

Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient

Sigrid Lerstad Thorsnes, Førstelektor – Hildfrid V. Brataas, Førsteamanuensis

CANCER PATIENT NARRATIVES DURING CANCER OUTPATIENT – NURSE CONVERSATIONS

ABSTRACT

Background: Studies have highlighted the significance of cancer patients' narrative work in order to cope and feel well and find meaning in life.

Aim: This article reports a study of whether and how cancer outpatients narrates, and how cancer care nurses contribute to the patients' narrative work during conversations taking place during planned first time consultations at out-patient clinics.

Method: The study was qualitative phenomenological hermeneutic. The data material included recordings of eight patient – nurse meetings taking place as ordinary planned activities at out-patient clinics in Norway. Four female and four male patients, and eight female nurses participated. Transcribed recordings of conversations were content analysed, narrative sequences identified and analysed for how narratives developed and how narrating was encouraged and followed up by nurses.

Findings: Results gave insights into narrative contexts and how voices of nursing, medicine, and life world and relational or goal directed communication had implications for patient narrations.

Conclusion: The findings of this study of narrations in cancer outpatient – nurse conversations gave insights into nurses' meaning horizons and communication approaches with implications for practice. There is a need of more research providing insights into the effects of narrative meaning constructions for cancer patients.

KEYWORDS: cancer, content analysis, communication, nursing, outpatients, patient narratives

Introduksjon

Å få og leve med en kreftdiagnose fører til mange forandringer i personers liv. De må forholde seg til ny kunnskap om sykdom og behandling og fortolke den nye situasjonen. Personene har behov for å forstå sykdommen og egne reaksjoner, og sette erfaringene inn i en sammenheng med andre hendelser i livet (1). Forståelse av situasjonen vil være til hjelp for å mestre den (2,3,4). Hvordan den enkelte fortolker livssituasjonen vil følgelig ha betydning for mestring, og mestringen vil videre ha betydning for pasientens velbefinnende (2,5). Narrativer eller fortelling kan være til hjelp i arbeidet med å skape mening og forstå sykdomssituasjonen (6,7,8). For det ene forstås fortellinger som beskrivelser av levd erfaring, eller skildringer av hendelser i menneskers liv (9,10,11). For det andre er fortelling å fortolke og forstå situasjoner og skape mening og sammenheng i det erfarte, det vil si en prosess som krever refleksjon (12, 13). For å forstå våre liv har vi behov for å konstruere livsfortolkninger (14,15). I ulike dagliglivets samtaler, skapes fortelling gjennom sosialt samspill; i interaksjon med den som lytter (12,13). Lytteren har innflytelse på hva som fortelles; det vil si at fortellingen er influert av konteksten den blir fremstilt i (2). Kreftpasientens fortelling i samtale med sykepleieren vil følgelig influeres av samtalekonteksten og hvordan sykepleieren bidrar i interaksjonen. En samtalestruktur som gir mulighet til å utvikle og arbeide med fortelling vil være vesentlig for pasientenes mulighet for å arbeide med meningskonstruksjon og finne mestringsmuligheter (9).

Fortelling kan ha særlig relevans for mennesker som utsettes for sykdom og lidelse. Usedvanlige hendelser krever mer intensiv grad av erkjennelse om seg selv enn hva som kreves i møte med dagliglivets aktiviteter (6,9,16). Å få en kreftdiagnose innebærer et brudd på sedvane som kan oppleves svært tanke- og følelsesmessig krevende (5). Gjennom fortelling kan pasienten organisere erfaringer i situasjonen i en struktur som gir mening (15,10), tilpasse uvanlige hendelser til tidligere erfaring, og utvikle ny mening som leder pasienten videre framover. Altså kan ny mening fremme mestring i situasjonen (6,17), og gi stemme til lidelsen på en måte som ligger utenfor den medisinske forståelseshorisont (6,5).

Den kommunikative prosessen frembringer mening gjennom et møte mellom meningshorisonter. En forståelseshorisont tilhører lytte-

