

Fra frisk til kritisk syk: behovet for kontroll i en ny livssituasjon

Kandidatnummer: (330)
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8280
Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.2021
Tittel: Fra frisk til kritisk syk: behovet for kontroll i en ny livssituasjon	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier bidra for å ivareta informasjonsbehov hos pasienten med nyoppdaget akutt leukemi?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det teoretiske grunnlaget bygger på sykepleiers kunnskapsgrunnlag, derav lovverk, etikk og sykepleiers undervisende funksjon. Videre er det anvendt litteratur om akutt leukemi, behandlingen av akutt leukemi, kommunikasjon, informasjon og Haviks kontrollmodell.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en litterær oppgave, som skal gi svar på problemstillingen ved å velge, analysere og anvende forskning, relevant pensum og faglitteratur. Artikkelsøk er gjort gjennom ulike databaser som Cinahl, PubMed og Swemed.</p> <p><u>Drøfting</u> Teori, forskningslitteratur, sykepleiefaglige rammer og personlige erfaringer trekkes inn for å drøfte ulike perspektiv på pasient- og sykepleierperspektivet i informasjonsarbeidet. Å øke pasientens kontroll, hva slags informasjon pasienten ønsker, sykepleiers rolle og utfordringer i informasjonsarbeidet er temaer som drøftes.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleieren underviser og informerer i forskjellige typer situasjoner, både gjennom planlagte informasjonssamtaler, undervisning og gjennom utføring av diverse sykepleieoppgaver. Behovet for informasjon har en klar sammenheng med psykososiale behov. Pasientene har ofte behov for å få informasjon om behandlingen, sykdommen, hvordan behandlingen vil oppleves, og hvordan de selv kan bidra for å bli friskere. For at sykepleieren skal kunne gi best mulig støtte og informasjon til pasienten, må sykepleieren ha nok kunnskap eller oppsøke hjelp for å kunne svare tilstrekkelig på pasientens spørsmål. Haviks kontrollmodell illustrerer kontrollbegrepet og hva sykepleier må forholde seg til for å arbeide med pasientens opplevde kontroll for å mestre pasientrollen.</p>	

(Totalt antall ord: 227)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og bakgrunn	1
1.1	Presentasjon av problemstilling	1
1.2	Presisering av problemstilling	1
1.3	Begrepsavklaring	2
	Informasjonsbehov	2
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....	3
2.1	Pasienten med nyoppdaget akutt leukemi.....	3
2.1.1	Psykososiale forhold.....	4
2.2	Akutt leukemi.....	4
2.3	Behandling og bivirkninger	4
2.4	Sykepleiefaglige rammer.....	5
2.4.1	Sykepleiers undervisende funksjon.....	5
2.4.2	Juridiske og etiske rammer.....	7
2.5	Informasjon.....	8
2.6	Kommunikasjon.....	9
2.6.1	Aktiv lytting	10
2.7	Kontrollmodell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom	10
3	Metode	11
3.1	Valg av litteratur.....	11
3.2	Valg av forskningsartikler	11
3.2.1	Tabell 1.....	12
3.3	Kildekritikk	13
4	Funn.....	15
4.1.1	Tabell 2.....	16
5	Diskusjon.....	18
5.1	Å gi informasjon for å forebygge psykisk negative symptomer	18
5.2	Informasjonssamtaler.....	19
5.2.1	Å øke pasientens kognitive kontroll gjennom informasjonssamtaler	20
5.3	Situasjonsbestemt informasjon.....	21
5.4	Å skape forutsigbarhet	22
5.5	Hva har pasienten behov for å få informasjon om?	23
5.5.1	Hva kan jeg gjøre for å hjelpe meg selv?	24
5.5.2	Å styrke pasientens håp.....	24
5.6	Sykepleiers rolle i informasjonsarbeidet	25
5.6.1	Tillit som nøkkelfaktor	26
6	Avslutning	27
	Referanseliste	29

1 Innledning og bakgrunn

I Norge diagnostiseres ca. 250 personer med akutt leukemi årlig (Meyer, 2016, s. 208). Å få en kreftdiagnose medfører ofte mange vanskelige emosjonelle reaksjoner. Reaksjonene utspiller seg forskjellig hos hvert enkelt individ, og vil påvirke hvordan man takler kreftbehandlingen (Utne & Nakken, 2019, s. 138). Ved å gi tilgang til kunnskap og informasjon kan man gi pasienter med kreft mulighet til å ha innflytelse og kontroll på egen situasjon (Reitan, 2017c, s. 96). Grunnleggende for all sykepleie er å betrakte mennesket som en helhet og som et unikt individ (Eriksen, 2015, s. 896).

Min erfaring med denne pasientgruppen gjennom praksisstudier er at de ofte sitter med mange spørsmål. Noen ser ut til å ha god oversikt, andre forteller at de føler seg underinformert. Jeg synes det er fascinerende at man i yrket som sykepleier kan bruke informasjon som et tiltak for å dempe engstelse og skape forutsigbarhet for pasienten. Her er det viktig å påpeke at informasjon i seg selv ikke er tilstrekkelig. Informasjonen må tilpasses mottakeren og deres varierende kunnskap, forestillinger og situasjon (Eide & Eide, 2017, s. 78). Å gi informasjon på en god måte er en kunstform, men en viktig sykepleieroppgave da det kan ha stor påvirkning for pasientens sykdomsopplevelse. Sykepleieren som møter disse pasientene må derfor se deres individuelle behov og være skarpsindig i bruk av ord og handling (Vik, 2017, s. 665).

1.1 Presentasjon av problemstilling

“Hvordan kan sykepleier bidra for å ivareta informasjonsbehovet hos pasienten med nyoppdaget akutt leukemi?”

1.2 Presisering av problemstilling

Problemstillingen avgrenses til å ta for seg unge voksne fra 20-30 år som mottar induksjonsbehandling for akutt leukemi med kurativ intensjon. Behandlingsrelaterte komplikasjoner øker med økende alder hos pasienten (Tjønnfjord, 2017, s. 650), og forskningen jeg har brukt i oppgaven tar for det meste for seg pasienter i denne aldersgruppen. Pasientene har nylig blitt diagnostisert med akutt leukemi og er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Både akutt lymfatisk leukemi (ALL) og akutt myelogen leukemi

(AML) er inkludert, da induksjonsbehandlingen og sykdomstegnene har store likhetstrekk i denne perioden. Induksjonsbehandlingen baserer seg først og fremst på cellegiftbehandling. Stamcelletransplantasjon er sentral i behandlingen av akutte leukemier og brukes i noen tilfeller som førstelinjebehandling (Tjønnfjord, 2017, s. 650). Jeg har valgt å ekskludere dette behandlingsalternativet på bakgrunn av oppgavens omfang. Videre vil jeg ikke legge stor vekt på samarbeid med pårørende selv om dette fremheves som sentralt i faglitteraturen, da det blir for omfattende for denne oppgaven.

Gjennom oppgaven ønsker jeg å utforske informasjonens hensikt, hva slags informasjon pasientgruppen har behov for, hvordan informasjonen bør formidles og sykepleiers rolle i informasjonsarbeidet. Psykososiale behov vil bli et gjennomgående tema i oppgaven, fordi jeg anser informasjon som en viktig del av ivaretagelse av psykososiale behov. Jeg vil argumentere for hvordan informasjon anvendes for å dempe negative psykiske symptomer hos pasienten. Sykepleier står ikke alene i informasjonsarbeidet, og derfor fokuserer oppgaven i stor grad på sykepleierens rolle og hvordan sykepleieren kan bruke sine ferdigheter som et bidrag i informasjonsarbeidet. Bakgrunnen for sykepleieutøvelsen er sykepleiers undervisende funksjon. Jeg vil anvende relevant fag- og forskningslitteratur, etiske og juridiske perspektiv, samt egen erfaringsbasert kunnskap. Tilsammen vil dette danne grunnlag for å besvare problemstillingen.

1.3 Begrepsavklaring

Informasjonsbehov

Informasjonsbehov omhandler det en pasient ønsker og trenger informasjon om i sin nye livssituasjon. Det kan være temaer som gjelder egen helse, sykdoms- og behandlingsforløpet, dagligdagse aktiviteter og hvordan forholde seg til sin nye livssituasjon. Kreft får innvirkning på alle aspekter av pasientens liv, og derfor innebærer informasjonsbehovet et behov for å få kontroll på den nye livssituasjonen gjennom å tilegne seg kunnskap (Reitan, 2017b, s. 110).

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

Dette kapitlet vil presentere teori som legger grunnlag for diskusjonen i drøftingskapitlet. Først vil jeg gå inn på pasienten med nyoppdaget akutt leukemi og beskrive deres situasjon. Videre litt om sykdommen og behandlingen. Etter hvert går jeg nærmere inn på de sykepleiefaglige rammene: sykepleierens undervisende funksjon, som er bakgrunnen for utøvelsen av sykepleie i oppgaven og juridiske- og etiske rammer. Teori om informasjon og kommunikasjon blir presentert. Til slutt presenterer jeg Haviks kontrollmodell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom (1989).

