



"Fra frisk til syk - å ville vite alt"

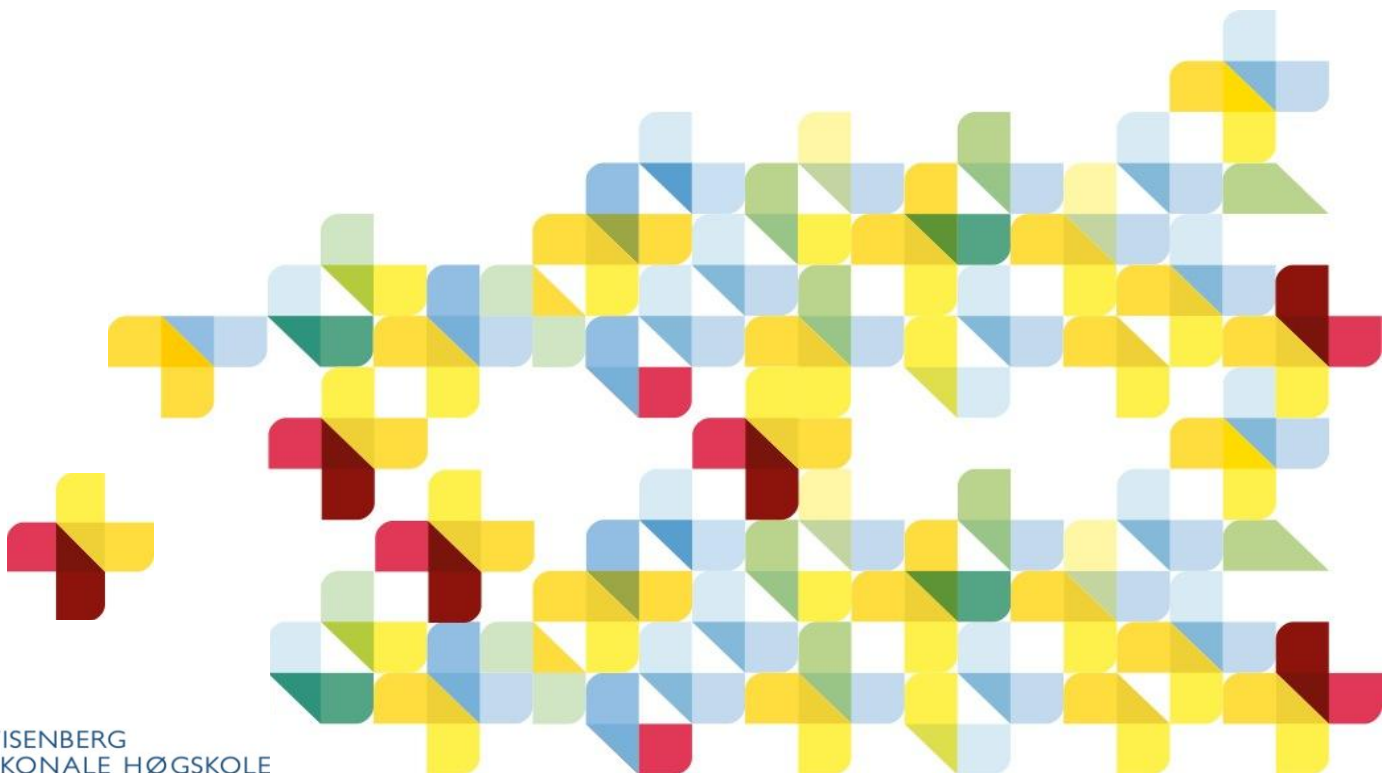
Hvordan kan sykepleier fremme trygghet hos kreftpasienter som skal gjennomgå kirurgisk behandling?

Kandidatnummer: 396
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie

Antall ord: 10 691

Dato: 14.04.2016



Tittel

"Fra frisk til syk - å ville vite alt"

ABSTRAKT

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier fremme trygghet hos kreftpasienter som skal gjennomgå kirurgisk behandling?

Metode

Dette er en litterær oppgave basert på fag- og forskningslitteratur, samt erfaringsbasert kunnskap. Artikler er funnet via søk i CINAHL, SveMed+ og PubMed. PICO- skjema ble benyttet som hjelpemiddel i søkeprosessen.

Teoretisk perspektiv

Oppgaven tar utgangspunkt i Benner og Wrubels omsorgsteori for å sikre sykepleiefaglig perspektiv. I følge Benner og Wrubel skal sykepleieren hjelpe mennesket til å mestre tap, lidelse og sykdom. Kerstin Anderssons definisjon av begrepet trygghet er brukt. I tillegg er Johan Cullbergs kriseteori og Benner og Wrubels sykdomfaser beskrevet for å gi innblikk i situasjonen til pasientene. For å forstå sykepleierens undervisende rolle, er den didaktiske relasjonsmodellen benyttet.

Drøfting

Diskusjonen tar utgangspunkt i forskning av kreftpasienters forventninger til og opplevelser av preoperativ informasjon. Deres opplevelser benytte som indikasjon for å evaluere effekten av informasjon, og hvor vidt det kan bidra til å fremme trygghet. Tre av punktene i drøftingen er hentet fra den didaktiske relasjonsmodellen, og benyttet som struktur: pasientenes læreforutsetninger, rammefaktorer og innhold. Konteksten blir også problematisert i forhold til sykepleierens mål å fremme trygghet gjennom informasjon.

Konklusjon

Informasjonsformidling er en viktig sykepleieoppgave til denne pasientgruppen. Arbeidet forutsetter pasientens deltakelse, samt at sykepleier vurderer pasienten på individuelt nivå, i forhold til deres informasjonsbehov og evne til å ta til seg informasjon. Poliklinisk informasjonsformidling representerer en rekke pedagogiske utfordringer. For å ivareta pasientens trygghet og rett på informasjon i denne konteksten, bør sykepleierens tilnærming ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av sykdommen og situasjonen, samt vedkommendes kroppslige kunnskap og bakgrunnsforståelse.

Nøkkelord: Nydiagnostisert kreft, kirurgi, trygghet, preoperativ informasjon, undervisning, veiledning, poliklinikk

(Totalt antall ord: 269)

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensninger	2
1.4 Begrepsavklaringer	3
2 Metode	4
2.1 Hva er metode?	4
2.2 Anvendt metode	4
2.3 Litteratursøk	4
2.3.1 Manuelt litteratursøk	4
2.3.2 Elektronisk søk i databaser.....	5
2.4 Metode- og kildekritikk	6
2.5 Erfaringsbasert kunnskap	7
3 Pasienter med nyoppldaget kreft	8
3.1 Pakkeforløp for kreft	8
3.2 Hva er kreft?	8
3.3 Behandling og prognose	8
3.4 Endret kroppsbilde	9
3.5 Å gå gjennom krise og ulike faser	9
3.6 Benner og Wrubels menneskesyn	10
3.7 Psykososiale behov hos kreftpasienten	11
3.8 Trygghet	11
3.8.1 Angst	11
3.8.2 Kontroll og forutsigbarhet	12
3.8.3 Empowerment	12
3.8.4 Håp	13
4 Sykepleieperspektiver	14
4.1 Definisjon av sykepleie	14
4.2 Sykepleierens funksjon og ansvar	14
4.3 Den didaktiske relasjonsmodellen	15
4.3.1 Pasientens forutsetninger for læring og mestring.....	15

4.3.2 Rammefaktorer	15
4.3.3 Innhold	16
4.4 Kommunikasjon og informasjon til kreftpasienter	16
4.4.1 Kommunikative ferdigheter	16
4.4.2 Preoperativ informasjon	17
5 Drøfting	18
5.1 Sykepleierens tilnærming	18
5.1.1 Sykepleierens egen sårbarhet	18
5.2 Pasientens læreforutsetninger	19
5.2.1 Pasientens informasjonsbehov i ulike faser	19
5.2.2 Pasientens kroppslige intelligens	20
5.2.3 Barrierer for læring.....	21
5.2.4 Empowerment gjennom kunnskap	23
5.2.5 Endret pasientrolle.....	24
5.3 Rammefaktorer	25
5.3.1 Kontekstuelle faktorer	25
5.3.2 Tidens dilemma	26
5.3.3 Standardisert undervisning	28
5.3.4 Sykepleier som menneskelig ressurs	29
5.4 Innhold	29
5.4.1 Ulike oppfatninger.....	29
5.4.2 Avdekke skjult behov for informasjon	30
5.4.3 Tilpasset informasjon og undervisning	31
5.5 Kan informasjon fremme trygghet?	32
6 Konklusjon.....	34
Litteraturliste.....	35
Vedlegg 1	42

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2014 ble det registrert 31 651 nye krefttilfeller i Norge, hvorav 54 prosent var menn og 46 prosent var kvinner. Risikoen for å rammes av kreft øker også med alderen. Blant menn mellom 40 og 60 år er testikkel- og prostatakreft de vanligste kreftformene. For kvinner i samme aldersgruppe er brystkreft dominerende (Kreftregisteret, 2015, s. 5).

Til tross for økende insidens, er det i dag stadig større sannsynlighet for å overleve kreft (Kreftregisteret, 2016). Kirurgisk behandling er den viktigste kurative behandlingsformen. Dette skyldes blant annet en modernisering og spesialisering av kreftkirurgien (Gaard, Tveit & Hafstad, 2015). Om lag 80 prosent av pasientene som helbredes for kreft, er kirurgisk behandlet (Gaard et al., 2015, s. 2).

For å sikre at kreftpasienter får gode pasientforløp, ble det gradvis i 2015 implementert pakkeforløp for kreft. Pakkeforløpene har som mål å sikre rask utredning, diagnostikk og behandling uten unødvendig ventetid (Helsedirektoratet, 2014b). I praksis har pakkeforløpene, samt Samhandlingsreformen, ført til en effektivisering av pasientbehandling i sykehus. Blant annet skal pasienter utskrives så raskt som mulig etter behandling, hovedsakelig grunnet færre sengeplasser. Dette har resultert i økt satsing på polikliniske konsultasjoner og dagbehandling (Hjemås & Vold, 2011).

Poliklinisk virksomhet stiller store krav til sykepleiere, som får mindre tid til å planlegge og gjennomføre preoperative forberedelser. Ved gjennomføring av polikliniske samtaler, får pasientene også begrenset tid til å sette seg inn i sykdommen, og behandlingen de skal gjennomgå. Dette er til tross for økende forståelse for at informasjon er av stor betydning for behandlingsresultat og pasienttilfredshet (Brataas & Hellesø, 2011, Holm & Kummeneje, 2009). Nyere forskning viser nemlig at preoperativ informasjon kan redusere pasientens angst-, stress- og smertenivå, samt usikkerhet. Det har også vist seg å redusere antall liggedøgn, samt bedre pasientens egenomsorgsevne (Devine; Johansson, Nuutila, Virtanen, Katajisto & Salanterä; Shuldham, referert i Gabrielsen & Nord, 2012, s. 16).

I kirurgisk praksis på en kreftavdeling, opplevde jeg ofte at pasientene fikk rutineinformasjon, uten at formidleren tok individuelle hensyn. Dessuten befinner nydiagnostiserte kreftpasienter seg i en svært sårbar og stressende situasjon. De kan ha lite forutsetninger for å ta til seg og forstå informasjonen som gis. Ikke minst kan de ha et stort behov for å føle trygghet. Jeg anser det som en viktig sykepleieoppgave å gi preoperativ informasjon, på slik måte at kreftpasienter kan føle trygghet før forestående operasjon.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i det overnevnte, kom jeg frem til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier fremme trygghet hos kreftpasienter som skal gjennomgå kirurgisk behandling?

