

Informasjonsbehov ved nyoppstått eggstokkreft

Kandidatnummer: 32
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8892
Dato: 19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.2022
Tittel Informasjonsbehov ved nyoppstått kreft	
<p><u>Problemstilling</u> <i>Hvordan kan informasjonsbehovet til en pasient med nyoppstått eggstokkreft ivaretas?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> I oppgavens teoridel belyses eggstokkreft, pakkeforløpet og psykososiale reaksjoner gjennom Dahl og Cullberg. Sykepleiefaglige rammer som funksjon, juridiske og etiske rammer, Joyce Travelbee og samhandlingsreformen blir belyst. Dertil belyses elementer som den didaktiske relasjonsmodellen, pasientsentrert samtale og aktiv lytting.</p> <p><u>Metode</u> Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. I metodedelen vil valg av faglitteratur beskrives. CINAHL og PubMed er søkemotorene som er brukt, og søkene etter forskningslitteratur er beskrevet. Deretter presenteres inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt kildekritikk av forskningslitteratur og faglitteratur. Kapittelet avsluttes med etiske vurderinger.</p> <p><u>Drøfting</u> Den didaktiske relasjonsmodellen blir brukt som utgangspunkt for drøftingsstruktur. Problemsstillingen blir her drøftet opp mot relevant faglitteratur og forskningsfunn. Det etableres hvordan situasjonen kan oppleves for pasienten, og hvordan sykehussettingen og rammefaktorene kan skape utfordringer for ivaretagelse av informasjonsbehov. Ulike temaer og momenter blir belyst, blant annet pasientmedvirkning, bruk av skriftlig informasjon, personsentrert informasjonsformidling og aktiv lytting.</p> <p><u>Konklusjon</u> Funnene viser at pasientene kan oppleve den første tiden etter diagnosetidspunktet som utfordrende og vil kunne ha et stort informasjonsbehov. Sykepleier har et viktig ansvar for informering av disse pasientene. God informering kan ha mange positive virkninger, blant annet kan det påvirke liggetid, og redusere usikkerhet. Bruk av skriftlig informasjon preoperativt kan være et godt tiltak for informasjonsformidling, men bør brukes som et supplement til den muntlige informeringen. Personsentrert informering gjør at sykepleier tilpasser undervisningen den enkelte pasient, og aktiv lytting gir sykepleieren verktøy som kan gjøre det tryggere for pasienten å åpne seg og avdekke sine behov for informasjon. Det er også fordelaktig om ulike metoder blir brukt i kombinasjon med hverandre, og sykepleier skal kontinuerlig evaluere om pasientens informasjonsbehov er ivarettatt.</p>	

(Totalt antall ord: 284)

1	Innledning og bakgrunn.	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans	2
1.3	Problemstilling	2
1.4	Avgrensninger	2
1.5	Begrepsavklaring	3
1.6	Oppgavens videre disposisjon	3
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.	4
2.1	Eggstokkreft	4
2.1.1	Pakkeforløp for gynekologisk kreft	4
2.1.2	Pakkeforløpets beskrivelse av informasjon og dialog med pasienten	5
2.2	Å få en kreftdiagnose	6
2.2.1	Krisens forløp og symptomer – Cullbergs kriseteori	6
2.3	Sykepleiefaglige rammer	7
2.3.1	Sykepleierens undervisende funksjon	7
2.3.2	Juridiske og etiske rammer	7
2.3.3	Sykepleieteoretisk forankring	8
2.4	Å kommunisere med pasienten	8
2.4.1	Den didaktiske relasjonsmodellen	9
2.4.2	Pasientsentrert informasjonsformidling	10
2.4.3	Aktiv lytting	11
3	Metode for oppgaven	12
3.1	Valg av faglitteratur	12
3.2	Litteratursøk	12
3.2.1	Søkekombinasjoner og avgrensninger	13
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.4	Kildekritikk	15
3.4.1	Kildekritikk av valgt forskningslitteratur	15
3.4.2	Kildekritikk av faglitteratur	16
3.5	Etiske vurderinger	16
4	Presentasjon av forskningsresultater	17
4.1	Tabell 3: Artikkelmatrise	17
5	Diskusjon	19
5.1	Forutsetninger for læring	19
5.1.1	Krisereaksjonen og begrenset tid	19
5.1.2	Barrierer for informering	20
5.2	Situasjon og kontekst	21
5.2.1	Å få en eggstokkreftdiagnose	21
5.2.2	En ny pasientrolle	22
5.3	Mål	23
5.3.1	Medvirkning	23
5.3.2	Ivaretagelse av sykepleierens ansvar	24
5.4	Innhold	24
5.4.1	Kvalitetssikret informasjon om kreft	24
5.4.2	Innhold som pasienten er opptatt av	25
5.5	Metodikk	25
5.5.1	Skriftlig informasjon	26
5.5.2	Pasientsentrert informasjonsformidling	27
5.5.3	Aktiv lytting	28
5.6	Evaluerings	29

6	Avslutning	30
7	Referanseliste	31

1 Innledning og bakgrunn.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge Kreftforeningen (2022a) var det 487 kvinner i 2020 som fikk diagnosen eggstokkreft, og sykdommen rammer stort sett kvinner over 50 år. Kreftforeningen viser at eggstokkreftpasienters femårsoverlevelse er på 51,9 %, og i hvilket stadium sykdommen oppdages har betydning for prognosen. Blant de gynekologiske kreftformene har eggstokkreft en dårligere prognose, sammenliknet med livmorhalskreft som har en femårsoverlevelse på 82 % (Kreftforeningen, 2022c), og hos pasienter med livmorkreft lever 85,6 % av pasientene fem år etter diagnosetidspunktet (Kreftforeningen, 2022d).

For flesteparten av mennesker vil det å få kreft kunne utløse opplevelsen av en traumatisk krise (Reitan, 2017, s. 84). En pasient som får beskjed om en kreftdiagnose vil kunne oppleve usikkerhet og venting, forstyrrelser av dagliglivet, redusert selvbilde, frykt for å for å ikke være selvhjulpne eller vanskeligheter med å finne mening i situasjonen (Dahl, 2016, s. 42). Kreftforeningen (2022b) beskriver uvissheten som en stor belastning for mange, hvor det stilles krav til pasienten rundt tilpasning og mestring, og informasjon kan føles overveldende med mangel på energi og konsentrasjon.

Etter å ha hatt praksis på en onkologisk sengepost har jeg erfaringer som inspirerte meg til å ville skrive denne bacheloroppgaven. Jeg opplevde at pasientene som nylig hadde fått sin kreftdiagnose raskt skulle starte med behandling, og at mange av pasientene opplevde å stå i en livskrise med et stort informasjonsbehov. Med pakkeforløpene er den anbefalte tiden mellom diagnosetidspunkt og oppstart av behandling svært kort, og etter min erfaring har sykepleier på en slik sengepost et stort ansvar rundt informasjon til disse pasientene. Min oppgaves hensikt vil være å utforske hvordan pasienter med eggstokkreft opplever sitt behov for informasjon ved diagnosetidspunktet, og hvordan man kan fremme og ivareta pasientenes behov for informasjon.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleierens undervisende funksjon gir sykepleieren ansvar for å informere, undervise og veilede pasienten, i den hensikt å fremme trygghet og bidra til forståelse og mestring rundt sykdom for pasienten (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Pakkeforløpet for eggstokkreft beskriver at målet med informering av pasienten vil være at pasienten opplever informasjon med god kvalitet, samt medvirkning/involvering og dialog i hele behandlingsforløpet (Helsedirektoratet, 2016a, s. 14). Denne oppgaven har en sykepleiefaglig relevans da sykepleieren har ansvar for å gi kreftpasienten informasjon som er rettet mot pasientens behandlingssopplegg, og rundt det som er sykepleiefaglig relevant (Reitan, 2017, s. 108). Som jeg vil belyse senere har pasienten også gjennom lovverk og etiske retningslinjer rett til informasjon og medvirkning. Oppgavens hensikt er å utforske hvordan sykepleieren kan ivareta informasjonsbehovet til en pasient i krise med kort tid mellom diagnose og behandlingsstart.

1.3 Problemstilling

Med bakgrunn i det ovennevnte har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan informasjonsbehovet til en pasient med nyoppstått eggstokkreft ivaretas?»

1.4 Avgrensninger

I min oppgave ønsker jeg å utforske informering og undervisning av pasienten med nyoppstått eggstokkreft. Artikler og fagstoff som omhandler pasienter med flere typer kreft vil bli brukt for å belyse problemstillingen, og kildekritikken i metodedelen kommenterer dette ytterligere. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å hovedsakelig omhandle pasienter med eggstokkreft som er over 18 år da sykdommen hovedsakelig rammer kvinner som er over 50 år, men også i mer sjeldne tilfeller forekommer hos yngre kvinner (Kreftforeningen, 2022a). Oppgavens kontekst vil omfatte en sengepost i spesialisthelsetjenesten, da dette er den konteksten som jeg selv har erfaring fra og er mest kjent med. I min oppgave vil tidshorisonten være kort, og omhandle de første 4-6 ukene etter diagnosetidspunktet, i henhold til Cullbergs kriseteori som brukes for å belyse problemstillingen. Dette vil bli utdypet i teoridelen. Oppgavens diskusjon vil tematisere både informasjonsformidling og brukermedvirkning.

1.5 Begrepsavklaring

Informasjonsbehov - Dahl (2016, s. 46) beskriver informering ikke bare som å gi pasienten kunnskap, men å legge til rette for at pasienten skal kunne ta egne avgjørelser og redusere usikkerhet. Informasjonsbehovet vil dermed i min oppgave innebære både pasientens behov for kunnskap, men også pasientens behov for medvirkning i informeringen vil bli tematisert.

1.6 Oppgavens videre disposisjon

I oppgavens teoridel vil det legges frem relevant teori som bidrar til å kaste lys på problemstillingen, blant annet informasjon om diagnosen og pakkeforløpet for eggstokkreft og presentasjon av hvordan det oppleves å få kreftdiagnose. Deretter presenteres teori knyttet til det sykepleiefaglige perspektivet med juridiske og etiske rammer. Kapittel 3 er metodedelen, som belyser metodikken brukt i oppgaven, samt kildekritikk rundt teorien og forskningsfunnene. Kapittel 4 presenterer forskningsartiklene inkludert i oppgaven. I kapittel 5 drøftes problemstillingen med bruk av valgt teori og forskningsresultater. Kapittel 6 gjengir de viktigste momentene fra diskusjonen og utgjør oppgavens avslutning og konklusjon.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for relevant teori som belyser oppgavens problemstilling, og som vil brukes i diskusjonsdelen. Teoridelen begynner med et kortfattet delkapittel om eggstokkreft med beskrivelse av pakkeforløpet for eggstokkreft. Deretter belyses hvordan det kan oppleves å få en kreftdiagnose for pasienten med presentasjon av Cullbergs kriseteori. Påfølgende kommer et delkapittel som presenterer sykepleiefaglige rammer med sykepleierens undervisende funksjon, etiske og juridiske aspekter, samt presentasjon av Joyce Travelbee. Avslutningsvis vil det presenteres ulike aspekter knyttet til informasjon til pasienten. Dette gjelder didaktiske relasjonsmodellen, aktiv lytting og pasientsentrert informering.