2.1 Pasienten med nyoppdaget akutt leukemi

Mange pasienter med kreft begynner behandling etter en lengre utredningsfase, og de har fått tid til å forberede seg på at de kan være alvorlig syke. Pasienter med akutt leukemi begynner behandlingen samme dag eller en av de nærmeste dagene ved diagnosetidspunktet. Tiden fra pasienten får vite at noe er galt fram til diagnosen blir satt kan være preget av redsel og frykt for hva som ikke stemmer i kroppen. Pasientgruppen tas ut av sin vante livssituasjon og hverdagen som de kjenner den blir på kort tid endret til lengre sykehusopphold. For mange kan en kreftdiagnose oppleves som å bli konfrontert med egen dødelighet. Pasienten kan oppleve å bli isolert fra familien, utsatt for ubehagelige prosedyrer og plagsomme bivirkninger av behandlingen. Opplevelsen kan sette i gang både psykiske og fysiske reaksjoner. Håpløshet, fortvilelse, sinne og konsentrasjonsvansker kan være blant følelsene som oppstår. Fysiske reaksjoner kan være anspenhet, skjelving, kvalme, uro, panikk og apati. Pasienten opplever å miste kontroll. Tilbakemeldinger på sykdommen og undersøkelser blir en bekreftelse på eller avkreftelse av pasientens angst og uro. Det blir lite tid til å bearbeide diagnosen, fordi rask oppstart av behandling er viktig for å begrense sykdommen (Vik, 2017, s. 665-666). Mange pasienter har ikke følt seg syke før de merker bivirkningene av behandlingen. Overgangen fra den prediagnostiske fasen til den behandlende fasen er rask, som medfører at pasienten har et stort informasjonsbehov under sykehusoppholdet. Mye av informasjonen som pasientene mottar, kan medføre sterke psykiske reaksjoner. Sykepleieren må være forberedt på å møte disse i informasjonssamtaler (Reitan, 2017c, s. 97).

2.1.1 Psykososiale forhold

Psykososiale behov ved sykdom omhandler hvordan pasienten opplever å være syk. Ved kritisk sykdom har pasienten behov for å mestre situasjonen. Dette innebærer blant annet fravær av lidelse, mestre egenaktivitet, føle trygghet og kontroll over eget liv (Stubberud, 2019, s. 18).

Begrepet «illness» refererer til pasientens subjektive opplevelse av eksempelvis smerte, ubehag og tap av funksjon, eller hva slags mening pasienten legger ved det å være syk. Videre karakteriserer man illness med pasientopplevelser som angst, utrygghet, avhumanisering, fremmedgjøring, isolasjon, sårbarhet, lidelse og stress (Hoffmann, 2014, Stubberud, 2019, s. 17). “Distress” er et engelsk begrep som man på norsk kan omtale som negativt psykisk stress. Distress betegner opplevelsen av å ikke mestre egen situasjon på grunn av for mange stressorer. Dette oppleves som ubehagelig og tærer på de psykologiske reservekreftene (Cullberg et al., 1999, referert i Stubberud, 2019, s. 30).

2.2 Akutt leukemi

Leukemi er kreftsykdom som er oppstått i blodceller eller hematopoetiske celler. Som regel oppstår leukemi i beinmargen. Ved akutt leukemi påvises økt antall blaster i blod eller benmarg. Dette fører til et lavt antall erythrocytter, leukocytter og/eller trombocytter i blodet. Dette manifesterer seg hos pasienten gjennom slapphet på grunn av anemi, blødninger på grunn av blodplatemangel og infeksjoner på grunn av mangel på leukocytter. Symptomene utvikler seg ofte i løpet av få uker (Meyer, 2016, s. 208).

2.3 Behandling og bivirkninger

Behandling av akutt leukemi baserer seg på det som heter kjemoterapi, cellegift, eller cytostatika. Sistnevnte begrep vil bli brukt fra nå av. Behandlingen består alltid av flere kraftige cytostatikakurer. Behandlingen er kjent for å være blant de mest krevende cytostatikabehandlingene som fins (Meyer, 2016, s. 208). Under induksjonsbehandlingen vil pasienten være innlagt over flere uker, ofte 4-6 uker, men her er det individuelle forskjeller (Albrecht et al. 2019). Rutinemessig vil denne behandlingen forårsake en forbigående periode med livstruende benmargssvikt, som er en ønskelig effekt, men krever forebygging og behandling av infeksjoner mens behandlingen foregår. Tiden fra første infeksjonstegn til

sepsisutvikling kan være kort, og krever raske medisinske tiltak. Pasienten må transfunderes med erythrocytter og trombocytter profylaktisk under benmargssvikten (Tjønnfjord, 2017, s. 650).

Ved kurativ behandling aksepteres ofte flere bivirkninger enn ved palliativ behandling. Behandlingen krever et godt samkjørt behandlingsteam, og at pasienten ellers er ved god helse. (Tjønnfjord, 2017, s. 650).

Cytostatikabehandling rammer vev med mange celler i delingsyklus hardest. Benmarg, mage- og tarmslimhinner og hårceller er eksempler på vev som ofte påvirkes av cellegiftbehandling. Hos pasienten kan dette vise seg gjennom ulike symptomer som for eksempel håravfall og diaré. Symptomer varierer fra person til person. Andre alvorlige bivirkninger kan være uttalt kvalme, varige perifere nerveskader og langvarig fatigue (Nakken, 2017, s. 391).

2.4 Sykepleiefaglige rammer

Ivaretagelse av informasjonsbehov innrammes av sykepleierens funksjons- og ansvarsområder, juridiske og etiske retningslinjer.

2.4.1 Sykepleiers undervisende funksjon

Det er flere av sykepleiers ansvars- og funksjonsområder som har implikasjoner for informasjonsarbeidet. Bakgrunnen for sykepleieutøvelse i oppgaven er sykepleierens undervisende funksjon, da informasjonsutveksling er en stor del av denne sykepleierfunksjonen. Sykepleierens undervisende funksjon innebærer utveksling av informasjon gjennom kommunikasjon for å bidra til at pasientene oppnår tilstrekkelig kunnskap. Dette skal bidra til at de får ferdigheter til å mestre sin nye livssituasjon (Reitan, 2017a, s. 41-44). Sykepleieren skal informere, undervise og veilede pasienter. Dette skal fremme trygghet og hjelpe pasienten til å forstå konsekvenser av sykdom og behandling. Som sykepleier møter man pasientene i deres miljø, i hverdagslige og uformelle settinger, som kan være en fordel i arbeid med læring og mestring (Kristoffersen, 2016, s. 360). Pasientens opplevelse av sin situasjon må kartlegges og dokumenteres, og dette gjør sykepleieren gjennom samtaler med pasient og pårørende. Sammen må man finne ut hva som virker mobiliserende for pasienten. Sykepleieren må tilrettelegge for gjentatte informasjonssamtaler

der både pasient og pårørende er til stede. Samtalene skal tilrettelegge for forutsigbarhet og kontroll (Vik, 2017, s. 666).

Hensikt med undervisning av pasienter er å formidle kunnskap som bidrar til mestring av egen sykdom. Informasjonsmidleren ønsker å legge til rette for forståelse av sykdommen, holdningsdannelse, mestring av ferdigheter eller prosedyrer knyttet til sykdommen.

Pasientundervisning skjer uplanlagt hele tiden, eksempelvis når man tar en blodprøve og forklarer hvorfor, eller forklarer bakgrunnen bak restriksjoner eller tiltak (Kristoffersen, 2016, s. 362).

Situasjonsbestemt informasjon vil si at man griper øyeblikket når man fornemmer at pasienten kan være mottakelig for informasjon relatert til en bestemt situasjon i samhandling med sykepleieren. I en stellesituasjon kan sykepleierens håndlag kommunisere trygghet og tillit, som kan skape rom for at pasienten deler tanker og følelser. Dialogen kan brukes til å støtte pasienten, avdekke informasjonsbehov og å gi informasjon (Reitan, 2017b, s. 112). Foruten slik spontan undervisning deltar og tilrettelegger sykepleiere i planlagte informasjonssamtaler i samarbeid med leger. Det kan være i forbindelse med førstegangsinnleggelse eller underveis i behandlingen. Informasjonssamtaler der man skal dele alvorlige eller dårlige nyheter bør være avtalt på forhånd med pasienten slik at de kan være forberedt på å skulle motta informasjon som har betydning for videre behandling. Det burde skje sammen med en sykepleier som pasienten kjenner godt eller har som primærsykepleier (Evensen, 2014, s. 410).

Sykepleiere med rett kompetanse kan avlaste leger med undervisning og veiledning om sykdom og behandling, med mål om læring og mestring (Kristoffersen, 2016, s. 361).

