen for både håp og mestring er sykepleierens evner til å etablere en god kontakt med den syke.

Ved at sykepleiere nedprioriterer sitt ansvar, som relasjonsbygging er en sentral del av, ser vi i lys av både praksiserfaringer, forskning og fagkunnskap at pasienten ikke får den helhetlige omsorgen de har krav på. I situasjoner med pasienter rammet av kreft kan det få konsekvenser i form av at krisebearbeiding hindres. Dette underbygges av studien til Lehto (2011), som påpeker at sykepleieren må prioritere å tilby samtale til pasienten med nyopplaget kreft, på grunnlag av kunnskapen om den psykiske påkjenningen som ofte følger alvorlig kreftsykdom (ibid). Sett ut i fra et pasientperspektiv, ser vi i studien til Rchaidia, Dierckx de Casterle, De Blaeser & Gastmans (2009) at pasienter med kreft fremhever relasjonen til sykepleieren som svært viktig, samt tilstedeværelse og tilgjengelighet. Alle disse faktorene bidrar til tillit (ibid). Per Fugelli, lege og professor i sosialmedisin, er selv rammet av kreft. I innspillet *Grunnstoffet tillit* (2011) kommer han med sine betraktninger på hvorfor syke mennesker trenger tillit; ”syke mennesker har særlig behov for tillit fordi sykdom innebærer et tap av tillit til kroppen, funksjonsevnen og framtiden. Tapet av selvtillit forsterker behovet for å stole på andre, blant dem hjelperen.” (ibid.).

5.3 Hva forutsetter god kommunikasjon?

Når et menneske får en kreftdiagnose vil situasjonen kunne oppleves som svært turbulent, vil dette som nevnt tidligere ofte medføre en krisesituasjon (Skarstein, 1998). Det er i følge Stegen (1998) viktig at et medmenneske er til stede; et medmenneske som ved bruk av

kommunikasjon skaper grunnlag for nærhet, trygghet, tillit og samarbeid (Eide & Eide, 2010). Thorne et al. (2010) viser i sin studie til at kommunikasjon mellom pasient og sykepleier kan være avgjørende for hvordan krisen forløper videre. Likevel rapporterte 42 % av pasientene i denne studien om negative kommunikasjonsopplevelser i løpet av den diagnostiske perioden. Cullberg (2010) påpeker at kriseutviklingen kan låse seg fast hos mennesker som ikke får hensiktsmessig behandling i krisens akutte fase.

Cullberg (2010) hevder at empati er en sentral del av den terapeutiske holdningen en sykepleier bør ha i samhandling med den kriserammede. En forutsetning for empati hevder Travelbee (1999) er å ha likheter i erfaringsgrunnlag. Også Cullberg (2010) peker på at empati er noe som utvikles gjennom livserfaringer og utdanning. Vi forstår ut ifra dette at vi som nyutdannede kan ha en mer begrenset erfaring, og kan føre til at vi har vanskeligere for å forstå alle sider ved en pasients situasjon. På den annen side, mener Travelbee (1999) at et ønske om å hjelpe også er en forutsetning for empati. I lys av Travelbees (1999) teori, vil vi som nyutdannede sykepleiere ha evne til empatisk innlevelse, da vi har et ønske og en plikt om å ivareta pasienten som er i krise. Likevel ser vi at det å ha erfaring vil være en fordel, da man som nyutdannet kan møte ukjente følelser og reaksjoner hos den kriserammede. Disse kan oppleves skremmende og u håndterlige på en uerfaren sykepleier. Dette kommer også frem i studien til Charalambous & Kaite (2013), hvor sykepleierstudenter beskrev møtet med kreftpasienter som ubehagelig, og at de ofte følte seg rådvile i forhold til å hjelpe folk i krise. Dette begrunnet de med at de hadde liten erfaring (ibid.).

Å være nær mennesker som lider og har det vondt, vil i følge Kristoffersen & Breievne (2005c) gjøre at vi gjennom vår empatiske innlevelse berøres av den andres lidelse.

Situasjonen krever at vi bidrar med omsorg overfor den som har det vondt, samtidig som vi skal være i stand til å takle egen usikkerhet og utilstrekkelighet i møte med dette (ibid.).

