



Tittel på norsk:

Kva trenger du no?

«Korleis kan behova til unge vaksne med malignt melanom bli ivaretatt i møte med helsepersonell?»

Tittel på engelsk:

What do you need?

«How can the needs of young patients with malignant melanoma be maintained in meeting with health care professionals?»

Kandidatnummer: 13

VID vitenskapelig høgskule

Haraldsplass, Bergen

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i kreftsjukepleie

Kull: Heiltid 2018/2019

Antall ord: 8704

Innleveringsfrist: 30.04.2019

Samandrag

Hensikt:

Hensikta med oppgåva har vore å undersøke kva behov unge pasientar med malignt melanom har, og korleis desse behova blir møtt av helsepersonell.

Metode:

Dette er eit litteraturstudie. Det er gjort søk i ulike databasar som PubMed, CINAHL, SveMed og PsychInfo. Ulike kombinasjoner av MESH-ord og tekstord har blitt brukt for å finne relevante artiklar. Artikkelsøk har blitt satt til siste ti år for å nyaste forskning.

Hovudfunn:

Pasientar med malignt melanom skil seg frå andre krefttypar, då gjennomsnittsalderen er yngre hjå denne pasientgruppa. Dei som får diagnosen kan ofte vere på ein plass i livet der dei framleis er i jobb og har små born som dei tar seg av. Å få ein livstrugande diagnose kan føre til bekymringar. Fleire artiklar peiker på at det ikkje er stadie av sjukdom som avgjer kor store behov pasientane har, men fleire peiker på alder, arbeid og andre utfordringar som er disponerande faktorar for auka behov. Av dei behova som kjem fram er det behovet for å bli møtt, få informasjon, få støtte og å oppleve meistring som peikar seg ut som dei viktigaste.

Konklusjon:

Unge vaksne med malignt melanom har behov som ikkje vert møtt. Helsepersonell bør i større grad finne tilnærmingar for å betre måten ein møter desse pasientane.

Forsking på unge vaksne med malignt melanom og psykososiale behov er eit tema som bør prioriterast i framtida.

Abstract

Purpose:

The purpose has been to find the needs that young adults with malignant melanoma have and if these needs are being met by health care professionals.

Method:

This is a literature study. Different databases, like PubMed, CINAHL, SveMed and PsychInfo has been used, with different combinations of MESH-terms and textwords. The search has been limited to the last ten years, to get the latest research available.

Key findings:

Patients with Malignant Melanoma are different from other cancer patients, because of generally younger age. At the time of diagnosis, some patients may still be active at work and some may have children relying on them. A life-threatening diagnosis may lead to several worries. Some of the articles claim that the stage of the cancer is not related to the amount of needs. Their age, if they are still working and if they have other challenges are factors that may increase the patients needs. The need for communication, information, support and to cope with the diagnosis are the needs that are being mentioned the most.

Conclusion:

Young adults with malignant melanoma have needs that are being unmet, and the health care professionals should find solutions to improve the way they meet these patients.

Research regarding young adults with malignant melanoma and psychosocial needs should be more prioritized.

Innhald

1.0 Innleiing	5
2.0 Metode	6
2.1 Framgangsmåte	6
2.2 Litteratursøk	6
2.3 Kildekritikk	7
3.0 Teoridel	8
3.1 Malignt Melanom.....	8
3.2 Behov hjå unge pasientar med MM.....	8
3.2.1 Behov for kommunikasjon med helsepersonell	9
3.2.2 Behov for informasjon	10
3.2.3 Behov for støtte.....	11
3.2.4 Behov for å meistre	12
3.3 Krise.....	14
3.4 Oppleving av samanheng	14
3.5 Administrasjon og leiing.....	15
4.0 Drøftingsdel	16
4.1 Behov for å kommunikasjon med helsepersonell	16
4.2 Behov for informasjon	20
4.3 Behov for støtte.....	21
4.4 Behov for å meistre	24
5.0 Konklusjon.....	26
6.0 Referanser	27
Vedlegg	30
Vedlegg 1 - Søkeshistorikkskjema	30
Vedlegg 2 - Oversikt over inkluderte artiklar	34

1.0 Innleiing

Dei seinare åra kan ein sjå at førekomsten av malignt melanom (MM) har vore aukande (Bratland, 2017, s. 723) I 2017 var det registrert 2222 nye tilfelle av MM i Noreg (Kreftregisteret, 2018). Ser ein på verda totalt, er Noreg blant dei landa med flest tilfelle per innbyggjar, berre slått av Australia og New Zealand (Global Cancer Observatory, 2018).

Frå eg starta å jobbe på ei kreftavdeling i 2013, har MM fanga mi interesse. Det overraska meg kor aggressiv denne sjukdommen kunne vere. Særleg gjorde det inntrykk å møte unge pasientar med denne alvorlege diagnosen. Det har difor vore spanande å følgje med på den utviklinga som har vore dei siste åra med tanke på behandlingsmoglegheiter som målretta behandling og immunterapi, og korleis effekten av behandlinga har påverka overlevinga blant dei pasientane med metastasert sjukdom.

Det eg lurar på, er om me som helsepersonell er flinke nok til å imøtekomme dei behova som unge vaksne med MM har, og om vårt møte med desse pasientane i tidleg fase har noko å seie for pasientane seinare. Derfor vil eg i denne oppgåva fokusere på følgjande problemstilling:

«Korleis kan behova til unge vaksne med malignt melanom bli ivaretatt i møte med helsepersonell?»

Avgrensingar og presiseringar:

I denne oppgåva vil eg ikkje gå inn på detaljer ved MM og ulike stadia ved kreftdiagnosen. Det vil ikkje vere fokus på behandlinga av sjukdommen, ei heller på effekt og biverknadar som kan følgje behandlinga. Målet med oppgåva er å sjå på kva forskinga finner av behov hjå unge pasientar med MM. Blir desse behova møtt av helsepersonell? Seier forskinga noko om kva meistringsstrategiar som vert brukt? Er det noko helsepersonell kan gjere for å møte denne pasientgruppa på ein betre måte?

Fokuset i denne oppgåva vil i hovudsak vere på pasientar i møte med helsepersonell på sjukehus, og det vil i mindre grad handle om pårørande og familien til pasienten. Som utgangspunkt har eg forsøkt å finne forsking på unge vaksne og begge kjønn.

Eg vil sjå litt på kva litteraturen seier om meistringsstrategiar, informasjon og kommunikasjon. Dette vil eg drøfte opp mot resultata frå forskinga som eg har funne, og sjå om det er noko som kan bli gjort annleis i praksis.

2.0 Metode

2.1 Framgangsmåte

Dette er eit litteraturstudie. I ei litterær oppgåve hentar ein data frå fagkunnskap, forskning og teori som er tilgjengeleg frå før (Dalland, 2017, s. 208). I følgje Aveyard brukar ein systematisk litteratursøk for å finne forskning og litteratur under eit bestemt emne. Relevant litteratur skal tolkast og analyserast i forhold til den problemstillinga ein ønsker å belyse. Å få innsikt i det aktuelle temaet ved å setje forskning og litteratur i samanheng, er ein fordel med litteraturstudie (Aveyard, 2014, s. 2).

2.2 Litteratursøk

Det er søkt etter forskning i ulike databasar, som t.d. CINAHL og PubMed. I søk etter forskning er det brukt ulike MESH- og tekstord. Døme på MESH-ord er Melanoma, young adults og Psychosocial support. For å sjå søkehistorikk skjema med dei ulike kombinasjonane som er brukt og treff ved desse kombinasjonane, sjå vedlegg 1.

For å få den nyste forskinga avgrensa eg søket til 2009-2019. Dette er fordi eg ønska det siste innanfor forskning på kreftfeltet. Under søkeprosessen viste det seg at psykososiale behov hjå pasientar med MM har vore lite forska på, og i enda mindre grad finn ein forskning som spesifikt handlar om yngre pasientar med MM. Dette til tross for at fleire artiklar peiker på at det er naudsynt med meir forskning på behov til pasientar med MM og kjensler dei har kring diagnosen (Meyer et al., 2017; Bird, Coleman & Danson, 2015, s. 937-947).

I følgje Fischbeck et al. og Loquai et al. er avansert sjukdom ikkje nødvendigvis assosiert med meir behov. Eg valte derfor å inkludere artiklar som omhandla stadie 1 på lik linje med avansert MM, fordi nokre av bekymringane og behova er felles (Fischbeck et.al, 2015; Loquai et al., 2013).

I arbeidet med oppgåva har eg leita etter teori i anna faglitteratur. Eksempel på desse bøkene er «Helsens Mysterium» av A. Antonovsky og «Å samtale med kreftpasienter og deres familier» av A. Faulkner og P. Maguire. Sistnemnte bok kom ut i 1998, men eg valte likevel å inkludere denne boka på tross av at den er 20 år gamal. Grunnen til dette er fordi eg føler det som blir skriven framleis er relevant.

Eg har også søkt i lovdata for lover som underbygger tematikken. I tillegg har eg søkt etter retningslinjer på helsedirektoratet si nettside.

2.3 Kildekritikk

Det er i følge Dalland to sider ved kildekritikk. Den første handlar om litteratursøking og den andre om å gjere rede for valt litteratur. Kildekritikk går ut på å vurdere litteraturen som er funnen (Dalland, 2017, s. 152-158).

Ved litteratursøket fekk eg mange treff i ulike databasar. Etter å ha avgrensa søket til siste ti år, og funne dei kombinasjonane eg følte gav relevante artiklar starta eg med å lese samandraga, med fokus på resultat og metode. Artiklar som ikkje omhandla det temaet eg ønska å sjå nærmare på vart ekskludert, det same med artiklar på andre språk enn norsk og engelsk. Det kan vere ein svakheit at eg leitar etter fakta som underbygger det eg vil fram til, og ikkje får med meg fakta som underbygger det motsette. På grunn av at engelsk ikkje er mitt første språk, kan aktuelle artiklar blitt ekskludert pga. feiltolking av innhaldet, dette kan føre til at relevant informasjon ikkje har blitt forstått. Ein anna svakheit er at ingen av dei inkluderte artiklane er frå Noreg, ein kan derfor ikkje garantere relevans.