Relevant innhold for undervisning og/eller informasjon kan være:

- Hensikt med behandling, både den medisinske og den sykepleiefaglige
- Informasjon om testresultater
- Legemidlenes virkning og bivirkninger
- Mulige komplikasjoner
- Mulig smerte, varighet og lindringsmuligheter
- Hva pasienten kan bidra med selv i behandlingsopplegget
- Psykiske reaksjoner
- Rutiner ved avdelingen

(Reitan, 2017b, s. 114; Eide & Eide, 2017, s. 218)

2.4.2 Juridiske og etiske rammer

Det er et prinsipp i norsk helsevesen at man skal være åpen og samtale med pasienter om deres kreftsykdom (Reitan, 2017b, s. 108). Den som yter helsehjelp skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999, §10). Helsepersonelloven §4 om forsvarlighet sier at “helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet”, og stipulerer videre at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre når det er nødvendig og mulig. Pasient- og brukerrettighetsloven sier at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (§3-1, 1999). Videre i §3-2 står det at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for at han kan få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

Det er flere av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som har implikasjoner for sykepleiers undervisende funksjon. Her presenteres et begrenset utvalg med spesiell relevans for oppgaven. Punkt 2.5 sier at “Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått”. Videre er punkt 2.2 “Sykepleieren undersøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten” og 2.3 “Sykepleieren ivaretar den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg” (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Fokuset innen helsetjenesteetikken har de siste årene rettet seg mot autonomiprinsippet. Man ser på pasienten som et selvstendig individ med hovedansvar for egen helse og livssituasjon. Pasientens selvbestemmelse og medvirkning er ofte avgjørende for et vellykket behandlingsresultat. Å fremme pasientens mulighet for å ta selvstendige avgjørelser krever at sykepleier har korrekt kunnskap og informasjon om de bivirkninger eller risiko behandlingen medfører. Sykepleieren må sørge for at pasienten kjenner begrunnelsen for de restriksjoner og tiltak som blir iverksatt slik at pasienten kan delta og føle kontroll over behandlingssituasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 361).

2.5 Informasjon

Ved akutt leukemi endres livet til pasienten dramatisk, som kan påvirke pasientens evne til å motta informasjon (Vik, 2017, s. 665). Pasienter har forskjellig kunnskap om sykdom og behandling. Det er store individuelle variasjoner avhengig av forhold som utdanning og bakgrunn. Slike forhold må sykepleieren være bevisst på i informasjonsarbeidet (Reitan, 2017b, s. 108).

Informasjonsutveksling skal ta utgangspunkt i pasientens individuelle behov, og hva pasienten anser som relevant i sin situasjon. Informasjon kan øke kunnskapsnivået til pasienten og gi en viss oversikt og kontroll over situasjonen. Sykepleier bør ha som mål å styrke pasientens ressurser. Sykepleier har ansvar for å ta initiativet til å gi informasjon, undervise og veilede (Kristoffersen, 2016, s. 362-363). Målet med å informere er at situasjonen blir mest mulig forutsigbar og forståelig, og at pasienten skal kunne mestre situasjonen og bli så selvhjulpne som mulig. Informasjon kan med fordel gis skriftlig eller digitalt slik at pasienten kan gå tilbake til den og repetere den (Eide & Eide, 2017, s. 218-219).

Sykepleier må formidle informasjon som pasienten har behov for, og som pasienten er i stand til å ta imot. Den må tilpasses slik at pasienten kan forstå informasjonen som blir gitt. Informasjonen kan miste deler av sin hensikt dersom pasienten ikke klarer å huske det som er viktig. Pasienten kan reagere med å oppleve en krise når hen får sjokkbekjeden om kreft (Eide & Eide, 2017, s. 78). Krisesituasjoner er ofte preget av ulike reaksjonsfaser. Grovt sett kan fasene deles inn i sjokkfasen, reaksjonsfasen og bearbeidelsesfasen. Pasienten kan bevege seg gjennom fasene i ulik rekkefølge eller befinne seg i flere på samme tid (Cullberg, 2010, referert i Eide & Eide, 2017, s. 78). Informasjon som gis til den kriserammede rett etter sjokkbekjeden kan lett bli feiltolket og bare delvis oppfattet (Eide & Eide, 2017, s. 81).

Mennesker vil naturligvis unngå smerte, og slik har også mennesker et naturlig behov for å ha kontroll over egen situasjon. Man ønsker å fjerne det som er truende mot kontrollen fra bevisstheten for å gjenopprette kontroll. Mennesker har behov for å forstå seg selv og det som er rundt, slik at tilværelsen er forutsigbar. I møte med kritisk sykdom er ikke verden lenger forutsigbar. Sykdom gjør at man kan miste mye som man tidligere har tatt for gitt. Dette kan være selvstendighet, bevegelighet eller hvordan man er vant til å se ut (Eide & Eide, 2017, s. 82).

Pasienter med nyoppdaget akutt leukemi står i en helt ny situasjon de tidligere ikke har måttet forholde seg til, og de må få informasjon om hvordan de kan takle den nye situasjonen. Som regel vet man ganske mye om hva pasienten trenger informasjon om, men det kan være vanskelig å vite sikkert hva pasienten har fått med seg eller husker. Man kan spørre pasienten hva vedkommende trenger informasjon om, men det er ikke sikkert at pasienten vet hva han eller hun trenger. Informasjonsbehovet kan være stort selv om pasienten selv ikke er klar over det (Eide & Eide, 2017, s. 220).

2.6 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et nødvendig verktøy for overføring av informasjon, men det er framfor alt et middel for å bli kjent, forstå og møte behovene til pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 218).

Ifølge Eide & Eide (2017, s. 16) er god kommunikasjon personorientert og faglig fundert. Personorientert kommunikasjon vil si at man ser pasienten som en hel person, “med iboende ressurser og muligheter, egne verdier og prioriteringer og ønsker og mål når det gjelder egen helse og livssituasjon for øvrig” (Eide & Eide, 2017, s. 16) Når sykepleieren formidler informasjon til pasienten er det viktig at dette gjøres på en god måte. Hvilke signaler sender man utover ordene som blir formidlet? (Eide & Eide, 2017, s. 17).

Budskap skapes og tolkes innenfor en kontekst. Konteksten handler om tid og sted, og sosiale og materielle rammer. Konteksten refererer til det som er viktig og med på å skape mening for personen. Som sykepleier kan man ikke forstå pasientens kontekst fullt ut, men det er mulig å få innsikt i deler av den gjennom det pasienten forteller (Reitan, 2017b, s. 105).

Relasjonen mellom sykepleier og pasient preges av elementer av makt og avhengighet. Pasienten er avhengig av tilgang på informasjon, og sykepleieren har i oppgave å oppfylle dette behovet, og sitter derfor på en oppgavebundet makt. Sykepleieren har makt til å gi informasjon eller begrense den, og kan uten intensjon krenke pasienten ved å hindre hen å komme til orde eller ikke gi rom for at hen åpner opp om sine følelser og tanker knyttet til sin situasjon (Reitan, 2017b, s. 106).

2.6.1 Aktiv lytting

Pasienter uttrykker sjelden direkte hva slags helsebekymringer de har. I stedet uttrykkes det gjennom hint og andre indirekte antydninger, verbalt og nonverbalt (Zimmermann et al. referert i Eide & Eide, 2017 s. 17). Sykepleieren må lytte aktivt til det som sies, og til det som ikke sies med ord. Aktiv lytting er en måte å vise menneskelighet, og en måte å finne ut hva som er viktig, og for å finne ut hva pasienten trenger. Ved aktiv lytting utforsker man hva den andre ønsker og trenger gjennom å lytte aktivt og stille åpne spørsmål. Dersom hen lykkes med dette vil pasienten føle seg sett og hørt, og sykepleieren kan oppfatte hvilke behov som ligger bak det pasienten sier (Eide & Eide, 2017, s. 17).

2.7 Kontrollmodell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom

Odd E. Havik (1989) har utviklet en kontrollmodell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Tanken er at det er lettere å tilpasse seg psykologisk og sosialt under og etter somatisk sykdom ved god sykdomsforståelse. Et sentralt mål for modellen er å: «fremme pasientens tilpasning til behandlingssituasjonen og øke pasientens engasjement i og etterlevelse av behandlings- og rehabiliteringstiltak» (Havik, 1989, Stubberud, 2019, s. 36). Modellen beskriver tre aspekter ved kontrollbegrepet: kognitiv kontroll, instrumentell kontroll og emosjonell kontroll (Havik, 1989, Stubberud, 2019, s. 36-37).

Ved kognitiv kontroll opplever pasienten forutsigbarhet i stedet for flertydighet. Dette kan oppnås med god og nok informasjon. Manglende forutsigbarhet oppleves belastende og kan skape frykt (Havik, 1989).