Vi ser at det er nødvendig for sykepleieren å være bevisst sine egne følelser for å kunne håndtere slike situasjoner. Vi erfarte i praksis at en nyutdannet sykepleier uttrykte det som vanskelig å møte pasienten med nyoppdaget kreft. Vi ser at dette, bevisst eller ubevisst, kan være et forsøk på å beskytte seg selv. Sykepleieren her, vil da ifølge Eide & Eide (2010) ikke ha affektbevissthet, da hun ikke er bevisst og aksepterer de følelser som vekkes i henne i møte med andre. En studie av Lehto (2012) sier at blant helsepersonell som har problemer med å snakke om eksistensielle temaer, som omhandler for eksempel døden, vil det medføre at de ikke tar initiativ til å samtale om temaet med pasienter. Det kan også være mulig at

sykepleieren heller ikke har affekttoleranse, da hun ikke evner å tåle å oppleve andres følelser (Eide & Eide, 2010).

Vi ser at det å fokusere mye på fysisk omsorg og utførelse av prosedyrer fremfor samtale med pasientene, slik vi har erfart, kan være en form for beskyttelse fra sykepleierens side. Det å se travel ut kan også være en måte å unngå fortrolige samtaler med en pasient rammet av krise (Kristoffersen & Breievne, 2005c).

Kvåle (2006) sier i sin studie at pasientene ikke ønsket å forstyrre sykepleierne når de så travle ut, og ventet heller på at sykepleierne skulle ta initiativ til å snakke.

Noen sykepleiere kan også ha en overfladisk og automatisert måte å forholde seg til pasienter på. Dette vil føre til at pasientene ikke føler seg sett eller hørt (Kristoffersen & Breievne, 2005c). De ulike typene atferd vi nevner kan være forsøk på å håndtere arbeidssituasjonens ulike krav på en minst mulig belastende måte (ibid.). Vi ser med dette at pasienten ikke får hjelp til å håndtere sine egne følelser og reaksjoner i forhold til kreftdiagnosen, da man begrenser mulighetene for at pasienten kan komme med det som opptar ham.

En kvinnelig pasient med en kreftdiagnose forteller om sine erfaringer fra et sykehusopphold, hvor hun etterlyser personalets evne til å møte henne som person:

Jeg forsøker å formidle min fortvilelse. Min sorg. Sender ut signaler. Personalet kommer med mat, vann og kaffe. De ser meg ikke. Ensomheten er rungende. De stille skrikene og protestene mine er øredøvende. Se meg! Her er jeg! Snakk til meg! Ikke om været eller vinden. Prat med meg (Kristoffersen & Breievne, 2005c, s.172).

Situasjonen viser tydelig pasientens behov og forventning om å bli møtt av helsepersonell med sine tanker og følelser som pasient.

I en studie av Thorne et al. (2010) oppgir kreftpasienter at samspillet med sykepleieren har stor betydning for hvordan de takler følelser og tanker i det videre forløp. I dette samspillet opplyser pasientene om at det er vesentlig å bli møtt med omsorgsfull kommunikasjon fra sykepleieren.

”Ingen sykepleier er ekspert på kommunikasjon i den forstand at hun ikke har mer å lære” (Travelbee, 1999, s.149) Dette utsagnet føler vi at det ligger flere betydninger bak. For det første at det alltid vil være noe nytt å lære om kommunikasjonsmetoder og utvikling av egne

kommunikasjonsferdigheter. For det andre at man i hvert eneste pasientmøte vil kunne lære noe nytt, da mennesker er unike individer med forskjellige behov, og sykdomsforløp kan utarte seg ulikt. Vi ser viktigheten av at vi som sykepleiere ikke må ikke være forutinntatt i møte med pasienten i den forstand at vi antar hva pasienten føler og tenker, og dermed bruker den kommunikasjonen en selv mener er den beste i samhandling med denne pasienten. Dette understreker viktigheten av det Travelbee (1999) sier om at sykepleieren må ”se” mennesket i pasientene hun møter, for bare på denne måten kan det utvikles et mellommenneskelig forhold preget av gjensidig respekt og tillit. Videre hevder hun at en av hovedårsakene til kommunikasjonssvikt er at den syke ikke oppfattes som et individ (ibid.). Vi ser at dette kan være enda en forsvarsmekanisme fra sykepleierens side for å beskytte seg mot de følelsene en møter i samhandling med kriserammede pasienter.

Mennesker som blir rammet av alvorlig sykdom, kan ha ulikt informasjonsbehov. Dette kan være informasjon om behandling, prognose, sykdommen, psykiske reaksjoner og bivirkninger. Å gi informasjon til pasienter er en sentral del av sykepleierens kommunikative oppgaver (Eide & Eide, 2010). Kvåle (2002) påpeker at måten informasjonen blir gitt på, er av stor betydning for pasientens opplevelse av mestring og kontroll over situasjonen.