2.1 Eggstokkreft

Kreft i eggstokkene er sykdommer hvor man utvikler kreftceller i eggstokkene. Symptomene på eggstokkreft er ifølge Kreftforeningen (2022a) ofte vage og diffuse, noe som gjør at 70 % av tilfellene som oppdages er på et avansert stadium av sykdommen. Den vanligste behandlingsformen ved eggstokkreft er kirurgi, og det er også vanlig å gi cellegift før operasjon for å krympe svulsten eller etter operasjonen for å redusere risiko for tilbakefall (Kreftforeningen, 2022a). Ifølge Kreftforeningens (2022a) er det 51,9 prosent av kvinnene som får diagnosen som fortsatt lever etter fem år, og dersom sykdommen har spredt seg til et annet organ ved diagnosetidspunktet er fem-års-overlevelsen 36,8 prosent.

2.1.1 Pakkeforløp for gynekologisk kreft

Pakkeforløpene for livmorkreft, eggstokkreft og livmorhalskreft ble innført i helsetjenesten i 2015, og revidert i 2016 (Helsedirektoratet, 2021). Pakkeforløpet skal ifølge Helsedirektoratet gi både pasienten og pårørende trygghet og forutsigbarhet, og beskriver et standard forløp for pasienten med utredning, behandling, kommunikasjon/dialog, plassering av ansvar og konkrete forløpstider (Helsedirektoratet, 2021, s. 14). Forløpstidene er presentert i både handlingsplanen for gynekologisk kreft og pakkeforløpet for eggstokkreft, her presentert i tabell 1:

Tabell 1:

Hendelse:	Type behandling:	Forløpstid:
Fra henvisning mottatt til første fremmøte utredende avdeling.		6 kalenderdager.
Fra første fremmøte i utredende avdeling til avsluttet utredning(beslutning tas).		16 kalenderdager.
Fra avsluttet utredning til start behandling.	Kirurgisk behandling.	14 kalenderdager.
Fra avsluttet utredning til start behandling.	Medikamentell behandling.	8 kalenderdager.
Fra avsluttet utredning til start behandling.	Strålebehandling.	14 kalenderdager.
Fra henvisning mottatt til start behandling.	Kirurgisk behandling	36 kalenderdager.
Fra henvisning mottatt til start behandling.	Medikamentell behandling	30 kalenderdager.
Fra henvisning mottatt til start behandling.	Strålebehandling.	36 kalenderdager.

(Helsedirektoratet, 2021, s. 14, og Helsedirektoratet, 2016b)

2.1.2 Pakkeforløpets beskrivelse av informasjon og dialog med pasienten

I pakkeforløpet for eggstokkreft er det tematisert rundt informasjon og dialog med pasienten. I introduksjonskapitlet til pakkeforløpet beskriver Helsedirektoratet (2016a) at all pasientkommunikasjon skal være basert på «respekt og empati», at informasjonen skal på formidles hensynsfullt, og tilpasses individuelle forutsetninger hos mottakeren. Det løftes frem viktigheten av medvirkning, og at helsepersonellet skal avklare pasientens forventninger knyttet forløpet, og at pasienten skal få bidra til å fatte beslutninger om det videre forløpet i samråd med ansvarlig lege (Helsedirektoratet, 2016a).

I pakkeforløpets delkapittel om behandling er også informasjon og dialog med pasienter tematisert. Helsedirektoratet (2015) beskriver at behandlingsplanen, behandlingstilbudets tidsperspektiv, potensielle bivirkninger, komplikasjonsrisiko og pasientens ansvar skal presenteres og drøftes med hjelp av samtale med pasienten. I likhet med innledningskapitlet er det beskrevet at man skal avklare pasientens forventninger knyttet forløpet, samt kartlegge livssituasjonen, ressursene, ønskene og behovene til pasienten (Helsedirektoratet, 2015).

2.2 Å få en kreftdiagnose

Alv A. Dahl (2016, s. 35) beskriver det som en negativ livshendelse å få en kreftdiagnose, og at det kan gjøre sterkt inntrykk. Det vil kunne oppleves som å befinne seg i det som kan kalles en *mellomtilstand* som følge usikkerhet rundt diagnosen og fremtiden, og man kan da veksle mellom fortvilelse og håp (Dahl, 2016, s. 23). Pasienter vil også kunne oppleve utfordringer knyttet selvbilde, selvtillit og selvoppfatning, da *sykerollen* ofte er ukjent for mange, og kan oppleves som utfordrende og jekke ned selvbildet (Dahl, 2016, s. 24). At pasienter får en psykisk reaksjon ved beskjed om en kreftdiagnose beskriver Reitan (2017, s. 82-84) som naturlig, og forfatteren henviser til Cullberg for utdypelse rundt dette.

2.2.1 Krisens forløp og symptomer – Cullbergs kriseteori

Johan Cullberg (1994, s. 108) definerer en traumatisk krise som «individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personenes fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter er truet». Cullberg beskriver fire faser knyttet til det å oppleve en traumatisk krise: Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. For å belyse problemstillingen i oppgaven vil *den akutte fasen* (sjokkfasen og reaksjonsfasen) være mest gjeldende for min problemstilling, og jeg velger derfor å ikke inkludere bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen i oppgaven.

Cullberg (1994, s. 130-131) beskriver sjokkfasen som kortvarig, med varighet fra «et kort øyeblikk til et døgn», og beskriver at det «ikke er mulig for pasienten å *ta inn* og bearbeide det som har skjedd». Dette vil i følge Cullberg medføre at pasienten prøver å skyve virkeligheten fra seg. Personer i akutt krise kan ifølge Cullberg ha problemer med å huske hva som skjedde eller hva som har blitt sagt. «Bevisstheten kan bli uklar, og den psykiske energien vendes bort fra den smertefulle virkeligheten». Cullberg understreker at sjokkfasens symptomer er forbigående, og at det er «sjeldent at de låses fast i en virkelig psykose, (...) hvor virkelighetskontakten brytes» (Cullberg, 1994, s. 130-131).

Når det gjelder reaksjonsfasen beskriver Cullberg at den begynner i det pasienten «blir tvunget til å åpne øynene for det som har skjedd». Cullberg beskriver at pasienten vil «prøve å finne mening i den kaotiske situasjonen, og kan lage *magiske forestillinger* om situasjonen», for eksempel at det opplever en krise som en straff for noe. Varigheten på reaksjonsfasen sies å være 4-6 uker hvis man inkluderer sjokkfasen med (Cullberg, 1994, s. 131).

2.3 Sykepleiefaglige rammer

I min oppgave vil det være fokus på sykepleierens undervisende funksjon, i møte med pasienter med nyoppstått eggstokkreft. For å belyse rammefaktorene rundt sykepleieren trekkes det inn lovverk, etikk, og Joyce Travelbee vil være sykepleieteoretisk forankring i oppgaven.

2.3.1 Sykepleierens undervisende funksjon

Reitan (2017, s. 109) beskriver store utfordringer knyttet informasjonsformidlingens kontinuitet, oppfølgingen av informasjon og lite avsatt tid til informasjon, fordi de fleste kreftbehandlingene nå utføres poliklinisk og at tiden for innleggelse i sykehus har blitt kortet ned. Sykepleierens undervisende funksjon defineres som sykepleierens ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter, og undervisningen skal fremme trygghet samt bidra til at pasienten forstår og mestrer konsekvensene av sin sykdom og sykdommens behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Sidsel Tveiten (2020, s. 153) definerer undervisning som «en planlagt formidling av kunnskap». Hun presenterer undervisning som en metode blant flere empowerment-intervensjoner som har mestring i fokus med vekt på medvirkning av pasienten (Tveiten, 2020, s. 91).

2.3.2 Juridiske og etiske rammer

En rekke lover og etiske prinsipper aktualiseres i lys av sykepleierens undervisende funksjon. Blant annet Helsepersonelloven (1999, §4) hvor det blir poengtert at helsehjelpen sykepleier gir både skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull, og at sykepleier skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Med Pasient og Brukerrettighetsloven (1999, §3-2) blir det beskrevet at «pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen». Det presiseres i Pasient og Brukerrettighetsloven (1999, §3-5) at informasjonen som gis skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, samt gis på en hensynsfull måte. Pasient og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) gir pasienten rett til medvirkning, blant annet ved «valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og unersøkelsesformer og behandlingsmetoder».

Sykepleierens undervisende funksjon blir også betont i de yrkesetiske retningslinjene. Blant annet vil punkt 2.5 beskrive at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta

selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon, og det blir også her poengtert at informasjonen som blir gitt skal være tilpasset den enkelte pasient. Sykepleier skal også ifølge punkt 2.5 forsikre seg om at informasjonen blir forstått (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2019).

2.3.3 Sykepleieteoretisk forankring

For å belyse oppgavens problemstilling i lys av sykepleieteori vil utvalg av Joyce Travelbee's teorier bli brukt. Travelbee beskrev to hovedfunksjoner for den profesjonelle sykepleieren:

1. «Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse.
2. Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å finne mening i sykdom og lidelse (om nødvendig)»

(Travelbee, 1999, s. 48)

Travelbee beskrev noe hun kalte «*menneske-til-menneske-forhold*», som hun beskrev som et viktig virkemiddel for å oppnå sykepleierens mål og hensikt. Menneske-til-menneske-forhold er en beskrivelse av en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk. Travelbee poengterer at «med *menneske-til-menneske-forhold* vil pasientens behov bli ivaretatt av en sykepleier som besitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk» (Travelbee, 1999, s. 41).

2.4 Å kommunisere med pasienten

Eide & Eide (2017, s. 16) beskriver god kommunikasjon som personorientert og faglig fundert. Med å understreke at kommunikasjonen skal være personorientert løfter forfatterne frem at sykepleier skal se pasienten som en hel person, med egne ressurser, muligheter, verdier og prioriteringer, dertil individuelle mål og ønsker (Eide & Eide, 2017, s. 16). Med andre ord vil ikke kommunikasjon bare omhandle informasjonsformidling, men også å anerkjenne pasientens perspektiv, forstå pasientens psykososiale kontekst, nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier og å dele makt (Eide & Eide, 2017, s. 17).