Instrumentell kontroll beskriver pasientens muligheter og evner til å forebygge negative hendelser gjennom egen aktivitet. Sykepleietiltak i denne sammenheng er å gjøre pasienten til en aktiv deltaker, fremme søvn, hvile og et terapeutisk miljø. Kritisk syke pasienter kan ha lite ressurser til å være en aktiv deltaker, men trenger god søvn, hvile og et terapeutisk miljø for å mestre pasientrollen (Havik, 1989).

Emosjonell kontroll vil si at pasienten opplever nærhet og tilhørighet. Nære og støttende mellommenneskelige forhold er viktige oppnå dette (Havik, 1989). Sykepleieren kan bidra ved å være en emosjonell støtte for pasienten.

3 Metode

Metode blir beskrevet som et redskap man bruker når man skal undersøke eller etterspørre kunnskap om noe (Dalland, 2020, s. 53). Dette er en litterær oppgave hvilket betyr at den bygger på eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s. 199). Metodedelen vil gi innsikt i rammeverket av faglitteratur og forskning som er valgt i oppgaven.

3.1 Valg av litteratur

Klinisk sykepleie og kommunikasjon er belyst gjennom relevant pensumlitteratur. For å finne relevant faglitteratur har jeg sett gjennom biblioteket ved LDH sitt utvalg. Søkene har vært basert på temaene kreft, akutt leukemi, kommunikasjon og informasjon. Relevant litteratur er først og fremst vurdert gjennom tittel, innholdsfortegnelse og videre ved å skimle gjennom relevante kapitler.

3.2 Valg av forskningsartikler

For å finne relevante forskningsartikler til oppgaven har jeg brukt databasene Cinahl, Pubmed og Swemed. Søkord som har blitt brukt hyppigst er “leukemia”, “acute leukemia”, “psychosocial”, “psychosocial needs”, “psychosocial support”, “psychosocial aspects of illness”, “oncologic nursing”, “patient education” og “information needs”. Disse søkeordene har blitt kombinert sammen i en rekke søk med både “AND” eller “OR”. Antall treff har variert mye ut ifra søk og hvilken database som er brukt. Jeg har skimlet gjennom trefflistene for å finne relevante titler, for så å lese abstract på utvalgte artikler.

3.2.1 Tabell 1

Nr	Søkedato	Database	Søkeord	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert	Valgte artikler
1.	30.11.20	Cinahl	S1 acute leukemia AND S2 (MH "hospitalization+") AND S3 psychosocial	6	1	1	1	Albrecht, T. A., Keim-Malpass, J., Boyiadzis, M. & Rosenzweig, M. (2019) <i>Psychosocial experiences of Young Adults Diagnosed With Acute Leukemia During Hospitalization for Induction Chemotherapy Treatment</i>
2.	26.11.20	Pubmed	psychosocial support cancer	3481	2	2	1	Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K. & Kenny, A. (2006) <i>Barriers in Providing Psychosocial Support for Patients With Cancer</i>
3.	06.01.21	Cinahl	S1 (MH "leukemia") AND S2 (MM "Patient education")	39	2	2	1	Fang-Fang, Y., Yan-Ni, B., Hua, H., Li, Z., Rui-Li, Z., Hong-Xia, J., Qiao-Yan, L & Ju-Fang, F. (2017) <i>Identifying the unmet supportive care needs, with concomitant influencing factors, in adult acute leukemia patients in China</i>
4.	06.01.21	Cinahl	S1 (MH "Leukemia") AND (MM "Information needs")	7	1	1	1	Rood, J, AJ., Eeltink, C, M., Zuuren, F, J., Verdonck - de Leeuw, I, M. & Huijgens, P, C. (2014) <i>Perceived need for information of patients with haematological malignancies: a literature review</i>
6.	04.03.21	Swemed	#1. cancer* #2. neoplasms #3 patient education as topic #4 informasjon* "#1 OR #2 AND #3 OR #4" Filter: norsk og artikler	76	3	1	1	Riddervold, H. M., Høy, E. & Varre, P.(2008) Samtaler om sykdom og behandling

3.3 Kildekritikk

Av faglitteratur har jeg brukt Eide & Eide (2017) og Stubberud (2019) om henholdsvis kommunikasjon og psykososiale behov hos kritisk syke. Denne litteraturen er ikke direkte rettet mot pasienter med akutt leukemi. Derfor har jeg brukt Vik (2017), Tjønnfjord (2017) Evensen (2014) og flere kapitler fra “Kreftsykepleie: Pasient - utfordring - handling”, for å utfylle med teori om akutt leukemi og kreftsykepleie. Kapitler fra pensumbøker om klinisk- og grunnleggende sykepleie og kommunikasjon er brukt for å få nødvendig teori til oppgaven.

Forskningsartiklene som er anvendt i oppgaven er valgt ut fordi jeg anser de som mest relevant til problemstillingen. Artiklene er publisert av anerkjente tidsskrifter innenfor kreftsykepleie, som “Cancer nursing”, “Hospice & Palliative Nursing”, “European journal of Oncology Nursing”, “Journal of clinical nursing” og “Sykepleien”. For å sikre kvalitet på forskningsartiklene har jeg kontrollert om tidsskriftene er fagfellevurdert gjennom Norsk senter for forskningsdata (NSD). Alle funnene fra forskningsartiklene er ikke belyst i oppgaven, fordi jeg har begrenset til de funnene som er relevant. Studiene som er valgt ut er både kvalitative og kvantitative, og inkluderer både pasient- og sykepleierperspektivet, som gir best mulig grunnlag for å gi en helhetlig besvarelse av problemstillingen. Det har vært ønskelig i arbeidet med forskningsartikler å inkludere artikler fra land med tilsynelatende likt helsevesen og lignende kultur som Norge. Jeg har likevel inkludert en studie fra Kina, ettersom det var relevant for min problemstilling, men vil påpeke dette da det kan tenkes at forskningen er påvirket av kulturelle ulikheter.

Riddervold et al. (2008) undersøker erfaringer hos førstegangsinnlagte med lymfekreft i forbindelse med informasjonssamtaler. Forskningen retter seg mot en annen krefttype enn den jeg skriver om. Jeg valgte å inkludere forskningen basert på likhetstrekk i denne pasientgruppens situasjon, i tillegg til at jeg ønsket å bruke minst én norsk forskningsartikkel.

Botti et al. (2006) og Riddervold et al. (2008) er studier som er gjennomført for mer enn ti år siden. I arbeidet med å finne forskning til oppgaven har jeg ønsket å bruke så ny forskning som mulig, men det har vært vanskelig å finne relevant nok forskning fra nyere tid. Selv om behandling av akutte leukemier stadig går fremover, fokuserer disse studiene i stor grad på sykepleierens erfaringer, informasjonsarbeid og psykososiale forhold som jeg anser som like relevant og overførbart til de forholdene sykepleiere jobber under i dag. I tillegg opplever jeg

at jeg kjenner igjen funnene og de støtter mine egne erfaringer fra arbeidet med disse pasientene.

Studiene er primærkilder, med unntak av Rood et al. (2014) sin oversiktsstudie, som er en oppsummering av flere artikler fra andre forfattere. Artikkene, utenom Riddervold et al. (2008), er skrevet på engelsk, derfor kan mine tolkninger være påvirket av norsk språkforståelse.

4 Funn

I dette kapitlet vil funn fra studiene bli presentert kort i en tabell. Først en oppsummering.

Felles for alle artiklene som belyser pasientperspektivet er at pasientene føler seg underinformert. Alle artiklene belyser problematikken om at pasienten er i en krisereaksjon, noe som gjør informasjonsarbeidet utfordrende. Temaene som går igjen er at pasientene ønsker mer informasjon om diagnosen, behandlingen og forventede bivirkninger av behandlingen. Skriftlig informasjon trekkes fram som et viktig supplement. Pasientene generelt opplever at de mister kontroll over livet sitt når de får diagnosen akutt leukemi. Opplevelse av håp går igjen som et viktig stikkord, og pasientene trenger informasjon som styrker håp i kampen mot kreft. Funnene knyttet til sykepleierperspektivet viser at sykepleierne opplever at informasjonsarbeidet krever tillit og relasjonsbygging. Sykepleierne har generelt sett stort fokus på psykososiale forhold i informasjonsarbeidet. Sykepleierne utnytter tilgangen på pasientens omgivelser til å gi informasjon og samtale med pasienten om psykososiale forhold.