1.3 Avgrensninger

Oppgaven vil sette fokus på preoperativ informasjon som en intervensjon til å fremme trygghet hos pasienten. Den tar utgangspunkt i en preoperativ informasjonssamtale mellom pasient og sykepleier. Møtet finner sted på en poliklinikk på sykehus, kort tid etter at pasienten har fått bekreftet en kreftdiagnose og behandlingen er avklart. Møtet har begrenset varighet, uten at jeg avgrenser dette ytterligere. Bakgrunn for valg av poliklinikk som arbeidsarena er, som nevnt, fordi Samhandlingsreformen og pakkeforløp for kreft er dagsaktuelle. De har også praktiske implikasjoner med tanke på pasientinformasjon i sykehus.

Jeg har valgt å avgrense til voksne, både menn og kvinner, mellom 40 og 60 år. Pasienten har samtykkekompetanse, og har ikke vært rammet av kreftsykdom tidligere. I følge Kreftregisteret (2016) diagnostiseres tre av fire krefttilfeller hos menn og kvinner over 60 år. Jeg har likevel valgt å avgrense til overnevnte aldersgruppe, med tanke på kognitiv og sosial status, livssituasjon, evne til å ta til seg informasjon, sykdomsforståelse med mer. Alder er også en viktig faktor med tanke på forutsetninger, forventninger og ressurser.

Oppgaven tar for seg ondartet kreftsykdom uten spredning. Jeg har valgt å ikke avgrense til en spesifikk kreftdiagnose. Grunnen til det er at jeg tror usikkerheten og angsten ved nyoppdaget

kreft har flere likheter, uavhengig av kreftform. Oppgaven dreier seg videre kun om kirurgisk behandling, selv om denne behandlingsformen ofte forekommer i kombinasjon med stråling og/eller cellegift.

Av hensyn til omfang er ikke pårørende inkludert, selv om de kan være sterke ressurser i sykdomsforløpet.

1.4 Begrepsavklaringer

Trygghet: Begrepet trygghet rommer mange betydninger. Innenfor sykepleie blir trygghet, i henhold til Maslows behovspyramide, ofte sett på som et menneskelig behov (Thorsen, 2011). Jeg har valgt å avgrense trygghet til å romme opplevelse av forutsigbarhet, kontroll, empowerment og mindre angst. Denne avgrensningen er gjort på bakgrunn av Mills og Sullivans litteraturgjennomgang (1999), som blant annet belyser informasjonens funksjoner. Denne litteraturgjennomgangen blir ikke anvendt i oppgaven. Håp, som også er viktig for kreftpasienter, og blir kort beskrevet i teoridelen. Det blir derimot, av hensyn til omfang, ikke inkludert i drøftingen.

Kirurgisk kreftbehandling: Elektivt (planlagt) kirurgisk inngrep med kurativt siktemål. Behandlingen innebærer å fjerne primærtumoren ved operasjon. Ved kirurgisk fjerning av malign (ondartet) tumor, er det også ønskelig å fjerne omliggende normalt vev og eventuelt lymfeknuter. Dette gjøres for å være sikker på at det er gjort radikalt inngrep, altså at alt tumorvev er fjernet (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011).

Preoperativ informasjon: Informasjon som gis før et kirurgisk inngrep skal gjennomføres. Viktige momenter er å orientere pasienten om selve inngrepet, anestesi og oppvåkningen etter inngrepet, samt smertelindring og om det postoperative forløpet. Informasjonen må også omfatte hvilken risiko som er knyttet til inngrepet, informasjon om eventuelle komplikasjoner og bivirkninger, samt om forberedende undersøkelser (Berntzen et al., 2010).

2 Metode

2.1 Hva er metode?

"Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling" (Thidemann, 2015, s. 76). Med dette menes at metode er redskapet som forteller oss hvordan vi skal gå frem for å finne og etterprøve kunnskap. Metoden i oppgaven handler om å gjøre rede for valg av litteratur, og å vurdere disse kildene kritisk, da de danner grunnlaget i oppgaven (Dalland, 2012).

2.2 Anvendt metode

Denne oppgaven er en litterær oppgave. I følge Dalland (2012) skal en litterær oppgave basere seg på bruk av skriftlige, eksisterende kunnskapskilder. I en slik oppgave skal det ikke utføres egne intervjuer eller undersøkelser for å besvare problemstillingen. Jeg belyser problemstillingen min gjennom forskning, teori og empiri (erfaringsbasert kunnskap).

2.3 Litteratursøk

For å komme i gang med søkeprosessen benyttet jeg *Den gode oppgaven* av Rienecker og Jørgensen (2013), med pentagon som verktøy. Pentagon er en modell som utpeker de grunnleggende elementene i en vitenskapelig undersøkelse. Ved at jeg plasserte problemstillingen min inn i pentagonmodellen tidlig i arbeidsprosessen, fant jeg raskt ut av hva jeg hadde behov for av litteratur.

2.3.1 Manuelt litteratursøk

Til å begynne med søkte jeg etter relevant faglitteratur på skolens bibliotek og Deichmanske bibliotek. Av pensumlitteratur er det benyttet bøker om sykepleie til kreftpasienter, pre- og postoperativ sykepleie, kommunikasjon, undervisning, sykepleiepedagogikk, etikk, jus og klinisk sykepleie. Det er også benyttet bøker om metode og hjelp til oppgaveskriving. Jeg har valgt den nyeste utgaven av bøkene så langt det har latt seg gjøre. For å finne relevante kapitler, benyttet jeg innholdsfortegnelsen og/eller stikkordsregisteret. Som teoretisk

forankring er Cullbergs kriseteori, Benner og Wrubels sykdomsfaser samt Anderssons definisjon på trygghetsbegrepet benyttet. For å sikre sykepleiefaglig perspektiv, er Benner og Wrubels omsorgsteori anvendt. I tillegg er sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer og lovverk benyttet.

2.3.2 Elektronisk søk i databaser

Fag- og forskningsartikler som er anvendt i oppgaven er funnet gjennom søk i databasene CINAHL, SveMed+ og PubMed. Søkeprosessen har foregått i perioden 23.09.15 til 01.03.16. Som en ressurs til søkingen, har jeg deltatt på skolens workshop. Her fikk jeg hjelp til å finne søkeord ved hjelp av et PICO- skjema (se vedlegg 1). Et slikt skjema hjelper til å strukturere innholdet i problemstillingen, slik at det kan bli lettere å besvare problemstillingen (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Kategoriene P, I og O er brukt. P angår hvilken pasientgruppe eller problem problemstillingen gjelder. I er intervensjon, altså sykepleietiltak som en ønsker å vurdere. O er outcome, det vil si hvilket resultat vi ønsker å oppnå. Søkeordene jeg har benyttet er: P (Patient): cancer patients, surgical patients, I (Intervention): patient / preoperative education, information, nursing care, outpatient clinic og O (Outcome): safety, coping, information needs, patient satisfaction, anxiety.

For å utvide søket innenfor én og samme kategori, for eksempel innenfor P, kombinerte jeg søkeordene med OR. Deretter kombinerte jeg søkeord under de ulike kategoriene med AND, for eksempel P (cancer patients (OR surgical patients)) AND I (preoperative education), for å inkludere data som angår begge områdene.

For å kunne velge ut relevante artikler blant mange treff, benyttet jeg ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det første var at materialet skulle være nyere enn 2005, og være tilgjengelige i full tekst. For det andre skulle være skrevet på norsk, engelsk, svensk eller dansk. For det tredje skulle undersøkelsene inneholde sammendrag. Jeg avgrenset også søkene med "peer- reviewed" og "research article". I tillegg la jeg vekt på at artiklene skulle ha sykepleiefokusert vinkling og/eller pasientfokusert vinkling, og at de skulle omhandle målgruppen jeg har avgrenset til, altså pasienter mellom 40 og 60 år. Dersom jeg fant en artikkel som oppfylte de to første inklusjonskriteriene, leste jeg sammendraget. Hvis innholdet viste seg å være relevant, leste jeg hele artikkelen.

Oppgaven tar utgangspunkt i seks kvalitative forskningsartikler, en fagartikkel og en systematisk oversikt. Artiklene jeg har valgt å bruke omhandler kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon (Gabrielsen & Nord, 2012), deres forventninger til innhold i informasjonen (Vaartio-Rajalin, Leino- Kilpi og Puukka, 2014), og til sykepleierens kompetanse og erfaring (Kvåle & Bondevik, 2010), om pasientenes informasjonsbehov (Andreassen, Randers, Näslund, Stockeld og Mattiasson, 2007), mestringsstrategier (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010), og tilfredshet med informasjon (O'Connor, Coates og O'Neill, 2014), samt angst og preoperativ undervisning (Stephensson, 2006, Alanazi, 2014).

2.4 Metode- og kildekritikk

Det er både styrker og svakheter som må tas hensyn til når en skriver en litterær oppgave. En svakhet kan være at en må ta i bruk litteratur som andre har tolket, vurdert og kommet frem til. Jeg har derfor vært opptatt av å anvende mest mulig primærlitteratur. Dette er særlig i forbindelse med bruk av teorien til Cullberg og Benner og Wrubel, samt til Kerstin Anderssons definisjon av trygghet (Andersson, 1984). Jeg har samtidig benyttet sekundærlitteratur, som Kirkevold (1998) og Konsmo (1995) sin tolkning av Benner og Wrubel, for å få bedre forståelse av teorien, samt Kjøllesdal (2004) for å få innblikk i teori tilknyttet operasjonspasienten. Dette har derimot resultert i bruk av litteratur som er eldre enn 2005, noe som var ett av inklusjonskriteriene. Jeg har likevel benyttet meg at disse kildene for å bruke primærlitteratur i størst mulig grad, eller fordi jeg ikke har funnet litteraturen i nyere kilder.

På en annen side, er ikke det å ta i bruk eksisterende kunnskap nødvendigvis kun en svakhet. En kan raskt få en oversikt over hva forskere har kommet frem til tidligere. Leseren kan enkelt etterprøve kildene og kontrollere bruk av referanselitteratur. Metoden har hjulpet meg til å finne relevante artikler.

Kilder som en finner i databaser skal være kvalitetsvurderte av fagpersoner (Rienecker & Jørgensen, 2013), men en skal likevel forholde seg kritisk ved å vurdere dem opp mot det de skal brukes til. Et relevant spørsmål kan være om studiedesignet i artikkelen er egnet for å besvare problemstillingen i oppgaven? (Rienecker & Jørgensen, 2013). Jeg har hovedsakelig søkt etter og funnet kvalitativ forskning. Kvalitativ metode anvendes når en skal finne data

om opplevelser og meninger personen har (Rienecker & Jørgensen, 2013). Denne metoden er hensiktsmessig for å kunne svare på problemstillingen min. Grunnen til det er at det å fremme trygghet, samt pasientens opplevelse av trygghet, ikke lar seg tallfeste. Likevel mener jeg at problemstillingen også kan belyses ut fra kvantitativ forskning. Kvantitativ metode er en måte å undersøke tall, mengde- og størrelsesforhold. Metoden gjør at en kan konkludere mer generelt (Rienecker & Jørgensen, 2013). Et eksempel på en kvantitativ studie til oppgaven kunne vært hvor mange som opplevde trygghet som følge av preoperativ informasjon, versus de som ikke fikk informasjon. Slik forskning kunne tilført oppgaven mer bredde og flere objektive funn. Jeg har forsøkt å finne relevante kvantitative studier uten resultater.