Fordi eg har ekskludert artiklar frå før 2009, kan det ha ført til at eg har gått glipp av gode artiklar som er meir enn ti år gamle. Kritikkk til søkinga kan vere val av ord. Det kan vere andre ord enn dei som er brukt som hadde vore betre å bruke, i tillegg kan det vere andre søkekombinasjonar som ikkje er tenkt på, men som kan føre til andre meir relevante artiklar hadde dukka opp.

Sjå vedlegg 2 for oversikt over dei inkluderte artiklane, den inkluderer presentasjon av artiklar, forfattarar, metode, mål med studie og egne kommentarar.

3.0 Teoridel

3.1 Malignt Melanom

MM er ein form for hudkreft, men kan også oppstå i auge eller slimhinner. Det er ein av kreftformene i Noreg som har auka mest dei siste åra, og er den nest vanlegaste kreftforma hjå begge kjønn i aldersgruppa 25-50 år. Auke i førekomst kan sjåast i samanheng med endra levevaner med meir soleksponering (Gjersvik, 2018, s. 368).

Den viktigaste årsaka til MM er UV-stråling frå sol. Størst risiko ved korte intense eksponeringar som fører til solbrentheit, særleg i ung alder. Andre risikofaktorar kan vere lys hudtype, mange føflekkar, atypiske føflekkar og solariumsbruk.

Det finnes tilfelle av familiær opphoping av MM som skuldast feil i til dømes CDKN2A- eller CDK4-genet. Desse genfeila kan føre til multiple primærsvulstar, ofte i ung alder (Gjersvik, 2018, s. 368; Helsedirektoratet, 2018; Geisler et al., 2013, s. 2155).

I følgje Gjersvik (2018) er hovudbehandlinga av MM er kirurgi. Ein fjernar lesjonen med margin på 2-5 mm og sender materialet til histologisk undersøking. Her finner ein tjukkeleik på lesjonen og type melanom, som gir sikker diagnose. Tjukkeleik på lesjon er avgjerande indikator for prognose, og er avgjerande for vidare eksisjon. Ved forstørra lymfeknutar vert ein henvist til biopsi. Finner ein metastasar i lymfeknuten vil det bli utført lymfeknutereseksjon. Oppfølginga av pasientar avhenger av tjukkeleiken på lesjonen. Ved påvist fjernmetastase vert pasienten henvist til onkolog. Fram til for eit par år sidan har behandlingmoglegheitene vore stråling og cellegift, med dårlege resultat. Det har dei siste åra kome fleire lovande medikament, som t.d. ulike typar immunterapi og BRAF-hemmar, som har betra langtidsoverlevinga til MM-pasientar med fjernmetastasar (Gjersvik, 2018, s. 368-370). MM er den dødelegaste typen hudkreft, men har god prognose om den vert oppdaga tidleg (Bonnaud-Antignac, Bourden, Dreno & Quereux, 2017, s. 45-53).

3.2 Behov hjå unge pasientar med MM

MM er ulik frå andre diagnosar, då gjennomsnittsalderen er yngre hjå denne pasientgruppa. Dette impliserer at dei som får diagnosen ofte kan vere på ein plass i livet der dei er aktive på jobb og har små born. Å få ein livstrugande diagnose kan då føre til bekymringar (Loquai et al., 2013). I følgje Kalbfleisch, Cyr & Nyhof-Young (2015) er det fleire aspekt som vert påverka av ei MM-diagnose, som til dømes identitet, sjølvbilet, velvære og forhold

(Kalbfleisch, Cyr & Nyhof-Young, 2015, s. 60-65). I oversiktsartikkelen av Dunn, Watson, Aitken & Hyde (2017) kjem det fram at dei mest vanlege umøtte behova til pasientar med MM er behov for kommunikasjon med helsepersonell, behov for informasjon, behov for støtte og behov for å utvikle meistringsstrategiar (Dunn, Watson, Aitken & Hyde, 2017, s. 1722-1732).

3.2.1 Behov for kommunikasjon med helsepersonell

Bird et al. (2015) peiker på at pasientar med MM ikkje føler seg trudd. Dei må sjølv etterlyse hjelp og undersøkingar. Dei ønsker å bli tatt alvorleg av helsepersonell, og ikkje forsikra på at noko går bra utan at det blir utført undersøkingar (Bird et al., 2015, s. 937-947).

Forskinga til Mayer et al. viser at helsepersonell kan ha problem med å identifisere kva pasientar som trenger hjelp, og foreslår eit sjølvevalueringsskjema til pasientar (Mayer et al., 2017).

Det kjem fram i forkinga til Stamataki et al. (2015) at fordi helsepersonell ikkje fangar opp behova til pasientar med MM, vert ikkje behova tilnærma på ein tilfredsstillande måte. Tilbod som eksisterer blir ikkje brukt fordi helsepersonell ikkje informerer om dei (Stamataki et al., 2015, s. 779-789).

For å bygge tillit mellom helsepersonell og pasient er god samtale naudsynt. Den er viktig for å innhente naudsynt informasjon, møte pasientar sine kjenslereaksjonar og for å sikre at det vert tatt riktige avgjersler om diagnostisering og behandling. Ved å legge merke til stikkord i samtale med pasient, kan viktig informasjon bli plukka opp (Faulkner & Maguire, 1998, s. 35). Dahl (2017) beskriver fire perspektiv som er viktig å fange opp i samtale med pasient, det somatiske-, det sosiale-, det psykiske- og det åndelege/eksistensielle perspektivet (Dahl, 2017, s. 37-39).

Falk (2016) beskriver at vanskelege samtaler kan skuldast helsepersonellens frykt for å kjenne på hjelpelausheit ovanfor situasjonen, og at noko kan virke innvikla fordi ein prøver å vri seg unna. Det er vanskeleg for helsepersonell i den åndelege/eksistensielle-samtalen, å kjenne på smerta til pasientar (Falk, 2016, s.21-22).

Cullberg (2007) skriv at ei terapeutisk haldning er noko ein må jobbe mot. Det er eit uttrykk for yrkesbevisstheit, der ein bør ha kunnskap om pasienten sin situasjon, eigne psykologiske reaksjonar ovanfor det arbeidet ein utfører, korleis kommunikasjon fungerer og korleis det

påverkar dei ulike faktorane. Det er tre eigenskapar som er viktige for å nærme seg eit slikt ideal: kunnskap, empati og sjølvvinnings (Cullberg, 2007, s. 144-160).

Det er to ting helsepersonell bør vere bevisst på når det kjem til kommunikasjon, i følgje Dahl (2017). Det første er at det er umogleg å ikkje kommunisere. Det andre er at all kommunikasjon har ein innhaldsdel og ein relasjonsdel. Ved å gi informasjon til pasientar, vil helsepersonell samtidig skape ein relasjon. Det kan vere lett for helsepersonell å tenke på fakta i formidlinga av informasjon og ikkje på måten, samanhengen, tonefallet og kroppsspråket som vert formidla (Dahl, 2017, s. 38).

3.2.2 Behov for informasjon

I følgje Fischbeck et al. (2015) kan pasientar med MM mangle moglegheita til å snakke om sine problem. Omsorgsbehov vert ikkje oppdaga og støttetiltak vert ikkje iverksett. Forskinga viser at 1/3 treng psykisk støtte 5 år etter diagnosen, og hovudbekymringa er tilbakefall av sjukdom. Denne artikkelen drar fram ung alder, fatigue, meir symptombyrde og manglande informasjon som faktorar som disponerer for behov for auka støtte. I tillegg peiker artikkelen på at nokre pasientar har skyldkjensle for å ha påført seg sjølv sjukdom (Fischbeck et al., 2015).

Pasientar med MM ønsker å bli behandla som individ. Behandling og informasjon skal tilpassast den enkelte sine behov. For at pasientar skal ta rett avgjersle, må helsepersonell informere tydeleg. Dersom pasientar ikkje forstår informasjonen om hjelpetilbod som helsepersonell gir, kan pasienten tenke at dei ikkje har behov for desse tilboda (Bird et al., 2015, s. 937-947; Meyer et al., 2017).

Informasjon, er i følgje Dunn et al. (2017) eit behov som ikkje vert tilstrekkeleg dekkja hjå pasientar med MM. Det er viktig for pasientgruppa at informasjonen er klar, korrekt og kjem til rett tid (Dunn, 2017, s. 1722-1731).

Å finne ut kva informasjon pasientar har behov for, er i følgje Faulkner og Maguire (1998) ei av hovudoppgåvene til helsepersonell. Å rettleie pasient utan å krenke pasienten si eiga forståing av kreftsjukdom samt moglegheiter som føreligger, krev kunnskap frå helsepersonell si side (Faulkner & Maguire, 1998, s. 76-79).

I følgje Benner og Wrubel (2001) bør haldninga til helsepersonell vere å informere pasientar på ein klar måte, men samtidig moderert ut frå kva pasienten spør om. Informasjon skal bli

gitt på ein klar og tydeleg måte, og helsepersonell skal sørge for å sjekke at pasienten har forstått innhaldet av informasjonen (Benner & Wrubel, 2001, s. 286).

Pasient- og brukarrettighetslova (1999) seier at pasienten skal ha naudsynt informasjon for å ha innsikt i eiga helsetilstand og kva helsehjelpa inneberer. Informasjonen skal tilpassast den enkelte sine evner til å gi og få informasjon, både når det gjelder kunnskap, forutsetningar, alder og liknande. I tillegg skal helsepersonell sørge for at informasjonen er forstått. Gitt informasjon skal dokumenterast i journal (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, § 3-1, § 3-2 og § 3-5).