4.1.1 Tabell 2

Nr.	Forfattere	Tittel	Tidsskrift	Mål	Metode	Resultater
1.	Albrecht, T. A., Keim-Malpass, J., Boyiadzis, M. & Rosenzweig, M.	Psychosocial Experiences of Young Adults Diagnosed With Acute Leukemia During Hospitalization for Induction Chemotherapy Treatment	Hospice & Palliative Nursing	Undersøke erfaringer knyttet til det psykososiale hos unge voksne med akutt leukemi som gjennomgår induksjonskur med cellegift	Kvalitativt studie. Semistrukturerte intervjuer med 7 pasienter og dagbokføring under sykehusoppholdet	3 hovederfaringer ble identifisert: håpet om å bli frisk, følelsen av isolasjon, behov innen informasjonsutveksling
2.	Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K. & Kenny, A.	Barriers in Providing Psychosocial Support for Patients With Cancer	Cancer Nursing	Identifisere nøkkelutfordringer relatert til å utøve god psykososial omsorg for voksne pasienter innlagt med blodkreft	Kvalitativt studie. Gruppeintervjuer i to fokusgrupper med 7 og 8 sykepleiere med minst 3 års klinisk erfaring fra hematologiske/benmargstransplantasjons-/strålebehandlingsendeavdelinger	Fem barrierer ble identifisert: «når er det passende tidspunkt å snakke?», bygge relasjoner, å bli dratt inn i pasientens emosjonelle verden, å gi støtte gjennom pasientens sykdomsreise og forstyrrelser i kommunikasjonsprosessen
3.	Fang-Fang, Y., Yan-Ni, B., Hua, H., Li, Z., Rui-Li, Z., Hong-Xia, J., Qiao-Yan, L. & Ju-Fang, F.	Identifying the unmet supportive care needs, with concomitant influencing factors, in adult acute leukemia patients in China	European Journal of Oncology Nursing	Å identifisere umøtte omsorgsbehov, med tilhørende påvirkningsfaktorer, relatert til fem uoppfylte behovsdimensjoner hos voksne med akutt leukemi i Kina.	Kvantitativ studie. Tversnittstudie med 340 deltagere som ble bedt å fylle ut et selvrappert spørreskjema	Helseinformasjonsdimensjonen scoret høyest. Dimensjonen innebar informasjon om behandling, diagnose, prognose og testresultater. Deretter den psykososiale dimensjonen. Den seksuelle dimensjonen fikk lavest score. De tre underdimensjonene med høyest score var: «å få informasjon om testresultater så fort som mulig», «å få informasjon om ting man kan gjøre for å hjelpe seg selv å bli frisk» og «å få informasjon om kreften er under kontroll eller i remisjon»

4.	Rood, J, AJ., Eeltink, C, M., Zuuren, F, J., Verdonck - de Leeuw, I, M. & Huijgens, P, C.	Perceived need for information of patients with haematological malignancies: a literature review	Journal of Clinical Nursing	Å gi innsikt i det opplevde behovet for informasjon til pasienter med maligne hematologiske sykdommer.	Systematisk oversikt over flere enkeltstudier	Pasienter ønsker grunnleggende informasjon om sykdommen, behandling (alternativer, bivirkninger og varighet), prognose, egenomsorg og psykososiale behov. Behov for detaljert informasjon varierte i studiene. Pasientene ønsket først og fremst informasjon fra legen, etterfulgt av sykepleierne.
5.	Riddervold, H. M., Høy, E. & Varre, P.	Samtaler om sykdom og behandling	Sykepleien	Å bedre pasientens og pårørendes mestring av sykdommen (nyoppdaget lymfekreft), behandling og konsekvensene av denne. Skape et hjelpemiddel for sykepleier og lege i informasjonsarbeidet.	41 informasjonssamtaler med påfølgende evaluering. Evaluering av informasjonssamtalen med spørreskjema til alle parter som deltok i samtalen: lege, sykepleier, pasient og pårørende.	Pasienter og pårørende var fornøyd med informasjonssamtalene, både innholdsmessig og gjennomføring. Begge parter tror samtalen har betydning for hvordan de vil mestre situasjonen og opplever det som svært viktig at pårørende var til stede.

5 Diskusjon

Drøftingen baseres på problemstillingen: “Hvordan kan sykepleier bidra for å ivareta informasjonsbehovet hos pasienten med nyoppdaget akutt leukemi?”. Drøftingen vil legge vekt på pasientens situasjon og utgangspunkt for å ta imot informasjon, forskjellige situasjoner der sykepleier gir informasjon, hva pasienten ønsker informasjon om, hvilke ferdigheter sykepleier må ha og forhold sykepleieren må forholde seg til i utveksling av informasjon. Elementer fra Haviks kontrollmodell (1989), aktuelle rammer i form av lovverk og yrkesetiske retningslinjer og egne erfaringer vil trekkes inn der det er naturlig.

5.1 Å gi informasjon for å forebygge psykisk negative symptomer

Rood et al. (2014) sier at mangel på informasjon kan føre til flere negative psykiske plager som angst, depresjon og redusert evne til å mestre sykdommen. Mangel på informasjon vil føre til vanskeligheter med å føle kontroll over egen situasjon. Albrecht et al. (2019) påpeker at nydiagnostiserte pasienter med akutt leukemi er i en situasjon der ting må skje fort og det er liten tid til å bearbeide all informasjon før behandlingen må settes i gang. Mange psykiske stressorer kan føre til opplevelsen av distress (Stubberud, 2019, s. 28). Distress er ikke ønskelig, men kanskje uunngåelig med tanke på pasientens kontekst. Pasientens reaksjoner på distress kan være følelsesmessige og kognitive. Angst er en vanlig reaksjon som kan oppleves som en diffus men ubehagelig følelse. Resultatet av disse følelsene kan være at pasienten ikke søker eller klarer å ta imot informasjon (Stubberud, 2019, s. 29). Haviks Kontrollmodell (1989) er utviklet på bakgrunn av tanken om at det er lettere å tilpasse seg psykologisk og sosialt under og etter somatisk sykdom ved god sykdomsforståelse. Modellen illustrerer viktigheten av intervensjoner rettet mot pasientens opplevde kontroll. Dette argumenterer for at sykepleiere bør være sitt ansvar bevisst på å gi god og tilstrekkelig informasjon, og hvordan dette kan påvirke pasienten mot å oppleve kontroll over egen situasjon, som igjen fremmer psykososiale behov og reduserer risiko for psykiske plager. Å gi informasjon i seg selv vil ikke gjøre at alle pasientens plager og problemer kan forebygges eller løses, men det kan tenkes å bidra. Andre viktige tiltak kan tenkes å være å fortelle pasienten at hans følelser og reaksjoner er normale i møte med alvorlig sykdom.

5.2 Informasjonssamtaler

Riddervold et al. (2008) sin studie undersøker informasjonssamtalens betydning for pasient og pårørende i forbindelse med førstegangsinleggelse ved nyoppdaget lymfekreft. Studiet fant at det var en fordel at pårørende fikk delta på informasjonssamtale, da pasienten ofte befinner seg i en krise og derfor har problemer med å huske all viktig informasjon. I de tilfellene der informasjonssamtalene foregikk på pasientrommet ble det kommentert av flere av partene at de ville foretrukket et annet rom. Alle partene kommenterte at forstyrrelser under informasjonssamtalen opplevdes som uheldig, derfor var callinger og ringesignaler skrudd av. De gangene pasienten og pårørende opplevde at informasjonen ikke var godt nok forberedt ble det kommentert på evalueringsskjema. Studiet fant at hvordan informasjon blir formidlet, om det er gjennom en planlagt informasjonssamtale eller en visitt ikke var likegyldig. Disse funnene kan tyde på at omgivelsene og rammene rundt samtalen påvirket hvordan partene opplevde situasjonen. Mye av fokuset i samtalen gikk på diagnosen og behandlingen. Det er verdt å reflektere over hva slags informasjon man skal gi når man velger kontekst. Informasjon om sykdom og behandling kan skape reaksjoner hos mottaker, og det å ha et rom der mottakeren føler seg trygg og ueksponert er sentralt i en slik samtale (Reitan, 2017b, s. 114). Rammene rundt samtalen ser ut til å være av stor betydning for hvordan pasientene og de pårørende opplever samtalen.

Både pasient og pårørende oppga at de trodde samtalen har betydning for hvordan de vil mestre situasjonen (Riddervold et al., 2008). Studien sier at tilliten og kontakten som ble oppnådd hadde stor betydning videre i behandlingen. Planlagte informasjonssamtaler kan sikre at praksisen ved sykehuset går i samsvar med samfunnets forventninger til informasjonsformidling, ref. pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 om informasjon (1999). Sykepleier skrev et skriftlig sammendrag av samtalen, noe pasientene beskrev som nyttig. De brukte sammendraget til å huske hva som ble sagt og til å orientere andre i familien. Skriftlig sammendrag av informasjonssamtaler kan tenkes å ha flere positive funksjoner. Pasienten kan gå tilbake til det for å repetere informasjon om ting de lurer på eller ikke husker, og det er dokumentasjon på hva slags informasjon pasienten har fått som kan være nyttig for annet helsepersonell i oppfølging av informasjonsarbeidet.