I praksis opplevde vi at en nyutdannet sykepleier ga informasjon til en pasient som hadde fått en alvorlig diagnose. Sykepleieren skulle i beste hensikt informere pasienten om ulike forhold ved sykdommen, men vi opplevde at dette ble en enveisdialog. Sykepleieren kom med mengder av informasjon uten å ta hensyn til hva pasienten hadde behov for å vite. Vi observerte ut i fra pasientens kroppsspråk at hun ikke var særlig deltagende i situasjonen, da hun bare nikket forsiktig og vendte blikket bort fra sykepleieren.

Travelbee (1999) sier i sin teori at sykepleierens kommunikasjon med pasienten alltid skal ha en hensikt og et mål, og brukes som et virkemiddel for å bli kjent med pasienten. Vi ser ut i fra overnevnte pasienteksempel at kommunikasjonen her lett kan miste sin hensikt ved at det er bare sykepleieren som gir informasjon, uten å være helt klar over hva pasienten trenger av informasjon. Cullberg (2010) mener at man kan bli kjent med pasientens behov for informasjon ved at sykepleieren har evne til aktiv lytting.

På den annen side, vil det være viktig at sykepleieren er oppmerksom på pasientens evne til å motta informasjon. Pasienter som befinner seg i krisens akutte fase, vil ha redusert evne til å motta informasjon på grunn forsvarsmekanismer som ofte kobles inn (Kvåle, 2002). Her ser vi at sykepleieren kan ha en ”containig-function”, forutsatt at pasienten ønsker å dele sine tanker og følelser (Strand, 1990). På denne måten kan vi som sykepleiere få fatt i hva som tynger pasienten, og dermed tilpasse informasjon etter pasientens behov.

En annen faktor vi mener er en svært viktig forutsetning for god kommunikasjon til mennesker med nyoppdaget kreft, er at det er overensstemmelse, eller kongruens, mellom det vi uttrykker verbalt og nonverbalt (Eide & Eide, 2010). Hvis sykepleieren i møte med pasienter med pasienter i krise føler seg usikker eller kanskje tror hun ikke kan hjelpe vedkommende, kan disse følelsene komme til uttrykk gjennom hennes nonverbale signaler. Hvis hun står smilende inne hos pasienten og spør hvordan det går, med en hånd på dørhåndtaket og kroppen halvt vendt bort fra pasienten, vil det være inkongruens mellom det hun formidler. Dette ser vi vil kunne påvirke relasjonsbyggingen til pasienten negativt, da det kan skape mistillit og utrygghet. Hvis man derimot evner å kommunisere kongruent med pasienten, vil kommunikasjonen kunne tjene til sitt formål ved at det man uttrykker fremstår tillitsvekkende og ekte (Eide & Eide, 2010).

5. 4 Har vi begrenset med tid?

Som nevnt tidligere i oppgaven erfarte vi i vår siste praksisperiode at det var mange gjøremål, og ofte dårlig tid. Ved å ha reflektert over dette i ettertid, stiller vi spørsmål ved om det i realiteten er tid til å ivareta pasienter med nyoppdaget kreft på en sengepost ved et sykehus? I studien utført av Thorne, Hislop, Stajduhar & Oglov (2009) kommer det frem at pasienter med en kreftdiagnose får et annet forhold til og bevissthet rundt tid. Tiden oppleves som mer verdifull. Ved at pasienter opplever tidsbegrensninger i behandlingssammenheng, kan det medføre økt belastning og stress. Tilsvarende kan tidsbegrensninger også medføre stress og irritabilitet hos helsepersonell, og komme til uttrykk gjennom både verbal og nonverbal kommunikasjon (ibid).

Ut i fra Travelbees (1999) teori om å etablere et menneske-til-menneske-forhold, forstår vi at dette er en prosess som kan kreve tid. Sykepleierens terapeutiske holdning, som Cullberg (2010) understreker viktigheten av, innebærer blant annet å ha klar og tilstrekkelig kunnskap om pasientens situasjon. Vi ser også at *dette* vil kreve tid, da det innebærer å bli kjent med pasienten og få pasientens subjektive opplevelse. Håkonsen (2009) underbygger dette med at sykepleieren må ha mulighet til å ”gå dypt nok” inn i pasientens verden for å forstå hans

aktuelle situasjon.