2.4.1 Den didaktiske relasjonsmodellen

Helsepedagogikk handler både om det teoretiske grunnlaget og om hva som kan iverksettes for å legge til rette for at pasienter og pårørende skal mestre utfordringer knyttet til helse, om samhandling og aktiv medvirkning (Tveiten, 2020, s. 91). Jeg vil bruke denne modellen som utgangspunkt for strukturen i drøftingen, så de ulike elementene i modellen vil kortfattet bli presentert her.

Pasientens forutsetninger for læring – Dette punktet handler om å ta høyde for ulike forhold som påvirker pasientens læring og mestring. Sykdom og lidelse vil påvirke evnen til læring og hvordan det gir utslag varierer (Christiansen, 2020, s. 50).

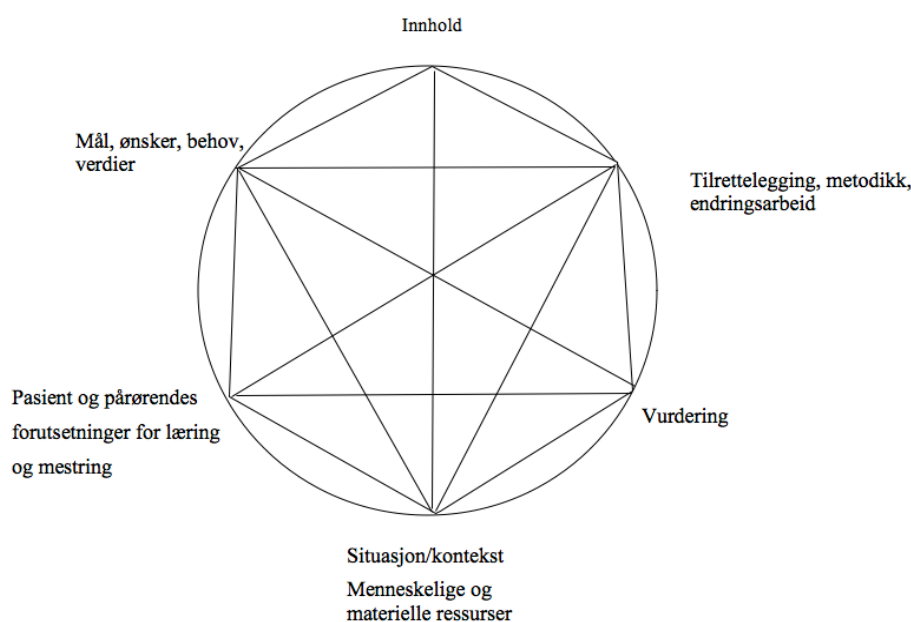
Situasjon og kontekst – Det er viktig at helsepersonell skaffer innsikt i pasientens oppfatninger av sin egen situasjon (Christiansen, 2020, s. 52). Hvilken situasjon pasienten befinner seg i kan ha betydning for hvilke pedagogiske valg sykepleier må ta (Tveiten, 2020, s. 92).

Mål – Christiansen (2020, s. 68) beskriver at det er forskjell på institusjonelle mål, mål og verdier blant helsepersonell og pasientens mål. Den generelle hensikten med pasientundervisning og opplæring er kompetanseheving og mestring, og det er en fordel å danne et mål med undervisningen som er konkret, tidfestet og målbart (Tveiten, 2020, s. 93).

Innhold – Innholdet er det substansielle innholdet i informasjon og veiledning (Christiansen, 2020, s. 71). Innholdet i læringssituasjonen kan velges i samråd med pasienten, og det fremmer læring dersom innholdet som formidles oppleves som meningsfullt av pasienten (Tveiten, 2020, s. 94-95).

Metodikk – Hva som er den hensiktsmessige metoden, må vurderes i forhold til de andre punktene i den didaktiske relasjonsmodellen, og det er sjelden bare én metode som er aktuell å bruke (Tveiten, 2020, s. 96).

Evaluerings – med prosessevaluering menes den fortløpende vurderingen av hvor i læringsforløpet pasienten befinner seg, og justere informeringen etter dette (Christiansen, 2020, s. 87)



Figur 1: Visuell fremstilling av den didaktiske relasjonsmodellen (Christiansen, 2020, s. 49)

Modellen gir et forenklet bilde, men gir oversikt over noen viktige forhold helsearbeidere bør bevisstgjøres og ta hensyn til når de skal formidle kunnskap og veilede pasienter i en sårbar livssituasjon (Christiansen, 2020, s. 49).

2.4.2 Pasientsentrert informasjonsformidling

I personsentrert informasjonsformidling vil sykepleier ta hensyn til pasientens individuelle behov og forutsetninger, og tilpasse innholdet og tilnærmingen deretter (Sørli & Bergvik, 2020, s. 97). Dette er en motsetning til Behandlersentrert informasjonsformidling der utgangspunktet er behandlerens forståelse av hva pasienten trenger av informasjon som ligger til grunn, og hvor det ikke tilpasses pasientens preferanser (Sørli & Bergvik, 2020, s. 97). Følgende utvalgte momenter er lagt til grunn i min oppgave:

- «Å oppfordre pasientene til å uttrykke enhver bekymring, følelse eller side ved deres situasjon som de opplever som viktig».
- «Å møte en opptatthet av vonde følelser og problematiske sider ved situasjonen(...) med en støttende og informasjonsformidlende stil».

- «Å formidle støtte og informasjon som var i overenstemmelse med det pasientene er opptatt av, og å korrigere feilaktige forestillinger om sykdom, behandling og prognose».

(Sørli & Bergvik, 2020, s. 106).

2.4.3 Aktiv lytting

Eide & Eide (2017, s. 118) beskriver aktiv lytting som den mest grunnleggende ferdigheten i personsentrert kommunikasjon, og er sammensatt av en rekke delferdigheter som kan fremkalle og anerkjenne pasientens perspektiver. For å belyse problemstillingen er følgende delferdigheter inkludert i oppgaven:

1. «Å stille åpne spørsmål som gir den andre anledning til å dele egne tanker og følelser».
2. «Å vise nonverbalt at man er aksepterende og oppmerksomt til stede og henvendt mot den man snakker med».
3. «Å gi små verbale oppmuntringer som viser at man følger med på det som sies».
4. «Å respondere på hint ved å gjenta nøkkelord og -uttrykk og utforske hva den andre opplever som viktig».

(Eide & Eide, 2017, s. 118)

3 Metode for oppgaven

For å besvare problemstillingen har jeg valgt litterær oppgave som metode. «Den litterære oppgaven kjennetegnes med at man henter ut data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori» (Dalland, 2020, s. 199). Metodekapittelet vil belyse deler av arbeidsprosessen og valgene som er tatt, og inneholder valg av faglitteratur, litteratursøk, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kildekritikk og etiske vurderinger.

3.1 Valg av faglitteratur

Kreftsykdom – Psykoonkologiske og sosiale perspektiver av Alv A. Dahl ser på kreftsykdom med psykososial vinkling, og *Kreftsykepleie* av Reitan & Schjølberg blir brukt for å belyse pasientkommunikasjon og sykepleiefaglige utfordringer for pasienter med kreft i kvinnelige kjønnsorganer. *Mennesker i krise og utvikling* av Johan Cullberg omhandler kriseteori. *Kommunikasjon i relasjoner* av Eide & Eide belyser pasientkommunikasjon, aktiv lytting og informerende ferdigheter. *Helsepedagogikk* av Sidsel Tveiten og *Helseveiledning* av Bjørg Christiansen gir oppgaven et viktig helsepedagogisk fundament. Jeg har valgt å bruke *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* av Joyce Travelbee som sykepleiefaglig forankring, fordi den fokuserer på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon (Kirkevold, 1998). Faglitteraturen er i hovedsak en del av pensumlitteraturen tilknyttet bachelorutdanningen i sykepleie ved Lovisenberg Diakonale Høgskole. Bøker som har vært utenfor pensum fra sykepleierutdanningen er funnet med bruk av Oria som søkemotor, og lånt fra Lovisenbergs skolebibliotek. I tillegg har jeg hentet lovverk fra lovdata.no, og yrkesetiske retningslinjer fra NSF.no, samt innhentet informasjon fra ulike publikasjoner fra Helsedirektoratet. Det er også brukt data fra Kreftforeningen, for å belyse diagnostikk, behandling, og prognose.

3.2 Litteratursøk

Litteratursøk for å finne forskningsartikler har blitt utført med søkedatabasene CINAHL og PubMed, som er anbefalte nettressurser på skolens nettside (Lovisenberg Diakonale Høgskole, 2022), og jeg erfarte at disse søkemotorene ga flest relevante treff. I tillegg har jeg søkt i Sykepleien Forskning, men jeg har ikke hatt betydelige litteraturfunn derfra. I CINAHL har jeg funnet forskningsartiklene jeg har brukt, da denne søkemotoren ga meg flest vellykkede søk, og en av forskningsartiklene ble funnet gjennom PubMed. Til å begynne med

gjorde jeg veldig åpne søk, som man kan se i tabellen under, hvor et av søkene ga 612 treff. Etter hvert som jeg utviklet en bedre søketeknikk, fikk jeg færre og mer treffsikre søkeresultater per søk, og sparte dermed tid, noe som også fremkommer i tabellen under. Jeg endte opp med å bruke følgende søkeord: «Genital neoplasms, female», «patient education», «self-management», «empowerment», «limited time», «gynecological cancer» og «written information». Søkeordene/kombinasjonene ble etablert gjennom prøving og feiling og ble justert dersom det ikke ga resultatene jeg så etter.

3.2.1 Søkekombinasjoner og avgrensninger

I Søk nr. 1 brukte jeg søkekombinasjonen «Genital neoplasms, female» AND «Patient Education» og ønsket å finne en artikkel som belyste pasientenes opplevelse av gynekologisk kreft og undervisning. Problemstillingen min handlet da om gynekologisk kreft fremfor eggstokkreft, og da ble søkeordet «Genital neoplasms» fremfor «Ovarian cancer». Jeg hadde ikke utviklet en god teknikk for litteratursøk, og gjorde ingen avgrensninger i søkemotoren, så derfor fikk jeg mange resultater, men fant en studie som blir brukt i oppgaven.

I søk nr. 2 brukte jeg søkekombinasjonen «Self-management» OR «Empowerment» AND «Genital neoplasms, female» med intensjonen å finne en studie som belyste pasientens følelse av egenomsorg, medvirkning eller generelle opplevelse av tiden etter diagnostetidspunktet. Jeg gjorde ingen andre avgrensninger i søkemotoren, da jeg fikk et håndterbart antall resultater.