ren, den andre tilhører formidleren av budskapet (18). Sveneaus (15) hevder at leger med sin biologiske tenkning har vanskelig for å bygge bro mellom den medisinske forståelseshorisont og pasientens. Gjelder det samme for sykepleiere? Sykepleiers viktigste anliggende er relatert til de konsekvenser sykdom og lidelse har for menneskers hverdagsliv (19). Ut fra denne tenkningen ser vi at sykepleie kan, og bør, fokusere pasientens perspektiv på situasjonen. Slik kan sykepleiers humanistiske tilnærming være komplementær til den medisinske. Relasjonen pasient og sykepleier etablerer, syntes å bety mye for samspillet (20,21,22,23). For sykepleieren kan pasientens fortelling være en hjelp for å bli kjent med personen, men også fordelaktig for pasientens bearbeiding av å være i en situasjon med kreft. Likevel syntes sykepleiere å mangle kunnskap om hvordan *de* kan bidra til menings-skapende arbeid når kreftpasienter berettet om hendelser i deres liv (13). Gjelder dette også kreftsykepleiere? For å utvikle dette feltet innen kreftomsorgen er det viktig å kaste lys over hvordan kreftsykepleiere bidrar til kreftpasienters meningskonstruksjon gjennom fortelling. Målet med denne studien var å få mer kunnskap om hvordan kreftsykepleiere i polikliniske samtaler med kreftpasienter bidrar til at fortellinger begynner og utvikles.

Forskningsspørsmålene som søkes belyst er:

- Hva er konteksten for narrativer i pasient – kreftsykepleier samtaler?
- Hva gjør at narrativer begynner og hvordan bidrar kreftsykepleiere til at pasientene kan arbeide med narrativer?

Metode

En kvalitativ fortolkende studie av samtaler mellom pasienter og kreftsykepleiere ble gjennomført. Type samtale var førstegangs samtaler mellom kreftsykepleier og pasient som kommer til kreftpoliklinikk for å begynne poliklinisk kreftbehandling, eller for å få slik behandling vurdert. Slike samtaler inngår i den ordinære planlagte virksomheten ved kreftpoliklinikk i Midt-Norge, hvor undersøkelsen ble foretatt. For å få data fra samtalen, ble de tatt opp på lydbånd. Kreftsykepleierne fikk utdelt små lydopptakere som de satte på, og leverte til forskerne etter samtalen. Lydopptak var kjent og akseptert av både

pasient og sykepleier. Lyddopptak var en form for indirekte feltobservasjon, uten forskere til stede. Data fra feltobservasjoner har som formål å forstå praksis, atferd og oppfatninger slik de fungerer i det virkelige liv (24).

Utvalg og utvalgsmetode:

Data metning tilstrebes i kvalitativ forskning (24). Innen prosjektets rammevilkår, ble åtte pasient – sykepleier samtaler inkludert i studien. Utvalget bestod av åtte voksne pasienter (fire kvinner og fire menn) og åtte kreftsykepleiere (alle kvinner) ansatt i kreftpoliklinikkene. For å få et bredt utvalg fra slike samtalsituasjoner ble samtaler med pasienter med forskjellige kreftdiagnoser og av begge kjønn valgt. For å få data om hvordan forskjellige kreftsykepleiere arbeider med pasientfortellinger i slike samtaler, besto utvalget av åtte kreftsykepleiere. Inklusjonskriterier for kreftsykepleiere var sykepleiere med videreutdanning og minimum ett års etterfølgende erfaring i kreftsykepleie.

Avdelingsledere ved aktuelle poliklinikker hadde tilgang til pasientinformasjon og foretok utvelgelse. De informerte kreftsykepleiere og pasienter om prosjektet. De delte ut skriftlig informasjon fra forskerne. Forskningsetiske krav om frivillig deltakelse ble presisert, likeså at alle opplysninger ville bli behandlet konfidensielt og anonymisert. Den dagen samtalen var planlagt var en av forskerne i poliklinikken for å gi mer informasjon til informantene dersom det var ønskelig. Fremgangsmåten ble benyttet for å sikre informert frivillig deltakelse.

Det ble brukt en digital opptaker med innebygd mikrofon. Opptak ble planlagt slik at det skulle påvirke samtalen så lite som mulig. Kreftsykepleierne ble gitt instruksjoner om å ta opp hele samtalen fra begynnelse til slutt. Forsker tok hånd om lyddopptakeren etter at pasient – sykepleier samtalen var avsluttet.