Dahl (2017) seier at utfordringane til kreftpasientar kan endre seg etter kor pasientane er. Ved diagnosetidspunktet listar han opp desse utfordringane: frykt for tilbakefall, depresjonssymptom, trøytteleik, kognitive problem, smerter, spesifikke biverknadar, finne fordelar og kome tilbake i jobb (Dahl, 2017, s. 31 - 45).

3.2.3 Behov for støtte

Bourdon et al. (2016) si forskning viser at pasientar med ulik diagnose har behov for ulik informasjon og oppfølging. Resultatet var at pasientar med MM sine måleresultat på livskvalitet betra seg seinare samanlikna med pasientar med brystkreft. Det kom fram i forskinga at yngre pasientar opplever større påkjenning ved diagnose, og at det å leve med partner var forbundet med dårlegare livskvalitet (Bourdon et al., 2016, s. 1969-1979).

I følgje Bonnaud-Antignac et al. (2017) får pasientar med MM mindre sosial støtte og empati frå både nettverk og helsevesen. Dei setter dette i samanheng med at denne pasientgruppa ofte kan sjå friske ut og fordi diagnosen MM ikkje inkluderer ordet kreft (Bonnaud-Antignac et al., 2017, s. 45-53).

At andre trur på og møter bekymringane pasientar med MM har, både i forkant og etterkant av diagnosen, er ein av tre ting Bird et al. (2015) fann i si forskning. Pasientar fortale at dei valde kven dei kunne dele bekymringar med ut frå kven dei følte ikkje såg på dei som ei byrde. Pasientar kan sjå på helsepersonell som hovudpersonen når det kjem til støtte. Det kjem fram at få pasientar snakkar med andre med same diagnose, til tross for at dei som gjer det ofte har positive kjensler kring dette (Bird et al., 2015, s. 937 -947).

I følgje Loquai et al. (2013) rapporterer yngre pasientar og dei som framleis er i jobb større misnøye samanlikna med eldre og pensjonerte. Problema dei rapporterte var praktiske

problem, særleg på jobb og familieproblem. Å måle psykologisk misnøye hjå yngre pasientar og dei som er i jobb kan vere nyttig (Loquai et al., 2013).

Dunn et al. (2017) beskriver pasienten sin partner, familie og vener som dei viktigaste støttespelarane. Andre funn i artikkelen seier at pasientar fryktar dei støytar vekk støttespelarane sine ved å snakke om behov, og deler derfor ikkje bekymringar. Andre pasientar opplever at kollegaer og sjefar ikkje forstår belastinga ved sjukdom, og ikkje får ønska støtte på jobb (Dunn et al., 2017, s. 1722-1731).

Faulkner og Maguire (1998, s. 78) skriv at det er viktig at helsepersonell ikkje vert skremt av fortvilninga som kan oppstå når pasientane får ei diagnose, men våger å oppfordre pasientar til å snakke om fortvilninga og slik opnar for at pasienten kan snakke om det ein føler. I følgje Dahl (2017, s. 45) viser det seg i praksis at helsepersonell ikkje oppfordrar pasientar til å uttrykke kjensler. Uttrykk vert oversett og avstanden mellom helsepersonell og pasient aukar for å gi signal om at kjensler ikkje har plass i samtalen. Faulkner og Maguire (1998, s. 32) peiker også på at å distansere seg frå pasient og pårørande er ein vanleg reaksjon hjå helsepersonell. Dette kan gjerast på ulike måtar, som til dømes å gi for tidleg forsikringar, falske forsikringar, snakke om andre ting eller ansvarsfråskriving (Faulkner & Maguire, 1998, s. 32 – 78; Dahl, 2017, s. 45).

3.2.4 Behov for å meistre

Pasientar med MM kan utvikle stress og frykt for tilbakefall, til tross for tidleg diagnostisering og med gode prognosar, i følgje Bonnaud-Antignac et al. (2017). Meistringstrategiar i forhold til stress ved diagnose har samanheng med forskjellar i pasientane sine psykologiske tilpassingar og livskvalitet. Funn ved studie til Bonnaud-Antignac et al. (2017) viser at pasientar med MM som prøver å finne det positive ved diagnosen har betre livskvalitet etter to år. Å tilpasse seg er positivt assosiert med velvære, posttraumatisk vekst og positiv endring i oppførsel. Positive meistringstrategiar kan få pasientar til å finne meining i stressfulle hendingar (Bonnaud-Antignac et al., 2017, s. 45-53).

Vidare seier Bonnaud-Antignac et al. (2017) at dess meir pasientar gav opp forsøket om å meistre sjukdom innan første månad etter diagnose, dess meir opplevde dei redusert kognitiv funksjon etter to år. Pasientar som gav opp å forhalda seg til situasjonen rapporterte meir påtrengande tankar og dei som hadde tendens til å isolera seg hadde dårlegare livskvalitet, velvære, større påkjenningar, meir angst og depresjonssymptom. Studien peiker på

samanheng mellom pessimisme og tendens til å gi opp å handtere sjukdommen. Vidare viser studien at dess meir positiv ein var ved diagnositidspunkt, dess lågare emosjonell funksjon hadde pasienten etter to år (Bonnaud-Antignac et al., 2017, s. 45-53).

Bird et al. (2015) seier at pasientar ønsker å bruke sjølvsjekk og mangel på symptom som ei forsikring på at sjukdom er stabil. Pasientar som er negativt innstilt og slit med å uttrykke kjensler, har større sannsynlegheit for å ha dårlegare helsestatus samanlikna med andre personlegdomstypar. Vidare kjem det fram at pasientar kan oppleve frykt for konsekvensane av sjukdom, og at dei ikkje føler seg modige nok til å takle sjukdommen ved diagnositidspunktet. Angsten er verst ved starten av diagnosen, og forsvinner etterkvart (Bird et al., 2015, s. 937-947).

I følge til Kalbfleisch et al. (2015) kjem det fram at meistringsstrategiane pasientar med MM brukte var å akseptere, aktivt meistre og bruk av emosjonell støtte. Pasientar med høgare grad av sosial støtte meistra å tilpasse seg i større grad enn dei med mindre støtte (Kalbfleisch et al., 2015, s.60-65).

I forkinga til Beesley et al. (2017) var det større behov hos den pasientgruppa som ikkje hadde hatt MM tidlegare. Dei setter dette i samanheng med at ein lærer å leve med sjukdom over tid, og difor er betre rusta til å takle sjukdommen (Beesley et al., 2017, s. 93-102).

Dunn et al. peiker på at pasientar som opplever tilbakefall hadde førebudd seg på denne moglegheita, og følte mindre sjokk over tilbakefallet enn då dei fekk diagnosen for første gong. Meistringsstrategiar som er mest vanleg hjå pasientar med MM er distraksjon, å vike unna, fornektning, ta kontroll over situasjonen, tenke positivt, omprioritere, finne meining og religion/spiritualitet (Dunn et al., 2017, s. 1722-1731).

I følge Dahl (2017) handlar meistring om å oppleve kontroll over følgjene som kjem med ei belastning. Meistringa vert aktivert når belastninga setter inn, men vert påverka av personlegdomsbaserte forhold frå tidlegare. Dahl (2017) beskriver tilnærming og vike frå som to grunnleggande meistringsstrategiar. Tilnærming vil vere å aktivt søke etter og gjere noko med belastninga. Å vike frå kan vere passiv og aktiv, der ein ved passiv lar ver å gjere noko med belastninga, og ved aktiv nektar for eller flyktar frå røynda. Forsvarsmekanismar vert aktivert når belastninga truar vår psykologiske likevekt. Forsvarsmekanismar har ein del til felles med meistringsstrategiar, men er i praksis mindre bevisste og dermed mindre viljestyrte (Dahl, 2017, s. 64 - 67).

3.3 Krise

Falk (2016) beskriver krise som ein reaksjon på tap eller trussel på tap av noko som er av betydning på vedkommande. Krise kan oppstå ved til dømes sjukdom, men også elles i livet ved utvikling. Ei krise trenger ikkje å vere forbundet med noko ein må kvitte seg med, men kan føre til vekst og utvikling hjå ein person (Falk, 2016, s. 16-17).

Cullberg (2007) seier at jo svakare identitet og sjølvkjensle, dess lettare kan psykiske reaksjonar oppstå. Ei traumatisk krise kan delast inn i fire naturlege fasar, der fasane har ulike eigenskapar og problem. Dei ulike fasane har ingen naturleg skille og kan gli i kvarandre, eventuelt kan ein av fasane mangle. Dei ulike fasane er sjokk-, reaksjon-, bearbeiding- og nyorienteringsfasen (Cullberg, 2007, 129-130).

Helsepersonell kan ofte møte pasientar i sjokkfase i forbindelse med ny diagnose. Rolla til helsepersonell kan vere å støtte pasientar sine egne ressursar, slik at overgang frå akutt reaksjonsfase får ein naturleg overgang til bearbeiding- og nyorienteringsfasen (Cullberg, 2007, s. 142-143).

3.4 Oppleving av samanheng

For å forstå utgangspunktet til Antonovsky (2012) må ein forklare forskjellen på patogenese og salutogenese. Der førstnemnte legger vekt på årsaker til sjukdom, legger salutogenesen vekt på kva som fremjar god helse og gir enkeltindivid auka meistring og velvære. Innanfor denne teorien har helse med haldning til å takle stress og uventa forhold. Denne haldninga kalla Antonovsky for oppleving av samanheng (OAS) (Antonovsky, 2012, s. 29-38).

Antonovsky (2012) meiner at jo sterkare OAS, dess betre kan ein meistre stress og slik bevare sin plass i kontinuumet mellom helse og uhelse.