Artiklene er fra mellom 2006 og 2014. Alle forskningsartiklene har sammendrag, og er skrevet på norsk eller engelsk. Selv om enkelte av studiene er gjennomført i andre land enn Norge, mener jeg at de kan ha stor overføringsverdi, ved at de bidrar med bevisstgjøring av eksisterende eller nye metoder og tilnærminger. Det ble foretatt søk i SveMed+ i håp om å finne flere norske forskningsartikler, men jeg lyktes ikke med å finne relevante artikler. Noen av artiklene handler også om pasienter utenfor den avgrensede aldersgruppen på 40 til 60 år. Jeg har likevel valgt disse artiklene, da funnene er relevante for besvarelsen av problemstillingen. Studien til Gabrielsen og Nord (2012) har blant annet få respondenter, noe som kan være negativt i forhold til representativitet. Jeg brukte likevel denne artikkelen fordi den var relevant, og oppfylte inklusjonskriteriene. Videre skal det også nevnes at jeg forsøkte å søke etter artikler som omhandlet den polikliniske konteksten. Jeg lyktes ikke med å finne noen artikler nyere enn 2005. For å veie opp for denne mangelen, har jeg benyttet erfaringsbasert kunnskap.

2.5 Erfaringsbasert kunnskap

Erfaringsbasert kunnskap er en viktig kunnskapskilde i profesjonsutdanningene som sykepleie (Dalland, 2012). I følge Rienecker og Jørgensen (2013) vil bruk av empiri være en fordel, blant annet fordi det gjør det mulig å sette kunnskap inn i konkrete sammenhenger. I oppgaven vil jeg benytte egne erfaringer fra praksis og jobb på en kirurgisk kreftavdeling.

3 Pasienter med nyoppdaget kreft

3.1 Pakkeforløp for kreft

"Et pakkeforløp er et standardisert pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon med pasienter og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider" (Helsedirektoratet, 2014a, s. 4). Ordningen er inspirert fra Danmark, som innførte pakkeforløp i 2007 - 2008 (Helsedirektoratet, 2014b). Pakkeforløpene skal bidra til å heve kvaliteten på norsk kreftomsorg, blant annet ved bedre samhandling og koordinering mellom de ulike nivåene i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014a).

3.2 Hva er kreft?

Kreft er en samlebetegnelse på en rekke tilstander som skyldes feil i kroppens celledeling, forårsaket av tumorceller. Disse cellene er i stand til å dele seg og vokse ukontrollert fordi de er frikoblet fra organismens cellevekstkontroll. Kjentegnet ved maligne tumorer er at de er invasive, og kan metastasere via blodstrøm, lymfebaner og/eller hulrom til fjerntliggende organer. Disse egenskapene gjør kreftsykdom potensielt dødelig (Bertelsen et al., 2011).

3.3 Behandling og prognose

Kreftbehandling består hovedsakelig av kirurgi, stråling og cellegiftbehandling. Disse behandlingsformene brukes både i kombinasjon, eller hver for seg (Bertelsen et al., 2011).

Kirurgisk kreftbehandling har, som tidligere nevnt, ofte en kurativ målsetting (Bertelsen et al., 2011). I følge Kreftregisteret (2015, s. 6) har prognosen for svært mange kreftdiagnoser blitt bedre de siste tiårene. Dette skyldes tidligere oppdagelser av svulster. Likevel vil prognosen variere fra individ til individ, og være avhengig av kreftformen. Sykdommens utbredelse ved diagnosetidspunktet vil være avgjørende for behandling og leveutsikter. Selv om kurasjon er målsettingen ved behandlingsstart, er det i følge Nome (2010, s. 382) kun 30% av pasientene som oppnår ønsket behandlingsresultat.

3.4 Endret kroppsbilde

Opplevelsen av kroppen blir radikalt endret av kreftsykdom og behandling, særlig ved kirurgi. Avhengig av hvilken kroppsdel eller funksjon som er rammet, og omfanget av kreftsykdommen, vil pasienten oppleve ulik grad av endringer i kroppsbildet (Schjølberg, 2010).

Det som hovedsakelig forbindes med kreft, er de fysiske forandringene som følge av sykdommen og behandlingen(e). Vekttap er svært vanlig, og kan gi forandringer i kroppsbildet. Enkelte krefttyper, som øre-, nese- og halskreft, gir som regel synlige forandringer. Andre kreftformer gir ikke like synlige forandringer, men kan likevel påvirke kroppsbildet negativt (Schjølberg, 2010).

3.5 Å gå gjennom krise og ulike faser

Mange kreftpasienter opplever en traumatisk krise når diagnosen blir stilt. Cullberg (1994, s. 108) definerte at "en traumatisk krise er individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse, av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet, eller grunnleggende livsmuligheter blir truet". Han deler den traumatiske krisen inn i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Cullberg, 1994). Jeg velger kun å presentere de to første, da disse er mest relevante.

Sjokkfasen varer fra et kort øyeblikk til noen dager. Kjennetegnet ved denne fasen er at individet tar sterk avstand fra virkeligheten. Den rammede kan ha vanskeligheter med å huske det som blir sagt eller utført. Vedkommende kan også ha reaksjoner som voldsomme, følelsesmessige utbrudd, eller det motsatte ved å bli liggende lydløs og urørlig. En kan vise tegn til benekting, splitting, isolering eller andre forsvarsmekanismer, som er dominerende i denne fasen. Reaksjonsfasen begynner i det øyeblikk den rammede blir tvunget til å åpne øynene for det som har skjedd, eller det som skal skje. Dette kan eksempelvis være før pasienten skal starte med behandling. Mange prøver å finne en mening i kaoset, og får et samtalebehov (Cullberg, 1994).

Pasienten beveger seg også gjennom ulike faser i hele sykdomsforløpet. Benner og Wrubel deler kreftpasienters sykdomsforløp inn i seks ulike faser: den prediagnostiske fasen, den diagnostiske fasen, behandlingsfasen, remisjon, tilbakefall og den terminale fasen (Reitan, 2010a, s. 23-25). Pasientene i min kontekst befinner seg mellom den diagnostiske fasen og behandlingfasen, fordi de har fått bekreftet diagnosen, men behandlingen har ikke startet.

Den diagnostiske fasen er preget av uro, bekymring og angst (Reitan, 2010a). Påkjenningen med å få en kreftdiagnose vil variere med sykdommens prognose, altså hvilke(t) organ(er) som er affisert, svulstens biologi, aggressivitet og beliggenhet, mulighet for behandling med mer (Lorentsen & Grov, 2010, s. 405). Behandlingsfasen kan oppleves som mer avklart, sammenliknet med diagnostiseringsfasen, i og med at ventetiden er over og det endelig skjer noe. Likevel vil denne fasen også være forbundet med stress (Reitan, 2010a).

3.6 Benner og Wrubels menneskesyn

Hvilken fase pasienten befinner seg i avgjør ikke alene vedkommendes situasjon. Benner og Wrubel hevder at en ikke kan skille kropp og sinn, eller person og situasjon (Reitan, 2010a, s. 22). Deres menneskesyn peker på fire karakteristiske trekk i beskrivelsen av menneskets samspill med verdenen: kroppslig intelligens, bakgrunnsforståelse, kontekst og spesielle anliggender (Kirkevold, 1998, s. 200). Jeg vil definere disse trekkene kort nedenfor.

Utviklingsmessig har mennesket en iboende evne til å være i verden, samtidig som kroppens sanser og følelser utvikler seg gjennom hele livet. Dette defineres som menneskets kroppslige intelligens eller viten (Benner og Wrubel, 1989, Kirkevold, 1998). Bakgrunnsforståelse er de "meninger" alle innenfor en kultur deler, og som kulturen gir mennesket fra fødselen av. Disse kulturelle meningene er bestemmende for hva mennesket oppfatter som virkelig (Kristoffersen, 2011). Videre er spesielle anliggender et vesentlig aspekt ved å det å være menneske. Det betyr å bry seg om noe, og handler om hva som har verdi for den enkelte (Kirkevold, 1998). Et menneskets handlinger er bestemt av de spesielle anliggender i den personens liv (Kristoffersen, 2011). Til slutt handler kontekst om at mennesket alltid er i en situasjon. Med bakgrunn i kroppslig viten, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender, vil mennesket oppfatte og involvere seg i situasjoner direkte. Disse faktorene vil influere på hvordan personen opplever en situasjon (Kirkevold, 1998).

3.7 Psykososiale behov hos kreftpasienten

Ved alvorlig sykdom, som kreft, har pasienten behov for å mestre tilværelsen. Det kan blant annet innebære å føle trygghet, tilfredshet og velvære, behov for å være orientert og oppleve kontroll over eget liv, samt behov for individuell og målrettet sykepleie. Pasientopplevelser er individuelle, men sammenfattet viser flere studier og pasientfortellinger at opplevelse av angst, sårbarhet, fremmedgjøring, avhumanisering og utrygghet er dominerende (Stubberud, 2013a).

3.8 Trygghet

Trygghet er et begrep som er vanskelig å definere, da det er en subjektiv følelse. Det finnes mange måter å se trygghet på, men det er en felles forståelse at trygghet er viktig i menneskers liv (Thorsen, 2011). Sykepleier Kerstin Andersson (1984, s. 14) har blant annet definert trygghet ut i fra viktigheten av kunnskap hos sykepleier, som en vei til å fremme kunnskaps- og kontrolltrygghet hos pasienten, med følgende sitat: "(...) att veta hur det är och vad som gäller, hur rollerna ser ut, vad man kan förventa sig och vilka krav som ställs." Hun skiller mellom trygghet som følelse, indre trygghet og ytre trygghet. Den ytre tryggheten deles inn videre inn i relasjonstrygghet, stole-på-andre- trygghet og kunnskaps- og kontrolltrygghet. Jeg vil kun fokusere på kunnskaps- og kontrolltrygghet av hensyn til relevans og omfang.

Som allerede nevnt, har jeg avgrenset trygghetsbegrepet til å handle om opplevelse av mindre angst, kontroll, forutsigbarhet og empowerment. Nedenfor vil jeg kort forklare disse temaene og hvilken betydning de har i den gitte konteksten. Jeg vil også kort nevne håpets betydning for kreftpasienter. Begrepet håp blir ikke inkludert i drøftingen.

3.8.1 Angst

Felles for alle preoperative pasienter er at de går inn i en ny rolle i ukjente omgivelser, hvor deres mulighet til å ivareta egne behov er endret. Angsten utløses primært av det ukjente i situasjonen, og vil være en forventet reaksjon. Graden av angst vil variere fra pasient til

pasient. Mange pasienter har ingen eller liten erfaring med det å være en operasjonspasient. Det kan føre til stressreaksjoner, der de vil oppleve stress og angst i ulik grad (Hansen, 2009). Dette vil også gjelde pasienter med ondartet sykdom (Kaasa, 2013). Dersom du både har ondartet sykdom og skal bli operert, hvilket er tilfelle i denne konteksten, vil det kunne utløse sterke, negative reaksjoner hos pasienten. Pasienten kan eksempelvis være engstelig for resultatet av operasjonen, for det postoperative forløpet og for mangel på kontroll over egen kropp og situasjon (Hansen, 2009).

3.8.2 Kontroll og forutsigbarhet

I følge Reitan (2010b), rangerer kreftpasienter egenkontroll som en av de beste mestringsstrategiene. Kreftpasienter er engstelige for å miste kontroll over seg selv, og for at sykdommen skal komme ut av kontroll. Dette virker truende på pasientens trygghetsopplevelse. Kontrollaspektet står sentralt for kreftpasienter, da det er viktig for å oppnå mestring og empowerment. Kontroll og forutsigbarhet henger ofte sammen. For kreftpasienter innebærer opplevelse av forutsigbarhet at de vet hva som kan forventes og hva som skal skje i forløpet (Stubberud, 2013a).