Analyse

Samtalene ble skrevet av ord for ord. Det ble utført innholdsanalyse og koding av tekstsekvenser omkring ett og ett samtaletema. For å undersøke narrativ kommunikasjon så vi etter elementer fortellinger oppfatter. En fullstendig og «velorganisert» fortelling kjennetegnes ved at den begynner med en orientering om omstendigheter og kontekst, etterfulgt av beretning om hendelsesforløp som bygger opp historiens klimaks, deretter evaluering eller handlingsbegrunning og avrundende hovedpoeng (9,25). Vi benyttet strukturelementer i fortellinger beskrevet av Labov som: 1) Abstrakt om hva historien dreier seg om, 2) orientering om bakgrunnen (hvem, hva, hvor, når) 3) handlingssekvenser (hva skjedde, hva ble sagt eller gjort), 4) vurderinger / kommentarer til det som skjedde, 5) coda som avslutning og poeng for historiens moral (26). Rekkefølgen på elementene kan variere. Fortelleren kan ha sidesprang med andre innspill i samtalen, og lytteren kan forstyrre fortellingen ved å komme inn på andre tema (27). Labov's modell er viktig for forståelse av fortellerens forsøk på å skape mening (27, 26, 25, 28). Vi valgte å se etter strukturelementer og undersøke hvordan kreftsykepleieren arbeidet sammen med pasienten om meningskonstruksjon gjennom oppbygging av fortelling. Vi så også etter hvilken utstrekning av narrativ kommunikasjon som forekom i hver samtale og i alle samtalene i materialet. Forståelse ble fortolket hermeneutisk (10,24). Det vil si at kontekster hvor narrativer opptrådte og hvordan fortellinger utviklet seg ble fortolket gjennom analyse av hver enkelt del og alle deler i materialet, og med gjentatte fokus på deler og helheter frem mot en fortolkning av materialet i sin helhet. Til slutt ble funn betraktet i lys av teori.

Troverdighet er tilstrebet ved at to forskere har foretatt deler av analysen hver for seg, og undersøkt sammenfall av resultater. Grundige resultatbeskrivelser og redegjørelse for hva som er gjort og hvordan vi har kommet fram til våre funn (29,30,31) er tilstrebet.

Forskningsetikk

Tilråding av prosjektet er gitt fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datateneste, Pasientverneombudet for forskning og Regional komité for medisinsk forskningsetikk. Informert frivillig deltakelse er tilstrebet ivarettatt gjennom skriftlig og muntlig informasjon og forespørsel fra

personer som ikke var involvert i prosjektet. Likeså er konfidensialitet tilstrebet ivarettatt.

Resultater

Samtalene varte fra 13 til 42 minutter. Pasientene var i 4 ulike behandlingssituasjoner fra A til D. En pasient var i situasjon A, hadde nylig fått diagnosen og skulle ha sin første behandling med kjemoterapi. Tre pasienter var i situasjon B og skulle ha behandling med kjemoterapi etter kirurgisk inngrep. Tre pasienter var i situasjon C og skulle ha behandling etter at det var oppdaget spredning av kreftsykdommen. En pasient var i situasjon D, hvor det var mistanke om spredning, og hvor pasienten fikk beskjed av lege om at det sannsynligvis ikke var spredning og dermed ikke behov for behandling.

Forekomst av og situasjonell kontekst for narrativer

I de fire samtalene hvor pasientene var i situasjon A eller B forekom ingen fullstendige fortellinger med alle typer strukturelementer. Det forekom orienteringer om forhold rundt hendelser, men disse ble ikke videre bygd opp til fullstendige fortellinger om hendelsesforløp. For alle disse pasientene hadde situasjonen karakter av nyoppdaget kreftsykdom og hvor pasientene nå skulle få poliklinisk cellegiftbehandling med jevne mellomrom over en tidsperiode på flere uker eller måneder. Samtalekonteksten hvor det var tilløp til fortelling var der pasienten ut fra sin forståelseshorisont ga uttrykk for usikkerhet i denne livssituasjonen. Sykepleierens fokus var vesentlig rettet mot hennes egen informasjonsformidling om den forestående behandlingen og virkning og bivirkning av denne. Sykepleierens forståelseshorisont synes her å være medisinsk faglig heller enn sykepleiefaglig.

Vi fant fullstendige narrativer i 4 samtaler. De forekom i situasjon C og D. En av disse samtalene var omtrent en sammenhengende fortelling om ulike erfaringer i sykdomssituasjonen. Samtalekonteksten var karakterisert ved at sykepleieren var aktivt medskapende og hjalp pasienten i prosessen med meningsskaping. En samtale hadde fire narrative sekvenser og en omfattet tre narrative sekvenser. En samtale hadde kun en lengre narrativ sekvens. For pasientene i situasjon C var konteksten preget av sykehistoriene med spredning av sykdommen, usikkerhet om virkning av behandling og fremtidsutsikter, og behov for å vite «hva om...» Pasientene satte tidligere sykehistorie, nåværende situasjon og ny informasjon inn i en struktur som ga mening. Noen pasienter fortalte i korte sekvenser, og mellom disse sekvensene ga sykepleieren informasjon om forestående behandling. En pasient var i situasjon D. Like før samtalen med sykepleieren fikk han avkrefte sannsynlig spredning; en gledelig melding. Pasienten fikk mulighet til å fortelle om sine erfaringer fra å leve med risiko. Han fikk bearbeidet erfaringer fra tidligere sykehistorie, og satte disse inn i en meningsfull sammenheng, dette ved hjelp av sykepleieren som fulgte pasientens historie.