Han beskriver tre komponentar som går igjen hjå dei med sterk OAS, begripelegheit, handterbarheit og meiningsfullheit.

Begripelegheit handlar om i kor stor grad ein forstår betydninga av stimuli ein vert utsett for, både i det indre og ytre miljøet.

Handterbarheit handlar om den grad ein opplever at ein har ressursar tilgjengeleg for å takle dei krava som kjem av stimuli ein vert utsett for.

Meiningsfullheit handlar om å ha områder i livet som er viktige og gir mening (Antonovsky, 2012, s. 38-41).

3.5 Administrasjon og leiing

Leinga omfattar kartlegging av pasientar sine behov for sjukepleie, planlegging av verksemda, målstyring og budsjettansvar (Reitan, 2017, s. 45).

Helsepersonellova (1999) §16 seier at verksemda skal organiserast slik at helsepersonell er i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter. I §4 står det at arbeidet skal utførast i samsvar med dei krav til fagleg forsvarlegheit som kan forventast ut frå kvalifikasjonar, arbeidets karakter og situasjonen elles (Helsepersonelloven, 1999, §4 og §16).

For at ein skal sikre nytteeffekt av kompetanse, er det naudsynt med klare organisatoriske mål for implementering av klinisk kompetanse. For å sikre dette må eit tett samarbeid mellom leiar og helsepersonell til. Best forutsetningar for å lykkast med implementeringa har ein dersom det er kultur for faglege diskusjonar og kritisk refleksjon. For å utnytte implementeringa er det viktig at leiinga har utarbeida målretta strategiar for korleis ein kan sikre klinisk kompetanse og anvende det i praksis (Reitan, 2017, s. 45-47).

I helsepersonellova (1999) står det at den som gir helsehjelp skal dokumentere den gitte hjelpa i journalen. Journalnotat skal innehalde relevante og naudsynte opplysningar om pasient og den hjelpa som er gitt (Helsepersonelloven, 1999, §39 og §40).

4.0 Drøftingsdel

Innleiingsvis i oppgåva har eg ei problemstilling der eg ønsker å finne ut kva behov yngre pasientar med MM har. Den systematiske oversiktsartikkelen til Dunn et al. sumerar det opp slik: kommunikasjon, informasjon, støtte og meistringsstrategiar (Dunn et al., 2017, s. 1722-1731). Fokuset i oppgåva har difor vore å sjå på desse fire behova.

Vidare i drøftinga er pasientane eg snakkar om pasientar med MM, med mindre anna er oppgitt.

4.1 Behov for å kommunikasjon med helsepersonell

Som sjukepleiar på ein sengepost har eg erfart at nøkkelen til å oppnå gode relasjonar til pasientar og kollegaar er god kommunikasjon. Dette er også noko som vert påpeika i Faulkner og Maguire (1998, s. 35-36). Der seier dei at ein fort kan gå glipp av dei psykiske aspekta, fordi det er lettare å ta tak i det praktiske. Dette er noko eg kjenner igjen frå min kvardag på ei sengepostavdeling. Viss ein tar ein innkomstsamtale som døme, så har den fleire punkter som skal bli tatt opp med pasient. For min del er det lettare å spør dei spørsmåla som er meir konkrete, eller praktiske som Faulkner og Maguire (1998, s. 36) seier. Spørsmåla som går på det psykiske og det åndelege-eksistensielle er noko eg trur ikkje vert snakka om så ofte, til tross av at det er eit av punkta som skal takast opp. Kvifor er det slik? Er det fordi slike emne er meir tabu? Eller er det frykt for at slike spørsmål gjer at samtalen tek lengre tid og tidspresset i avdelinga er for stort? Kanskje er det ein kombinasjon? Ta til dømes seksualitet. Dette er eit tema som skal snakkast om ved innkomstsamtale, men av eigne erfaringar blir det delt ut ei brosjyre som omhandlar dette temaet, og kanskje nemnt med nokre få ord. Ein kan sitte igjen med ei kjensle av å ha gjort jobben, men i realiteten har ein lagt ansvaret over på pasienten om å ta opp eit potensielt sårt tema.

Er det mangel på kunnskap som gjer at ein ikkje snakkar vidare om tema? Eller er det som Falk (2016, s. 21-22) er inne på, at helsepersonellet kjenner på frykt for hjelpelausheit ovanfor situasjonen?

Ved samtale med pasient kan ein som helsepersonell føle ein gjer ein god jobb, men i røynda går ein glipp av relevante opplysningar med å ikkje ta opp slike tema. Dette stemmer overeins med det Stamataki et al. (2015, s.779-789) fann i si studie, at helsepersonell er ikkje er flinke nok til å fange opp pasientane sine behov. Korleis kan helsepersonell vete om behova pasientar har, dersom ein unngår visse tema?

Dunn et al. peiker i sin artikkel på at pasientane kan oppleve det vanskeleg å stille spørsmål og snakke om behov, og setter det i samanheng med at helsepersonell var travle og ikkje tenker på at pasientar med MM sitter med behov på lik linje med andre kreftpasientar (Dunn et al., 2016, s. 1722-1731). Så kan ein spør om det er mangel på tid som gjer at nokre spørsmåla blir utelatne? Er ein redd for at samtalen skal ta for lang tid, når ein veit at ein har andre oppgåver som ventar i avdelinga?

For at helsepersonell skal bli flinkare til å gå inn på vanskelege tema, så må det bli akseptert å snakke om desse også innanfor kollegiegruppa. Som Reitan påpeiker er det best føresetnad for å lykkast med å implementere kunnskap dersom ein har kultur for å ha faglege diskusjonar og kritisk refleksjon (Reitan, 2017, s.45). Med dette tolkar eg det som at å ha jamlege refleksjonsgrupper der ein tar opp ulike tema, kan auka fokuset på at helsepersonellet vert flinkare til å til dømes snakke med pasienten om behov dei eventuelt har. I tillegg bør det kanskje leggst av meir tid til inkomstsamtalar med pasient. På sjukehuset der eg jobbar har det dei siste åra vore auka fokus på utreisesamtale og kor pasientar kan få hjelp i tida etter dei er ferdige på tilhøyrande avdeling. I ein slik samtale stiller ein spørsmål om kva som bekymrar pasienten mest i tida framover. Kva om desse spørsmåla hadde kome allereie ved starten av diagnosen, kunne ein då ha opna opp for at desse temaene er greie å snakke om, og slik gjort at pasientane hadde opna seg meir for helsepersonellet?

Mi erfaring er at tidspress i avdelinga kan føre til at ein ikkje får tid nok til å setje seg ned med pasientar og høyre kva bekymringar dei har. Som Reitan (2017) er inne på, så har leiinga eit ansvar for å kartlegge behovet for sjukepleie samtidig som dei har eit budsjett dei skal halde (Reitan, 2017, s. 45). Eg kan tenke meg til at det ikkje alltid er ein like lett jobb, då budsjett ofte kan krevje innsparingar og effektivisering, medan ein som helsepersonell aldri kan vete kor lang tid eit møte med ein pasient kan ta.

Ofte kan pasientar opne opp for vanskelege tema i det ein går rundt med medisinar, og ein får då eit dilemma om å setje seg ned og høyre på kva pasienten har å seie eller gå vidare på runda. Kjem ein inn igjen på rommet seinare kan moglegheita for ein slik samtale vere over. Har ein som helsepersonell overhaldt si plikt då?

Fleire artiklar (Loquai et al., 2013; Meyer et al., 2017; Stamataki et al., 2015, s. 779-789) peiker på at det kan vere lurt å bruke spørjeskjema eller sjølvevalueringskjema ved inkomstsamtale. I praksis på mi avdeling er eg berre kjend med ESAS-skjemaet. Dette skjemaet kan fange opp om pasienten blant anna har smerter, kvalme, tungpust og angst.

Derimot kan det tenkjast at det ikkje er like bra på å fange opp på kva pasientar trengjer, fordi spørsmåla er konkrete og temaet er avgrensa. Kanskje burde ein finne eit anna skjema som kunne blitt inkludert i innkomstrutinane til helsepersonellet, slik at det kunne vere eit verktøy for å fange opp behova til pasientane.

I kommunikasjon med pasientar meiner Dahl (2017, s. 38) at ein må vere bevisst på to ting, det første er at det er umogleg å ikkje kommunisere, det andre er at ved å informere så formar samtidig helsepersonell relasjonar med pasientane. Med det første tenker eg at pasientar analyserer kroppsspråket til helsepersonellet heile tida. Til dømes kan pasientar i samtalar tolke det som om ein ikkje har tid, dersom ein står med kroppen vendt mot døra, slik som det kan tenkjast at helsepersonellet gjorde i eksempelet tidlegare, då ein deler ut medisinar og må velje mellom å fortsette samtale med pasient eller gå vidare på runda.

Korleis kan me som helsepersonell unngå å distansere oss frå slike vanskelege samtalar? Er det hjelpemiddel som kan takast i bruk som gjer det lettare å kommunisere? Eg tenker at kurset «fire gode vaner» kan vere ein god ide. Dette er eit kurs som fleire på mi avdelinga har deltatt på, og som ønsker å gi helsepersonell verktøy i kommunikasjon med pasientar. Blant anna ved å stille opne spørsmål og la pasientane snakke fritt. Dette kan vere ein måte å fange opp pasientane sine behov.

Falk (2016, s. 21-22) foreslår at helsepersonell kan fortelje pasienten korleis ein har det. Av erfaringar veit eg at det ikkje alltid passar å snakke om seg sjølv når ein er i samtale med pasient. I nokre tilfelle kan det oppfattast som helsepersonell prøver å setje seg i liknande situasjon, når pasienten føler helsepersonellet ikkje forstår korleis dei eigentleg har det.