3.8.3 Empowerment

For at pasienter skal ha økt kontroll over faktorer som påvirker helsen deres, må de oppleve empowerment, det vil si myndiggjøring eller brukermedvirkning. Empowerment er definert som en prosess, hvor visjonen er å gi den enkelte økt kontroll over eget liv, selvtillit, bedre selvbilde, økte kunnskaper og ferdigheter. På den måten blir de i stand til å ta ansvar for egen helse (Reitan, 2010b). Begrepet empowerment ble utviklet som et motsvar til det tradisjonelle forholdet mellom pasient og helsepersonell, hvor helsepersonellet er eksperten (Schnor, 2010).

Pasienten har, i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3, rett til medvirkning og informasjon. Pasienten har krav på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Loven forteller at tjenestetilbudet, så langt det er mulig, skal utformes i samarbeid med pasienten, samt at hva pasienten mener om utformingen skal vektlegges, jf. § 3-1 annet ledd. Videre gir den også anvisninger om hvordan informasjonen skal gis og tilrettelegges, jf. § 3-5. For kreftpasienter som skal gjennom

kirurgisk behandling innebærer muligheten til medvirkning at de tilbys informasjon, slik loven krever, og at den er tilpasset den enkeltes forutsetninger (Hansen, 2009).

3.8.4 Håp

Håp er karakterisert ved en tillit til framtiden som en kan feste tiltro til. Kreftpasienter opplever håp i alle faser av sykdommen. Før behandlingsfasen vil pasienten ha håp knyttet til den forestående operasjonen. Pasienten vil ha håp om at operasjonen er vellykket, håp om å takle postoperative utfordringer og at det ikke er spredning. Håpet kan derimot forandre seg over tid, fra håp om å bli frisk, til håp om å være godt smertelindret (Lorentsen & Grov, 2010).

4 Sykepleieperspektiver

4.1 Definisjon av sykepleie

I følge Benner og Wrubel (gjengitt i Kirkevold, 1998) er omsorg fundamentet for alt menneskelig liv, og for sykepleie som tjeneste. Min oppgave tar utgangspunkt i forståelsen av at sykepleie handler om følgende: "Sykepleierens overordnede mål er å hjelpe mennesket til å mestre tap, lidelse og sykdom med utgangspunkt i det som er viktig for den enkelte, og den mening den enkelte tillegger situasjonen" (Kristoffersen, 2011, s. 215).

Pasientenes behov for sykepleie skyldes en forandring i vedkommendes livssituasjon. Menneskets tidligere kroppslige kunnskap, bakgrunnsforståelse og selvforståelse er ikke lenger tilstrekkelig til å kunne håndtere situasjonen. Pasienten må derfor stoppe opp for å reflektere over situasjonen, og hva den krever (Kirkevold, 1998). Dette tilsvarer brudd på en uhemmet funksjon som Benner og Wrubel (1989, s. 59) definerer som stress: "Stress is defined as the disruption of meaning, understanding and smooth functioning so that harm, loss, or challenge is experienced, and sorrow, interpretation, or new skill acquisition is required".

4.2 Sykepleierens funksjon og ansvar

Som følge av at kreftpasienten har havnet i en ukjent og stressende situasjon, vil vedkommende, i følge Benner og Wrubel, ha utilstrekkelig bakgrunnsforståelse og -kunnskap. Pasienten har dermed behov for ny kunnskap og nye handlemåter (Kirkevold, 1998). For å gi pasienten dette, kan sykepleier benytte den undervisende funksjonen. Funksjonen innebærer informasjon, undervisning og veiledning (Brataas, 2011).

At pasientene har rettigheter, medfører plikter hos sykepleiere og annet helsepersonell, til å utføre eller sørge for at rettighetene oppfylles (Molven, 2012). I henhold til helsepersonelloven (1999, § 10), skal den som gir helsehjelp gi informasjon. Leger som står for undersøkelser og behandling, i dette tilfellet kirurgen, kan i medhold av helsepersonelloven § 5, overlate til sykepleiere å gi medisinsk informasjon. Dette forutsetter faglig forsvarlighet. Videre plikter sykepleiere å ivareta den enkeltes verdighet og integritet,

herunder retten til medbestemmelse. I de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011, s. 8) står følgende: "Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått". Sykepleieren plikter dermed å bidra til at kreftpasienter får tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å kunne mestre sin livssituasjon med kreft. I dette ligger det blant annet til grunn at sykepleieren anvender pedagogisk kunnskap i tilrettelegging av informasjon, undervisning og veiledning (Reitan, 2010a).

4.3 Den didaktiske relasjonsmodellen

For å kunne planlegge informasjonsformidling og undervisningsopplegg til pasienter, kan den didaktiske relasjonsmodellen benyttes. Denne modellen, presentert av Bjørndal og Lieberg i 1978, illustrerer seks innvirkende forhold på undervisning. Dette instrumentet er ikke laget for sykepleie, men Christiansen (2013) har satt den i en helsefaglig sammenheng. De seks elementene er 1) pasientens (og pårørendes) forutsetninger for læring og mestring, 2) mål, ønsker, behov og verdier, 3) innhold, 4) tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid, 5) vurdering og 6) situasjon/kontekst, menneskelige og materielle ressurser.

Selv om modellen illustrerer hvordan disse seks forholdene påvirker hverandre, har jeg valgt å benytte kun tre av punktene i drøftingsdelen: pasientens forutsetninger for læring, situasjon og menneskelige ressurser (rammefaktorer), og innhold. Disse punktene benyttes som struktur, og fordi de samsvarer godt med funn i fag- og forskningslitteraturen som er anvendt.

4.3.1 Pasientens forutsetninger for læring og mestring

Lære- og mestringsforutsetninger handler om pasientens forkunnskaper, ferdigheter og holdninger (Hiim & Hippe, 2009). Pasientens forutsetninger vil blant annet være avhengig av alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Sykdom og lidelse kan svekke pasientens utgangspunkt for å tilegne seg kunnskap (Christiansen, 2013).

4.3.2 Rammefaktorer

Rammefaktorer innebærer forhold som enten begrenser eller fremmer læring. Begrepet rommet blant annet kontekstuelle forhold som tid og sted, samt menneskelige og materielle

forhold. Disse faktorene må tas hensyn til i veiledningen (Hiim & Hippe, 2009). Sykepleieren representerer en menneskelig ressurs (Christiansen, 2013). Sykepleierens egne ressurser, kompetanse, verdier og holdninger kan påvirke undervisningen (Hiim & Hippe, 2009).

4.3.3 Innhold

Innholdet dreier seg om det som skal undervises, og tar utgangspunkt i hva pasienten trenger av informasjon og veiledning. Det forutsettes blant annet relevant og nødvendig faglig kompetanse hos sykepleier for å oppnå god pedagogisk praksis (Christiansen, 2013).

4.4 Kommunikasjon og informasjon til kreftpasienter

I følge spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-8), er en av sykehusenes oppgave opplæring av pasienter. God kommunikasjon er helt avgjørende i møte med kreftpasienter for å kunne utøve god sykepleie, og ikke minst for opplæring. "Kommunikasjon og informasjon er nært beslektede, men er ikke identiske prosesser" (Reitan, 2010c, s. 102). Kommunikasjon bygger på gjensidighet og likeverd mellom partene, mens informasjonsformidling anses som en lineær prosess. Det innebærer at sykepleieren sender et budskap som pasienten mottar, og pasienten responderer med et svar tilbake som viser om budskapet er forstått (Reitan, 2010c).

Kommunikasjon er et viktig verktøy ved informasjonsoverføring, men handler om langt mer enn det. "Å gi hjelpende informasjon er å formidle kunnskap som pasienten har behov for og er i stand til å ta i mot" (Eide & Eide, 2007, s. 292). Et viktig aspekt ved god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er hvordan sykepleier informerer, og om informasjonen blir formidlet på en god måte (Reitan, 2010c).

4.4.1 Kommunikative ferdigheter

I en informasjonssamtale vil det, i tillegg til informerende ferdigheter, være nødvendig med bekreftende og utforskende kommunikasjonsferdigheter hos sykepleier. Bekreftende kommunikasjon er responderende, og formidler at en ser, hører og forstår. Slik kommunikasjon bygger på innlevelse, og danner et godt grunnlag for å kunne utforske følelser. Utforskende ferdigheter handler om det å stille spørsmål kombinert med å lytte aktivt, speile og bekrefte den andre, både verbalt og nonverbalt. Hensikten med bruk av

utforskende kommunikasjon er å finne ut av hva pasienten føler og tenker, slik at sykepleieren kan imøtekomme pasientens informasjonsbehov (Eide & Eide, 2007).

4.4.2 Preoperativ informasjon

Sykepleierens preoperative vurderinger har som formål å identifisere risikofaktorer og å planlegge sykepleien. På denne måten kan pasientens sikkerhet og trygghet ivaretas gjennom hele behandlingsforløpet. Det er sykepleierens oppgave å bidra til at pasienten er mest mulig rustet til å tåle påkjenningene ved operasjon, til å mestre situasjonen og ha forståelse, innsikt og kunnskap, slik at den kommende situasjonen kan bli så trygg og forutsigbar som mulig (Kaasa, 2013).

Sykepleier samarbeider tverrfaglig, særlig tett med kirurgen som skal utføre operasjonen. Kirurgen gir hovedsakelig medisinsk informasjon. Like fullt har sykepleieren ansvar for å tilrettelegge og følge opp informasjon gitt av legen, samt veilede pasienten i helsespørsmål. Sykepleieren skal både bistå legen med å informere, samtidig som han eller hun informerer på selvstendig grunnlag (Nortvedt, 2012).

5 Drøfting

5.1 Sykepleierens tilnærming

Det første møtet mellom sykepleieren og pasienten er avgjørende i behandlingsprosessen. I forkant av samtalen kan det derfor være nyttig for sykepleieren å ha reflektert over noen spørsmål som: "Hvem er pasienten? Hvordan opplever og forstår pasienten situasjonen? Hvilke forventninger har pasienten til samtalen og behandlingen? Hvordan kan sykepleieren ta i mot den informasjonen pasienten bringer inn i samtalen?" (Reitan, 2010c, s. 109).

5.1.1 Sykepleierens egen sårbarhet

Hvordan pasienten skal møtes på best mulig måte, er et spørsmål som bør ligge sykepleieren nær. I møte med kreftpasienter kan sykepleieren bli minnet på sin egen sårbarhet, og ofte bli berørt følelsesmessig. Dette kan skape angst, frykt og manglende kontroll hos sykepleieren. (Lorentsen & Grov, 2010). Selv har jeg opplevd å bli emosjonelt berørt av pasienter, noe som har ført til at det er vanskelig å vite hvor mye og hva en skal informere om.

For å kunne hjelpe og ledsage pasienten i sykdomsprosessen, må sykepleieren våge å erkjenne sin egen sårbarhet. Dersom sykepleiere ikke er åpne for egne følelser og reaksjoner, kan møtet med pasienten bli et møte der det blir ilagt større fokus på å dekke egne behov, fremfor pasientens behov. Vi vil også kunne signalisere egen kreftangst og pessimisme til behandling, til tross for at signalene er nonverbale (Lorentsen & Grov, 2010).

Dette forutsetter at relasjonen mellom de to partene er god (Eide & Eide, 2007). I mitt møte med nydiagnostiserte kreftpasienter, har jeg innsett viktigheten av relasjonen. Til tross for kort tid, har flere av pasientene jeg har møtt beskrevet nødvendigheten og betydningen av sykepleierens tilstedeværelse, hvor vedkommende tok seg tid til å lytte, slik at pasienten kunne føle trygghet i den sårbare situasjonen.