Hva gjør at narrativer begynner, og hvordan bidrar kreftsykepleiere til at pasientene kan arbeide med narrativer?

Funn viser at narrativer begynner enten ved sykepleierens invitasjon til samtale om livssituasjonen, eller også ved at pasienten begynner en fortelling, ofte etter gjentatte bekymringsmeldinger som forsøk på samtale om hvordan han opplever sin situasjon.

Invitasjon uten gjenklang i sykepleiers forståelseshorisont

Det finnes eksempler i materialet der sykepleieren åpner på en måte som man kunne anta ga grunnlag for fortelling, men den utvikles ikke, eksempelvis: «Nå vil jeg først høre hvordan du har hatt det siden sist du var i sykehuset». I dette tilfellet svarte pasienten at det har gått greit, uten å følge opp med å fortelle. Sykepleieren gikk så over til å informere om den forestående kreftbehandlingen. Et annet eksempel viser hvordan sykepleieren åpner og pasienten starter med det som er viktige spørsmål for han nå, noe som kanskje kunne blitt en fortelling som kunne sette pasientens spørsmål inn i en meningsfull sammenheng:

S: jah, – for det som er viktig nå er hva det du selv tenker på som – som vanskeligst akkurat nå – ikke sant – det er jo det du er.

P: ja, jeg har veldig mye spørsmål i forhold til – ja – framtida eller..

S: ja, ja

P: det er veldig mye spørsmål som –

S: jah

P: – som kverner oppe i hodet da

S: jah, ja – så det som du kommer hit for nå – det er jo å starte opp med behandling – med cellegift som heter

Sykepleieren dreier tema mot det hun skal informere om, og pasienten utvikler ingen fortelling om hva han tenker på, dette til tross for spørsmålene pasienten gir uttrykk for å streve med. Her utvikler ikke sykepleieren en bro mellom pasientens forståelseshorison og hennes egen. Invitasjonene til å fortelle følges ikke opp på måter som gir gjenklang i en forståelseshorison forankret i humanistisk sykepleie.

Klare invitasjoner og gjentatte bekymringsmeldinger utvikler fortelling

Sykepleierens «klare invitasjoner» til å fortelle eller også «gjentatte bekymringsmeldinger» fra pasientene gjorde at fortellinger begynte og fortsatte. Det skjedde enten ved at 1) sykepleieren etter innledende etablering av kontakt klart ga uttrykk for at pasientens situasjonsopplevelse var et relevant samtaletema eller 2) ved at pasienten selv gjentatte ganger forsøkte å bringe fram sin usikkerhet som samtaletema.

Klare invitasjoner

Sykepleiere som utfordret pasienten til å fortelle gjorde det ved å stille åpne spørsmål, og som i eksempelet under introduserte at det å leve med kreft er et tema som pasienten kan snakke med henne om. Dette åpner for at pasienten kan fortelle.

S: ja – den her – det å så leve med denne kreften det er også et sånt tema da

P: unnn

S: for oss som sykepleiere – det å leve med det her...

P: jahh

S: og det – jeg vet ikke hvordan det er for deg?

P: – hh, nei, enda så har jeg ikke hatt så mye – plager av det i grunnen da så det

S: nei

P: eeh – så – men en begynner å tenke mer på det nå da når jeg måtte inn igjen nå da så

S: jah – jah

Sykepleierens invitasjon er her langt klarere enn i tilfeller hvor sykepleiere spør hvordan pasienten har hatt det.

Gjentatte bekymringsmeldinger

I de situasjonene der pasienten uten forutgående invitasjon til det, begynner å fortelle, kan det være for å prøve å forstå nåsituasjonen, eller for å se nåsituasjonen i sammenheng med tidligere erfaringer. Pasientene mottar mye medisinsk informasjon om sykdom og behandling. I en samtale der sykepleieren gir informasjon om betydningen det har for pasienten å opprettholde en normal hverdag og ikke la sykdom og behandling ta all pasientens oppmerksomhet, begynner pasienten å fortelle om sine tanker om sykdom og sykdomsutvikling.

P: men hadde en kjempe nedtur eh – i vår

S: jah, jah –

P: men legen var veldig skånsom mot meg

S: jah – jah – jah

P: han la det opp til meg – men ettertanken kom jo ganske – kom jo sigende på meg da...

Sykepleieren vrir samtalen over til å spørre pasienten om han var åpen mot omgivelsene, og pasienten svarer noe på dette. Sykepleieren går over til å informere om den medisinske behandlingen, og pasienten svarer med svake «ja» inntil han fortsetter med å fortelle at han også snakker med en prest om livet.