I følge Dahl (2017, s. 37- 56) er helsepersonell ikkje flinke nok til å møte pasienten sine kjensler, og henviser til psykolog heller enn å ta desse samtalene sjølv. Eg tenker det ikkje alltid har samanheng med at helsepersonell ikkje vågar å stå i bekymringane til pasienten. Det kan også ha med at tida ikkje strekker til. Igjen drar eg fram dette eksempelet med helsepersonell på medisinrunda, kanskje har helsepersonellet ønsket om å ta opp igjen tråden, men det finnes ikkje eit passende tidspunkt. Det å anbefale prest eller psykolog til ein pasient, er som oftast gjort i beste meining, fordi ein prøver å anerkjenne pasienten sitt behov, og ønsker at pasienten skal bli møtt på desse behova. Ein prest, som oftare kan vere lettare å få tak i, har etter min erfaring ofte tid til å høyre på kva pasienten har på hjartet, uavhengig av religiøst standpunkt. Eit anna alternativ er psykolog som høyrer til vardedesenteret, som er eit lågterskeltilbod for pasientar.

Samtidig kan ein som helsepersonell i nokre tilfelle ta seg eit par minuttar, setje seg ned og høyre på kva pasienten har å seie. I nokre tilfelle kan det vere tidssparande, pasienten får lufta tankar og dei føler seg møtt.

Fischbeck et al. (2015) forteller at nokre pasienter opplever stigmatisering i samband med si diagnose. Kan dette ha med at MM er ein sjukdom som er forbundet med overdriven soling? Kva meiner me som helsepersonell om denne pasientgruppa? Dømmer me pasientane og tenker dei burde passa betre på sjølv? I ei avdeling kan negative inntrykk av pasientar smitte over mellom helsepersonell (Faulkner & Maguire, 1998, s. 104). Er det kultur på avdelinga å «snakke ned» pasientar, slik at kollegaer har dårleg inntrykk før ein møter pasienten sjølv? Dette er i så fall ei haldning som leiinga bør ta tak i.

Cullberg (2007, s. 144-160) skriv om viktigheita om kunnskap, empati og sjølvinnsikt hjå helsepersonell. Som helsepersonell er det viktig å utvikle evner, slik at ein ser teikn hjå pasienten i samtaler. Å stille opne spørsmål kan opne for at pasientar kan gi meir utfyllande svar. Ved å ha gode samtalar, som igjen sikrar gode relasjonar og bygger tillit, kan det vere lettare for pasientar å opne seg for helsepersonell med bekymringar dei eventuelt har. Ved å forstå pasienten og snakke med den, kan ein sikre opplysningar som kan hjelpe med å ivareta helse. For å utvikle sjølvinnsikt tenker eg det er viktig med refleksjon. Enten aleine eller saman med kollegaer. Kan det vere vanskeleg for pasientar å opne seg til folk ein ikkje kjenner. I møte med helsepersonell kunne ein kanskje auka opplevinga av støtte ved å møte same helsepersonell ved innleggingar. På min sengepost kan dette vere vanskeleg å få til, då tilsette har rullerande vaktordning. Er dette eit fokusområde for framtida? At ein kan prøve å legge til rette for at ein møter same helsepersonell ved innleggingar?

Som nemnt i Helsepersonellova (1999, § 39- §40) skal all helsehjelp dokumenterast i journal. I tillegg skal desse opplysningane vere relevante og naudsynte. I desse dagar kan pasientane lett finne fram til det som blir skriven i journal, og konfrontere helsepersonell med desse opplysningane. Kan dette føre til vegring for å notere opplysningar som t.il dømes har med det psykiske å gjere, fordi ein er redd for å trakke på pasienten sine tær, eller er redd for å måtte stå for det som er skrive? Av erfaring veit eg at eg vegra meg meir for å fylle ut punkta som omhandlar psykiske aspekt. I nokre tilfelle er eg redd for at dette kan føre til at min kollega ikkje får det fulle bilete av situasjonen til pasienten, og kanskje kan det føre til at pasienten føler me som helsepersonell ikkje ser han.

4.2 Behov for informasjon

Ofte kan pasienten sitt første møte med ei avdeling vere rett etter eller i samband med ei diagnose. Som Cullberg (2007, s. 129-131) forklarar kan pasientar ofte kan vere i sjokkfase ved ei ny diagnose, og eit resultat av dette kan vere at informasjon vert gløymt.

Dunn et al. (2017, s. 1722-1731) finner at informasjon er eit behov hos pasientane som ikkje vert dekka. For pasientane er det viktig at informasjonen er klar, korrekt og kjem til rett tid.

Bird et al. (2015, s. 937-947) og Meyer et al. (2017) peiker på at pasientane ønsker å verte behandla som individ. Dei ønsker at informasjonen skal tilpassast den enkelte.

Dersom pasientar ikkje forstår informasjonen som vert gitt, kan det vere dei takkar nei til tilbod fordi dei ikkje klarer å sjå at dei har behov for det.

Når lovverket er så tydeleg på at pasientar har rett på informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1, § 3-2 og § 3-5), men pasientane føler det manglar. Kor ligger problemet? Vert ikkje pasienten sitt behov sett? Er det fordi informasjonen ikkje vert repetert tilstrekkeleg?

Når ein veit at pasientar ikkje hugsar så mykje av det som vert sagt i starten, då bør helsepersonell sørge for at informasjonen vert repetert fleire gonger og ved ulike anledningar. Ein kan tilby pasienten å ha med seg pårørande i samtaler, slik at det er fleire som får same informasjon. Ved å la pasientar gjenta informasjonen kan ein sjekke om dei har forstått denne. Det kan også vere lurt at informasjonen som blir gitt kjem i munnleg og skriftleg form.

Ein anna ting å tenke på, kan vere pakkeforløpet som no er integrert. Det er bra fordi det sikrar at pasienten får dei undersøkingane den skal ha, men av erfaringar veit eg at nokre pasientar opplev at dei ikkje rekker å summe seg før dei er ferdige. Det kan føre til at dei sitter igjen med fleire spørsmål, utan å vete kven dei skal høyre med.

Internett gjer det lettare for pasientar å finne informasjon. Problemet med denne informasjonen er at den kan feiltolkast og pasienten vert då feilinformert. Slik utviklinga har vore dei siste åra med nye behandlingmoglegheiter, kan informasjonen ein finner på internett fort vere utdatert. Behandling kan vere individuell, og pasientar med same diagnose kan ha ulikt behandlingsregime. Det er viktig å passe på at informasjonen pasienten får kjem frå helsepersonell.

Som Faulkner og Maguire (1998, s. 76-79) så er ei av hovudoppgåvene helsepersonell har å finne ut kva pasientane treng av informasjon. For å klare dette er det viktig at helsepersonell,

som Benner og Wrubel (2001, s. 286) påpeiker, at informasjonen skal vere klar og moderert ut frå det pasientane spør om. Kva med dei pasientane som ikkje spør så mykje? Eller dei som ønsker å verte minst mogleg? Dersom helsepersonell informerer om ei diagnose, utan å nemne ordet kreft, har ein da gjort jobben sin? Ein har plikt til å informere pasienten om dei naudsynte opplysningane slik at pasienten skal forstå kva diagnosen inneberer (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, § 3-2). Ventar ein på at pasienten skal opne opp for desse samtalanane sjølv?

Både helsepersonell og pasient kan vere så fokusert på behandlinga og det som skjer her og no, at tida etterpå ikkje blir snakka om. Eit resultat av dette kan vere at pasient og pårørende forventar at ting går tilbake til det normale etter behandling, og når det viser seg at dette ikkje stemmer vert skuffelsen stor. Som Fischbeck et al. (2015) seier er manglande informasjon ein av faktorane som disponerer for behov for psykisk støtte, og ei av hovudbekymringane var frykt for tilbakefall av kreftsjukdommen. Dette punktet kan me som helsepersonell gjere noko med ved å bli flinkare til å gi informasjon. Beesley et al. (2017, s. 93-102) peiker nettopp på at god informasjon tidleg, kan redusere frykta for tilbakefall.

Antonovsky (2012, s. 38-41) skriv om begriplegheit som ein av komponentane som går igjen hjå pasientar med sterk OAS. Skårer ein høgt på begriplegheit, vil stimuli ein møter vere forutsigbare, eller om det kjem overraskande, så evner ein å plassere hendinga i ein samanheng. Det vil sei at dersom helsepersonell gir pasientar tilstrekkeleg med informasjon, så kan det vere at følgene etter behandlinga ikkje kjem så brått på fordi dei allereie har fått informasjon om at det kan skje. Utreisesamtale kan vere eit godt tidspunkt for repetisjon om kva som kan vente pasientane.

4.3 Behov for støtte

Bourdon et al. (2016, s. 1969-1979) kom fram til at endringa i livskvalitet var størst hjå brystkreftpasientane i starten, men det tok lengre tid før det var tilbake til det normale hjå pasientane med MM. Eg lurar på kva som gjer at pasientar med MM brukar lengre tid på å kome seg. Kan det ha samanheng med at oppfølginga dei får ikkje er bra nok? Manglar dei støtte heime og på jobb? Får dei same tilbod som brystkreftpasientane?

Ser ein på dekninga i media har brystkreft eit større fokus, særleg rundt oktober med rosa månad. Ser ein rundt seg på gata kan ein sjå fleire som går med rosa sløyfe anten på ei jakke eller ei veske. MM har ikkje ordet kreft i diagnosen, gjer det at folk rundt pasientane ikkje

forstår Alvoret som følger ei slik diagnose? Brystkreftpasientar opererer kanskje vekk eit bryst, dei får cellegift og mistar hår. Nokre pasientar med MM fjernar ein føflekk på til dømes ein arm. Kven ser det?