Ut i fra dette ser vi at sykepleieren må avsette tid for å kunne danne en relasjon, og hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon. I følge Chan et al (2011) og Thorne et al. (2009) er tid en verdifull men begrenset ressurs innen helsevesenet, noe som bekrefter vår erfaring fra praksis. Videre sier Chan et al.(2011) at tid er en forutsetning for relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient. De hevder likevel at det er mulig å anvende tiden man har til rådighet på en mer effektiv måte (ibid.). Vi ser her at det kan være en forutsetning med godt samarbeid om pasienter og arbeidsoppgaver ved en sengepost. Sykepleierne kan da få frigitt tid til å ivareta pasientenes individuelle behov. Dette er også noe som Waterworth (2003) hevder i sin artikkel. En måte å finne tid til pasienten, vil være å be en kollega om å overta ens arbeidsoppgaver, men det forutsetter en enighet på avdelingen om hva som bør prioriteres (ibid.). Ut i fra dette ser vi at det er mulig å finne gode løsninger, når begrensede tidsressurser er en realitet

”... endelig – etter flere dager. Jeg blir sett. Jeg blir hørt. For en stakket stund får jeg komme med fortvilelse og tårene. Uten å bli møtt med ord. Bare med tid. Det gjør godt...”

Pasientfortelling fra Kristoffersen & Breievne (2005c, s.173).

6. Konklusjon

På bakgrunn av vår problemstilling har vi gjennom oppgaven fått en bredere forståelse for hvordan det kan oppleves å være nyutdannet i møte med pasienter med nyoppdaget kreft. Vi har også fått et bedre innblikk i sykepleierens ansvar overfor denne pasientgruppen, i tillegg til hvilke forutsetninger som bør ligge til grunn for god kommunikasjon. Vi har også fått innsikt i hvordan sykepleieren kan ivareta helhetlig omsorg overfor pasienter ved å anvende ulike strategier for å bedre disponere tiden man har til rådighet.

I vår siste praksisperiode fikk vi en oppfatning om at den første tiden som nyutdannet kan oppleves som stressende, og at mengden ansvar kan føles overveldende. Denne oppfatningen støttes opp av Solli (2009), Alvsvåg & Førland (2006) og Waterworth (2003). Vi forstår ut i fra faglitteratur vi har anvendt, at det å ha erfaring som sykepleier kan innebære mange fordeler i møte med pasienter med nyoppdaget kreft. Likevel må alle sykepleiere begynne et sted; og har man ikke erfaring må man heller ty til de fordelene man har som nyutdannet. Vi ser at man som nyutdannet vil ha den siste, oppdaterte kunnskapen innen fag og forskning, samt større bevissthet rundt det å gi helhetlig omsorg, noe som støttes opp av studien til Beckett, Gilbertson & Greenwood (2007).

Når det gjelder sykepleierens ansvar, ser vi viktigheten av at praktiske gjøremål utføres. Samtidig ser vi også viktigheten av at en pasient får muligheter til å komme med de tanker og følelser han måtte ha, slik at krisebearbeiding ikke forhindres. Dette forutsetter at sykepleieren har fagkunnskap om de ulike påkjenningene som kan følge en kreftdiagnose. Sykepleieren må anerkjenne at det å møte pasientens individuelle behov er et ansvar og en plikt. Lovverk og yrkesetiske retningslinjer skal sikre at pasienten får den behandlingen han har krav på, og skal også sikre at helhetlig omsorg blir gitt.

Bakgrunnen for valg av tema i denne oppgaven sprang delvis ut ifra vår egen usikkerhet i møte med pasienter med nyoppdaget kreft. Vi har vært usikre på hva vi skal si i møte med den kriserammede. Etter å ha blitt kjent med Travelbees (1999) teori om at man som sykepleier

må evne å ”se” pasienten som et unikt individ, forstår vi at det ikke er noen oppskrift på hva man skal si til mennesker i krise, da alle kan oppleve og håndtere situasjoner forskjellig (ibid.). Vi ser derfor at det ikke alltid er nødvendig å bruke ord i kommunikasjon med pasienten, men at tilstedeværelse, tilgjengelighet og det å lytte til pasienten kan være vel så viktig (Cullberg, 2010; Håkonsen, 2009).

Det er vesenlig at vi som sykepleiere er bevisst våre egne holdninger for å kunne ivareta pasienter med nyoppdaget kreft. Empati vil være avgjørende for om man klarer å etablere et ekte relasjonsforhold til pasienten (Cullberg, 2010). Vi ser at mangel på empati kan få konsekvenser både for pasienten og sykepleieren. Kristoffersen & Breievne (2005c) understreker at hvis sykepleieren har en distansert atferd som resultat av manglende empatisk evne, kan det resultere i at pasienten ikke opplever å få hjelp til å bearbeide sine tanker og følelser. Sykepleieren kan også selv bli fremmedgjort i forhold til egne reaksjoner og følelser (ibid). Vi ser også nødvendigheten av at vi som sykepleiere er kongruente i vår kommunikasjon med pasienter i krise. Det å være kongruent er med på å skape tillit i relasjonsbyggingen, som er en god forutsetning for å ivareta pasienten i krisens forløp (Eide & Eide, 2010).