P: jeg har snakket en del med en prest . . . vi har hatt en god del samtaler om litt av hvert – mye rart og

S: jah

P: og han snakket litt om dette med å – – – det her med tida som har vært og – muligheten til å bruke tida sånn

Innimellom pasientens fortelling, ettertanke og vurderinger om mulige måter å bruke tida på framover, informerer sykepleieren om behandlingen. Pasienten lytter en stund, for så å fortsette med en ny sekvens med fortelling om samtaler han har hatt med andre omkring hans livssituasjon. Pasienten prøver å komme fram med usikkerhet og frykt for framtida ved å fortelle om sine samtaler med prest og om hvordan ettertanken kom etter en legesamtale. Han sier ikke dette direkte, men sender ut ufullstendige setninger «samtaler om livet... mye rart...». Sykepleieren svarer lite på disse utspillene, og vender flere ganger samtalen til å fortsette med informasjon om behandling.

Der pasientene startet fortellingen uten å bli oppfordret av sykepleieren til dette, forteller de om tanker og erfaringer fra første gang de fikk kreftdiagnosen, reaksjoner da og nå. Noen ganger skjer dette ved å avbryte sykepleierens tema om behandling og bivirkninger av behandling. Altså er pasienten opptatt med sin fortolkning av hendelser i kreftsituasjonen, og synes ikke å konsentrere seg om hva sykepleieren informerer om. Ved å gjenta «bekymringsmeldinger» fikk pasientene etter hvert snakke om sine beretninger og bekymringer. Vi kan derimot ikke vite om pasienter som ikke kom med slike gjentatte innspill, og som ikke kom med fortellinger, hadde behov for å fortelle og utvikle mening og mestringmåter.

Hvordan bidrar kreftsykepleiere?

Vi fant to måter kreftsykepleiere fulgte opp pasientens fortelling på: 1) «Svar på samtalerelasjonen» eller 2) «Svar på budskapene».

«Svar på samtalerelasjonen»

Kategori en var slik: Pasienten forteller. Sykepleieren svarer med små ytringer som ja...hm..., men samspiller ikke aktivt sammen med pasienten om utviklingen av fortellingen, slik som pasienten i eksempelet om å samtale med presten og at ettertanken kom sigende etter legesamtalen. I de narrative sekvensene i denne samtalen er det pasienten som starter fortellingen, og sykepleieren gir respons med korte ytringer. Pasienten stopper ganske fort å fortelle, og sykepleieren fortsetter med informasjon inntil pasienten på nytt starter en ny sekvens med fortelling. Sykepleieren avbryter ikke pasienten, men svarer med korte innspill som indikerer at hun deltar i samtalerelasjonen. Hun følger ikke opp innholdet i pasientens fortelling og utfordrer ikke pasienten til å fortelle videre. Pasienten stopper fortellingen. Pasienten lytter en stund til sykepleierens informasjon, og så starter han med neste narrative sekvens. Vi kan stille spørsmål om det er nok for pasientens bearbeiding og meningskonstruksjon at det er noen som lytter? Eller er det nødvendig at sykepleieren også er aktivt med i bearbeidingen av fortellingen?

«Svar på budskapene»

Det som derimot kjennetegner kategori to, er at sykepleieren responderer både med korte ytringer (hm eller ja), og med speiling og oppklarende og utfordrende spørsmål knyttet til innholdet i fortellingen.

P: den beskjedden var steinhard (Pasienten fikk for flere år tilbake beskjed om å ha en alvorlig kreftsykdom)

S: ja – ja – og den beskjedden du fikk den gangen –

P: mmm – den var steinhard den

S: var den steinhard den ja?

P5: jah

S5: kan du sette ord på den opplevelsen?

Sykepleierens speiling og aktive spørring førte til at pasienten kunne fortelle om sin tidligere sykehistorie, og knytte den sammen med den informasjonen han nå måtte ta inn om spredning av sykdommen. Han fikk muligheter til bearbeiding og meningsgskapning.

Sykepleierne viste interesse, støtte og aksept. De våget å være nær og samtale åpent om pasientenes psykososiale reaksjoner. I eksemplet under leiter pasienten etter grunner for at hun hadde fått spredning av sykdommen:

P: kanskje hvis jeg hadde tatt bort hele brystet første gangen så kanskje, ikke sant..

S: jah – det var veldig godt at du fikk spurt om det .. så legen kunne svare på det ...

P: det var ingenting – og så plutselig var det – har fått alt nå – fordi det ble sånn feil

S: det tror jeg at jeg ville ha tenkt også

Sykepleierne ga responser som skapte rom for refleksjon over hendelser, nå og tidligere. Et annet eksempel er i en situasjon der pasienten forteller parallellhistorier om andre som har fått kreft, og hvor sykepleieren viser støtte:

P: så hadde jeg to venninner som hadde brystkreft for mange år siden

S: jah

P: og dem fikk jo tilbakefall etter fem år begge to – med spredning til skjelettet – og begge døde.....