I søk nr. 3 brukte jeg søkeordene «Patient Education» og «Limited time», da jeg ønsket å finne en studie som utforsket pasientundervisning med begrenset tid. Jeg ønsket å finne nyere forskning og avgrenset søket fra 2019-2022, og fikk et funn forskningsartikkel som var relevant for min problemstilling.

I søk nr. 4 ble gjort etter at jeg allerede hadde funnet artikkelen referert i en oversiktsartikkel. Jeg kunne da gjennom PubMed bruke spesifikke søkeord som var relevante for denne spesifikke artikkelen, og endte dermed med få resultater, men med funn av artikkelen jeg lette etter.

Litteratursøkene er systematisert og presentert i tabell 2. Den viser kun de søkene som ga et vellykket resultat hvor artikkelen ble inkludert i min oppgave.

Tabell 2:

Søke - dato	Søk Nr.	Databas e	Søkeord/ ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste sammendrag	Artikkel
11. januar. 2022	1	Cinahl	Genital neoplasms, female AND patient education	ingen	612	5	What do ovarian cancer patients expect from treatment? (2017)
12. januar. 2022	2	Chinahl	Self-management, OR empowerment AND genital neoplasms, female	ingen	36	3	One step at a time: Self-management and transitions among women with ovarian cancer. (2012)
11. februar 2022	3	Cinahl	Patient Eeducation AND limited time	Årstall: 2019-2022	8	1	Optimizing patient education of oncology medications: A quantative analysis of the patient perspective. (2019)
23. mars 2022	4	PubMed	Gynecological cancer AND Pre-operative-information AND written information	ingen	3	1	The effects of giving patients verbal or written pre-operative information. In gynecologic oncology surgery: a randomized study and the medical - legal point of view (2014).

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Viktige inklusjonskriterier for forskningsartiklene er fagfellevurdering og IMRAD-struktur. Da det har vist seg vanskelig å finne relevant forskning som treffer problemstillingen og omhandler kun eggstokkreftpasienter, har jeg utvidet inklusjonskriteriet til å kunne omhandle pasienter med andre kreftformer. Jeg har valgt å ekskludere artikler fra ikke vestlige land for å ivareta overførbarhet til en norsk kontekst, og jeg ekskluderer forskningsartikler som omhandler pasienter under 18 år da dette er en avgrensning jeg også har gjort i selve oppgaven. Jeg har også valgt å ekskludere forskningsartikler som omhandler informasjonsformidling til pårørende, da dette treffer utenfor problemstillingen. Jeg har ønsket å finne forskningsartikler som er skrevet etter 2011, for å sikre relevans og overførbarhet. Jeg har vært åpen for både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, og artiklene skulle være relevante for en spesialisthelsetjenestekontekst.

3.4 Kildekritikk

Dalland (2020, s. 152) beskriver kildekritikk både som vurdering og karakterisering av litteraturen jeg har funnet, og som jeg bruker i min oppgave. Hensikten med kildekritikk ifølge Dalland (2020, s. 152) vil være å vurdere i hvilken grad litteraturen jeg har funnet er relevant og gyldig med tanke på belysning av min problemstilling.

3.4.1 Kildekritikk av valgt forskningslitteratur

Alle forskningsartiklene som er blitt brukt for å belyse problemstillingen i min oppgave er fagfellevurdert og har IMRAD-struktur. Med å bruke søkemotoren «*kanalregisteret*» har jeg fått bekreftelse på at alle forskningsartiklene brukt i min oppgave er publisert i et vitenskapelig tidsskrift og oppfyller kravene for nivå 1. Dermed oppfyller forskningsartiklene minstekravet til vitenskapelighet med «å være eksternt fagfellevurdert, ha en vitenskapelig redaksjon og minimum en nasjonal forfatterkrets» (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.).

Forskningslitteraturens styrker er at jeg føler jeg har fått et tydelig pasientperspektiv fra kvalitative studier å gå ut ifra, noe jeg ser på som viktig for å belyse min problemstilling. En svakhet er at jeg ikke gjennom forskningsfunnene får belyst pleieperspektivet i like stor grad som pasientperspektivet. Da det har vært vanskelig å finne gode forskningsartikler som traff på inklusjonskriteriene mine har jeg valgt å inkludere en forskningsartikkel skrevet av farmasøyer, da den omhandler faktorer som kan fremme medisin-undervisning fra pasientenes perspektiv. En artikkel baserer seg på deltakere som har livmorkreft, men jeg har valgt å inkludere den, da artikkelen hovedsakelig utforsker forskjellen på muntlig og skriftlig informasjon. Artiklene jeg har inkludert er alle fra land utenfor Norge, da ingen norske studier traff godt på min problemstilling, og dette må tas hensyn til i drøftingen med supplerings med andre kilder. En svakhet med de kvalitative studiene er at deltakersammensettingen er liten og homogen, og det kan ikke gjøres generaliseringer ut fra disse funnene.

Alle forskningsartiklene er skrevet på engelsk, så det kan ha oppstått feiltolkninger eller utilstrekkelig oversettelse av forskningsmaterialet som følge av min språkforståelse. Det er også et forbehold at jeg er som bachelorstudent ikke har mye erfaring med litteratursøk fra tidligere, og utviklet min søketeknikk underveis i prosessen. Dermed kan jeg ha hatt

manglende kunnskap til å vurdere om mine søk har vært tilstrekkelige og gode. Dermed er det en sannsynlighet for at relevant forskningslitteratur kan ha uteblitt fra oppgaven.

3.4.2 Kildekritikk av faglitteratur

For å belyse lovverk har jeg valgt å bruke lovdata.no, som er en nettbasert primær rettskilde, og er listet som en nettressurs på Lovisenberg Diakonale Høgskole (2022). For innhenting av sykepleierens yrkesetiske retningslinjer har jeg brukt nettsiden til NSF.no, som er lett tilgjengelig via internett, og innholdet er revidert i 2019. For å hente informasjon om selve sykdommen har jeg valgt å bruke pasientforeningen Kreftforeningen sin temaside om eggstokkreft, da dette er en nylig oppdatert kilde til informasjon, som revideres fortløpende. Jeg ser derfor på dette som en troverdig kilde til kunnskap om kreft. Johan Cullbergs *mennesker i krise og utvikling* er en utgitt i 1994, og jeg var i tvil om den fortsatt kunne være relevant. Derimot så jeg at Norsk helseinformatikk henviste til Cullberg på sin informasjonsside om krise og sjokk, og da vurderte kilden som fortsatt relevant (Norsk Helseinformatikk, 2014). Pakkeforløp for gynekologisk kreft er en sentral kilde i min oppgave, fordi den er retningsgivende for den helsehjelpen som gis, og fordi den omtaler kommunikasjon med denne pasientgruppen i flere delkapitler. Det er ikke funnet litteratur eller forskningsartikler som kan relatere fullt til pakkeforløpet for eggstokkreft, som er en svakhet.

3.5 Etiske vurderinger

I denne bacheloroppgaven har jeg etter beste evne forsøkt å kreditere alle arbeider som er blitt inkludert i henhold til APA 7th, og med bruk av kildekompasset som verktøy for å avhjelpe dette. Alle forskningsartiklene som har blitt brukt i denne oppgaven har blitt godkjent av en etisk komité. Lovisenbergs retningslinjer for oppgaveskriving er fulgt. Konfidensialitet ved bruk av egne erfaringer fra klinisk praksis er ivaretatt.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Oppsummert viser forskningsartiklene at pasienter med nyoppstått eggstokkreft har et stort behov for informasjon, og opplevde at sykdommen påvirket det emosjonelle på forskjellig måte. Pasientene hadde et ønske om å medvirke i beslutninger som bidro til å gjenvinne følelsen av kontroll. Noen pasienter var ukomfortable med å ta initiativ til samtale, eller å åpne seg emosjonelt, og dette medførte at informasjonsbehov ikke ble synlige for sykepleier. Det kommer også frem at pasientene har mange ulike preferanser når det kommer til hvordan, når og hvor hyppig de ønsker undervisning. Et annet viktig funn er at bruk av skriftlig informasjon som supplement til muntlig informasjon i preoperativ setting kan fremme helse i form av nedkortet liggetid, redusert bruk av smertestillende medisin postoperativt, forebygging av misforståelser og reduksjon av angst.

4.1 Tabell 3: Artikkelmatrikse

Nr.	Forfatter/ årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/ Metode	Funn
1.	Simacek, K., Raja, P., Chiauzzi, E., Eek, D., Halling, K. (2017)	What do ovarian cancer patients expect from treatment? Perspectives from an online patient community.	Cancer nursing, Wolters Kluwer Health Inc, 40(5), E17-E27	Hensikten med studien er å beskrive hvordan eggstokkreftpasienter opplevde det å få diagnosen, og hvordan de opplevde at den påvirket dem gjennom behandlingens ulike stadier og overganger.	Kvalitativ studie, Informasjonen er uthentet fra et nettbasert forum for pasienter med eggstokkreft. Tretti medlemmer har fullført en kvalitativ spørreundersøkelse knyttet diagnose og behandlingsforløpet, med fokus på ønsker og forventinger rundt behandlingen.	To tredjedeler av deltakerne rapporterte å vite lite eller ingenting om eggstokkreft ved diagnosetidspunktet. Funnene beskriver hvordan disse pasientene opplevde at diagnosen påvirket dem emosjonelt, hvor noen pasienter opplevde positive følger som mer takknemlighet og sterkere bånd til nære relasjoner, mens andre pasienter opplevde negative følger av sykdommen som angst, depresjon, sinne, følelse av håpløshet og ensomhet.
2.	Schulmann-Green, D., Bradley, E., Nicholson Jr., N., George, E., Indeck, A., Mcorckle, R. (2012)	One step at a time: Self-management and transitions among women with ovarian cancer.	Oncology nursing forum, 39(4), s. 354-360	Hensikten med studien er å beskrive erfaringer rundt medvirkning og overganger hos pasienter med eggstokkreft	Kvalitativ studie hvor 10 deltakere med eggstokkreft blir intervjuet om sine egne erfaringer rundt behandling gjennom ulike stadier av behandlingen.	Pasientenes som opplevde en følelse av medvirkning, opplevde en sterkere følelse av kontroll. Mange av pasientene ønsket å ha korte tidshorisonter, som hjalp dem med å unngå å bli overveldet av følelser eller informasjon. Mange av pasientene følte at de hadde et stort behov for