5.2 Pasientens læreforutsetninger

Pasienten kan være svekket fysisk og psykisk til å ta i mot og bearbeide all informasjon (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Til tross for at mange kreftpasienter har mye kunnskap om sykdommen og behandlingstilbud, vil det naturligvis være individuelle forskjeller i kunnskapsnivå. Menneskers reaksjoner på sykdom dessuten er mange og varierende (Kjøllesdal, 2004). Som sagt, må sykepleieren ta hensyn til pasientens individuelle forutsetninger, i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5).

5.2.1 Pasientens informasjonsbehov i ulike faser

Når pasientene møter til den preoperative samtalen, kan enkelte fortsatt befinne seg i en fornektelsestilstand, som følge av å ha fått diagnosen for kort tid siden. Dette er i tråd med Cullbergs kriseteori (1994), hvor sjokkfasen kan være kjennetegnet av ulike mestringsstrategier. Mange kan, av erfaring, tenke "Hvorfor meg?" og føle aggresjon. Dette kan vanskeliggjøre kommunikasjon og bearbeiding preoperativt, samt at pasienten vil ha liten forutsetning for læring.

I følge Benner og Wrubel (referert i Reitan, 2010a) beveger kreftpasienter seg gjennom ulike faser i sykdoms- og behandlingsforløpet. De ulike fasene vil stille forskjellige krav til pasienten. Enhver kreftpasient vil også oppleve sitt sykdomsforløp unikt (Konsmo, 1995). Sykepleieren må være klar over at fasene Benner og Wrubel omtaler, samt Cullbergs krisefaser, ikke er skilt fra hverandre, og at pasienter kan bevege seg frem og tilbake mellom dem. Mens en pasient kan begynne å bearbeide følelser og akseptere situasjonen kort tid etter diagnostiseringstidspunktet, kan en annen lenge være i sjokk og være bundet av mestringsstrategier. Pasienter kan begynne å bearbeide følelser knyttet til selve diagnosen, men så slår det dem at de må gjennomgå operasjon og eventuelt videre behandling. Det er stadig nye situasjoner og tanker pasientene må forholde seg til, som truer deres trykghetsfølelse (Eide & Eide, 2007). Ved å ha kunnskap om de enkelte fasene, kan sykepleieren bli bevisst på kravene pasienten står overfor, samt hvilke tiltak som må iverksettes for å hjelpe pasienten gjennom forløpet (Reitan, 2010a).

Etter hvert som pasienten, i reaksjonsfasen, klarer å innse hva som skjer, og forsøker å finne en mening i kaoset, vil vedkommende få et stort behov for informasjon og dialog. Pasienter vil derimot ha ulike behov for informasjon. Noen vil ha alle deltager, mens andre er fornøyd

med en oversikt over det som skal skje (Kjøllesdal, 2004). Dette samsvarer med funn i studien til Drageset et. al. (2010). Flertallet av de brystkreftammede kvinnene ønsket informasjon etter step- by- step- strategien. Dette innebar at de kun ønsket informasjon som ble ansett som relevant ved hvert tidspunkt: "Information is important for me, but I don't want to receive it all at once." (Drageset et. al., 2010, s. 152). På en annen side var det enkelte som ønsket all informasjonen på en gang (Drageset et. al., 2010).

Pasientenes ulike behov for og forventninger til informasjon, stiller krav til at sykepleieren evner å kartlegge og vurdere disse ulikhetene individuelt. Benner og Wrubel hevder at sykepleieren må ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen og vedkommendes spesielle anliggender, altså hva som er viktig for pasienten. Dermed fungerer ikke sykepleieren som ekspert, i den forstand at han eller hun vet best hvordan situasjonen bør mestres, og hva pasienten trenger å vite. Hva som er best, og hva pasienten har behov for å kommunisere om, må bestemmes i hver enkelt situasjon, sammen med pasienten. Sykepleieren må først og fremst være aktivt til stede, og få en forståelse av pasientens sykdomsopplevelse (Kirkevold, 1998).

5.2.2 Pasientens kroppslige intelligens

Som følge av at situasjonen dreier seg om kreftsvulst(er) og operasjon, kan helsepersonell raskt rette stort fokus på kropp. Dette kan resultere i at pasienten blir sett på som et objekt (Hall & Graubæk, 2010). Dette representerer en utfordring for sykepleieren i oppgaven å gi hjelpende informasjon (Eide & Eide, 2007).

Kirurgi innebærer varierende grad av endringer i kroppsbilde og kjønnsidentitet. For kvinners vedkommende kan fjerning av bryst, som følge av brystkreft, muligens være det som har størst betydning for endring i kroppsbildet. Dette skyldes at brystet er et viktig symbol for feminisme og seksualitet (Schjølberg, 2010). Kvinner opplever ikke kun sorg over tap av brystet, men over tapt kjønnsidentitet. Erfaringer viser at eldre kvinner opplever endret kroppsbilde som et stort problem (Gjertsen, 2010, s. 441). Likeledes kan det samme gjelde menn med kreft i kjønnsorganer, hvor operasjon vil innebære fjerning av deler eller hele kjønnsorganer. For eksempel vil det ved peniscancer, hvor behandlingen kan innebære penisamputasjon, oppstå store utfordringer i forhold til seksualitet, sosialt liv og selvbilde (Hammer, 2010).

I 2013, kort tid før han døde, utgav kreftsyke Gregers Ottesen boka *Kreftens gleder - Mestring og inspirasjon for den syke og de rundt*. I boka anerkjenner han blant annet sykepleiernes helhetlige fokus, fremfor legenes kroppslige fokus (2013, s. 37): "Ofte er sykepleierne de eneste som pasienten kan prate med i en hverdag der møtene med leger blir korte og rettet mot kroppen. Pleierne ser også hodet ditt og din mentale tilstand. De gir deg varme, forståelse, håp og trøst - de senser hva du trenger der og da".

I tråd med Benner og Wrubels teori, vil pasientens reaksjoner på kroppen, sykdommen og dens symptomer være avhengig av deres bakgrunnsforståelse og kroppslige viten. Dette er noe sykepleieren ikke har umiddelbar tilgang til. Å anerkjenne pasienten som ekspert på seg selv og sin kropp er en konsekvens av å se pasienten som et subjekt. Selv om sykepleier og lege har faglig og medisinsk merkunnskap, behøver en ikke ha umiddelbar tilgang til pasientens opplevelse, bakgrunnshistorie og forståelse av sykdommen. Derfor er det viktig at sykepleieren er lydhør og etterspørrende, for å få tilgang til følelser og tanker pasienten har tilknyttet sykdomsopplevelsen (Christiansen, 2013).

5.2.3 Barrierer for læring

Utmattelse på grunn av kreftdiagnosen, og engstelse for operasjonen og hva som kan forventes etterpå, er eksempler på barrierer som kan hindre pasientenes evne til tilegnelse av informasjonen (Fagermoen, referert i Gabrielsen & Nord, 2012). Følelsen av manglende kontroll og forutsigbarhet kan også hemme pasientens evne til læring. I en fase med nyoppdaget kreft er følelsen av å miste kontroll stor (Reitan, 2010c). Jeg ser på det som sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten med å øke følelsen av kontroll og forutsigbarhet.

Sykepleieren kan ved hjelp av Haviks kontrollmodell helt eller delvis kompensere for pasientens mestringsstrategier, det vil si strategier pasienten bruker til å bevare eget selvbilde, finne mening og opprettholde personlig kontroll (Reitan, 2010b, s. 84-85). Modellen innebærer å fremme kognitiv, instrumentell og emosjonell kontroll. Kognitiv kontroll oppnås ved å informere, vise kompetanse, realitetsorientere, fremme kommunikasjon og skape kontinuitet og stabilitet (Stubberud, 2013b). Da kan pasienten oppleve større forutsigbarhet. Når pasienten har instrumentell kontroll, opplever han kompetanse fremfor hjelpsløshet. Muligheten til å oppleve slik kontroll avhenger av pasientens ressurser, som alder,

utviklingsnivå og alvorlighetsgraden av sykdommen. Emosjonell kontroll kan bidra til å styrke følelsen av nærhet, trygghet og stabilitet, ved at sykepleieren er aktivt til stede og inkluderer pasientens sosiale nettverk i forløpet (Stubberud, 2013a). I følge Havik (referert i Reitan, 2010b), er det ikke tilstrekkelig å ha kontroll på bare ett av områdene. For å kunne få god forståelse og opplevelse av sykdomssituasjonen, må pasienten oppleve personlig kontroll på minst to av tre områder. Ved å samtale med sykepleieren, kan kreftpasienten lære å forstå seg selv bedre, finne en mening med situasjonen og gjenvinne kontroll (Reitan, 2010c).

Selv om behandlingsfasen, i følge Cullberg (1994), virker mer avklart, kan tiden før operasjonen være preget av manglende forutsigbarhet, noe som virker belastende. Dette medfører at pasienten opplever angst og stress. Erfaringsmessig vet jeg at sykepleieren kan fremme følelse av forutsigbarhet ved å informere om forventet pre-, per- og postoperativt forløp. Når pasienten får en oversikt over hva som forventes, og hva som skal skje, fremmes økt egenkontroll og forutsigbarhet.

Samtidig er det viktig at sykepleier er klar over at angst kan forstyrre pasientens evne til å konsentrere seg om og forstå ny informasjon. Preoperativ angst er et bekymringsmoment som også har vist seg å ha implikasjoner postoperativt (Alanazi, 2014). Pasienten kan tildekke angst ved hjelp av ulike forsvarsmekanismer (Hummelvoll, 2012), som kan være fremtredende i Cullbergs sjokkfase og Benner og Wrubels diagnostiske fase. Stephenson (2006) hevder at sykepleieren må kartlegge, vurdere og håndtere angst hos kreftpasienter før en begynner med undervisning. Gjennom observasjon og samtale kan sykepleieren avdekke tegn til angst gjennom fysiske og psykiske tegn. Fysiske tegn kan være rask puls og respirasjon, klamme håndflater, skjelving, manglende øyekontakt og hodepine. Psykiske symptomer kan være emosjonelle svingninger, glemsomhet, ulogiske tankerekker og depresjon (Berntzen et al., 2010).

Som en motsetning til Stephenson, har pasientundervisning, i følge Alanazi (2014), blitt identifisert som en måte å redusere preoperativ angst ved elektiv kirurgi. Dette henger sammen med at pasienten får kunnskap og handlemåter til å takle sykdommen og behandlingen på en bedre måte, samt følelse av kontroll og forutsigbarhet som virker betryggende. Nyere forskning viser at pasienter som blir myndiggjort på denne måten, og som får deres psykiske behov og informasjons- og undervisningsbehov oppfylt, har mindre risiko

for komplikasjoner peroperativt, og bedre forutsetninger i tilhelingsprosessen postoperativt (Alanazi, 2014).

5.2.4 Empowerment gjennom kunnskap

Et viktig mål med informasjon og undervisning bør være at pasienten skal kunne takle situasjonen bedre, samt bli så selvhjulpen som mulig og oppleve empowerment (Eide & Eide, 2007). Sykepleieren må tilrettelegge for læring som bidrar til at pasienten kan ta aktivt del i behandlingsprosessen, i helsefremmende tiltak, og til å styrke egen mestring av dagliglivet (Reitan, 2010c).

Ottesen (2013, s. 23) skriver at: "Som kreftsyk blir man lett passivisert. Med kreftdiagnosen starter en langvarig kamp for å stå i mot samfunnets velmente og snikende krefter: at andre vil gjøre deg det du alltid har klart med største selvfølge". Med utgangspunkt i Ottenses sitat, bør all pasientundervisning som bygger på tanken om empowerment ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av livet med sykdommen. I tillegg bør det tas hensyn til vedkommendes ressurser og ønsker (Schnor, 2010).