S: jah

P: så det har jo vært i bakhodet mitt da hele tida kan du si

S: jah – kor lang tid etter at dem fikk spredning til skjelettet levde dem da?

P: et års tid –

Sykepleieren lytter til pasientens fortelling, og stiller etter hvert utfordrende spørsmål om hvordan dette har virket inn på pasientens sykdomsopplevelser.

I situasjonene hvor sykepleierne oppfordret til og fulgte opp fortellinger, fikk pasientene mulighet til å arbeide med å konstruere mening og se sammenhenger i livssituasjonen. Her ble fortellingene lengre og mer fullstendige enn i samtalesekvenser hvor sykepleiere bare ga korte responser som respons på samtalerelasjonen.

Diskusjon

Studiens funn viser at pasientfortelling opptrer i polikliniske samtaler mellom kreftpasienter og kreftsykepleiere, og at det forekommer mer fortelling og mer fullstendige fortellinger når pasienter er i situasjoner med spredning eller mulig spredning, enn når pasienter har nyoppdaget kreft. I sistnevnte situasjon forekom ingen fullstendige fortellinger med alle typer strukturelementer (26,27). Det forekom orienteringer om forhold rundt hendelser, men disse ble ikke videre bygd opp til fullstendige fortellinger. Samtalekonteksten hvor det var tilløp til fortelling hadde karakter av at pasienten ut fra sin forståelseshorisont ga uttrykk for usikkerhet i denne livssituasjonen. I disse situasjonene synes sykepleierens hovedfokus å være å gi pasienten medisinsk informasjon om forestående behandling. I denne sammenheng kan det være avstand mellom to ulike forståelseshorisonter. Pasient og sykepleier nærmer seg lidelseseerfaringen ut fra ulike meningshorisonter (18), det levde livs horisont og den medisinske (32). Pasienten er den som er rammet av sykdommen, og lever med den. Sykepleierne kan ha en viss avstand til dette opplevde perspektivet, men har innsikt i sykdoms- og behandlingsproblematikk, forankret i en medisinsk forståelseshorisont; en medisinsk verden (6,15). I interaksjonen kan det bli en konflikt mellom ulike forståelseshorisonter, ulike stemmer; «voice of lifeworld» og «voice of medicine» (33). Møtet kan erfares som en konflikt mellom to måter å skape mening på (7, 6, 34). Pasienten kan motta mye medisinsk informasjon og streve med å integrere den i sin erfaringsverden ved å forsøke å oversette fra «voice of medicine» til voice of lifeworld». I situasjoner der pasienten blir behandlet for nyoppdaget kreftsykdom, kan det se ut som om sykepleierne er mindre oppmerksom på pasientens «voice of lifeworld». Studier viser at for pasienter i disse situasjonene er det av stor betydning å arbeide med emosjonelle reaksjoner, se sammenhenger i situasjonen (4, 5, 35) og erkjenne hva som kreves i dagliglivet med kreft (6, 9,16). Fortelling kan være et redskap for pasientens behov for meningskonstruksjon (1,2,3). Vi anbefaler derfor sykepleiere å være oppmerksom på disse pasientenes behov for å fortelle.

Vi fant fullstendigere narrativer i samtaler hvor pasientene var i situasjoner hvor de skulle ha behandling etter at det var oppdaget

spredning av kreftsykdommen, og en situasjon hvor det var mistanke om spredning, og hvor pasienten fikk beskjed av lege om at hans plager hadde andre årsaker. Ikke alle fortellinger var fullstendige. Uansett pasientenes situasjoner, viser funnene at for at fortelling skal begynne og forstette, er det ikke nok at sykepleieren spør pasienten «Hvordan har du hatt det?» Pasientene i dette materialet oppfattet ikke dette som en invitasjon til å fortelle. Kanskje blir slike uttrykk sett som en høflighetsfrase med hensikt å etablere en relasjon av betydning for samspillet som sådan? (20,21, 22,23). Sykepleierens «klare invitasjoner» til å fortelle eller også «gjentatte bekymringsmeldinger» fra pasientene, gjorde at fortellinger begynte og fortsatte. Dette skjedde enten ved at 1) sykepleieren ga uttrykk for at pasientens situasjonsopplevelse var et relevant samtaletema, eller 2) ved at pasienten selv gjentatte ganger forsøkte å bringe fram sin usikkerhet som samtaletema. Pasientene sendte ut ufullstendige budskap ved å avbryte sykepleierens tema, eller gjentok «bekymringsmeldinger» – «hva om dette ikke virker». Når sykepleierne ikke svarte på «bekymringsmeldingene» men snakket med «medisinens stemme», kunne pasientene erfare samtalen som en konflikt mellom to måter å skape mening på (25,6, 34). Deres bekymringer ble ikke hørt. Forståelse av situasjonen kan dempe bekymringene og hjelpe pasientene til å mestre situasjonen (1,2,4). Vår anbefaling er derfor at sykepleierne lytter oppmerksomt etter «bekymringsmeldinger», og følger opp slike når de forekommer, og at de utfordrer pasientene til å fortelle om det som bekymrer dem slik de oppfatter dette ut fra sin forståelseshorisont (15,5).