Det å ha evne til godt samarbeid, prioritere arbeidsoppgaver og se muligheter mener vi vil være store fordeler når man har begrensede tidsressurser i pasientbehandling. Vi har ikke mulighet til å gi døgnet flere timer, men vi kan utnytte den tiden vi har mer effektivt. Ut i fra studien til Chan et al. (2011) ser vi at man ved å være til stede med kropp og sinn i hvert eneste pasientmøte, selv korte møter, kan skape et tillitsforhold. Det å være tilgjengelig for pasienter i en krisesituasjon kan ha stor betydning for videre sykdomsforløp, da man med tilgjengelighet kan skape tillit til pasienten (Rchaidia et al., 2009).

Referanseliste

*Alvsvåg, H. & Førland, O. (2006). Sykepleieutdanningen i lys av nyutdannedes yrkeserfaringer. *Vård i Norden*, 26 (3), 34- 38.

*Beckett, A., Gilbertson, S. & Greenwood, S. (2007). Doing the right thing: nursing students, relational practice, and moral agency. *Journal of Nursing Education*, 46 (1), 28-32.

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2011). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ant. sider: 7

*Chan, E.A., Jones, J., Fung, S. & Wu, S.C. (2011). Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1168-1177

*Charalambous, A. & Kaite, C. (2013). Undergraduate nursing students caring for cancer patients: hermeneutic phenomenological insights and their experiences. *BioMed Central*, 13(1), 1-13. Lokalisert på <http://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-13-63/fulltext.html>

Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling*. (3.utg.). [Oslo]: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). [Oslo]: Gyldendal Akademisk.

*Fugelli, P. (2001). Grunnstoffet tillit. *Sykepleien Forskning*, 6(5), 104-105.

*Håتون, A.S. (2008). *Livsløst: Om å møte og mestre motgang*. Oslo: Aschehoug. 70.

Håkonsen, K.M. (2009). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ant. sider: 15

*Kreftregistret (2013). Lokalisert på: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/> Lest: 08.04.2013.

*Kristoffersen, N.J. & Breievne, G. (2005c). Lidelse, håp og livsmot. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug. (Red). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ant.sider:20

*Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red). (2005a). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ant.sider:2

*Kristoffersen, N.J. (2005d). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ant. sider: 10

*Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (Red). (2005d). *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ant. sider. 5

*Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal.

Ant. sider. 30

*Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård i Norden*, 26(1), 15-19.

*Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Lokalisert på http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepl

[eierutdanning_08.pdf](#)

*Kunnskapssenteret (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklistor+for+vurdering+av+forskingsartiklar.2031.cms>

*Lehto, R.H. (2011). Identifying primary concerns in patients newly diagnosed with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(4), 440-447.

*Lehto, R. H. (2012). The challenge of existential issues in acute care: nursing considerations for the patient with a new diagnosis of lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16 (1), 4-11.

Lov om pasient-og brukarrettigheter, LOV-1999-07-02-63.(2012). Lokalisert på http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=PASIENTRETTIGHETSLOV*&&

Lov om helsepersonell, LOV 1999-07-02.(2012). Lokalisert på http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV*&&

Løgstrup, K.E. (2005). Hvor kan jeg finne støtte og hjelp? I A. Myskja (Red.) *Leve med kreft: Hvordan styrke håp og livsmot*. Oslo: Cappelen.

Ant. sider: 1

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Ant. sider: 6

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

Reitan, A.M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe.

Ant. sider: 10

*Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ant. sider: 14

Schjølberg, T.K.(2008). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad (Red.). *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Ant. sider: 10

*Seneca, L.A. (2005). Kreft – hva nå? I A. Myskja (Red.) *Leve med kreft: Hvordan styrke håp og livsmot*. Oslo: Cappelen.

Ant. sider: 5

*Skarstein, J. (1998). Mentale og følelsesmessige reaksjoner ved alvorlig sykdom. I K. Ronge (Red.). *Mitt liv – mitt håp*. Oslo: Grøndahl og Dreyers Forlag.

Ant. sider: 10

*Solli, H. (2009). Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Sykepleien Forskning*, 4(1), 52-60.

*Sosial- og Helsedepartementet. (1997). *Omsorg og kunnskap: Norsk kreftplan*. (Norges offentlige utredninger [NOU] 1997:20). Lokalisert på

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-20.html?id=141003>

*Stegen, A. (1998). God kommunikasjon – hva er det? I K. Ronge (Red.). *Mitt liv - mitt håp:*

Mennesker i møte med alvorlig sykdom og skade. Oslo: Grøndahl & Dreyers Forlag.