Informasjonssamtaler krever tid og ressurser av de ansatte og sykehusavdelingen. Sykepleier må sette av tid til å planlegge på forhånd, og både sykepleier og lege må ha fullt fokus på samtalen og dermed være utilgjengelig for andre arbeidsoppgaver i tidsrommet samtalen

foregår. Her er det viktig å tenke på hva slags langtidsgevinst det har å sette inn ressurser til en slik samtale så tidlig i behandlingsforløpet. Stubberud (2019) påpeker at om en pasient opplever angst og frykt så kan dette komme av frykt for det ukjente eller mangel på oversikt i en kritisk situasjon (2019, s. 22). En informasjonssamtale bidrar til økt kognitiv kontroll kan tenkes å forebygge dette. Pasienten får besvart mange spørsmål og sykdomsforståelsen blir stor allerede tidlig. Studien bekrefter også dette ved funnene som sier at pasienten og øvrige deltakere sier de trodde at samtalen hadde betydning for videre behandlingsforløp (Riddervold et al. 2008). Basert på disse funnene kan man si at sykepleieren bør ta initiativ til å arrangere informasjonssamtaler, og man kan kanskje spille videre på det og si at det bør være et krav ved førstegangsinnleggelse at slike samtaler arrangeres.

Evensen (2014, s. 410) sier at samarbeidende helsepersonell bør reflektere seg imellom i etterkant av informasjonssamtaler ettersom ingen blir utlært på dette feltet. Evensen (2014, s. 410) understreker videre at viktige samtaler ikke burde komme som en overraskelse på pasienten, og at dersom legen frykter at informasjonen som kommer vil oppleves som skremmende på pasienten kan det med fordel avtales på forhånd hvem som skal være med på samtalen. Dette kan være en sykepleier som pasienten har relasjon og tillit til. Haviks kontrollmodell beskriver emosjonell kontroll som at nære og støttende mellommenneskelige forhold har betydning for at man skal kunne regulere de følelsesmessige reaksjonene som oppstår i møte med kritisk sykdom (Havik, 1989, referert i Stubberud, 2019, s. 37). Sykepleierens tilstedeværelse og støtte når pasienten skal få informasjon vil dermed kunne tenkes å dempe de psykisk negative symptomene og distress som pasienten kan oppleve.

5.2.1 Å øke pasientens kognitive kontroll gjennom informasjonssamtaler

Ifølge Riddervold et al (2008) har planlagt og strukturert informasjonssamtale betydning for pasienten og pårørendes mestringsevne. Den individuelle reaksjonen på behandlingen i form av bivirkninger er uforutsigbar, men studien sier at ved å kjenne til behandlingens mulige bivirkninger vil man være forberedt og kan komme problemene i forkjøpet. Studiet sier videre at en godt informert pasient har større forutsetning for å være delaktig i egen pleie og behandling, noe som øker reell pasientmedvirkning. Rood et al. (2014) viser til at den mest framtrepende kategorien som gikk igjen i alle studiene var at pasienten ønsket grunnleggende informasjon om behandlingsalternativer, mulig kort- og langtidsbivirkninger og varighet på behandlingen. Det tyder på at pasienten har et tydelig behov for kontroll over situasjonen,

nærmere bestemt kognitiv kontroll slik Havik (1989) beskriver det, og at sykepleier har en viktig rolle i å ivareta dette behovet. Havik (1989) sier at felles for psykologiske teorier angående mestring og tilpasning er at kontrollbegrepet viser til “individets mulighet til å innhente informasjon, til å legge planer, til å foreta avgjørelser og til å påvirke sine fysiske og sosiale omgivelser” (Havik, 1989). Kristoffersen (2016, s. 362) påpeker at pasientens opplevelse av kontroll kan forsterkes, men også reduseres gjennom informasjon. På en side vil økt kunnskap og forutsigbarhet kunne gi en større følelse av kontroll, på en annen side er innholdet i informasjonen som pasienten må forholde seg til utenfor pasientens kontroll og vil kunne gi emosjonelle reaksjoner. Eksempler på disse forholdene er behandlingsforløp, bivirkninger, prognose m.m (Kristoffersen, 2016, s. 362). Det er en skjønnsmessig vurdering hvor mye informasjon som bør gjøres tilgjengelig i hver enkelt kontekst for å unngå at informasjonen virker mot sin hensikt slik Kristoffersen (2016) beskriver. Det overordnede målet er å øke pasientens kontroll, og da må man først og fremst sørge for at man bare gir så mye informasjon som pasienten kan ta imot. Her er det interessant å trekke inn kriseteori. For å unngå å overvelde pasienten med informasjon er det viktig å være bevisst på tegn fra ulike reaksjonsfaser, og at informasjon som gis i for eksempel sjokkfasen lett kan bli feiltolket eller bare delvis oppfattet. Tegn på at pasienten er i en sjokkfase kan være at blikket glir bort i samtalen. Pasienten kan ha problemer med å gjengi informasjon i ettertid. Andre ting kan være reaksjoner som sinne. (Eide & Eide, s. 81). Ifølge Evensen (2014, s. 412) kan formidling av dårlige nyheter til pasienten medføre at man kan få alvorlige beskyldninger og bebreidelser tilbake. Ofte kan dette være et signal på at man ikke har brukt god nok tid i forkant av samtalen til å komme i god kontakt med pasienten eller pårørende. Det kan også bety at leger eller annet personell kan ha glemt viktige ting og har gjort feil (Evensen, 2014, s. 412).

5.3 Situasjonsbestemt informasjon

En utfordring i informasjonsarbeidet ifølge Rood et al. (2014) er at pasienten ofte blir overveldet av diagnosen og derfor får problemer med å huske informasjon. En annen utfordring studiet påpeker er at sykdommen progredierer raskt, og at en intens behandling må settes i gang tidlig for å unngå flere komplikasjoner av sykdommen. Det kan forstås som at det kan være utfordrende å ta seg god nok tid til å gi tydelig personilpasset informasjon, fordi man må prioritere å gjøre de behandlingsrettede tiltakene først. Forskjellige situasjoner bestemmer hvilke av sykepleiers funksjoner som er mest fremtredende. Når det ikke er nok tid til både behandlingsrettede tiltak og undervisning og informasjon, bruker sykepleier

situasjoner der de er i kontakt med pasienter gjennom sykepleieroppgaver til å forklare hva de gjør og hvorfor. Deltakerne i Botti et al. (2006) sin studie oppga det som en fordel at man har så mye pasientkontakt i psykososial omsorg. Rood et al. (2014) fant at sykepleierne har en viktig rolle i pasientinformasjonen på grunn av den regelmessige kontakten de har med pasientene. Pasientundervisning som ikke er planlagt, skjer hele døgnet ved svar på spørsmål i forbindelse med sykepleierens ulike arbeidsoppgaver, eller i forbindelse med hjelp til personlig hygiene. Når det skjer noe mellom sykepleier og pasient er det en naturlig situasjon og kan utnyttes som læringssituasjon. Det kan tenkes at pasienten kanskje ikke er klar over at disse situasjonene også er læringssituasjoner, fordi pasienten fokuserer på det som foregår og ikke det som sykepleieren snakker om. Videre kan det tenkes å være utfordrende å dokumentere hva slags informasjon pasienten har fått når informasjonen gis i slike settinger. Sykepleieren bør derfor vurdere hva slags informasjon som kan gis i slike situasjoner. Kanskje det er bedre å gi informasjon som man er spesielt opptatt av at pasienten skal huske når informasjonen får full oppmerksomhet, og vurdere å kombinere med skriftlig informasjon slik at pasienten kan hente opp informasjonen selv når de trenger det (Eide & Eide, 2017, s. 219).

5.4 Å skape forutsigbarhet

Pasienterfaringer fra Albrecht et al. (2019) sier at pasienter kunne få beskjed om at noe skulle skje, for eksempel en undersøkelse, men at personalet ikke visste når eller hvilken dag. De savnet mer detaljert, klarere og spesifikk informasjon, og at personalet brukte mer tid på å gi informasjon. Situasjoner med manglende forutsigbarhet kan i seg selv være vanskelig å takle for pasienten. Når pasienten har kognitiv kontroll oppleves forutsigbarhet framfor flertydighet (Havik, 1989, referert i Stubberud, 2019, s. 36). Personer som mangler informasjon om tidspunkt, varighet og intensitet av ubehagelig stimuli (for eksempel ved prosedyrer) viser sterkere opplevelse av smerte enn de med slik informasjon (Taylor, 1979, referert i Havik, 1989). Dette viser hvor viktig det er for pasientens opplevelse med forutsigbarhet i sykehushverdagen. Å gi informasjon om undersøkelser og prosedyrer er en naturlig sykepleieroppgave (Reitan, 2017b, s. 108). Det er kanskje innlysende for de fleste at pasienten har rett på informasjon om sin helsetilstand, men i følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) gjelder dette også innholdet i helsehjelpen. Som sykepleier kan man ikke styre hele sykehushverdagen, men man kan gjøre så godt man kan mot å

oppfylle pasientens behov for informasjon ved å prioritere å gi informasjon om undersøkelser eller andre hendelser som skal skje så fort som mulig.