Vi fant to måter kreftsykepleiere fulgte opp pasientens fortelling på: 1) «Svar på samtalerelasjonen», og 2) «Svar på budskapet». Der sykepleierens måte var å «svare» på samtalerelasjonen, svarte hun med korte utsagn som «jaha» og «mhm». Dette medførte at pasienten ganske fort stoppet å fortelle. Opprettholdelse av relasjonen betyr mye (21,22), men syntes ikke å være tilstrekkelig for å utvikle mening gjennom samarbeid. I tillegg til å etablere kontakt, viser resultatene at sykepleieren må være aktivt innrettet mot budskapet i det pasienten forteller (21,23), og være bevisst på fortellingens betydning for pasientens meningskonstruksjon (6,5), ut fra hans forståelseshorisont (18). Der sykepleierens måte var «svar på budskapet» brukte de oppklarende og utfordrende spørsmål knyttet til innholdet i fortellingen. Slik kommunikasjon er målrettet (21,22), som hjelp for å arbeide med pasientens forståelse (23). Her trådte pasientens «voice of lifeworld» frem. Pasienten kunne fortelle om sin tidligere sykehistorie, og knytte den sammen med den informasjonen han nå måtte ta inn om spredning av sykdommen (10,11). Han fikk muligheter til bearbeiding og meningsskaping (12,13). Funnene viser at noen kreftsykepleiere følger opp pasientens narrative kommunikasjon på denne måten, mens andre ikke gjør det. Forskjeller synes ikke å bero på hvilke sykepleiere som samtaler, men å bero på hva som er pasientens situasjon. Sykepleierne opererer muligens ut fra to alternerende forståelseshorisonter alt etter hva som er pasientens sykdomssituasjon. Primære kreftsituasjoner synes å forstås medisinsk og ikke som en ny livserfaring som krever utvikling av ny forståelse. I situasjoner med spredning eller usikkerhet om spredning trer sykepleiefagets fokus på pasientens liv og situasjonsforståelse inn som forståelseshorisont. Her synes sykepleiefagets primære fokus (19,20, 36) og humanistiske forståelseshorisont å tre frem. Hvorfor lytter ikke sykepleierne aktivt til pasientens «voice of lifeworld» før de er i situasjoner med spredning av kreften? En mulig årsak kan være prioritering av oppgaver; pasientens fortelling «krever sin tid». Dette kan forringe samtalskvalitet, da den gode samtalen baserer seg på pasientens livsverden, og bygge på hans hverdagerfaringer (33). Vi vet ikke hva som var grunner for sykepleierens ulike fokus og oppfølging av fortellinger, men kunnskap om denne forskjellen er viktig informasjon til praksisfeltet. Krever pasientens behov for medisinsk informasjon og hans behov for å komme fram med sin «voice of lifeworld» og utvikle sin forståelse, at sykepleieren kan kommunisere på slik måte at det bygges bro mellom tre forståelseshorisonter; livsverden, sykepleien og medisinsens forståelseshorisonter? Studien viser behov for økt fokus mot og bevisstgjøring av sykepleiers stemme og måter å kommunisere på, i møte med kreftpasienter som er i ulike sykdomssituasjoner.

I undersøkelsen er det brukt lydband, og ikke video; slik at informa-

sjon om den visuelle delen av non- verbal kommunikasjon går tapt. Begrunnelsen er faglig etisk vurdering av deltakernes situasjon. Denne tilnærmingen medførte at samtaler ble naturlige, og informantene sa etterpå at de hadde glemt den lille optakeren.

Konklusjon

Studiens funn ga innsikt i kontekster for pasienters narrativer i samtale med kreftsykepleiere i poliklinikker, og hvordan samtalepartenes forståelseshorisonter og sykepleierens relasjonelle eller målorienterte kommunikasjon bidrog til at fortellinger begynte og utviklet seg. Denne kunnskapen har betydning for utvikling av kvalitet i samtaler i praksis. For å få mer kunnskap om fortellingens betydning for pasientenes utvikling av forståelse og måter å mestre kreftsituasjonen på, er det behov for mer forskning.