Bourdon et al. (2016) peiker vidare i artikkelen sin på kvifor dei meiner pasientane med MM brukar lengre tid på å komme tilbake til normal livskvalitet, og det er at denne pasientgruppa ikkje oppsøker støtte i så stor grad som andre kreftpasientar. Ei haldning blant folk kan vere at MM er ein meir triviell sjukdom, og at deira behov ikkje er så store. Eit anna funn i forskinga var at yngre pasientar opplever større påkjenning ved kreftsjukdom samanlikna med eldre (Bourdon et al., 2016, 1969-1979).

Fischbeck et al. (2015) diskuterer i sin artikkel kvifor pasientane ikkje får tilstrekkeleg med hjelp. Dei peiker på at nokre av grunnane kan vere at pasientane ikkje veit kor dei skal søke hjelp, ikkje veit at dei kan få hjelp og at dei ikkje har tru på at det vil hjelpe. Andre kan vere flaue for å søke hjelp eller dei frykter stigmatisering (Fischbeck et al., 2015).

Mangel på støtte og empati frå helsevesen og nettverk kjem også fram i forskinga til Bonnaud-Antignac et al. (2016). Dei lurar på om det kan ha samanheng med at pasientar ser friskare ut samanlikna med andre kreftpasientar. Sjukdommen kan også for nokre av pasientane ha lite konsekvensar for generell helse. Det meiner dei kan føre til at denne kreftforma vert bagatellisert samanlikna med andre krefttypar (Bonnaud-Antignac et al., 2016, s. 45-53).

Fischbeck et al. (2015) skriv at ein tredjedel av pasientane har behov for psykisk støtte 5 år etter diagnosen. Kalbfleisch et al. (2015) peiker på at pasientar som hadde høgare grad av sosial støtte, meistra å tilpasse seg i større grad enn dei med mindre sosial støtte. Pasientane bruker emosjonell støtte i form av å søke forståing hjå andre, men studiar viser at pasientane ikkje får den støtta dei ønsker seg (Kalbfleisch et al., 2015, s. 60-65). Loquai et al. (2013) seier at dei yngre pasientane med MM og dei som framleis er i jobb rapporterer meir misnøye. Dei rapporterte blant anna praktiske problem, spesielt på jobb og familieproblem.

Burde me gått enda nærmare inn på kven pasienten har rundt seg og kven den kan snakke med? Helsepersonell har eit ansvar for å kartlegge pasienten sitt nettverk ved innkomst. I tillegg har ein ansvar for å informere pasienten om kor dei kan finne støtte om dei ønsker dei, som til dømes vardesenteret, pusterommet og montebello-senter. Er det verkeleg slik som Fischbeck et al. (2015, s. 60-65) seier, at helsepersonell ikkje kan hjelpe pasienten med eit dårleg sosialt nettverk? Helsepersonell kan ikkje tvinge fram verken pårørande eller vener, men det finnes tilbod som til dømes kreftforeininga og likemannsteneste som kan vere

aktuelle. I tillegg kan ein etablere kontakt mellom pasient og kreftkoordinator eller ressursjukepleiar, dersom det er ønskeleg frå pasienten si side.

Som Bird et al. (2015, s. 937-947) fann i si forskning, så var det sjeldan at pasientane snakkar med andre som har same diagnose. Kanskje kan grunnen til dette vera at pasientane hadde nok med seg sjølv, og ved å prate med andre så får dei fleire bekymringar å tenke på? Det er viktig at helsepersonellet undersøker om pasienten ønsker å snakke med nokon i same situasjon, og ikkje presser fordi ein meiner det er det rette for den pasienten. Ikkje alle pasientar har det same behovet for å snakke med andre i same situasjon.

Nokre pasientar føler dei manglar støtte frå folk rundt seg, og bekymrar seg for at familie og vener ikkje forstår dei (Bird et al., 2015, s. 937-947). Dunn et al. (2016, s. 1722-1731) peiker på at nokre pasientar føler dei skal støtte vekk støttespelarane sine ved å snakke for mykje om sjukdommen, og unngår difor å snakke om bekymringane sine. Desse kjenslene kan me sjå at Christine Koht også sitter med, då ho i tredje kapittel av podkasten snakkar om ei god venninne ho skal ringe til. Christine seier ho ikkje orkar å ringe denne venninna, fordi ho då må gå igjennom korleis ho har det og korleis det går. Christine seier ho er redd for å begynne å grine. Alt ho vil er jo å snakke om korleis det går med venninna, ikkje seg sjølv. Christine seier ho er redd for å ikkje vere morosam og at venninna skal sjå på ho som sjuk (Monster, 2019, Christine Koht: Tredje kapittel).

Ein anna faktor som gjer at pasientar ikkje snakkar med familie og pårørande, kan vere eit ønske om å beskytte dei nærmaste. Podkasten «Koht vil leve» handlar om Christine Koht som for om lag eit halv år sidan fekk påvist MM i slimhinner med spreiging. I første kapittel av podkasten kjem det fram at det Christine bekymrar seg mest for når det kjem til kreftsjukdomen, er at ho skal etterlate kjærasten aleine, fordi dei hadde lova å bli gamle saman (Monster, 2019, Christine Koht: Første kapittel). Noko av det same seier Per Fugelli (2010, s. 26) når han beskriver tankane sine etter han hadde fått kreftdiagnosa «Inne i hjertet mitt blir en tung skyld klar: At jeg skal kaste sorg og vansker og tap på dem jeg er glad i».

Som Dunn et al. (2016, s. 1722-1731) peiker på, kan nokre pasientar oppleve at dei ikkje får tilstrekkeleg med støtte på jobben. Dersom MM hadde fått meir fokus i media, kunne ein då opplyst folk om at MM også har følger som gjer at pasientar kan slite i etterkant? Er det andre tiltak som kan setjast i gang, som til dømes at kreftkoordinator hadde kome og informert kollegaer om forventa forløp etter avslutta behandling?

Både under og etter behandlinga kan det vere viktig for pasient å ha faste haldepunkt og kontaktar. Kan individuell plan bli brukt i større grad for å sikre at pasienten alltid veit kven den skal ta kontakt med? Kanskje burde helsepersonell inkludere fastlege og kreftkoordinator tidleg i forløpet, slik at dei kunne blitt kjent med pasientane sine behov.

4.4 Behov for å meistre

Som helsepersonell har me ei rolle i å støtte pasientane sine egne ressursar, slik kan me sørge for at overgangen frå akutt reaksjonsfase går naturleg over til bearbeiding- og nyorienteringsfasen (Cullberg, 2007, s. 131-143). Er helsepersonell flinke nok til å undersøke kva meistringsstrategiar pasientane har, eller er ein for opptatte av å undersøke symptom og det ein ser? Kva seier forskinga om korleis pasientane handtera sin diagnose?

Meiningsfullheit og handterbarheit er to komponentar som er til stede ved sterk OAS, i følge Antonovsky (2012, s. 36-41). Føler pasientane dei har områder i livet som gir mening, og som gjer det verdt å bruke krefter for å kjempe mot diagnosen? Har pasienten ressursar for å takle krava som kjem ved ein diagnose?

Bonnaud-Antignac et al. (2016, s. 45-53) seier at pasientane som prøvde å finne det positive ved diagnosen, hadde betre livskvalitet to år etter diagnosen. Ei positiv meistringsstrategi kan få pasientar til å finne mening i stressfulle hendingar. Finner ein mening i situasjonen, samtidig klarer å setje ting i samanheng kan pasientane ha sterkare OAS og vil vere betre rusta til å takle sin diagnose (Antonovsky, 2012, s. 38-41).

Andre funn i forskinga til Bonnaud-Antignac et al. (2016) seier at dess meir pasientane gav opp forsøket på å meistre sjukdommen innan den første månaden etter diagnosen, dess meir opplevde dei redusert kognitiv funksjon to år etter. Pasientar som gav opp å forhalda seg til situasjonen ved diagnose, rapporterte meir påtrengande tankar to år etter. Dei pasientane som hadde tendens til å isolere seg, har dårlegare livskvalitet, velvære, meir misnøye og auka angst- og depresjonssymptom. Studien forslår at pessimistiske pasientar har tendens til å gi opp å handtere, som igjen fører til meir misnøye (Bonnaud-Antignac et al., 2016, s. 45-53). Det tydar på at pasientane beskrivne over, har dårleg evne til å finne meistring og handtere situasjonen. Pasientane sin OAS vil truleg vere svak og dei kan vere dårlegare rusta til å takle diagnosen.

Når me no ser resultatane av denne forskinga, er det klart at måten pasienten handterer sjukdommen på har noko å seie. Eg tenker difor at eit auka fokus på å kartlegge pasientar burde vere eit målområde å setje fokus på framover. Er det moglegheiter for å rettleie pasientane vekk frå dei meir negative meistringsstrategiane, kan me gi dei ei betre oppleving av situasjonen, og dersom det fører til at dei handterer situasjonen betre kan det på sikt føre til at dei trenger mindre av helsesystemet. Kanskje kan dette ha positiv innverknad på økonomi i det lange løp?

Studien til Bonnaud-Antignac et al. (2016, s. 45-53) viser også at dess meir positive pasientane var ved diagnose, dess lågare emosjonell funksjon hadde pasientane etter to år. Samanlikna med dei andre funna, skulle ein tru at positive pasientar hadde auka evne til å klare seg betre etter to år. Men kanskje kan det å vere positivt innstilt krevje energi av pasientane? Dersom ein alltid skal vere positiv, har nedturane potensial til å bli ekstra djupe? All energien pasientane bruker på å vere positive kan kanskje gjere pasientane ekstra slitne, som igjen kan føre til negativitet.