						informasjon, men var usikre på hvem de skulle forholde seg til, og noen var ikke komfortable med å ta initiativ til samtale med sykepleier på tross av informasjonsbehov, da de ikke ønsket å være til bry, og trengte sykepleiers bekreftelse på at det var greit å be om hjelp.
3.	Kaupp, K., Scott, S., Minard, L., Lambourne, T. (2019)	Optimizing patient education of oncology medications: A quantitative analysis of the patient perspective	Journal of Oncology Pharmacy Practice, 25(6) s. 1445-145	Hensikten med studien er å utforske pasienters perspektiver knyttet optimal onkologisk medisinerundervisning i Canada(Nova Scotia-regionen).	Kvalitativ studie. Kreftpasienter med ulike diagnoser, som gjennomgikk cytostatikabehandling, svarte skriftlig på en spørreundersøkelse med 28 spørsmål knyttet opplevelsen av undervisningen rundt behandlingen. 142 spørreskjemaer ble brukt i studiens resultater.	Pasienter var stort sett fornøyde med undervisningen de fikk, noe som motbeviste en hypotese om at kreftpasienter generelt var misfornøyde med informasjonen. Ulike tabeller systematiserer funnene og viser blant annet hva slags type informasjon som ble gitt, hyppigheten av informasjon og når i forløpet det ble gitt, og sammenliknet om undervisningen samstemte med pasientenes egne preferanser og ønsker.
4.	Angioli, R., Francesco, P., Capriglione, S., Aloisi, A., Aloisi, M., Luvero, D., Miranda, A., Montera, R., Gulino, M., Frati, P. (2014)	The effects of giving patients verbal or written pre-operative information. In gynecologic oncology surgery: a randomized study and the medical - legal point of view.	European Journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology, 177(2014), 06), s. 67-71	Hensikten med studien er å evaluere verbal og skriftlig preoperativ informasjon hos pasienter som skal operere grunnet malign gynekologisk kreftsykdom.	Randomisert kontrollert studie. Deltakerne ble tilfeldig delt inn i to grupper, der den ene(V) skulle få preoperativ informasjon kun muntlig, og den andre(W) skulle få den samme informasjonen som gruppe V, bare skriftlig istedenfor. All preoperativ og postoperativ data ble samlet inn, og pasientene fylte ut et spørreskjema postoperativt. 190 pasienter deltok i studien, og alle hadde livmorkreft.	Det ble gjort funn som tyder på at gruppen som fikk informasjonen skriftlig fremfor muntlig hadde høyere grad av fornøydhetsgrad rundt informasjonen som ble gitt, færre innleggelsesdager, og mindre bruk av smertestillende medisiner postoperativt. Studiens forfattere anbefaler dermed bruk av skriftlig informasjon som et supplement til muntlig informasjon preoperativt.

5 Diskusjon

Som utgangspunkt for struktur av diskusjonsdelen har jeg valgt å bruke den didaktiske relasjonsmodellen som presentert av Christiansen (2020, s. 49). Hensikten med oppgavens diskusjon er å drøfte problemstillingen: *Hvordan kan informasjonsbehovet til en pasient med nyoppstått eggstokkreft ivaretas*. Dette vil gjøres med hjelp av valgt forskningslitteratur og relevant faglitteratur.

5.1 Forutsetninger for læring

Pasientens forutsetninger for læring og mestring vil være et viktig fokuspunkt for sykepleier tilknyttet informasjonsarbeidet, da Pasient- og brukerrettighetsloven (§ 3-5) presiserer at sykepleier skal ta hensyn til mottakerens forutsetninger (Christiansen, 2020, s. 50). For å ivareta eggstokkreftpasientens behov for informasjon bør sykepleier vite hvordan sykdom og lidelse kan påvirke evnen til læring, og hvordan ulike pasienter kan ha ulike forutsetninger for læring (Christiansen, 2020, s. 50).

5.1.1 Krisereaksjonen og begrenset tid

Pasienten kan få en svekket evne til å ta til seg informasjon som følge av krisetilstanden de opplever. En person som får kreft vil kunne kjenne på en rekke forskjellige følelser, som for eksempel sorg, sinne, fortvilelse eller sjokk (Kreftlex, u.å.) Reitan (2017, s. 82-84) beskriver at kreftpasienters reaksjoner når man får vite om en kreftdiagnose kan sammenliknes med krisereaksjoner fra en traumatisk krise og henviser til Cullbergs kriseteori. I sjokkfasen ved kan man få uklar bevissthet, og kan ha problemer med å huske eller få med seg hva som blir sagt (Cullberg, 1994, s. 130-131). Tveiten (2020, s. 94) kommenterer at sykepleieren må kartlegge og være bevisst på at ulike forhold kan påvirke og redusere pasientens evne til å ta til seg informasjon. Krisereaksjonen vil være et slikt eksempel, og sykepleier bør gjøre pedagogiske valg for å sikre ivaretagelse av pasientens informasjonsbehov.

Ikke bare vil pasienten kunne oppleve en livskrise ved nyoppstått eggstokkreft, men pasient vil også ha kort tid på å bearbeide diagnosesjokket før behandlingen begynner. Ifølge pakkeforløpet vil det gå maks 14 dager fra avsluttet utredning til oppstart av behandling dager (Helsedirektoratet, 2021). På den ene siden kan pakkeforløpet utgjøre en fordel for pasienten med at pakkeforløpet tilrettelegger for forutsigbarhet rundt forløpet, uten unødvendig

forsinkelse (Kreftlex, u.å.). På den andre siden oppstår en utfordring knyttet til informering av pasienten. Pasienten vil kunne oppleve symptomene på en traumatisk krise i tiden pasienten vil motta viktig informasjon, noe som kan påvirke evnen til å konsentrere seg. I tillegg utgjør det en utfordring liggetiden i sykehus som regel bare er noen dager, som gjør at sykepleier har begrenset tid til informering og pasienten kan få lite tid til å ta til seg og bearbeide informasjon (Sørli & Bergvik, 2020, s. 92-93). Begrenset tid i kombinasjon med krisereaksjonen vil kunne ses på som en faktor som kan hemme læring, og utgjør en utfordring for å ivareta informasjonsbehovet ved nyoppstått eggstokkreft.

5.1.2 Barrierer for informering

I en fagutviklingsstudie publisert i *Sykepleien*, kom det frem at pasientene opplevde pasienter som har gjennomgått behandling senvirkninger som påvirket seksuell helse. Disse pasientene ønsket at sykepleier tok initiativ til samtale om dette, men opplevde at sykepleiere unnlot å ta initiativ (Hoel et al., 2021). Det kom frem at sykepleiere hadde en unnvikende holdning til å snakke om seksuell helse, eller kunne synes at det var vanskelig å snakke om. Informering rundt seksualitet kommenteres av Dahl (2016, s. 46) som beskriver at helsepersonellets holdninger og pasientens egne hemninger gjør at det ofte oppstår informasjonssvikt rundt seksuell helse. Sykepleier bør derfor være bevisst at egne unnvikende holdninger og manglende initiativ kan utgjøre en barriere for viktig informasjon, som pasienten ønsker.

Flere kilder peker på betydningen av informering. Blant annet belyser Nortvedt og Grønseth (2016, s. 23) at informasjon, eksempelvis før en operasjon, kan redusere stressnivå hos pasienten. Pasientinformasjon er viktig fordi det kan tilrettelegge for at pasienten kan forholde seg adekvat til sin sykdom, og reduserer sjansen for feilaktige og irrasjonelle tolkninger som kan føre til negative reaksjoner (Sørli & Bergvik, 2020, s. 114). Angioli og medarbeidere (2014, s. 69) viste at informering faktisk kan redusere bruken av smertestillende medikamenter for en gynekologisk kreftpasient som har vært operert. Dette understøttes av Sørli & Bergvik (2020, s. 94) som belyser at det er veldokumentert at informasjonsformidling med fokus på mestringsstrategier preoperativt kan ha positiv innvirkning på blant annet psykisk stress, smerteopplevelse, depresjon, angst, og liggetid. Disse funnene kan understøtte viktigheten av å prioritere informasjonsarbeid. Derimot er det ikke alltid lett for en sykepleier å prioritere informering. En spørreundersøkelse gjort av *Sykepleien* rettet mot medlemmer av Norsk sykepleierforbund belyste hvor mange ulike typer

arbeidsoppgaver en sykepleier gjorde på en uke. Bildet som ble tegnet var av en travel hverdag med mange ulike oppgaver, der det kom frem at 6 av 10 sykepleiere følte at de måtte gjøre arbeidsoppgaver som de ikke engang ville definert som sykepleieroppgaver (Bergsagel, 2019). Når det er sagt, er det blitt pekt på flere kilder som viser at informering kan ha stor betydning for pasienten, og det bør ses på som en motivator for sykepleier å prioritere informering og undervisning.

5.2 Situasjon og kontekst

Situasjonsforståelse handler om å være bevisst på forhold som kan påvirke situasjonen rundt pasienten (Tveiten, 2020, s. 93). Et eksempel på en situasjon som kan være spesiell for denne pasientgruppen er hvis pasienten som får eggstokkreft før menopause. Dersom eggstokkfunksjonen svikter før menopause vil det medføre en kunstig fremkalt overgangsalder, som kan gi symptomer og plager (Jacobsen, 2017, s. 605). I tillegg vil en pasient med nyoppstått kreft kunne svinge mellom å føle seg håpefull eller fortvilet, og mange faktorer kan bidra til økt usikkerhet, som eksempelvis venting på svar rundt behandling og diagnose (Dahl, 2016, s. 23). Derfor må sykepleier skaffe innsikt i pasientens oppfatninger av sin situasjon, og en måte å gjøre det på er å lytte til pasientens forståelse av situasjonen (Christiansen, 2020, s. 52).

5.2.1 Å få en eggstokkreftdiagnose

Eggstokkreft er en alvorlig diagnose, da sykdommen ofte oppdages på et sent stadium i utviklingen på grunn av diffuse symptomer (Kreftforeningen, 2022a). Dersom sykdommen oppdages i stadium IV med spredning til andre organer er det 36.8% av pasientene som er i live etter fem år (Kreftforeningen, 2022a). Simacek og medarbeidere (2017) skaper et bilde av hvordan livet med eggstokkreft utspilte seg for ulike pasienter. Halvparten av pasientene opplevde at deres reise gjennom diagnose og behandling hadde en positiv innvirkning, hvor pasientene opplevde optimisme, sterkere bånd med nære relasjoner og økt takknemmelighet for livet. Førti prosent av pasientene opplevde derimot å streve med angst, depresjon, sinne, følelse av meningsløshet, og følelsen av manglende støtte (Simacek et al., 2017, s. E22-E24). Ifølge Kreftforeningen (2022b) kan pasienter med nyoppstått kreftsykdom oppleve uvissheten som belastende, og tilpasningen og mestringen ved sykdom kan føles som et krav for pasienten. Kreftforeningen (2022b) poengterer at det kan føles overveldende å skulle ta til seg informasjon med svekket konsentrasjon og manglende energi.