Godkjent for publisering 14.05.2008

Førstelektor Sigrud Lerstad Thorsnes, Høgskolen i Ålesund, NO – 6025 Ålesund, slt@hials.no
Førsteamanuensis Hildfrid V. Brataas, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Hildfrid.Brataas@hint.no

Referanser

- Van Der Molan B. Relating information needs to the cancer experience 2. Themes from six cancer narratives. *European Journal of Cancer Care* 2000; 9:48–54.
- Bronna D.R, Thompson B.E. Meaning Construction in Palliative Care: The Use of Narrative, Ritual and the Expressive Arts. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2006; 23:309–316.
- Lazarus R.S, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
- O'Connor A, Wicker C, Germino B. Understand the cancer patient search for meaning. *Cancer Nursing* 1990; 3:167–175.
- Carlick A, Biley F.C. Thoughts on the therapeutic use of narrative in the promotion of coping in cancer care. *European Journal of Cancer care* 2004; 13:308–317.
- Hydèn L.Ch. Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness* 1997; 1:48–66.
- Clark J.A., Mishler E.G. Att hantera patienters berättelser. En ny syn på läkarens uppgift. I: Hydèn L. Ch, Hydèn M.(red). Att studera berättelser. Stockholm: Liber AB; 1997:127–172.
- Kovero C. Självvet i förändring relation till omskakade eller ödesdigra erfarenheter. *Vård i Norden* 2007;1:9–14.
- Brataas H.V. Pasientfortelling i klinisk praksis. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 2002; 2:90–106.
- Dahlberg K, Drew N, Nyström M. Reflective Lifeworld Research. Lund: Studentlitteratur; 2001.
- Frid I, Ölhèn K, Bergbom I. On the use of narratives in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 3:695–703.
- Bruner J. Utdanningskultur og læring. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1997.
- Johansson A. Narrativ teori och metod. Lund: Studentlitteratur; 2005.
- Fagermoen M.S. Fortellinger som datakilde i forskning. *Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning* 2001; 2:68–80.
- Svенеaus F. Sykdommens mening – og møte med det syke mennesket. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag; 2005.
- Gwyn R. Communicating Health and Illness. London: Saga Publications; 2002.
- Lazarus R.S. Stress and emotion. A new synthesis. New York: Springer Publishing Company; 1999.
- Gadamer H.G. Sandhet og metode. Århus: Systime Academic; 2004.
- Kim H.S. Structuring the Nursing Knowledge System: A Typology of Four Domains. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, An International Journal* 1987; 2:99–110.
- Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1971.
- Hargie O, Dickson D. Skilled Interpersonal Communication: Research, Theory and Practice. London: Routledge; 2004.
- Allgood E, Kvalsund R. Persons-in-Relation: Dialogue as Transformative Learning in Counselling. Department of Education: The Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway; February 2005
- Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker... – Om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
- Polit D.F, Beck C.T. Nursing Research: principles and Methods, 7th ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Hyden L.Ch. De olika berättelserna. I: Hydèn L.Ch. Hydèn M (red.) Att studera berättelser. Falköping: Liber AB; 1997:9–30.
- Riessman C.K. Berätta, transkribera, analysera. I: Hydèn L. Ch, Hydèn M. (red). Att studera berättelser. Stockholm: Liber AB; 1997: 127–172.
- Fagermoen M.S. Narrativ analyse – en metoddiskusjon. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* 2003; 1:3–17
- Mc Chance T.V, McKenna H.P, Boore J.R.P. Exploring caring using narrative methodology: an analysis of the approach. *Journal of advanced Nursing* 2001; 3: 350–356.
- Mason J. Qualitative Researching. 2nd ed. London: Sage; 2002.
- Olsen H. Veje til kvalitativ kvalitet? – Om kvalitetssikring av kvalitativ intervjuforskning. *Nordisk Pedagogikk* 2003; 1:1–20.
- Fagermoen M.S. Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* 2005; 2:40–54.
- Toombs K.S. The meaning of illness: a phenomenological approach to the patient-physician relationship. *Journal of Medical Philosophy* 1987; 3:219–240.
- Mishler E. The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews. Noorwood, NJ: Ablex; 1984.
- Ekman I, Scott C. Developing clinical knowledge through a narrative-based method of interpretation. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2005; 3:251–256
- Sægrov S, Halding A.G. What is it like living with the diagnosis of cancer? *European Journal of Cancer Care* 2004; 13:145–153
- Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. Clinical wisdom and interventions in critical care. A thinking-in-action approach. Saunders, Philadelphia; 1999.