Ant. sider: 11

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Thorne, S.E., Hislop, G.T., Stajduhar, K. & Oglov, V. (2009). Time- related communication skills from the cancer patient perspective. *Psycho-Oncology*, 18, 500-507

*Thorne, S.E., Oliffe, J., Kim-Sing, C., Hislop, G.T., Stajduhar, K., Harris, S.R., Armstrong, E.-A. & Oglov, V. (2010). Helpful communications during the diagnostic period: an interpretive description of patient preferences. *European Journal of Cancer Care*, 19, 746–754

*Thrysoe, L., Houndsgaard, L., Bonderup, N.D. & Wagner, L. (2011). Expectations of becoming a nurse and experiences on being a nurse. *Vård i Norden*, 31(3), 15- 19.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Oslo: Gyldendal Akademisk.
Ant.sider:72.

*Waterworth, S. (2003). Time management strategies in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 43(5), 432–440

Antall sider selvvalgt litteratur: ca 402 .

Sammendrag av bacheloroppgave

Tittel: Ingen tid til tårer?

Denne bacheloroppgaven er et litteraturstudie. Den bygger på relevant pensumlitteratur, selvvalgt faglitteratur, norske og engelske forskningsartikler samt erfaringer fra praksis.

Bakgrunn for temaet i denne oppgaven er refleksjoner gjort i etterkant av vår siste sykehuspraksis i 6.semester. Vi ønsker å fordype oss i hvordan man som nyutdannet sykepleier best kan ivareta pasienter med nyoppdaget kreft gjennom kommunikasjon. Vi har også valgt å ta i betraktning de begrensede tidsressurser en sykepleier kan stå ovenfor. I 2010 ble det registrert over 28 000 nye krefttilfeller i Norge. Som sykepleiere vil vi med stor sannsynlighet komme i kontakt med mennesker rammet av kreft. Kreft er en sykdom som forbindes med smerte, lidelse og død, og vil ofte medføre en krise i et menneskes liv. Opplevelsen av det å få kreft vil variere fra person til person, men uavhengig av dette vil behovet for støtte ofte være til stede i krisens akutte fase. Som sykepleier vil man ha en sentral og viktig rolle i møte med mennesker med nyoppdaget kreft. Sykepleieren må i samhandling med denne pasientgruppen ha fagkunnskap, evne til empatisk innlevelse og gjennom helhetlig omsorg være i stand til å se mennesket som et unikt individ. Tatt i betraktning begrensede tidsressurser, som ofte kan prege en sykepleiers hverdag, vil evnen til å prioritere og se muligheter samt etterstrebe et godt samarbeid med sine kolleger være til fordel for ivaretagelsen av pasientens behov.

Vedlegg 1: PICO-skjema

P- populasjon	I - intervensjon	C-sammenligning	O- resultat
Cancer patient recently diagnosed cancer time management time factors lack of time neoplasms nursing students nyutdannet sykepleier sykepleieransvar	Communication caregiving nursing crisis intervention medical ward kommunikasjon		holistic nursing patient perspective nurse-patient-relation sykepleier-pasient- forhold coping mestring

Vedlegg 2: Systematisk oversikt

Nr.	Referanse	Design	Studiens konklusjon	Konklusjon i forhold til vår oppgave
1.	Alvsvåg, H. & Førland, O. (2006). Sykepleieutdanningen i lys av nyutdannedes yrkeserfaringer. <i>Vård i Norden</i> , 26 (3), 34- 38.	Kohortstudie. Spørreskjema besvart av 326 uteksaminerte sykepleiere fra 6 ulike høyskoler.	Artikkelforfatterne konkluderte med at kan være tid for en ny debatt om utvidelse av sykepleierutdanningen, da det viser seg at nyutdannede påpeker ønsker om mer håndfast kunnskap som er mer praksisnær.	Vi har sett på hvordan sykepleiere opplever ansvaret i sin første tid som nyutdannet.
2.	Chan, E.A., Jones, J., Fung, S. & Wu, S.C. (2011). Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 21, 1168-1177	Kvalitativ studie. Fem fokusgrupper er intervjuet, 39 sykepleiere totalt.	Artikkelforfatterne av denne studien konkluderer med at hver eneste interaksjon med pasienten er en mulighet for å etablere et sykepleier-pasient-felleskap. Ved at sykepleierne fokuserte på samtaler med pasientene under de daglige gjøremålene, som stell og utdeling av måltider, bidro dette til at de ble bedre kjent med pasientenes emosjonelle opplevelser av sykdommen.	Vi ser ut ifra denne studien at vi som sykepleiere kan bruke den kontakten vi får med pasienter i daglige rutiner til å bygge en relasjon. Ved å være "til stede" i hvert eneste pasientmøte, selv om det bare er under for eksempel medisintdeling, ser vi at man kan utvikle tillit og trygghet mellom sykepleier og pasient i disse møtene.
3.	Charalambous, A. & Kaite, C. (2013). Undergraduate nursing students	Hermeneutisk fenomenologisk studie, som inkluderer 12	Studien omhandler sykepleierstudenter s ønsker om mer praktisk og klinisk	Ut fra denne studien har vi fått sykepleierstudenters syn på at det kan være ubehagelig å møte mennesker med kreft, samt følelsen av å være rådvill i