Å få eggstokkreft vil kunne utløse et stort behov for informasjon hos pasienten. Dette viser Simacek og medarbeidere (2017, s. E20) som fant at to tredjedeler av deltakerne i studien oppga å ikke ha noe eller å ha svært lite kunnskap om eggstokkreft ved diagnosetidspunktet. En norsk studie viste at gynekologiske kreftformer ofte er underrepresentert i mediedekning om kreft, og at gynekologiske krefttyper kom på niendeplass på en liste med femten krefttyper som målte hvilke krefttyper de 1181 deltakerne hadde kunnskap om (Fonnes et al., 2020, s. 27). Deltakerne hos Simacek og medarbeidere (2017, s. E21) ble bedt om å se tilbake på tiden rundt diagnosetidspunktet, og det kom frem at noen følte behovet for informasjon ikke var godt nok ivaretatt. Åtte av tretti deltakerne skulle ønske de fikk mer informasjon om bivirkninger av behandlingen, og en deltaker beskriver at hun skulle ønske mer informasjon om hårtap, muskelsmerter og nevropati som hun opplevde på grunn av behandlingen (Simacek et al., 2017, s. E22). Funnene peker i en retning av at en pasient med nyoppstått eggstokkreft vil ha et stort behov for informasjon etter diagnosetidspunktet.

5.2.2 En ny pasientrolle

Rollen som syk kan for en pasient med nyoppstått eggstokkreft være ny, ukjent og utfordrende for pasienten, samt jekke ned selvbildet (Dahl, 2016, s. 24). Også sykehussettingen vil kunne være en fremmed kontekst for mange nye kreftpasienter. Man blir underlagt et annet system enn man er vant til, som tydeliggjøres med pasienttøy, armbånd og nye rutiner (Christiansen, 2020, s. 57). Dette underbygger at sykepleier bør være bevisst på hvordan rollen som pasient kan utgjøre en faktor som påvirker pasienten i tiden etter nyoppstått kreftsykdom. I tillegg har pasientrollen forandret seg etter samhandlingsreformen. Det første hovedgrepet i samhandlingsreformen omhandlet en ny pasientrolle der pasienten i større grad skal medvirke i helsehjelpen, med mål om å kunne mestre sitt eget liv (Meld. St. 47, (2008-2009, s. 14). Tveiten (2020, s. 16) belyser en demokratisering av helsetjenesten med overgang fra en paternalistisk helsetjeneste til en helsetjeneste hvor pasienten gjennom lovverket har rett til innflytelse på egen behandling. Det skal dermed oppstå en balanse mellom pleieren som *ekspert på det faglige*, og pasienten som *ekspert på seg selv*, og samhandling handler om å *veve sammen* de to kompetansene (Tveiten, 2020, s. 16). For å ivareta informasjonsbehovet må sykepleier både ha kunnskap om hvordan rollen som syk kan påvirke pasienten, men også at pasientens perspektiv skal løftes frem gjennom samhandling.

5.3 Mål

Jacobsen (2017, s. 611) beskriver at en viktig målsetting for informasjonen hos pasienter med gynekologisk kreft i sykehus er å oppleve å ha kontroll, og å føle seg inkludert i planleggingen av undersøkelser og prosedyrer. Dette vil kunne være et overordnet mål for informeringen til pasienter med nyoppstått eggstokkreft. Videre vil jeg beskrive to ytterligere elementer som kan være sentrale mål for ivaretakelsen av informasjonsbehov.

5.3.1 Medvirkning

Flere kilder belyser betydningen av samhandling, og inkludering av pasienten i informering og undervisning. Pasient og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) nedfeller at pasienten har «rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester», og at «tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med bruker». Det poengteres også av Eide & Eide (2017, s. 218) at dialog er en forutsetning for god formidling, og at man tilpasser seg pasientens premisser. Å bidra til pasientens mestring og selvhjulpenhet er et viktig mål med informasjonsformidling (Eide & Eide, 2017, s. 218). Pakkeforløpet for eggstokkreft beskriver også at man skal avklare pasientens forventninger, kartlegge livssituasjonen, ressursene, ønskene og behovene til pasienten (Helsedirektoratet, 2015).

Det er viktig at sykepleieren vet om fordelene med å fremme pasientens deltakelse og inkludering i informasjonsarbeidet. Tveiten (2020 s. 153) understøtter viktigheten av samhandling i undervisning da kunnskapen som formidles kan bli mer meningsfull dersom pasienten er aktiv og engasjerer seg. I tillegg var flesteparten av deltakerne i studien til Schulman-green og medarbeidere (2012, s. 356) interesserte i medvirkning. De to viktigste grunnene til at deltakerne ønsket medvirkning var å skape en følelse av kontroll over situasjonen, og at det bidro til å redusere følelsen av usikkerhet (Schulman-Green et al., 2012, s. 356). Sykepleierens fokus på samhandling i et tidlig møte med pasienten kan gi assosiasjoner til Travelbee's sykepleieteori om *menneske-til-menneske-forhold*. Travelbee (1999, s. 186-189) beskriver *framvekst av identiteter* som et steg på veien mot *Menneske-til-menneske-forhold*, og dette innebærer det oppstår tilknytning mellom sykepleier og pasient hvor «individuelle identiteter vokser fram», og «erkjennes som unike og enestående». Jeg vil senere se på hvordan delferdigheter fra aktiv lytting kan brukes som et hjelpemiddel av sykepleier for å fremme pasientens perspektiv i samtalen.

5.3.2 Ivaretagelse av sykepleierens ansvar

Sykepleieren har et viktig ansvar rundt informasjonsformidling til pasienter. Dette belyses av Nordtvedt og Grønseth (2016, s. 23) som beskriver sykepleierens undervisende funksjon som sykepleierens ansvar for informering, undervisning og veiledning av pasienten. Pasienten har også ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) rett til å få den «informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen», i tillegg til informasjon om «mulige risikoer og bivirkninger». Lov om Spesialisthelsetjeneste (1999, § 3-8) tekker frem opplæring av pasienter og pårørendesom en sentral oppgave i sykehus. Det understøttes av Christiansen (2020, s. 17) at informasjon og kunnskap hos pasienten er et viktig vilkår for pasientens deltakelse. Sykepleier har dermed både gjennom den undervisende funksjonen og gjennom aktuelt lovverk et ansvar for informasjon til pasienten.

5.4 Innhold

Den didaktiske relasjonsmodellen tematiserer undervisningens *innhold*. Studien til Kaupp og medarbeidere (2019, s. 1450) viser at noen temaer var viktigere enn andre, som for eksempel var undervisning om bivirkninger av cellegift viktigere enn om bivirkninger av kvalmestillende medikamenter for pasientene. Sykepleier kan dermed spisse innholdet i undervisningen, i forhold til temaer som går igjen hos mange pasienter, eller det pasienten selv synes er viktig å bli informert om. I neste delkapittel vil det belyses hvordan tilpasning av innhold er et sentralt punkt i personsentrert informasjonsformidling.

5.4.1 Kvalitetssikret informasjon om kreft

En utfordring rundt informering er at det finnes mye informasjon tilgjengelig for pasientene på internett eller sosiale medier fra mange kanter som kan oppleves forvirrende (Direktoratet for E-helse, 2018, sitert i Christiansen, 2020, s. 63). Cullberg (1994, s. 131) beskriver at pasienten i krisetilstand leter etter mening med sykdommen, og at det kan medføre «magisk tenkning», og generere misoppfatninger om hvordan og hvorfor de ble syke. Det er mye useriøst innhold på internett som kan fremstå som seriøst, og kan forvirre pasienter uten kompetanse og føre til ufornuftige valg (Christiansen, 2020, s. 65). Sykepleier har her et viktig ansvar. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleieren et ansvar for å bruke forskningsbasert kunnskap (NSF, 2019). Sykepleier bør derfor veilede pasienter til å finne informasjon gjennom troverdige kilder. Christiansen (2020, s. 66) peker ut Kreftforeningen som en kilde til inngående informasjon om de aller fleste kreftsykdommer.

Gynkreftforeningen (u.å.) er også en kilde eggstokkreftpasienter kan bruke, som er kvalitetssikret av en overlege med erfaring med gynekologisk kreft. Å gi informasjon av kvalitet vil være i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) som gir pasienten rett til å få den «informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen».

5.4.2 Innhold som pasienten er opptatt av

En fagartikkel publisert i tidsskriftet *Sykepleien* utforsket med en litteraturstudie hvilke temaer pasienter som har gjennomgått gynekologisk kreftbehandling skulle ønske de fikk vite mer om. Mange ønsket mer informasjon om senskader og hvordan det kunne påvirke seksualliv og hverdagsliv (Hoel et al., 2021). Artikkelforfatterne beskriver også at sykepleieren må ha kunnskap om fatigue, da dette er en hyppig senskade hos disse pasientene, slik at de kan veilede og informere om hvordan pasienten kan mestre dette (Hoel et al., 2021). Å velge innhold som pasienten synes er viktig er understøttet av Tveiten. Innholdet i læringssituasjonen kan velges i samråd med pasienten, og det fremmer læring dersom innholdet som formidles oppleves som meningsfullt av pasienten (Tveiten, 2020, s. 94-95). Senere vil det belyses hvordan sykepleier kan ta hensyn til dette med hjelp av pasientsentrert informasjonsformidling.

5.5 Metodikk

Den didaktiske relasjonsmodellen fremmer at sykepleier planlegger og gjennomfører undervisningen gjennom valg av metode (Tveiten, 2020, s. 96). Sykepleier bør gjøre valg som kan fremme læring. For eksempel bør sykepleier sørge for ro i situasjonen, unngå unødvendige forstyrrelser, og sørge for at pasientens grunnleggende behov er tilfredsstillt (Tveiten, 2020, s. 95). Sykepleier bør også i tilretteleggingen være bevisst på hvordan tid påvirker undervisningen. Tveiten (2020, s. 95) forklarer at tidspunktet for undervisningen kan ha betydning for oppnåelse av hensikten, og kan vurderes sammen med pasienten, da dette kan fremme opplevelsen av å ha innflytelse på egen situasjon.