Av erfaring er det flere kreftpasienter som uoppfordret søker etter kunnskap, eksempelvis på Internett, noe som kan bidra til å skape opplevelse av kontroll. På en annen side kan ny viten oppleves skremmende og overveldende. Mange pasienter får også informasjon fra pårørende og andre i sitt sosiale nettverk, som nødvendigvis ikke stemmer. Pasienten kan ha behov for hjelp til å sortere, forstå og få bekreftet informasjonen, og se den i forhold til sin egen situasjon (Reitan, 2010b). Den preoperative samtalen vil være en unik mulighet for sykepleieren til å hjelpe pasienten med akkurat dette.

Vurdering av pasientens kompetanse er en del av det kliniske og etiske skjønnet (Brinchmann, 2012). I dialog med pasienten kan sykepleier og lege raskt identifisere hva pasienten har forstått, og hva vedkommende trenger mer informasjon om (Brataas & Hellesø, 2011). Kartlegging av pasientens kunnskapsnivå bør være en kontinuerlig prosess, og ikke noe en bare gjør i begynnelsen av sykdoms- og behandlingsprosessen (Vaartio-Rajalin et. al., 2014).

5.2.5 Endret pasientrolle

Pasientrollen tillegges i dag tydeligere forventninger om medbestemmelse og deltakelse, slik det fremkommer i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Som et resultat av dette, stilles det større krav til at hver enkelt pasient selv finner ut av hvordan de skal håndtere dagliglivet med sykdom. I mange tilfeller må pasienten selv holde oversikt og oppsøke kunnskapskilder for å kunne oppøve hensiktsmessig egenomsorg. En konsekvens av en slik utvikling er en endring i den tradisjonelle pasientrollen. Pasienter har gått fra å være passive mottakere av informasjon, til å bli aktive søkere av informasjon gjennom pasientutdanning. Målet er at pasientene skal oppleve større frihet og bli mindre avhengige av helsevesesenet. Slik oppnås også en reduksjon i helseutgifter som samfunnsmessig gevinst, slik at helsetjenestene kan ytes mer hensiktsmessig til de med større behov (Schnor, 2010).

Christiansen (2013) påstår at det, til tross for større bevissthet rundt brukermedvirkning, alltid vil være en asymmetri i sykepleier- pasient- relasjonen. Dette begrunnes med at den ene vil være profesjonsutøver, og den andre er hjelpetrequende. Dette understøtter Kari Martinsen, som tar sterk avstand fra egenomsorgstenkningen i sykepleie. Hun hevder at sykepleier- pasient- relasjonen skal bygge på en svak paternalisme, hvor sykepleieren skal handle aktivt for pasientens beste, ut fra sin faglige merforståelse (Kristoffersen, 2011).

Som et resultat av en endret pasientrolle, har jeg i praksis møtt flere kunnskapsrike og velinformerte pasienter, som utfordrer sykepleierens evne til å kombinere faglig, kommunikativ og pedagogisk kompetanse, og ikke minst den tradisjonelle relasjonen som Martinsen støtter (Christiansen, 2013). Dette stiller blant annet krav til at sykepleier og pasient må lære å samarbeide på en god måte, at sykepleier er i stand til å se bort i fra tanken om svak paternalisme i relasjonen til pasienten, samt at sykepleieren tar utgangspunkt i pasientens eksisterende kunnskap om og forståelse av seg selv og sin situasjon, i tråd med Benner og Wrubels teori.

I følge Sørli og Bergvik (2013) viser det seg nemlig at behandlingsresultatene er gunstigere når pasientene føler de er aktivt deltakere i planlegging og gjennomføring og behandling og omsorg. Pasientens egen tenkning og atferd kan nemlig innvirke på behandlingsresultatet, ledsagende følelsesmessige reaksjoner og det videre sykdomsforløpet. Derfor er det viktig at sykepleiere gir nødvendig og individuelt tilpasset pasientinformasjon preoperativt.

5.3 Rammefaktorer

Det er et stadig økende antall pasienter som behandles ved norske sykehus. Som en konsekvens av dette, foregår det mye poliklinisk virksomhet. Adekvat og tilpasset pasientinformasjon i sykehus, særlig poliklinisk, representerer dermed en rekke pedagogiske utfordringer (Sørli & Bergvik, 2013). Til tross for at den preoperative samtalen er planlagt, er situasjonen ny og ukjent for pasientene. Å befinne seg i en slik kontekst kan virke truende på pasienten, noe som vil kunne hemme læring.

5.3.1 Kontekstuelle faktorer

Gabrielsen og Nord (2012) hevder at innleggelse på sykehus er forbundet med mye engstelse og usikkerhet. Poliklinikken som pedagogisk arena byr, som tidligere nevnt, på ulike utfordringer, både for sykepleieren og pasienten. Den polikliniske arenaen kan være preget av travelhet, stress, høyt aktivitetsnivå og støy. Dette er urolige og utrygge omgivelser for kreftpasientene som befinner seg i mellom diagnostiserings- og behandlingsfasen.

I tråd med Benner og Wrubels faser, kan sykepleiere mulig tenke at pasientene er lettet over å bli operert, fordi behandlingsmetoden er avklart, og med tanke på at sykdommen kan helbredes (Reitan, 2010a). På en annen side er all type kirurgi forbundet med en eller flere risikofaktorer (Berntzen et al., 2010). Det er kirurgens oppgave å informere om mulige risikoer og komplikasjoner som følge av behandling. Likevel er det ofte at sykepleieren må ta hånd om de følelsesmessige reaksjonene som følge av legens informasjon. Dette kan også være knyttet til selve diagnosen, inngrepet og det postoperative forløpet (Reitan, 2010c).

Som nevnt innledningsvis, har innføring av Samhandlingsreformen og implementeringen av pakkeforløp medført organisatoriske og kontekstuelle utfordringer for helsepersonell, til tross for gode intensjoner. På bakgrunn av at pakkeforløpene er nylig implementert, er dens praktiske implikasjoner ennå ikke blitt kartlagt, samt at de er under fortløpende evaluering (Helsedirektoratet, 2014b). Danske erfaringer avslører at pakkeforløpene gir forutsigbarhet for pasienter, pårørende og fastleger. Det fungerer dessuten som et godt styringsverktøy for sykehusene, ved at de får mulighet til å se hvor i behandlingsforløpet eventuelle problemer oppstår (Helsedirektoratet, 2016). Basert på egne erfaringer fra sykehus, har økende fokus på

pakkeforløp medført en negativ effektivisering, i den forstand at pasientene ikke får nok tid til refleksjon og ettertanke.

5.3.2 Tidens dilemma

Tid er en kritisk variabel i denne situasjonen, i og med at samtalen er avsatt til et kort tidsrom. Den vil også ha betydning for hvor komprimert undervisningen blir (Reitan, 2010c).

Informasjon bør gjøre situasjonen så forutsigbar som mulig, og bør derfor gis på rett tidspunkt og i god tid. Studien til Gabrielsen og Nord (2012) viser at et ikke tilpasset tidspunkt for informasjonsformidling kan føre til at informasjonen blir utilstrekkelig.

Den polikliniske arenaen gir pasientene begrenset tidsrom til å forberede seg. Sykepleierne får også kort tid på å planlegge og gjennomføre tiltak, blant annet informere. Jeg oppfatter det som at elektive pasienter opplever mer stress enn pasienter ved akutte inngrep, fordi de har fått mer tid til å tenke på situasjonen. Basert på dialoger og råd i Eide og Eide (2007), samt egne erfaringer fra praksis, stiller begrenset tid ulike krav til sykepleieren.

Siden hensikten med samtalen er å gi informasjon, samt å hjelpe pasienten med å finne seg til rette i den nye situasjonen, må sykepleieren først og fremst være forberedt. Dersom sykepleieren ikke vet hvilken informasjon pasienter har krav på, i henhold til lovverket, samt har nok kunnskap om det som skal formidles, vil sykepleieren ikke kunne ivareta pasientens rettigheter og behov. I tillegg hindrer det sykepleieren i å oppfylle sine plikter, deriblant å anvende sin undervisende funksjon (Eide & Eide, 2007).

For det andre, vil det kreves mye av sykepleierens kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter, ettersom sykepleieren har begrenset tid til å skape en tillitsfull relasjon til pasienten. Sykepleieren kan ved hjelp av bekreftende, utforskende og informerende ferdigheter utforske og bringe frem innholdet i det pasienten kommuniserer (Reitan, 2010c, Eide & Eide, 2007). Følelsen av å bli hørt, og at sykepleieren evner å leve seg inn i hva kreftpasienten tenker og føler, skaper trygghet og tillit. Det er også et godt grunnlag for empowerment. Videre vil sykepleierens gjennomgående lyttende holdning, kombinert med fastholdelse av overordnet struktur i samtalen, bidra til å ivareta pasientens behov for både informasjon, støtte og trygghet. Det er viktig at sykepleieren lytter aktivt, og gir

emosjonell støtte hele veien. Dette vil også gi rom for pasienten til å bringe frem egne følelser og tanker (Eide & Eide, 2007).

For det tredje, vil mangel på tid føre til at pasienten ikke får anledning til å stille spørsmål, og at sykepleieren får begrenset anledning til å utforske pasientens forståelse av informasjonen (Reitan, 2010c). For å forsikre seg om at pasienten har oppfattet informasjonen, bør sykepleieren stille åpne spørsmål, slik at pasienten kan formidle hvordan budskapet er forstått (Brataas & Hellesø, 2011). Av erfaring har jeg opplevd at de fleste pasienter svarer "ja" på et lukket spørsmål som "Forstår du det jeg sier?". Svaret kan være flertydig, og pasienten svarer som regel "ja" for å vise høflighet. Likevel kan det være nødvendig at sykepleieren veksler mellom både åpne og lukkede spørsmål, avhengig av hva vi ønsker å undersøke eller få svar på.

Måten sykepleieren håndterer den begrensede tiden på, kan si noe om hans eller hennes maktbruk over pasienten. I formelle samtaler, slik som preoperative samtaler, er det de profesjonelle, altså lege og sykepleier, som stiller spørsmål og pasienten som svarer. De profesjonelle har dermed kontroll over innholdet i samtalen ved at de stiller spørsmålene, samt ved selektiv oppmerksomhet. Sykepleieren kan derfor bestemme hva i samtalen som blir fulgt opp, overhørt og som er relevant og irrelevant. Dersom sykepleieren kun anser sine egne kunnskaper og meninger som relevant, skaper dette dårlig utgangspunkt for å få pasienten som likeverdig deltaker i dialogen (Reitan, 2010c).

God informasjonsformidling forutsetter at den skjer i dialog og på pasientens premisser. Lineær kommunikasjon, hvor sykepleieren kun stiller spørsmål, begrenser muligheten for god dialog. En sykepleiers oppgave er å skape en åpen dialog med pasienten, der vedkommende kan erkjenne følelsene sine (Renolen, 2008). Når samtalen først er i gang, er det dermed viktig å behandle pasienten som en samtalepartner. Siden pasienten er i en sårbar situasjon, er det viktig å prøve å skape en positive atmosfære som kan fremme pasientens trygghet og aktiv deltakelse i samtalen (Schjølberg, 2013).

En annen utfordring sykepleieren kan møte på, er pasienter som ønsker å overlate alt ansvar og alle beslutninger til helsepersonell, og som kan vegre seg for å ta i mot informasjon. Jeg mener et viktig spørsmål i denne sammenhengen er hvor tilgjengelige vi fremstår. Av erfaring vet jeg at pasienter er oppmerksomme på sykepleiernes manglende tid, og at de kan være

tilbakeholdne med å spørre om hjelp og råd. Av hensyn til travelheten på sykehus, vegrer de seg for å stille spørsmål. Dermed får de også mindre informasjon og veiledning. Samtidig er det viktig at sykepleier husker følgende: Det at pasienten ønsker mye informasjon, betyr ikke nødvendigvis at de ønsker å involvere seg i behandlingsbeslutninger. Dette ønsker enkelte å overlate til kyndig helsepersonell (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Som det fremkommer i yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011, s. 8) skal sykepleieren respektere "pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse".