	<p>caring for cancer patients: hermeneutic phenomenological insights og thir experiences. <i>BioMed Central, 13(1), 1-13.</i></p>	<p>sykepleierstudenters refleksjoner.</p>	<p>pasientrettet omsorg, som blant annet krisemestring, samt økt fokus rundt situasjoner som omhandler døden.</p>	<p>forhold til å hjelpe pasienter i krise.</p>
4.	<p>Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. <i>Vård i Norden, 26(1), 15-19.</i></p>	<p>Kvalitativ studie. Utvalget besto av 20 personer i alderen 28 til 82 år.</p>	<p>Studien tar for seg pasientperspektivet på hva god sykepleie, og de uttrykker blant annet at det å bli ”sett” som medmenneske og enkeltindivid, er det som kjennetegner god omsorg.</p>	<p>Vi ser i denne studien at pasienter kan unnlate å ta kontakt med sykepleieren da hun viser hun har dårlig tid, og venter på at sykepleieren skal ta initiativ.</p>
5.	<p>Lehto, R. H. (2012). The challenge of existential issues in acute care: nursing considerations for the patient with a new diagnosis of lung cancer. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing, 16 (1), 4-11.</i></p>	<p>Kvantitativ og kvalitativ metode. Studien omfatter 73 menn og kvinner.</p>	<p>Studien tar for seg hvilken påkjenning det kan være å bli rammet av lungekreft, og hvilke eksistensielle bekymringer de sliter med.</p>	<p>Vi ser ut i fra studien at helsepersonell kan ha problemer med å snakke med pasienter om eksistensielle temaer.</p>
	<p>Lehto, R.H. (2011). Identifying primary concerns in patients newly diagnosed with lung cancer. <i>Oncology Nursing Forum, 38(4), 440-447.</i></p>	<p>Kvalitativ og kvantitativ studie. Tar hovedsakelig for seg bekymringer til 34 pasienter diagnostisert med lungekreft før og etter kirurgiske inngrep. Studien tar også for seg bekymringer i forhold til selve kreftdiagnosen, og søker å avdekke</p>	<p>Vi har sett på funnene i studien som er relevante for vår oppgave. Funnene viser at pasienter nylig diagnostisert med lungekreft har mange bekymringer og et høyt stressnivå, og at dette kan føre til problemer med å takle sykdommen. Ved at sykepleieren får mulighet til å</p>	<p>Med utgangspunkt i denne forskningsartikkelen ser vi at sykepleieren må, på bakgrunn av sin kunnskap om det psykososiale stresset som følger en kreftdiagnose, være tilgjengelig for pasienten. På denne måten kan sykepleieren avdekke de behovene pasienten har for oppfølging i forhold til sin sykdom.</p>