En studie viser hvordan ulike pasienter kan ha ulike preferanser for undervisningsmetodikk. Kaupp og medarbeidere (2019, s. 1446 og 1451) undersøkte hvordan kreftpasienter beskrev optimal undervisning rundt cellegiftbehandling og det kom frem at deltakerne stort sett var fornøyde med sin undervisning. Noen foretrakk en-til-en-undervisning mens andre foretrakk

gruppeundervisning. Basert på funnene kan man argumentere at tilpasning av undervisningen etter pasientens preferanser er en nøkkel til suksess, da pasientene i stor grad oppga at undervisningen ble gjennomført i henhold til deres egne preferanser (Kaupp et al., 2019, s. 1449-1451). Dette funnet kan gi assosiasjoner til Tveiten som beskrev fordelene av å velge innholdet i undervisningen sammen med pasienten, da det kunne gjøre at pasienten opplevde det som mer meningsfullt (Tveiten, 2020, s. 94-95). Dette kan tyde på at å variere metodikken basert på pasientens preferanser kan være fordelaktig. Videre vil det vises tre metoder sykepleier kan bruke for å fremme ivaretagelse av informasjon av pasienten, og som kan ligge til grunn i valg av metodikk. De tre metodene er skriftlig informasjon, personsentrert informasjonsformidling og aktiv lytting.

5.5.1 Skriftlig informasjon

Angioli og medarbeidere (2014, s. 67) utforsket hvordan skriftlig informasjon kunne ivareta informasjonsbehovet hos gynekologiske kreftpasienter i preoperativ setting. De fant at gruppen av pasienter som fikk skriftlig informasjon før operasjonen hadde høyere grad av tilfredshet enn gruppen som bare fikk informasjonen muntlig (Angioli et al., 2014, s. 69). De pasientene som fikk skriftlig informasjon hadde også færre innleggelsesdager, mindre opplevd smerte postoperativt og mindre bruk av smertestillende medisin postoperativt (Angioli et al., 2014, s. 69). På den ene siden kan en fordel med bruk av skriftlig informasjon være at det tilbyr en løsning på den pedagogiske utfordringen med travelheten i sykehus. Liggetiden i sykehus er som regel bare noen dager, pasienten har begrenset tid til å sette seg inn i sin sykdom og behandlingen de skal gjennom, og sykepleier har kort tid på å planlegge og koordinere undervisningen (Sørli & Bergvik, 2020, s. 92-93). Fordelene med skriftlig informasjon er ifølge Angioli og medarbeidere (2014, s. 67) at det kan være tidsbesparende, kostnadseffektivt i tillegg til de andre positive funnene nevnt ovenfor.

På den andre siden kan det by på sykepleiefaglige utfordringer dersom man lener seg for mye på skriftlig informasjon. For eksempel kan sykepleieren få mindre spillerom til å bli kjent med pasienten. Travelbee (1999, s. 141-142) beskriver at det «å lære den syke å kjenne er en like effektiv og nødvendig sykepleieaktivitet som å utføre prosedyrer eller gi fysisk omsorg». Travelbee poengterer også viktigheten av å være med pasienten for å kunne gjøre observasjoner samle data, som beskriver det sykepleieren kan se, høre, lukte eller føle, med andre ord alt som kan registreres via sanseorganene (Travelbee, 1999, s. 144). Dersom

sykepleier lener seg for mye på bruk av skriftlig informasjon, vil det kunne innskrenke sykepleiers mulighet til å bli kjent med pasienten og gjøre observasjoner. Viktigheten av det relasjonelle understøttes også av Eide & Eide (2017, s. 218) som beskriver at dialog er en viktig komponent for å informere på en god måte. Skriftlig informasjon bør derfor brukes som et supplement i til muntlig informering, og bør ikke ivareta pasientens informasjonsbehov alene.

5.5.2 Pasientsentrert informasjonsformidling

Å gi individualisert informasjon i en sykehussetting kan skape utfordring for sykepleier. På den ene siden vil en sykehussetting gi sykepleieren begrenset med tid til å forberede og gjennomføre tiltak, samt informere og undervise (Sørli & Bergvik, 2020, s. 93). På den andre siden har pasienten både et ønske og en fordel av *skreddersydde* løsninger for å ivareta individuelle behov. Sørli & Bergvik (2020, s. 92) tematiserer dette og utforsker hvordan pasientsentrert informasjonsformidling kan ivareta denne balansen.

Cullberg (1994, s. 130) beskrev hvordan en opplevd krisereaksjon kan svekke pasientens hukommelse og påvirke evnen til å ta til seg informasjon. Dette ble tematisert av en pasient som hadde egne prioriteringer for hva hun selv ønsket å informeres om. Hun forklarte at noen symptomer var viktige for henne å oppklare raskt, mens noen andre ting ønsket hun å få informasjon om senere (Schulman-Green et al., 2012, s. 357). Gjennom personsentrert informasjonsformidling vil sykepleier formidle informasjon og støtte i overensstemmelse med det pasienten er opptatt av (Sørli & Bergvik, 2020, s. 106). Dermed vil personsentrert informasjonsformidling legge til rette for at denne pasientens preferanse blir tatt hensyn til. Det poengteres også at det er viktig at sykepleier har en holdning om å hjelpe pasienten med å stille spørsmål som er viktige for pasienten å få svar på (Sørli & Bergvik, 2020, s. 107).

En annen side ved det å få kreftdiagnose er hvordan det kan gi pasienten bekymringer om en for tidlig død. Dette tydeliggjøres hos en pasient som fortalte at døden, og hennes dødelighet var det første hun tenkte på da hun fikk eggstokkreftdiagnosen (Schulman-green et al., 2012, s. 356). Med pasientsentrert samtale vil sykepleier møte pasientens fokus på vonde og problematiske sider av hennes situasjon med en støttende og informerende holdning (Sørli & Bergvik, 2020, s. 107). Sterke følelser som følge av kreftsykdom er ifølge Dahl (2016, s. 46) både velkjente og rimelige reaksjoner, og det bør formidles av sykepleier til pasienten at det

tolereres og er rom for disse følelsene. Sykepleier bør også i henhold til personsentrert informasjon oppfordre pasienten til å uttrykke sin bekymring (Sørli & Bergvik, 2020, s. 106). Med personsentrert informasjonsformidling vil det være rom for pasientens bekymringer og emosjoner, som sykepleier bør forholde seg til i informeringen. Et moment som også belyses av pasientsentrert informasjonsformidling er at sykepleier skal korrigere oppfatninger av sykdom, behandling eller prognose som er feilaktige (Sørli & Bergvik, 2020, s. 106). Dette er etter min mening et sentralt punkt for å ivareta informasjonsbehovet til pasienter med nyoppstått eggstokkreft. For det første kan usikkerhet føre til økning av pasientens angstnivå og medføre utrygghet (Dahl, 2016, s. 23). For det andre er det, som nevnt tidligere, mye uverifisert informasjon tilgjengelig for pasientene på internett eller sosiale medier som kan oppleves forvirrende (Christiansen, 2020, s. 63). Dermed kan man argumentere for at god informasjonsformidling vil kunne dempe angst og forebygge usikkerhet. Argumentet styrkes når sykepleieren, med sitt ansvar om å bruke forskningsbasert kunnskap i informeringen, er den som formidler kunnskapen (NSF, 2019). Her ser man at personsentrert informasjonsformidling kan ha gunstige effekter, både med å fremme ivaretagelse av informasjonsbehov, men også med å forebygge usikkerhet.

5.5.3 Aktiv lytting

Å samvirke med pasienten kan by på utfordringer, for eksempel at pasienten ikke er komfortabel med å ta ordet. En eggstokkreftpasient fortalte at hun ikke ville være til bry, og dermed ikke var komfortabel med å stille spørsmål i frykt for å få kjeft av helsepersonell (Schulman-green et al., 2012, s. 358). Dette kan assosieres med Travelbee's (1999, s. 186) beskrivelse av «det innledende møtet», hvor pasienten og sykepleieren i liten grad ser hverandre som individer. I det innledende møtet får sykepleieren oppgaven å bryte ned «kategoriseringen» for å se «mennesket» i pasienten (Travelbee, 1999, s. 187-188). Dette kan avhjelpes med en delferdighet fra aktiv lytting. Sykepleier kan med aktiv lytting vise at man er nonverbalt og verbalt aksepterende, oppmerksomt henvendt mot pasienten og gi oppmuntring som signaliserer at man følger med (Eide & Eide, 2017, s. 118). Eggstokkreftpasienten fra studien forklarte at hennes taushet og redsel for å være til bry førte til at en sykepleier omsider fortalte pasienten direkte: «du er ikke til bry for oss, vi er her for deg», noe som gjorde at pasienten fikk tillit og trygghet til å åpne seg og interagere med helsepersonellet (Schulman-green et al., 2012, s. 358). Eide og Eide (2017, s. 26) beskriver tillit som noe som følger med yrkesrollen, som gjør det lettere for pasienten å vise mer av sin

sårbar side enn man ville gjort for hvem som helst. Aktiv lytting kan gjøre at sykepleier både verbalt og nonverbalt kan vise at pasienten er akseptert, og fremme tillit og dermed samhandling.

En annen utfordring rundt samhandling kan være at pasienten ikke er komfortabel med å åpne seg emosjonelt. I studien til Schulman-green og medarbeidere (2012, s. 358) svarte en eggstokkreftpasient «jeg har det bra» når sykepleieren spurte hvordan hun hadde det, selv om det ikke var sant, da hun synes det var vanskelig å ta initiativ. Aktiv lytting gir sykepleieren et ansvar for å fange opp signaler, og utforske hva pasienten opplever som viktig (Eide & Eide, 2017, s. 118). Å fange opp signaler kan være viktig for sykepleier som skal formidle informasjon til en pasient med nyoppstått eggstokkreft. Dette understøtter Dahls (2016, s. 23) beskrivelse av hvordan tiden etter diagnostidspunktet kan oppleves av kreftpasienten med svingning mellom håpefullhet og fortvilelse, samt mange faktorer som bidrar til usikkerhet. Et annet moment i aktiv lytting er å bruke åpne spørsmål som vil gi pasienten mulighet til å dele sine tanker og følelser (Eide & Eide, 2017, s. 118).

5.6 Evaluering

Ifølge punkt 2.5 fra yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier forsikre seg om at informasjonen er forstått av pasienten (NSF, 2019). Dette kan avhjelpest av den didaktiske relasjonsmodellen med det siste punktet som omhandler evaluering. Christiansen (2020, s. 86) beskriver det hun kaller prosessvurdering, som handler om at sykepleier fortløpende skal vurdere hvor i læringsløpet pasienten befinner seg, bevisstgjøres hva pasienten har forstått, hvor trygg pasienten føler seg og gjøre justeringer og tiltak ut ifra dette.