Det at tidsrommet for en poliklinisk samtale er relativt kort, trenger det ikke å bety at pasienten ikke har fordel av en slik samtale. Det å få preoperativ informasjon poliklinisk, er, basert på egne erfaringer, også en fordel. Sammenliknet med det å få informasjonen ved innleggelse på sengepost (som regel dagen før eller samme dagen som operasjon), får pasienten, etter en poliklinisk samtale, tid til å fordøye informasjonen og tenke ut eventuelt nye spørsmål før inngrepet skal utføres.

5.3.3 Standardisert undervisning

Et viktig hensyn er at sykepleiere kan praktisere pasientundervisning på ulike måter. Det kan resultere i at pasienter mottar informasjon av ulik kvalitet, spesielt dersom undervisningen ikke er standardisert. I følge Brataas & Hellesø (2011) kan kvalitet ivaretas ved at sykepleieren bruker pedagogiske modeller som verktøy. Dette understøtter den irske studien gjennomført av O'Connor et. al. (2014). 76 pasienter som skulle gjennomgå operasjon og behandling for endetarmskreft tilfeldig fordelt i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Formålet med studien var å evaluere effekten av en skreddersydd informasjonspakke på pasientenes tilfredshet med informasjon, angst, depresjon og omstilling til normalt liv. Alt i alt viste funnene at intervensjonsgruppen var mye mer tilfreds med informasjonen de mottok, sammenliknet med kontrollgruppen.

Sykehus bør og skal ha rutiner som muliggjør ivaretagelse av pasientens behov for informasjon og undervisning. I tillegg vil rutiner og bruk av pedagogiske metoder bidra til at pasientene får informasjon av god og lik kvalitet. Rutinene bør inneholde samtale med behandlende lege, samtale med antesisykepleier/-lege og faste informasjonsrutiner om preoperative prøver og undersøkelser (Holm & Kummeneje, 2009).

5.3.4 Sykepleier som menneskelig ressurs

For å kunne imøtekomme pasientens behov for informasjon, er kompetanse helt avgjørende. Som pasient er en avhengig av at den som skal hjelpe, altså sykepleieren, mestrer det arbeidet de er satt til å utføre. Sykepleiere må vite hva og hvorfor en handler som vi gjør, for å best mulig kunne mestre uventede situasjoner. Dette går inn under det Andersson definerer som kontroll- og kunnskapstryggheten (Thorsen, 2011).

Forskningen viser at pasienter har store forventninger til sykepleierne (Kvåle & Bondevik, 2010). Sykepleiernes kompetanse om kreft, behandlingsformer og deres tekniske ferdigheter, samt erfaringer var viktig fordi "it makes patients feel safe and secure and alleviates suffering by providing useful information" (Kvåle & Bondevik, 2010, s. 436). Pasientene anså kunnskapen som grunnleggende i sykepleien, og tok det dermed for gitt at sykepleiere hadde denne kompetansen. Flere studier har vist at sykepleiefaglig kunnskap og ferdigheter er verdsatt høyt hos pasienter, ofte mer enn hos sykepleierne selv (Kvåle & Bondevik, 2010).

5.4 Innhold

Krav til informasjonens innhold er, slik det fremkommer i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), overveldende. "Det er mye som tyder på at pasienter husker lite av informasjonen de får, særlig detaljert informasjon" (Nortvedt, 2012, s. 140). I situasjoner der pasienter er svært sårbare, stilles det større krav til helsepersonell om å ivareta pasientens autonomi. Dette kan blant annet oppnås ved nøye å avveie på hvilken måte informasjonen skal gis, i hvilken mengde og til hvem (Brinchmann, 2012).

5.4.1 Ulike oppfatninger

Sykepleier og pasient kan ha ulike oppfatninger av hva slags informasjon pasienten trenger. Hovedregelen er derfor at pasientens ønsker, behov og ressurser er styrende for innholdet i samtalen (Reitan, 2010c). Forskning foreslår at pasienten bør være deltakende i planleggingen av innholdet i informasjonen. Hva pasienter ønsker og forventer av informasjon er en viktig kilde (Andreassen et al., 2007).

En svensk pilotstudie (Andreassen et al., 2007) viser at sykepleiere undervurderer pasientenes informasjonsbehov. Dette hang sammen med at helsepersonells, deriblant sykepleieres, oppfatninger om hva pasientene har behov for informasjon om, ikke samsvarer med pasientenes forventninger. Dette medførte at pasientene kun var delvis fornøyde med informasjonen de mottok. Det blir anbefalt at helsepersonell må fremme kommunikasjon og være mer imøtekommende, for å sikre og bedre tilfredshet med informasjonen. Pasientenes ulike behov og forventninger, stiller krav til at sykepleieren har gode observasjons- og vurderingsevner. Selv om vurdering er ett av punktene som er utelatt fra den didaktiske relasjonsmodellen i oppgaven, må sykepleieren, underveis i samtalen, vurdere om pasienten er i stand til å ta til seg mengden og innholdet i informasjonen som sykepleieren har planlagt å formidle.

5.4.2 Avdekke skjult behov for informasjon

Den preoperative informasjonen skal naturligvis inneholde en del obligatoriske opplysninger tilknyttet pre-, per- og postoperativ fase, men det bør også være rom for dialog og spørsmål, slik at pasienten kan få mulighet til å dekke sine informasjonsbehov.

For å skape god informasjonsformidling, er det avgjørende å vite hva pasienten trenger av informasjon og kunnskap, og hva vedkommende vet fra før. Det er også viktig å informere på en slik måte at det oppleves relevant. Som sykepleier og hjelper, er det ikke alltid lett å vite hva pasienten har behov for av informasjon. Dersom sykepleieren ikke har den samme forståelsen som pasienten, kan deres bakgrunnsforståelse komme i konflikt (Reitan, 2010c).

Eide og Eide (2007) foreslår at det er hensiktsmessig å bruke en narrativ tilnærming for å undersøke om pasienten kan ha skjult behov for informasjon. Når pasienter trer inn i behandlingsverdenen, bærer hver enkelt, i følge Benner og Wrubel (1989), på sin unike historie, med egne erfaringer, forventninger og følelser. Bruk av livshistorier er en tilnærming som både ivaretar den enkeltes perspektiv på sykdom, reaksjoner og endringer i livet, og som gjør det mulig for sykepleieren å hjelpe. Gjennom dialog vil en kunne få fram betydningsfulle hendelser i livsløpet som kan forklare atferd og mestringsstrategier, og få forståelse for sammenhengen som personen viser til som sin referansebakgrunn (Grov, 2011). Sykepleieren kan stille åpne spørsmål som: "Hvordan opplever du situasjonen din?" eller "Hva er dine tanker i forkant av operasjon?" eller be pasienten om å fortelle: "Fortell litt om hvordan du har

det." Slik kan sykepleieren få frem materiale som kan danne grunnlag for empati, og for avklaring av hva pasienten trenger informasjon om (Reitan, 2010c).

Samtidig kan en slik dyptgående samtale oppleves som invadering sett fra pasientens side. Noen er snakkesalige, mens andre er ordknappe. Den nødvendige kommunikasjonen behøver ikke alltid å være inngående opplysninger om livsbakgrunn. Det sykepleieren trenger for å understøtte pasienten og sykepleie- og omsorgsbehov, er det som er relevant (Grov, 2011).

Ved å vite noe om pasientenes forventninger til innhold, kan vi altså som sykepleiere imøtekomme deres informasjonsbehov på en bedre måte. Pasientene i Vaartio-Rajalin et al. sin studie (2014) forventet å få informasjon tilknyttet fire følgende områder: teknisk (technical), prosess (process), handling (action) og hemmelighet (secret). Teknisk- og prosesskategorien representerte biofysiologisk kunnskap, som innebar informasjon om diagnostisering, behandlingsforløp og håndtering. De trengte denne informasjonen for å kunne forutse hvordan sykdommen ville påvirke dem fysisk, emosjonelt og sosialt, samt til å planlegge dagliglivet.

5.4.3 Tilpasset informasjon og undervisning

For at pasienten skal føle trygghet, er det nødvendig at sykepleieren tilpasser informasjon og undervisning (Eide & Eide, 2007). Når det gjelder kreftpasienter, stilles det spesielle krav til informasjonens form og innhold for å fremme pasienters oppfattelse og forståelse av informasjonen. Forskning støtter at preoperativ informasjon bør gis verbalt med skriftlig tilleggsinformasjon, for å bedre pasientens oppfattelse av innholdet (Gabrielsen & Nord, 2012). Skriftlig informasjon gjør det mulig for pasienten å tilegne seg og repetere innholdet når det måtte passe og når vedkommende har behov for det. Dersom pasienten i tillegg får utdelt det skriftlige informasjonsmateriellet før det avtalte møtet, får pasienten mulighet til å sette seg inn i stoffet og tenke over hva han eller hun har behov for å vite mer om (Brataas & Hellesø, 2011).

I Gabrielsen og Nords studie (2012) fremgikk det at pasientene fikk grundig, både muntlig og skriftlig, informasjon om hvordan operasjonen skulle gjennomføres. På en annen side viser funnene at informasjonen handlet lite om hva de kunne forvente tidlig postoperativt.

Eksempler på det pasientene savnet å vite om, var heshet, smerter, å føle seg forvirret, at de ville våkne med forskjellig utstyr og at de skulle mobiliseres raskt etter operasjonen.

Eide og Eide (2007) anbefaler å ha hensyn til fullstendighet, forutsigbarhet og forståelighet i tankene ved formidling av informasjon, særlig praktisk informasjon. Informasjonen bør være så fullstendig som mulig, uten at det blir overveldende mengder som pasienten ikke evner å huske eller forholde seg til. I tillegg bør informasjonen gis i et språk som er naturlig og forståelig for pasienten (Eide & Eide, 2007).

5.5 Kan informasjon fremme trygghet?

Til tross for klare juridiske føringer om pasienters rett på informasjon, er det av erfaring et vanskelig felt å forholde seg til i praksis. Særlig vanskeliggjør den polikliniske arenaen muligheten til å gi tilfredsstillende og god preoperativ informasjon, med det målet om å fremme trygghet hos pasienten.

Sykepleieren kan nemlig havne i situasjoner hvor han eller hun blir stående i kryssilden mellom det som er etisk korrekt, og det pasienten har krav på i henhold til loven. Pasienten har krav på den informasjonen vedkommende trenger for å få innsikt i sin egen helsetilstand, samt å medvirke i valg av undersøkelses- og behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I praksis betyr dette at kreftpasienten skal ha enorme mengder med informasjon, hvor mye av det kan ha et detaljert og avansert innhold. Samtidig kan sykepleieren observere at pasienten ikke kommer til å være i stand til å ta til seg all informasjon. Dette representerer et moralsk dilemma som sykepleiere ofte står overfor i flere situasjoner, ikke minst i møte med den kreftsyke pasienten.

Hvordan skal sykepleier, eksempelvis på 30 minutter, fremme trygghet til en nydiagnostisert kreftpasient som skal opereres? Hvordan skal sykepleieren håndtere et slikt knapt tidsrom? Hva om en pasient gråter under hele samtalen, og sykepleieren ikke får formidlet noe av informasjonen? Er det forventet at sykepleieren skal klare å fremme trygghet i en slik situasjon, eller er det egentlig en urealistisk målsetting? Benner og Wrubels sykepleieteori skisserer ingen klar metode i forhold til hvordan sykepleieren skal gå frem for å oppnå sykepleiens mål, og i dette tilfellet hvordan å fremme trygghet hos pasienten (Kirkevold, 1998). Likevel legger teorien deres vekt på en rekke viktige elementer og tanker.