Beesley et al. (2017, s. 93-102) fann i si forskning at pasientar med nyoppdaga MM hadde fleire behov samanlikna med dei pasientane som hadde hatt MM tidlegare. Dunn et al. (2016, s. 1722-1731) seier også at pasientar som opplever tilbakefall i form av metastasar føler mindre sjokk over diagnosen, samanlikna med første gong dei fekk diagnosen. Kan det ha samband med begripelegheit? Kan dei pasientane som tidlegare har hatt sjukdom vere meir førebudd på kva som ventar dei og derfor handterer dei situasjonen betre? Kva med dei pasientane som då har kjent familiær opphoping av MM, er dei betre rusta til å handtere ei MM-diagnose fordi dei er førebudde på at sjukdom er ein moglegheit?

Bird et al. fann at pasientar med MM ønsker å bruke sjølvsjekk og mangel på symptom som ei forsikring på at sjukdomen er stabil (Bird et al., 2015, s. 937-947). Fordelen med dette er tilbakefall eller ny sjukdom kan verte oppdaga på eit tidleg stadium. Ulempa kan vere at pasienten alltid leiter etter endringar, og går rundt og bekymrar seg unødige, som igjen kan føre til nedsett livskvalitet (Dahl, 2017, s. 27).

5.0 Konklusjon

Kva skal til for at helsepersonell kan møte behova på ein betre måte?

Eg tenker i utgangspunktet at ein som helsepersonell må vere observant i samtale med pasient. Fokuset bør vere på heile pasienten, ikkje berre sjukdom og symptom. I tillegg bør helsepersonell tilpassa informasjonen og sørge for at denne vert forstått. Informasjonen burde i tillegg til diagnose, også handle om behandling og følgjer av denne. Fokuset på utreise-samtalen er kanskje noko som kunne starta enda tidlegare. Ikkje nødvendigvis for at pasienten skal fortast mogleg heim, men fordi ein slik samtale kan få helsepersonell til å starta prosessen med å legge til rette for pasienten heime på eit tidlegare stadie. I tillegg kunne helsepersonell tidleg starta med fokus på bekymringar pasienten har, for slik ta tak i desse på eit tidlegare tidspunkt. Kanskje kunne ein form for individuell plan vore aktuelt for pasientane?

Å auka fokuset på meistringsstrategiar hjå denne pasientgruppa er også eit område som eg tenker kunne vore aktuelt å fokusere meir på. Kanskje kunne ein ha hjelpt pasientar til å handtere diagnosen, og slik kan kanskje livskvaliteten betrast?

Å legge til rette for at helsepersonell kan gjere grundigare undersøkingar av behov hjå unge pasientar med MM, er noko som bør prioriterast. Men korleis ein kan utføre dette på ein best mogleg måte er ikkje lett å sei. Alle pasientar er unike og har sine ulike behov. Å arbeide med å finne ein metode for å sile ut den gruppa som trenger auka støtte er noko som må arbeidast med på eit høgare plan og bør forskast meir på.

Fleire av artiklane konkluderer med at ein eller anna form for spørjeskjema bør bli tatt i bruk ved samtale med pasientar med MM. Korleis skjema det skal vere har eg ikkje gode svar på, men eg og trur at det kunne vore smart å teste bruken av dette i praksis.

Behova til unge pasientar med MM er eit felt som bør forskast på meir. Det manglar meir forskning på dette temaet i Noreg. Ein anna grunn til at meir forskning er aktuelt, er at dei nye behandlingmoglegheitene som har kome dei siste åra, kan ha seinverknadar me ikkje veit noko om enda. Behandlinga og følgjene av denne kan komme med nye eller endre behova hjå desse pasientane.

6.0 Referanser

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. England: Open University Press.

Beesley, V.L., Smithers, B.M., O'Rourke, P., Janda, M., Khosrotehrani, K. & Green, A.C. (2017). Variations in supportive care needs of patients after diagnosis of localised cutaneous melanoma: a 2-year follow-up study. *Supportive Care in Cancer*, 25(1), 93 -102.
<https://doi.org/10.1007/s00520-016-3378-9>

Benner, P. & Wrubel, J. (2001) *Omsorgens betydning i sygepleje*. København: Munksgaard Danmark.

Bird, J., Coleman, P. & Danson, S. (2015) Coping with melanoma-related worry: a qualitative study of the experiences and support needs of patients with malignant melanoma. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), 937-947. <http://doi.org/10.1111/jocn.12758>

Bonnaud-Antignac, A., Bourdon, M., Dreno, B. & Quereux, G. (2017). Coping Strategies at the Time of Diagnosis and Quality of Life 2 Years Later. A study in primary cutaneous melanoma patients. *Cancer Nursing*, 40(1), 45-53.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000337>

Bourdon, M., Blanchin, M., Tessier, P., Campone, M., Quereux, G., Dravet, F., ... Bonnaud-Antignac A. (2016). Changes in quality of life after a diagnosis of cancer: a 2-year study comparing breast cancer and melanoma patients. *Quality of Life Research*, 25(8), 1969-1979.
<https://doi.org/10.1007/s11136-016-1244-3>

Bratland, Å. (2017). Hudkreft (cancer cutis). I A.M. Reitan og T.K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (s. 722-729). Oslo: Cappelen Damm.

Cullberg, J. (2007). *Mennesker I krise og utvikling* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Dahl, A.A. (2017). *Kreftsykdom, psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dunn, J., Watson, M., Aitken, J.F. & Hyde, M.K. (2017). Systematic review of psychosocial outcomes for patients with advanced melanoma. *Psycho-Oncology* 26(11), 1722-1731.

<https://doi.org/10.1002/pon.4290>

Falk, B. (2016). *Å være der du er: Oppmerksomhet, grenser og kontakt i den hjelpende samtale* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Faulkner, A. & Maguire, P. (1998). *Å samtale med kreftpasienter og deres familier*. Oxford University Press.

Fischbeck, S., Imruck, B.H., Blettner, M., Weyer, V., Binder, H., Zeissig, S.R., ... Beutel, M.E. (2015) Psychosocial Care Needs of Melanoma Survivors: Are They Being Met? *PLOS ONE*. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0132754>

Fugelli, P. (2010) *Døden, skal vi danse?* Oslo: Universitetsforlaget.

Førsund, J. (2019) Christine Koht: Første kapittel [Podcast episode]. I Monster (Produsent), *Koht vil leve*. Hentet frå: <https://podtail.com/no/podcast/koht-vil-leve/christine-koht-forste-kapittel/>

Førsund, J. (2019) Christine Koht: Tredje kapittel [Podcast episode]. I Monster (Produsent), *Koht vil leve*. Hentet frå: <https://podtail.com/no/podcast/koht-vil-leve/christine-koht-tredje-kapittel/>

Geisler, J., Bachmann, I.M., Nyakas, M., Helsing, P., Fjøsne, H.E., Mæhle, L.O., ... Akslen, L.A. (2013). Malignt Melanom: Diagnostikk, behandling og oppfølging i Norge. *Tidsskriftet den norske legeförening*, 133(20), 2154-2158. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1416>

Gjersvik, P. (2018). Hudkreft. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer: en basisbok for helsepersonell* (5. utg., s. 365-372). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Global Cancer Observatory. (u.å). Cancer Today. Hentet 5. desember 2018 frå: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=16&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1

Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne melanomer*. Hentet 4. desember 2018 frå:

https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1468/IS-2723_Handlingsprogram_maligne_melanomer.pdf

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet frå: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Kalbfleisch, M., Cyr, A., Gregorio, N. & Nyhof-Young, J. (2015). Investigating coping strategies and social support among Canadian melanoma patients: A survey approach. *Canadian Oncology Nursing Journal* 25(1), 60-65. <http://doi.org/10.5737/236880762516065>

Kreftregisteret. (u.å). Statistikkbank. Hentet 4. desember 2018 frå: <https://sb.kreftregisteret.no/insidens/>

Loquai, C., Scheurich, V., Syring, N., Schmidtman, I., Rietz, S., Werner, A., ... Beutel, M.E. (2013). Screening for Distress in Routine Oncological Care – A Survey in 520 Melanoma Patients. *PLOS ONE*, 8(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066800>

Mayer, S., Teufel, M., Schaeffler, N., Keim, U., Garbe, C., Eigentler, T.K., ...Forschner, A. (2017). The need for psycho-oncological support for melanoma patients: central role of patients self-evaluation. *Medicine*, 96(37). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000007987>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet frå: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Reitan, A.M. (2017). Kreftsykepleie. I A.M. Reitan & T.K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (s. 33-49). Oslo: Cappelen Damm.

Stamataki, Z., Brunton, L., Lorigan, P., Green, A.C., Newton-Bishop, J. & Molassiotis, A. (2015). Assessing the impact of diagnosis and the related supportive care needs in patients with cutaneous melanoma. *Supportive Care in Cancer*, 23(3), 779-789. <http://doi.org/10.1007/s00520-014-2414-x>

Vedlegg

Vedlegg 1 - Søkeshistorikkskjema

Søka i databasen er utført 15.mars 2019

Database/ Søkemotor	Søkenr	Søkeord/Emneord/ Søkekombinasjoner	Treff	Eigne kommentarer
Pubmed *	1	Melanoma	29100	Mange treff
	2	Adult	2218320	Mange treff
	3	1 AND 2	11052	Mange treff
	4	Psychosocial Support**	25998	Mange treff
	5	1 AND 4	43	Mange treff
	6	5 AND 2	34	Fleire aktuelle artiklar ift problemstilling. Funn av artiklar som er brukt, er også funnet ved andre søk. Sjå *** for inkluderte artiklar
	7	Needs Assessment	10616	Mange treff
	8	1 AND 7	22	Fleire aktuelle artiklar, sjå **** for valgt artikkel
	9	Quality of life	91106	Mange treff
	10	1 AND 9	177	Mange treff
	11	10 and 2	120	Mange treff
	12	11 and 4	9	Nokre artiklar som kan vere av interesse, sjå *****for utvalde artiklar

* Har på filter på søk i pubmed, slik at det berre er siste 10 åra som dukker opp, samt full tekst.