Som metodikk har det blitt beskrevet tre ulike tilnærminger sykepleier kan ta i bruk for å ivareta informasjonsbehovet til pasienter med nyoppstått eggstokkreft. Disse kan med fordel også brukes i kombinasjon med hverandre. Sørli & Bergvik (2020, s. 97). understøtter dette når de poengterer at bruk av ulike metoder i kombinasjon kan være fordelaktig.

Pasientsentrert informasjonsformidling behøver ikke å stå i motsetning av at pasienten mottar generell informasjon i form av skriftlig informasjon (Sørli & Bergvik, 2020, s. 97). Man kan også se hvordan bruk av eksempelvis skriftlig informasjon i kombinasjon med personsentrert informasjonsformidling kan gjenspeile innholdet i Helsepersonelloven (1999, §4) som både nedfeller det faglige og det omsorgsfulle.

6 Avslutning

Ved å bruke den didaktiske relasjonsmodellen som mal for drøftingen har det blitt belyst ulike momenter som er betydningsfulle for ivaretagelse av informasjonsbehovet for pasienter med nyoppstått eggstokkreft. Pasienten vil ha et stort behov for informasjon, mens hun står i en mulig livskrise og har kort tid på å ta til seg viktig informasjon. Krisereaksjonen, den korte tiden mellom diagnosetidspunkt og behandlingsstart, og sykepleierens mulige sviktende vilje til å initiere samtale om vanskelige temaer kan være barrierer for læring. For å kunne ivareta pasientens behov for informasjon bør sykepleier ha en oversikt over pasientens situasjon og kontekst. Eggstokkreft er en alvorlig sykdom med en dårlig prognose, og pasientens inngår i en ny rolle og kontekst som hun kanskje ikke er vant til. Det vil være betydningsfullt å kunne sette et mål for undervisningen, for eksempel medvirkning, som kan bidra til at pasienten engasjerer seg, og informasjonen da kan få en større betydning for pasienten. Innholdet i informeringen må være forskningsbasert, men bør også treffe det pasienten selv er opptatt av. Som metodikk har det blitt presentert ulike tilnærminger sykepleier kan ta i bruk for å ivareta informasjonsbehovet til pasienten. Skriftlig informasjon viste seg i en studie å være fordelaktig med økt tilfredshet blant pasientene, kortere liggetid og mindre bruk av smertestillende medisin postoperativt. Derimot bør ikke skriftlig informasjon brukes alene, men som et supplement til muntlig informering. Pasientsentrert informasjonsformidling er en tilnærming kan fremme informering i en sykehussetting, der pasienten har behov for individualiserte tilpassede løsninger, men sykepleier har begrensninger med tanke på tid og ressurser. Her løftes det frem at informasjonen skal tilpasses det pasienten synes er viktig, samtidig som man gir rom for pasientens bekymringer og følelser, og oppklarer eller korrigerer feiloppfatninger hos pasienten. Med elementer fra aktiv lytting kan også sykepleier fremme medvirkning, da funn fra en studie viste at noen pasienter ikke var komfortable med å ta initiativ til samtale, og at det økte risikoen for at informasjonsbehov ikke ble synlige for sykepleier. Evalueringen av informasjonsformidlingen er viktig for at sykepleier bevisstgjøres om pasienten har forstått informasjonen. Å evaluere informeringen er en kontinuerlig prosess, som kan hjelpe sykepleier å justere informeringen og sette i gang tiltak for å sikre ivaretagelse av informasjonsbehovet hos pasienten. Ulike tilnærminger kan også med fordel kombineres.

7 Referanseliste

- Angioli, R., Plotti, F., Capriglione, S., Aloisi, A., Aloisi, M-E., Luvero, D., Miranda, A., Montera, R., Gulino, M., Frati, P. (2014). The effects of giving patients verbal or written pre-operative information in gynecologic oncology surgery: a randomized study and the medical-legal point of view. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 177(2014, juni), s. 67-71.
[10.1016/j.ejogrb.2014.03.041](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.03.041)
- Bergsagel, I. (2019, 6. februar). 6 av 10 bruker daglig tid på oppgaver de mener andre burde gjøre. *Sykepleien*. Hentet 13. april 2022 fra <https://sykepleien.no/2019/02/6-av-10-sykepleiere-bruker-daglig-tid-pa-oppgaver-de-mener-andre-burde-utfore>
- Christiansen, B. (2020). Didaktiske Perspektiver i på helseveiledning. I B, Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2. utg, s. 47-76). Gyldendal.
- Christiansen, B. (2020). Helseveiledning – hva menes med det?. I B, Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2. utg, s. 13-30). Gyldendal.
- Christiansen, B. (2020). Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid. I B, Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2. utg, s. 77-90). Gyldendal.
- Cullberg, J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling* (3. utg). Universitetsforlaget.
- Dahl, A. (2016). *Kreftsykdom – Psykologiske og sosiale perspektiver* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og Oppgaveskriving* (7. utg). Gyldendal.
- Direktoratet for høyere utdanning. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. Hentet 15. mars 2022 fra: <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk* (3. utg). Gyldendal.
- Figur 1.** hentet fra: Christiansen, B. (2020, s. 49). Didaktiske Perspektiver i på helseveiledning. I B, Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2. utg, s. 47-76). Gyldendal.
- Fonnes, T., Telle, I., Forsse, D., Falck, R., Trovik, J., Haldorsen, I., Krakstad, C. (2020). Cancer awareness in the general population varies with sex, age and media coverage: A population-based survey with focus on gynecologic cancers. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 256(25), s. 25-31.
[10.1016/j.ejogrb.2020.10.051](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.10.051)

Gynkreftforeningen. (u.å). *Eggstokkreft, eggleder – og bukhinnekreft*. Gynkreftforeningen. Hentet 12. april 2022 fra: <https://www.gynkreftforeningen.no/eggstokkkreft/>

Helsedirektoratet. (2015, april). *Eggstokkreft – pakkeforløp, behandling av eggstokkreft*. Helsedirektoratet. Hentet 14. mars fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/eggstokkreft/behandling-av-eggstokkreft#informasjon-og-dialog-med-pasienten>

Helsedirektoratet. (2016a, juli). *Eggstokkreft – pakkeforløp, introduksjon til pakkeforløp*. Helsedirektoratet. Hentet 12. februar 2022 og 14. mars 2022 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/eggstokkreft/introduksjon-til-pakkeforlop-for-eggstokkreft>

Helsedirektoratet. (2016b, juli). *Forløpstider i pakkeforløp for eggstokkreft*. Helsedirektoratet. Hentet 28. mars 2022 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/eggstokkreft/forlopstider-i-pakkeforlop-for-eggstokkreft>

Helsedirektoratet. (2021, juni). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft*. Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft-handlingsprogram>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hoel, V., Leite, M., Grønvik, C-K. (2021). Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft. *Sykepleien* 109(83455). 10.4220/Sykepleiens.2021.83455

Jacobsen, A. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A-M, Reitan & T, Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 604-613). Cappelen Damm Akademisk.

Kaupp, K., Scott, S., Minard, L., Lambourne, T. (2019). Optimizing patient education of oncology medications: A quantitative analysis of the patient perspective. *Journal of oncology pharmacy practice*. 25(6) s. 1445-145. 10.1177/1078155219843675

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Kreftforeningen. (2022a, 23. februar). *Eggstokkreft – Cancer Ovari*. Kreftforeningen. Hentet den 28. mars 2022, fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/eggstokkreft/>

- Kreftforeningen. (2022b, 27. januar). *Psykiske reaksjoner ved kreftsykdom*. Hentet den 2. april 2022, fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner/>
- Kreftforeningen. (2022c, 23. februar). *Livmorhalskreft, utbredelse og overlevelse*. Kreftforeningen. Hentet 5. april 2022 fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/#utbredelse-og-overlevelse>
- Kreftforeningen. (2022d, 23. februar). *Livmorkreft, utbredelse og overlevelse*. Kreftforeningen. Hentet 5. april 2022 fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorkreft/#utbredelse-og-overlevelse>
- Kreftflex. (u.å.). *Pakkeforløp for eggstokkreft*. Institutt for kreftgenetikk og informatikk. Hentet 9. april 2022 fra: <https://kreftflex.no/Gyn-eggstokk-og-egglederkreft/BAKGRUNN/Pakkeforlop?CancerType=Ovarial>
- Kreftflex. (u.å.). *Reaksjoner på kreftdiagnosen og behandling*. Institutt for kreftgenetikk og informatikk. Hentet 14. april 2022 fra: <https://kreftflex.no/KSPROSEDYRERFASE1/Generelle/ReaksjonerPaKreftdiagnose?lg=procedure>
- Lovisenberg Diakonale Høgskole. (2022, 6. april). *Databaser og nettressurser*. Lovisenberg Diakonale Høgskole. Hentet den 6. april 2022 fra: <https://ldh.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser>
- Meld. St. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen – rett behandling, på rett sted, til rett tid*. Det kongelige Helse og Omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Nordtvedt, P., Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5, utg, s. 17 – 37). Gyldendal Akademisk.
- Norsk Helseinformatikk. (2014, 14. mai). *Å dele en krise i livet*. Norsk Helseinformatikk. Hentet 14. april 2022 fra: <https://nhi.no/sykdommer/kreft/a-dele-en-krise-i-livet/kriser/>
- Norsk sykepleierforbund [NSF]. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Reitan, A-M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A-M, Reitan & T, Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 104-118). Cappelen Damm Akademisk.
- Reitan, A-M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A-M, Reitan & T, Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 82-101). Cappelen Damm Akademisk.
- Schulman-Green, D., Bradley, E.H., Nicholson, N.R. jr., George, E., Indeck, A., McCorkle, R. (2012). One Step at a time: Self-Management and Transitions Among Women With Ovarian Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(4), s. 354-360. [10.1188/12.ONF.354-360](https://doi.org/10.1188/12.ONF.354-360)
- Simacek, K., Raja, P., Chiauzzi, E., Eek, D., Halling, K. (2017). What Do Ovarian Cancer Patients Expect from Treatment – Perspectives From an Online Patient Community. *Cancer nursing*, Wolters Kluwer Health Inc, 40(5), E17-E27. [10.1097/NCC.0000000000000415](https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000415).
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjeneste* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Sørli & Bergvik. (2020). Pasientinformasjon i sykehus – med særlig vekt på ivaretagelse av bekymrede pasienter. I B, Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2. utg, s. 91-115). Gyldendal.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk – helsepedagogikk og brukervedvirkning* (2. utg). Fagbokforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg). Gyldendal akademisk.