Som sykepleier er sykehusets rutiner noe man forholder seg til hele tiden, men for pasienten kan alt som skjer på sykehuset være nytt. Noen ganger haster det å få gjennomført undersøkelser eller å ta prøver, og da kan informasjon om det som skjer komme i andre rekke. Min erfaring med dette er at det gjerne medfører en del frustrasjon hos pasienten. De beskriver det som en følelse av at ting skjer “over hodet” på én. Hvis man tenker seg et scenario der pasienten har blitt sendt til undersøkelser og hele dagen har gått bort til behandlingsrelaterte oppgaver. Sykepleieren som har vært på dagvakt rekker ikke å snakke med pasienten om alt som har foregått før vekten er over. Er man da flink nok til å dokumentere videre til kveldsvakten at pasienten kan ha behov for å snakke om alt som har skjedd den dagen? Pasienten kan trenge oppklaring i hvorfor man gjør de tiltakene man gjør, og som sykepleier må man ta ansvar for å gi den informasjonen de har krav på. Funn fra Botti et al. (2006) sier at sykepleierne synes det var vanskelig å skape kontinuitet, og at det føles som de jobbet hver for seg. Likevel mente alle deltakerne at formålsrettet psykososial støtte forutsatte et samarbeidende team, og at dette må sikres gjennom god dokumentasjon og kommunikasjon mellom sykepleierne.

5.5 Hva har pasienten behov for å få informasjon om?

Albrecht et al. (2019) fant at deltakerne ønsket mer kunnskap om tegn på bedret helse, og hvordan forholde seg til sin nye livssituasjon. Andre områder som ble trukket fram var hvordan sykdommen og behandlingen vil vise seg hos dem, i form av kroppens fysiske og psykiske reaksjoner. Mange søkte opp på nettet for å finne informasjon siden det ikke ble gitt på sykehuset. Dette støttes opp av Fang-Fang et al. (2018) der deltakerne opplevde at helseinformasjon var deres største umøtte informasjonsbehov, dette omfattet informasjon om diagnosen og behandlingen. Spesielt var det å få informasjon om testresultater så fort som mulig viktig for pasienten. Rood et al. (2014) sier at sykepleiere stadig gir mer informasjon om temaer som har vært tradisjonelle legeoppgaver, da de har tett kontakt med pasientene som gir de en viktig rolle i pasientinformasjonsarbeidet. Sykepleier bør kun gi informasjon om de føler seg trygge på at de har nok kunnskap om det de gir informasjon om, og om det skulle komme spørsmål som sykepleieren ikke kjenner seg trygg nok til å kunne svare på må hen innhente hjelp i henhold til Helsepersonelloven §4 om forsvarlighet, som sier at

helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig.

5.5.1 Hva kan jeg gjøre for å hjelpe meg selv?

Funn fra både Albrecht et al. (2019) og Fang-Fang et al. (2018) viser at pasientene gjerne ønsker å vite hva de selv kan gjøre for å hjelpe seg selv i sin situasjon. Her kan man trekke en parallell til Haviks kontrollmodell (1989) om instrumentell kontroll. Pasientene kan oppleve instrumentell kontroll gjennom egen aktivitet, som igjen skal øke sannsynligheten for positive hendelser. Min erfaring er at sykepleiere oppfordrer pasienter til å skape rutiner i sykehushverdagen og legge inn aktivitet, for eksempel gjennom øvelser, turer eller å re opp seng selv. Målet med egen aktivitet ifølge Havik (1989) er at pasienten skal oppleve kompetanse fremfor hjelpeløshet. Muligheten til å oppleve instrumentell kontroll påvirkes av pasientens ressurser (Stubberud, 2019, s. 36). Hvis pasienten har stor symptombelastning og lite ressurser, må sykepleier tilpasse og skape et terapeutisk miljø for at pasienten skal mestre pasientrollen (Havik, 1989). Som praksisstudent opplevde jeg at det ikke alltid er innlysende for pasienten hvorfor man stadig oppfordrer de til egenaktivitet. Jeg oppfattet det slik at noen pasienter gjerne ønsket å gjøre mye selv, mens andre følte at man krevde mye av dem når man oppfordret til egenaktivitet. Det kan være et misforhold mellom hva sykepleier forventer av pasienten og hva pasienten selv føler hen kan takle. Sykepleiers yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon. Sykepleieren skal understøtte mestring. (Norsk sykepleierforbund, 2019). Gjennom dialog kan sykepleier skape engasjement og deltakelse. Det er helt avgjørende at pasienten kjenner til begrunnelsen for tiltak slik som for eksempel aktivitet. Dersom kommunikasjonsformen blir lineær kan det medføre at pasienten blir en passiv mottaker. I stedet er det ønskelig å skape symmetrisk kommunikasjon der pasienten føler seg sett og hørt, som kan hjelpe pasienten å forstå og mestre situasjonen (Reitan, 2017b, s. 112).

5.5.2 Å styrke pasientens håp

Albrecht et al. (2019) fant at pasientene ønsket å få gode nyheter, og høre "suksesshistorier" om andre pasienter som har blitt friske. De opplevde det som krevende å tenke positivt og holde motet oppe gjennom sykehusinnleggelsen, fordi mye var uklart og uvisst. Rood et al. (2008) fant at pasientene ønsket at sykepleierne turte å være ærlig og direkte i

informasjonsutveksling. De ønsket å høre andres erfaringer med sin sykdom, men var redd for hva de ville møte og at de skulle miste håp. Studiet angir at pasientene ikke ønsket og unngikk informasjon de var redd kunne gjøre at de mistet håp. Vik (2017, s. 666) belyser at helsetjenesten ofte har en formålsrasjonell tilnærming til pasienten, men at ivaretagelse av håp og mening gir kvalitet til behandlingen. Effekt av behandling varierer sterkt fra pasient til pasient, derfor bør man vise stor forsiktighet i samtale om prognose og forventet behandlingsresultat (Evensen, 2014, s. 411). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at «sykepleiere understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk sykepleierforbund, 2019). En kreftdiagnose kan representere en trussel mot framtiden. Sykepleiere som er gode lyttere, med humor og som behandler pasienter som fullverdige mennesker fremheves som viktige for at pasienter skal oppleve håp i behandlingsforløpet. (Utne, 2017, s. 73). Oppsummert kan man si at pasientene ønsker at informasjonsformidleren er ærlig, og at de gir informasjon som støtter under håpet mot å bli frisk. Å se pasientene for den de er og behandle de som fullverdige mennesker understøtter håpet. Videre kan man si at hvordan informasjonen formidles har noe å si for ivaretagelse av håp.

5.6 Sykepleiers rolle i informasjonsarbeidet

Informasjonssamtalen i studiet til Riddervold et al (2008) var strukturert på den måten at legen hadde ansvar for den medisinske delen, mens sykepleieren fokuserte på det psykososiale - for eksempel hvordan mestre hverdagen i behandlingsperioden og hvordan informere barna og deres omgivelser. Sykepleieren bidro med oppklarende spørsmål, gjerne om ting de visste at pasienten lurte på under legens del av samtalen. Partene anså det som meningsfullt med sykepleierens del av samtalen. Sykepleieren kunne i etterkant oppklare, presisere behandling og oppfølging og gjenta og korrigere informasjon om bivirkninger. Sykepleierens del av samtalen fikk en annen og nødvendig vinkling med større fokus på reaksjoner hos pasient og pårørende. Reitan (2017b, s. 108) belyser at sykepleierens oppgave i informasjonssamtaler er å gi informasjon som har betydning for sykepleieutøvelsen til pasienten, og informasjon rettet mot behandlingsopplegget. Videre sier Reitan (2017b, s. 111) at ved formidling av informasjon er sykepleiere pasientens talsperson. Dette er forankret i at pasienter kan mangle kunnskap eller være svekket av sykdommen, sorg eller sjokk. Det kan også være tilfeller der pasienten ønsker at sykepleieren skal ta opp temaer på sine vegne, fordi det kan oppleves som for belastende å legge fram for legen. Ifølge Eide & Eide (2017, s. 223) kjennetegnes en god informasjonssamtale at «sykepleieren tar utgangspunkt i de manglene

eller problemene som kommer frem gjennom pasientens fortelling”. For å nå fram til dette må sykepleieren bruke åpne spørsmål og være lyttende. Åpne spørsmål inviterer pasienten til å fortelle om sine tanker og meninger om situasjonen, i motsetning til lukkede spørsmål som gjør pasienten til en passiv mottaker av informasjon (Reitan, 2017b, s. 115). Eide & Eide (2017, s. 220) angir at man som helsepersonell ofte vet ganske mye om hva pasienten trenger informasjon om. I forkant av en informasjonssamtale om behandling kan pasienten få utdelt en liste med spørsmål som pasienter ofte lurer på. Allikevel har man ikke alltid fullstendig oversikt over hva pasienten trenger å vite. Man kan ha gitt informasjon tidligere som ikke følte relevant for pasienten da, men som er aktuell informasjon nå. Dette kan resultere i at pasienten føler seg underinformert, selv om hjelperen føler at informasjonen har blitt gitt (Eide & Eide, 2017, s. 220). Hvis man vil forsikre seg om at informasjon er forstått etter at man har gitt den, kan man la pasienten selv formulere sin forståelse (Eide & Eide, 2017, s. 223).