Sykepleierens oppgave er, i følge Benner og Wrubel, å bistå pasienten i å skape mening i situasjonen (Kirkevold, 1998). Forskning og egne erfaringer viser at dette kan oppfylles gjennom informasjon. Det forutsetter at sykepleier tar hensyn til pasientens premisser og behov. Sykepleieren må tilrettelegge kunnskapen som blir formidlet, slik at individuelle forutsetninger tas hensyn til. I tillegg må sykepleieren avdekke kontekstuelle faktorer og andre følelsesmessige faktorer som kan hemme og fremme læringsprosessen. Den didaktiske relasjonsmodellen fungerer på ingen måte som en fasit. Den kan likevel benyttes for å se ulike hensyn som kan innvirke på pasientens læring, noe jeg har forsøkt å oppnå ved å bruke modellen i oppgaven.

Omsorgens fokus i denne konteksten er, som Benner og Wrubel hevder, å bistå personer som trenger hjelp til å mestre sykdom og lidelse, med utgangspunkt i deres opplevelse av situasjonen. Nydiagnostiserte kreftpasienter som skal behandles kirurgisk havner i ilden mellom to krisesituasjoner. På den ene siden har du fått bekreftet en kreftdiagnose, som mange oppfatter synonymt med døden. På den andre siden blir du nødt til å legge deg på operasjonsbordet, hvor risikoene er mange og store. Derfor er det avgjørende at samtalen tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen, bakgrunnsforståelse, kroppslige viten og spesielle anliggender. På denne måten kan sykepleieren formidle informasjon på en måte som oppleves meningsfull for pasienten, som dermed kan bidra til å fremme trygghet.

6 Konklusjon

Målet med denne litterære oppgaven var å finne ut av hvordan sykepleieren kan fremme trygghet hos kreftpasienter, og om det kan oppnås gjennom preoperativ informasjon. Gjennom forskning og egne erfaringer ser jeg at tilstrekkelig og individuelt tilpasset informasjon fremmer opplevelsen av trygghet, særlig kunnskaps- og kontrolltrygghet, hos pasientene. Det oppnås ved at informasjonen gir oversikt og forutsigbarhet, samt øker følelse av kontroll og myndiggjøring ved at pasienten blir kompetent, og har en aktiv deltakelse i behandlingsforløpet. Dersom pasienten har kunnskap om situasjonen, vil også angst, frykt og usikkerhet reduseres.

God informasjonsformidling forutsetter også at sykepleieren har god klinisk kompetanse, samt selvtillit og organisatoriske ressurser. At pasienten får tilstrekkelig og adekvat preoperativ informasjon vil ikke bare betyding for operasjonen og sykepleien som skal utføres. Det vil ha stor betydning for at pasienten opplever trygghet, noe som er et viktig psykososialt behov sykepleieren plikter å ivareta. Samtidig vil poliklinikk som arbeidsarena by på en rekke utfordringer, særlig med tanke på tid. Det kan da oppstå moralske dilemmaer, hvor sykepleieren blir stående mellom juridiske krav, og moralske og individuelle hensyn.

Enhver pasient møter situasjonen med en bakgrunnshistorie som er relevant for den aktuelle sykdommen. Vedkommendes tidligere erfaring og kunnskap (bakgrunnsforståelse) kan være eksisterende i varierende omfang, men vil, uavhengig av dette, påvirke personens respons på situasjonen (Benner og Wrubel, 2001). Sykepleieren må være klar over at pasientene er unike individer, som håndterer og mestrer sykdommen og situasjonen på ulike måter. En godt tilrettelagt informasjonssamtale bør derfor være forankret i pasientens individuelle behov og ønsker, i kunnskap om pasientens læreforusetninger, kroppslige kunnskap, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender. På denne måten vil sykepleieren kunne fremme pasienters følelse av kontroll, forutsigbarhet, empowerment og dempe angst, og med dette også fremme trygghet.

Litteraturliste

- Alanazi, A. A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(7), 387-393. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=c4d67ca8-a308-4c37-bf22-d860675cf293%40sessionmgr4004&hid=4201>
- Andersson, K. M. (1984). *Patienters opplevelser av trygghet og otrygghet*. Solna: Esselte Studium.
- Andreassen, S., Randers, I., Näslund, E., Stockeld, D. & Mattiasson, A.-C. (2007). Information needs following a diagnosis of oesophageal cancer; self-perceived information needs of patients and family members compared with the perceptions of healthcare professionals: a pilot study. *European Journal Of Cancer Care*, 16, 277-285. doi: 10.1111/j.1365-2354.2006.00742.x
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison- Wesley Publishing Company.
- Benner, P. & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sykepleie. Stress og mestring ved sundhed og sykdom* (1. utg.). København: Munksgaard.
- Berntzen, H., Almås H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Grønseth, R. (2010). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I: H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie bind 1* (4. utg., s. 273-336). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2011). Svulster. I: S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 123-145). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brataas, H. V. (Red.). (2011). *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Brataas, H. V. & Hellesø, N. S. (2011). Sykepleiepedagogikk på somatisk praksisarena. I: H. V. Brataas (red.). *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 102-122). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2012). *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Christiansen, B. (Red.). (2013). *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cullberg, J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling - en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. utg.). Oslo: H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard).
- Dalland, O. (2012). *Metode for oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C. & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 149-158. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. rev. og utv. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gaard, M., Tveit, K. M. & Hafstad, A. (2015). *Kreftkirurgi i Norge* (Rapport IS-2284). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Documents/Nyheter/IS-2284%20Rapport%20om%20kreftkirurgi%20i%20Norge.pdf>
- Gabrielsen, A. K. & Nord, R. (2012). Kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon. *Nordisk Sykepleieforskning*, 1(2), 15-28. Hentet fra <https://www.idunn.no/nsf/2012/01/art09>
- Gjertsen, T. (2010). Sykepleieutfordringer ved brystkreft. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient- utfordring - handling* (3. utg., s. 440-447). Oslo: Akribe.

- Grov, E. K. (2011). Å bli pasient og hjelpetrengende. I: I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 51-68). Oslo: Akribe.
- Hall, E. O. C. & Graubæk, A-M. (2010). Pasientologi - fra fortelling til grunnleggende verdier. I: A-M. Graubæk (Red.). *Å være pasient: en innføring i pasientologi* (s. 51-71). Oslo: Akribe.
- Hammer, K. (2010). Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. I: A. M. Reitan & T. K. Schjøllberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient- utfordring - handling* (3. utg., s. 518-527). Oslo: Akribe.
- Hansen, I. (2009). Operasjonspasientens psykososiale behov. I: G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.). *Operasjonssykepleie* (s. 96-123). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsedirektoratet (2014a). *Pakkeforløp for kreft - Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft* (Rapport IS-2246). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20kreft%20E2%80%93%20Generell%20informasjon%20for%20alle%20pakkeforl%C3%B8pene%20for%20kreft.pdf>
- Helsedirektoratet (2014b). *Implementering av pakkeforløp for kreft. Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014 - 2015* (Rapport IS-2240). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/692/Nasjonal-plan-for-implementering-av-pakkeforlop-for-kreft-IS-2240.pdf>
- Helsedirektoratet (2016). *Pakkeforløp for kreft*. Hentet 29.03.2016, fra <https://helsedirektoratet.no/kreft/pakkeforlop-for-kreft>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Hiim, H. & Hippe, E. (2009). *Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Hjemås, G. & Vold, B. (2011). På randen av samhandling. *Tidsskrift for levekår og livsstil*, 25, 14-23. Hentet fra <https://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/201105/ssp.pdf>
- Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie. Med dagkirurgi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Hummelvoll, J. K. (Red.). (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, L. (2013). Sykepleie til pasienter som skal opereres. I: U. Knutstad (Red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie. Sykepleieboken 3* (2. utg., s. 36-103). Oslo: Cappelen Damm.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kjøllestad, A. (2004). Operasjonspasienten. I: A. M. Moesmand & A. Kjøllestad (Red.). *Å være akutt kritisk syk. Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2. utg., s. 207-236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør. Om omsorgens forhold til sykepleie - en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: Tano Aschehoug
- Kreftregisteret (2015). *Cancer in Norway 2014 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Norsk sammendrag* (CiN 2014). Hentet fra <http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2014/CiN-sammendrag.pdf>
- Kreftregisteret (2016). *Fakta om kreft*. Hentet 11.04.2016, fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 83-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kvåle, K. & Bondevik, M. (2010). Patients' Perceptions of the Importance of Nurses' Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care. *Oncology Nursing Forum*, 37(4), 436-442. doi: 10.1188/10.ONF.436-442
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie bind 2* (4. utg., s. 401-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Mills, M. & Sullivan, K. (1999). The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 631-642.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nome, O. (2010). Generell onkologi. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient- utfordring - handling* (3. utg., s. 367-398). Oslo: Akribe.
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- O'Connor, G., Coates, V. & O'Neill, S. (2014). Randomised controlled trial of a tailored information pack for patients undergoing surgery and treatment for rectal cancer.

European Journal of Oncology Nursing, 18, 183-191. doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2013.10.011>

Ottesen, G. (2013). *Kreftens gleder. Mestring og inspirasjon for den syke og de rundt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Reitan, A. M. (2010a). Kreftsykepleie. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient- utfordring - handling* (3. utg., s. 21-34). Oslo: Akribe.

Reitan, A. M. (2010b). Krise og mestring. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient- utfordring - handling* (3. utg., s. 72-101). Oslo: Akribe.

Reitan, A. M. (2010c). Kommunikasjon. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient- utfordring - handling* (3. utg., s. 102-120). Oslo: Akribe.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker - en innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Schjølberg, T. K. (2010). Endret kroppsbilde. I: A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient- utfordring - handling* (3. utg., s. 131-141). Oslo: Akribe.

Schjølberg, T. K. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I: U. Knutstad (Red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie. Sykepleieboken 3* (2. utg., s. 104-158). Oslo: Cappelen Damm.

Schnor, H. (2010). Den utdannede pasient. I: A-M. Graubæk (Red.). *Å være pasient: en innføring i pasientologi* (s. 187-206). Oslo: Akribe.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesteloven m.m. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_3

Stephenson, P. L. (2006). Before the Teaching Begins: Managing Patient Anxiety Prior to Providing Education. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(2), 241-245. doi: 10.1188/06.CJON.241-245

Stubberud, D-G. (2013a). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I: D-G. Stubberud. *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Stubberud, D-G. (2013b). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I: D-G. Stubberud. *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 66-113). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sørli, T. & Bergvik, S. (2013). Pasientinformasjon i sykehus - med særlig vekt på ivaretagelse av engstelige og bekymrede pasienter. I: B. Christiansen (Red.). *Helseveiledning* (s. 78-107). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 105-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vaartio-Rajalin, H., Leino-Kilpi, H. & Puukka, P. (2014). Exploring patients' knowledge expectations during the illness trajectory. *Cancer Nursing Practise*, 13(4), 30-38. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c4d67ca8-a308-4c37-bf22-d860675cf293%40sessionmgr4004&vid=12&hid=4201>

Vedlegg 1

	P (Patient)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)
Norsk	Kreftpasienter som skal opereres	Preoperativ informasjon, undervisning/veiledning, poliklinisk samtale		Trygghet, mestring, dekket informasjonsbehov, tilfredshet, redusere angst
Emneord (subject heading)	Cancer patients, surgical patients	Patient / preoperative education, information, nursing care, outpatient clinic		Safety, coping, information needs, patient satisfaction, anxiety