		elementer i helseomsorgen som kan redusere disse bekymringene.	avdekke individuelle bekymringer og behov tidlig i forløpet, kan dette bidra til at pasienten får fokusert sin kognitive energi på å takle sykdommen videre.	
6.	Rchaidia, L., Dierckx de Casterle, B., De Blaeser, L. & Gastmans, C. (2009). Cancer patients' perceptions of the good nurse: a literature review. <i>Nursing Ethics</i> , 16(5), 528- 542.	Systematisk litteraturstudie, som tar for seg 12 artikler og 11 separate studier, hvorav 6 er kvalitative og 5 kvantitative.	I sin studie hevder de at sykepleiere som har evnen til å utøve god sykepleie ut fra et pasientperspektiv, vil kunne utgjøre en forskjell hos den kreftrammede.	Vi ser ut fra denne studien at pasienter med kreft fremhever relasjonen til sykepleieren som svært viktig.
7.	Solli, H. (2009). Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. <i>Sykepleien Forskning</i> , 4(1), 52-60.	Kvalitativ metode. Kvalitativ metode. Dette er en forholdsvis liten studie på 6 deltagere, som strekker seg over en periode på 5 år.	Studien tar for seg hva nyutdannede sykepleiere har oppnådd av handlingskompetanse etter 5 år.	Vi ser ut i fra studien at mange nyutdannede sykepleiere opplever overgangen fra student til sykepleier som et realitetssjokk, og at det første tiden som nyutdannet kan være preget av mye stress og engstelse på grunn av alt ansvaret.
8.	Thorne, S.E., Hislop, G.T., Stajduhar, K. & Oglov, V. (2009). Time- related communication skills from the cancer patient perspective. <i>Psycho-Oncology</i> , 18, 500-507	Kvalitativ analyse. Tar for seg intervjudata fra to studier om kommunikasjon sett fra pasientenes perspektiv. Det var 200 deltagere i den ene studien, og 60 i den andre. Det var stor variasjon i sykdomsforløp og krefttyper.	Funnene i forskningsartikkelen viser at tid er av spesiell viktighet for kreftpasienter, da kreft er en potensielt dødelig diagnose som man aldri vet utfallet av på forhånd. Pasientene i de to studiene pekte på at noen av helsepersonellet de møtte klarte å ivareta pasientenes	Vi ser utifra denne forskningsartikkelen at det finnes strategier helsepersonell kan bruke for å utnytte tiden de har til rådighet best mulig. Sykepleieren kan vise med kroppsspråket at hun er til stede hos pasienten med både kropp og sinn, på denne måten kan hun skape en avslappet atmosfære. En annen strategi sykepleieren kan anvende er å gjøre avtaler med pasienten om at hun kan komme tilbake til et senere tidspunkt, hvis hun forstår at pasienten trenger mer tid til samtale enn det sykepleieren har til rådighet der og da.

			individuelle behov tross dårlig tid, vet at de anvendte effektive kommunikasjonsstrategier.	
9.	Thorne, S.E., Oliffe, J., Kim-Sing, C., Hislop, G.T., Stajduhar, K., Harris, S.R., Armstrong, E.-A. & Oglov, V. (2010). Helpful communications during the diagnostic period: an interpretive description of patient preferences. <i>European Journal of Cancer Care, 19</i> , 746–754	Kohortstudie av 60 kreftpasienter som skal følges opp i fem år fremover. Dette er for å forstå hvordan kreftpasienters behov for kommunikasjon kan endre seg gjennom sykdomsforløpet.	Funnene i artikkelen viser at hjelpende kommunikasjon med og fra helsepersonell i en følelsesmessig traumatisk tid er svært viktig for hvordan pasientene videre opplever kreftsykdommen. Dårlige kommunikasjonsopplevelser hos pasientene kan føre til psykososialt stress, mistillit til helsepersonell og redusert livskvalitet.	Denne forskningsartikkelen viser at sykepleieren må ha evne til å møte pasienter her og nå, til å forstå sykdom og behandling, og til å kunne samhandle med den kriserammede pasienten på en forsiktig og omsorgsfull måte. Det er viktig at sykepleieren vet konsekvensene av dårlig kommunikasjon i møte med denne pasientgruppen.
10.	Thrysoe, L., Houndsgaard, L., Bonderup, N. D. & Wagner, L. (2011). Expectations of becoming a nurse and experiences on being a nurse. <i>Vård i Norden, 31</i> (3), 15- 19.	Hermeneutisk fenomenologisk studie som omhandler 126 sykepleierstudenter i alderen 22 til 26 år.	Opplevelser i sykepleieutdanningen kan påvirke yrkesvalget til nyutdannede sykepleiere.	Studien omtaler at mange nyutdannede sykepleiere uttaler at de synes den første tiden som nyutdannet er vanskelig, og at det er normalt å gjennomgå en overgangsfase i denne tiden.
10.	Waterworth, S. (2003). Time management strategies in nursing practice. <i>Journal of Advanced Nursing 43</i> (5), 432–440	Kvalitativ studie. En fokusgruppe på 24 sykepleiere, semi-strukturerte intervju med 22 sykepleiere, og en narrative gruppe på 22 sykepleiere.	Denne forskningsartikkelen konkluderer med at det finnes strategier for å utnytte tiden man har til rådighet mer effektivt, men at det må være enighet i avdelingen om hvordan man	Vi ser at sykepleieren kan bruke ulike strategier for å få mer tid sammen med den kriserammede. Man kan for eksempel be en annen sykepleier om å ta over ens arbeidsoppgaver for en liten stund, slik at man kan tilbringe litt mer tid hos en pasient man ser har behov for samtale. Det er likevel viktig at avdelingens kultur legger til rette for slike løsninger, ellers kan det lett oppstå konflikter.

			prioriterer denne tiden.	
--	--	--	--------------------------	--