5.6.1 Tillit som nøkkelfaktor

Rood et al. (2014) viser at pasientene generelt sett foretrekker å motta informasjon fra legen, etterfulgt av sykepleierne. Paradoksalt nok sier studiet at erfarne sykepleiere stadig overtar mer av legens informasjonsrelaterte oppgaver. Sykepleierne i Botti et al. (2006) sin studie påpeker at en viktig faktor for å samtale med pasientene om psykososiale forhold er relasjonsbygging og opplevd tillit. For å få til dette mente de at man bør jobbe med pasienten over tid eller som deres primærkontakt. Andre viktige faktorer for å få pasientens tillit ble beskrevet som at sykepleieren måtte vise sin kompetanse gjennom rutinemessige oppgaver, og evnen til å vise at de forstår pasientens komplekse medisinske historie. Botti et al. (2006) trekker fram at dette var spesielt krevende som nyutdannet, både på grunn av manglende kunnskap men også fordi sykepleiere med mindre erfaring trenger mer tid til å gjennomføre de behandlingsrettede oppgavene, og at andre behov hos pasienten kom i andre rekke.

Pasienter har ulike forventninger om hva sykepleiere kan og hva slags kompetanse sykepleiere har. Leger har åpenbare forutsetninger til å gi visse typer informasjon sett i lys av et lengre studieforløp og sin rolle i behandlingsteamet forøvrig. Dette betyr likevel ikke at sykepleierens kompetanse ikke er tilstrekkelig i en del kontekster, eller at sykepleierens kunnskap ikke er god nok til å besvare spørsmål fra pasienten. Alt helsepersonell har ansvar for å gi informasjon slik at pasienten har den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt

i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (pasient- og brukerrettighetsloven, §3-2, 1999). Helsepersonelloven §4 om forsvarlighet sier at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Sammenfattet kan man si at sykepleieren i større grad må opparbeide tillit hos pasienten for å lykkes i samtaler om psykososiale forhold og i utøvelse av den undervisende funksjon. Dette skjer gjennom å arbeide med pasienten over tid. Pasienter med akutt leukemi er ofte innlagt i flere uker (Albrecht et al., 2019). Langtidsinnleggelse skaper mulighet for å bli kjent med pasienten og bygge relasjoner over tid. Eide & Eide (2017, s. 17) belyser at pasienten ikke alltid deler sine bekymringer med ord, men gjennom hint. Sykepleieren kan oppfatte pasientens informasjonsbehov gjennom hva som blir sagt mellom linjene gjennom aktiv lytting. Om sykepleieren lykkes med dette vil pasienten føle seg sett og hørt, som kan tenkes å spille en rolle for relasjonen og tilliten mellom pasient og sykepleier.

6 Avslutning

Sykepleieren underviser og informerer i forskjellige typer situasjoner, både gjennom planlagte informasjonssamtaler og situasjonsbestemt informasjon. Sykepleieren må være bevisst på hva slags informasjon som egner seg å gi i de forskjellige situasjonene for at pasienten skal huske og nyttiggjøre seg den. Det er tydelig at behovet for informasjon og psykososiale behov har en viktig sammenheng. Ved å gi informasjon om det pasienten har behov for å ha mer kunnskap om kan man øke pasientens opplevde kognitive kontroll. Dette fremmer psykososiale behov hos pasienten, og kan tenkes å forebygge negative psykiske symptomer.

Sykepleierens emosjonelle støtte kan være viktig når pasienten mottar alvorlige og dårlige nyheter. Støtten og omsorgen kan gjøre det lettere for pasienten å regulere følelsene som oppstår i møte med informasjon om forhold som har konsekvenser for pasientens liv. Sykepleieren kan fremme spørsmål og etterspørre kunnskap som hen vet at pasienten lurte på for legen, med andre ord være pasientens talerør. Dette vil bidra til at pasienten får dekket sine informasjonsbehov og at pasienten føler seg ivaretatt, sett og hørt.

Avbrytelser og forstyrrelser under informasjonsutveksling oppleves negativt for pasienten, og derfor må sykepleier tilrettelegge for at man unngår unødvendige avbrytelser i kommunikasjonsprosessen. Sykepleieren må ha gode evner til å lese pasientens

informasjonsbehov da de noen ganger selv ikke vet hva de lurer på. Ved å anvende aktiv lytting kan sykepleier avdekke bakenforliggende behov for informasjon.

Pasientene har ofte behov for å få informasjon om behandlingen, sykdommen, hvordan behandlingen vil oppleves, og hvordan de selv kan bidra for å bli friskere. For at sykepleieren skal kunne gi best mulig støtte og informasjon til pasienten, må sykepleieren ha nok kunnskap eller oppsøke hjelp for å kunne svare tilstrekkelig på pasientens spørsmål.

Referanseliste

- Albrecht, T. A., Keim-Malpass, J., Boyiadzis, M. & Rosenzweig, M. (2019). Psychosocial Experiences of Young Adults Diagnosed With Acute Leukemia During Hospitalization for Induction Chemotherapy Treatment. *Hospice & Palliative Nursing: 21*(2), s. 167-173. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000545>
- Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K. & Kenny, A. (2006). Barriers in Providing Psychosocial Support for Patients With Cancer. *Cancer nursing, 2006/29*(4) s.309-316. <https://doi.org/10.1097/00002820-200607000-00010>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk
- Eriksen, S. (2015) *Menneskets psykososiale behov*. I E. Grov & I I. Holter (Red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1*.(s. 887-905). Cappelen Damm Akademisk
- Evensen, S. A. (2014) *Kommunikasjonen med den kreftsyke pasienten*. I Wisløff, F., Gedde-Dahl, T., Tjønnfjord, G. E. & Holte, H. (Red.) *Blodsykdommer*. (7. utgave, s. 409-413). Gyldendal akademisk
- Fang-Fang, Y., Yan-Ni, B., Hua, H., Li, Z., Rui-Li, Z., Hong-Xia, J., Qiao-Yan, L & Ju-Fang, F. (2017). Identifying the unmet supportive care needs, with concomitant influencing factors, in adult acute leukemia patients in China. *European Journal of Oncology Nursing: 30*, s. 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.003>
- Havik, O. E. (1989). En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom. *Nordisk Psykologi, 41*(3), 161-176. doi:10.1080/00291463.1989.10636970
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kristoffersen, N., J. (2016) *Å styrke pasientens ressurser*. I Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G., H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utgave, s. 349-398). Gyldendal akademisk
- Nakken, E. S. (2017) *Kjemoterapi*. I A. Reitan & I T. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie Pasient - Utfordring - Handling* (s. 385-399). Cappelen Damm Akademisk
- Norsk senter for forskningsdata (NSD, u.å.) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

- Norsk sykepleierforbund. (NSF, 2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. nsf.no.
Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Meyer, P. (2016). *Blodsykdommer og sykdommer i lymfoide organer*. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo. (Red.) *Sykdom og behandling*. (2. utgave, s. 203-212). Gyldendal Akademisk
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A. M. (2017a). *Kreftsykepleie*. I A. Reitan & I T. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie Pasient - Utfordring - Handling* (s. 33-47). Cappelen Damm Akademisk
- Reitan, A. M. (2017b). *Klinisk kommunikasjon*. I A. Reitan & I T. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling* (s. 104-118). Cappelen Damm Akademisk
- Reitan, A. M. (2017c). *Psykologisk krise og mestringsmuligheter*. I A Reitan & I T. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie Pasient - Utfordring - Handling* (s. 82-101)
- Riddervold, H., Høy, E. & Varre, P. (2008). Samtaler om sykdom og behandling. *Sykepleien* 13/08. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2008.0018>
- Rood, J, AJ., Eeltink, C, M., Zuuren, F, J., Verdonck - de Leeuw, I, M. & Huijgens, P, C. (2014). Perceived need for information of patients with haematological malignancies: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*: 24 (3-4) s. 353-369.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12630>
- Stubberud, D-G. (2019). *Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk*. I D-G Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 15-47). Gyldendal
- Tjønnfjord, G. (2017) *Leukemier og myelomatose*. I A. Reitan & I T. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - utfordring - handling*. (s. 646-663). Cappelen Damm Akademisk
- Utne, I. (2017) *Håp i et kreftforløp*. I A Reitan & I B. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring - handling*. (s. 68-79). Cappelen Damm Akademisk
- Utne, I., Nakken, E. (2019). *Sykepleie i et kreftforløp*. Knutstad (Red.), *Utøvelsen av klinisk sykepleie* (s. 104-146). Cappelen Damm Akademisk
- Vik, H. G., (2017) *Sykepleieutfordringer ved kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev*. I A Reitan & I B. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring - handling*.(s.665-676). Cappelen Damm Akademisk