** I dette søket er Psychosocial support brukt som søkeord, ikkje MESH

*** I søk 6 har eg inkludert artikkelen: The need for psycho-oncological support for melanoma patients - central role of patients self-evaluation

**** I søk 8 inkluderte eg denne artikkelen: Variations in supportive care needs of patients after diagnosis of localised cutaneous melanoma: a 2-year follow-up study

***** I søk 12 har eg inkludert desse artiklane:

- Psychosocial Care Needs of Melanoma Survivors: Are they beeing met?
- Assessing the impact of diagnosis and the related supportive care needs in patients with cutaneous melanoma

Database/ Søkemotor	Søkenr	Søkeord/Emneord/ Søkekombinasjoner	Treff	Eigne kommentarer
SveMed+	1	Melanoma	271	Mange treff
	2	Quality of Life	3148	Mange treff
	3	1 AND 2	1	Artikkel er ikkje aktuell for problemstillinga
	4	Psychosocial Support	125	Mange treff
	5	1 AND 4	0	
	6	Needs	2791	Mange treff
	7	1 AND 6	0	
CINAHL	1	Melanoma	10576	Mange treff
	2	Psychosocial support	66828	Mange treff

	3	Young Adult	203246	I denne mesh termen er det pasientar frå 19-24 år.
	4	Adult	1524771	Her er det 19-44 år.
	5	3 OR 4	1524771	Mange treff
	6	1 AND 2	45	Etter å ha avgrensa til siste 10 år fekk eg fram 29 artiklar. Fleire aktuelle blant desse 29. Sjå *** for utvalde artiklar
	7	1 AND 5	3940	Mange treff
	8	Quality of life	98613	Mange treff
	9	1 AND 8	130	Etter avgrensing på siste 10 år satt eg igjen med 91 artiklar.
	10	9 AND 5	55	Etter å ha avgrensa søket til siste 10 år kom det fram 34 artiklar. Sjå **** for dei artikkelen eg valde å inkludere frå dette søket.
PsychInfo	1	Melanoma	311	Mange treff
	2	Psychosocial support*	85295	Mange treff
	3	1 AND 2	16	Fleire aktuelle artiklar. Sjå ***** for valde artiklar. Nokre artiklar er også valt ved andre søk
	4	Quality of life	39494	Mange treff
	5	1 AND 4	25	Såg nærmare på 10 artiklar som virka aktuelle for problemstillinga.. Sjå ***** for dei artiklane som vart inkluderte.

	6	Young Adult	13618	Mange treff. Her er Young Adult brukt som keyword.
	7	1 AND 6	2	Desse to artiklane gjekk meir på solvaner, og er ikkje aktuelle for problemstillinga
	8	Needs**	180515	Mangen treff
	9	1 AND 8	18	Fleire aktuelle artiklar for problemstillinga

*MESH orda frå Psychosocial support vart Psychosocial Factors OR Social Support i tillegg til at det vart søkt som keyword.

** MESH orda som vart brukt ifm søket Needs var Health Service Needs, Psychological needs og Needs, i tillegg vart det brukt som keyword.

*** Inkluderte følgande artiklar frå søk 6 i Cinahl:

- Investigating coping strategies and social support among Canadian melanoma patients: A survey approach
- Coping with melanoma-related worry: a qualitative study of the experiences and support needs of patients with malignant melanoma
-

**** Inkluderte følgande artikler frå søk 10 i Cinahl:

- Coping strategies at the time of diagnosis and quality of life 2 years later

***** Frå PsychInfo søk nr 3 er denne artikkelen valgt:

- Systematic review of psychosocial outcomes for patients with advanced melanoma

***** Inkluderte følgande artikler frå søk 5 i PsychInfo:

- Changes in quality of life after a diagnosis of cancer: a 2-year study comparing breast cancer and melanoma patients.

Vedlegg 2 - Oversikt over inkluderte artiklar

Forfatter(e), årstall	Tittel	Metode	Mål	Eigne kommentarer
Bourdon, M., Blanchin, M., Tessier, P., Campone, M., Quereux, G., Dravet, F., Sebille, V. & Bonnaud-Antignac, A. 2016	Changes in quality of life after a diagnosis of cancer: a 2-year study comparing breast cancer and melanoma patients	Kvantitativ, longitudinal studie. Totalt 293 pasientar vart spurt, bruk av spørreskjema 1, 6, 12 og 24 mnd etter diagnose	Å samanlikne livskvalitet over tid hos ulike kreftpasientgrupper for å sjå om det er forskjell på dei ulike gruppene.	
Fischbeck, S., Imruck, B.H., Blettner, M., Weyer, V., Binder, H., Zeissig, S.R., Emrich, K., Friedrich-Mai, P. & Beutel, M.E. 2015	Psychosocial care needs of melanoma survivors: Are they being met?	Kvantitativ studie. 689 pasienter fullførte spørreskjema.	Å undersøke den psykososiale byrden hjå langtidsoverleva, kva omsorgsbehov dei har og avgjerande faktorer.	Sjølv om fokuset er på langtidsoverlevende, kan det vere moment i resultatene som helsepersonell kan bruke for å forbedre oss i nydiagnosefasen. Negativt med denne studien er at svarprosent er rundt 50%
Bonnaud-Antignac, A., Bourdon, M., Dreno, B. & Quereux, G. 2016	Coping strategies at the time of diagnosis and quality of life 2 years later- a study in primary cutaneous melanoma	Kvantitativ studie. 78 pasienter vart vurdert ift meistringsstrategier innen 1 mnd etter diagnose. Etter to år vart angst, depresjon, kontroll, livskvalitet og	Å gi meir innsikt til samanhengen mellom meistring ved diagnosetidspunkt og livskvalitet to år etter hjå pasientar med malignt	Høg svarprosent. Veldig aktuell artikkel

	patients	tilfredsheit vurdert. Det er brukt ulike spørreskjemaer i studien.	melanom.	
Bird, J., Coleman, P. & Danson, S. 2015	Coping with melanoma-related worry: a qualitative study of the experiences and support needs of patients with malignant melanoma	Kvalitativt studie. Dybdeintervju med 11 pasientar.	Å undersøke pasientar sine erfaringar knytta til å ha malignt melanom, deira støtte behov og prossesar som fører til at desse behova vert møtt.	Kun tre av dei spurte er under 50 år, og ingen har metastaser. Funna er basert på 11 pasienter, og resultatata kunne ha vore annerledes dersom andre pasienter vart intervjuet.
Mayer, S., Teufel, M., Schaeffeler, N., Keim, U., Garbe, C., Eigentler, T.K., Zipfel, S. & Forschner, A. 2017	The need for psycho-oncological support for melanoma patients - Central role of patients self-evaluation.	Kvantitativ, tverrsnittsstudie 254 pasienter vart inkludert.	Å identifisere parameter hjå malignt melanom-pasienter som er assosiert med høgare risiko for å vere bekymra, det andre dei ønska var å samanlikna pasientar sin sjølvvurdering ift behov for støtte og resultatet frå etablerte screeningsverktøy	
Kalbfleisch, M., Cyr, A., Gregorio, N. & Nyhof-Young, J.	Investigating coping strategies and social support among Canadian melanoma patients: A	Tverrsnittstudie, kvantitativ. Brukt ulike spørreskjema. 321 pasienter fekk mail om å vere med i studie, 46 svarte	Finne ut kva den opplevde sosiale støtten er, og bruken av ulike meistringsstrategier hjå kanadiske	Veldig dårleg svarprosent, som igjen kan påverke resultatata. Likevel har artikkelen ein del viktige

	survey approach	tilbake med fullført spørreskjema.	pasientar med malignt melanom	moment og beskriver ulike meistringsstrategier. Største minus med denne er at det er få under 50 som har svart, som kan påvirke resultatet.
Beesley, V.L., Smithers, B.M., O'Rourke, P., Janda, M., Khosrotehrani, K. & Green, A.C. 2017	Variations in supportive care needs of patients after diagnosis of localised cutaneous melanoma: a 2-year follow-up study.	386 pasientar fekk spørreskjema kvar 6 mnd i to år. Kvantitativt studie	Vil beskrive variasjoner i umøtte behov hjå pasientar med lokalisert malignt melanom som har stor fare for tilbakefall	
Stamataki, Z., Brunton, L., Lorigan, P., Green A.C., Newton-Bishop, J. & Molassiotis, A. 2014	Assessing the impact of diagnosis and the related supportive care needs in patients with cutaneous melanoma.	Intervju med 15 pasienter. Kvalitativt studie.	Å undersøke behov hjå pasienter med malignt melanom. Å forstå effekten av diagnosen og kva behov som finnes er eit nødvendig steg mot å effektivisere psykososial støtte.	
Loquai, C., Scheurich, V., Syring, N., Schmidtmann, I., Rietz, S., Werner, A., Grabbe, S. & Beutel, M.E.	Screening for Distress in Routine Oncological Care - A survey in 520 melanoma patients	Kvantitativt studie. 520 fullførte spørreskjema.	Å undersøke kor akseptabelt det er å bruke "problem list" og "distress thermometer" for å screene distress hjå pasienter med malignt	

2013			melanom	
Dunn, J., Watson, M., Aitken, J.F. & Hyde, M.K. 2016	Systematic review of psychosocial outcomes for patients with advanced melanoma	Systematisk oversiktsartikkel . Søkt i fem databaser, totalt 52 artiklar er gjennomgått, av desse var 4 kvalitative og 48 kvantitative. År 1980-2016	Sjå på kvalitative og kvantitative studier om psykososiale funn for avansert malignt melanom.	Oversiktsartikke len gav grei oppsummering av dei andre artiklane. Den har fokuset mest på pasientar med avansert MM, og meiner di har større behov enn dei som oppdagar sjukdommen tidleg og har betre prognosar. Dette skiller seg litt frå enkelte andre artiklar.

