



Veiledning om seneffekter til ungdom med kreft

Kandidatnummer: 645
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8689
Dato: 23.04.19

**«Det er deg du vil noen skal begjære og elske, ikke den du kunne vært
om du var høyere, lavere, slankere – eller uten de merker livet
og sykdommen har gitt deg»
(Kreftforeningen, 2012)**

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.19
Tittel «Veiledning om seneffekter til ungdom med kreft»	
<p><u>Problemstilling:</u> «Hvordan kan sykepleier veilede kreftrammede ungdommer om seneffekter som kan oppstå som følge av kreftbehandling?»</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske perspektivet for oppgaven presenteres i et eget kapittel. Kapitlet tar først for seg kreft hos unge og seneffekter, og definerer seksualitet og seksuell helse. Videre blir det særegne med kommunikasjon med ungdom og deres utviklingspsykologi presentert. Kapitlet beskriver også sykepleierens funksjonsområder med forebyggende-, helsefremmende-, og undervisende funksjon og juridiske og etiske rammer for sykepleie. Avslutningsvis blir kommunikasjonsmodellene den didaktiske relasjonsmodellen og PLISSIT-modellen presentert.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en selvstendig litterær oppgave, som derav bygger på allerede eksisterende litteratur, forskning og teori for å besvare oppgavens problemstilling. Forskningslitteraturen som er anvendt i oppgaven er innhentet ved systematisk litteratursøk. Litteraturen som er valgt er kritisk utvalgt gjennom kildekritikk for å skape en troverdig og faglig sterk oppgave.</p> <p><u>Drøfting:</u> I drøftingskapitlet blir problemstillingen besvart i lys av presentert teori og forskning. Det drøftes hvordan sykepleieren kan bruke den didaktiske relasjonsmodellen for å veilede ungdom om seneffekter som kan oppstå etter kreftbehandlingen. Hver del av drøftingen tar for seg de ulike dimensjonene i den didaktiske relasjonsmodellen, og hvordan sykepleieren må tilrettelegge for den enkelte pasient og situasjon.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Det er enighet i litteraturen og lovverket om at pasienten skal få informasjon om eventuelle bivirkninger som kan oppstå etter sykdom og behandling. Likevel har ungdom et umøtt informasjonsbehov når det kommer til seneffekter. Ungdom mener ofte at sykepleieren kan vegre seg for å snakke om seksualitet, og har feil fokus og innhold i veiledningen. For å møte pasientens behov og strukturere veiledningen kan sykepleieren anvende PLISSIT-modellen og den didaktiske relasjonsmodellen.</p>	

(Totalt antall ord: 278)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	2
1.1 Problemstilling	3
1.2 Hensikt med oppgaven	3
1.3 Oppgavens disposisjon	3
1.4 Kontekst og avgrensninger	3
2.0 Teori.....	5
2.1 Kreft hos unge og seneffekter	5
2.2 Seksualitet og seksuell helse	6
2.3 Utviklingspsykologi.....	7
2.4 Kommunikasjonsteori	8
2.5 Sykepleierens funksjonsområder	9
2.5.1 Forebyggende og helsefremmende funksjon.....	9
2.5.2 Undervisende funksjon.....	9
2.6 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	9
2.7 Juridiske rammer	10
2.8 Den didaktiske relasjonsmodellen.....	11
2.9 PLISSIT-modellen	12
3.0 Metode	14
3.1 Arbeidsmetode	14
3.2 Søkestrategi	14
3.3 Litteraturutvalg	15
3.4 Kildekritikk	15
4.0 Presentasjon av forskningsartikler	17
5.0 Drøfting	19
5.1 Den didaktiske relasjonsmodellen.....	19
5.1.1 Pasientenes og pårørendes forutsetninger for læring og mestring.....	19
5.1.2 Situasjon/kontekst, menneskelige og materielle ressurser	21
5.1.3 Mål, ønsker, behov og verdier	23
5.1.4 Innhold.....	24
5.1.5 Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid	25
5.1.6 Vurdering.....	27
6.0 Avslutning	29
7.0 Referanser	31

1.0 Innledning

I dagens helse- og omsorgstjeneste finnes det ingen retningslinjer for hvordan sykepleieren skal ivareta pasientens informasjonsbehov vedrørende spørsmål om seksualitet og deres seksuelle helse. Ansvar for å skape en dialog med pasienten ligger hos den enkelte sykepleieren (Helland, 2015). Bærheim (2018) mener at helsepersonell mangler kunnskap om seneffekter, videre viser hun til en spørreundersøkelse som er utført av Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling, der foreløpige tall viser til at 70-80% av kreftpasientene har udekket informasjonsbehov om hva de kan forvente etter kreftbehandlingen. Ut ifra dette tyder det på at det er behov for å øke kunnskap om seneffekter blant sykepleiere, men også om hvordan man som sykepleier skal møte de unge pasientene for å oppfylle deres ønsker om informasjon og kunnskap. Ungdom er ikke en ensartet gruppe – de kan være svært forskjellige. De har forskjellig biologiske forutsetninger, livshistorie og er i ulike utviklingsfaser. Det finnes derfor ingen enkel oppskrift for hvordan man skal kommunisere med ungdom (Eide & Eide, 2017). Sykepleieren har en veiledende og undervisende funksjon. Til tross for dette, kan mange sykepleiere unngå å snakke med ungdom om seksualitet (Borg, 2017). Ungdom i aldersgruppen 16-18 er i en periode i livet der de har begynt å utforske seksualitet, og de har mange tanker rundt temaet (Sjøbjerg, 2013). Det er derfor viktig at ungdommen får tilpasset informasjon om seneffekter knyttet til deres seksuelle helse i løpet av deres behandlingsforløp.

Det kan by på flere utfordringer for sykepleieren å møte unge kreftpasienter, da det å få en kreftdiagnose som ung kan være mer omfattende enn for eldre. De yngre pasientene lever lengre, og er derfor mer utsatt for seneffekter som følge av kreftbehandlingen. I tillegg er behandlingen intensiv, og den blir gitt i en fase der barn og unge gjennomgår rask vekst og utvikling. Dette er hovedårsaken til at de yngre kreftpasientene kan utvikle seneffekter, barn og unge har i tillegg en større risiko for å utvikle alvorlige seneffekter enn voksne (Helsedirektoratet, 2017). Ifølge Kreftregisteret (2018) ble det registrert 160 nye tilfeller av kreft hos barn og unge i alderen 0-17 år i 2017. Hele 4 av 5 unge vokser opp og blir langtidsoverlevende (Helsedirektoratet, 2017).

1.1 Problemstilling

Følgende problemstilling vil bli diskutert i oppgaven: "Hvordan kan sykepleier veilede kreftrammede ungdommer om seneffekter som kan oppstå etter kreftbehandling?"

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan informere ungdom om et tema som kan være utfordrende å snakke om for både sykepleier og pasient. Ved å snakke om temaet kan sykepleieren være med på å fremme god seksuell helse hos pasienten.

1.3 Oppgavens disposisjon

For utenom innledningen, har oppgaven en teoridel som er referanserammen for oppgaven, der seneffekter, kreft hos barn, seksualitet og seksuell helse, ungdoms utviklingspsykologi, kommunikasjonsteori, sykepleierens funksjonsområder, jus og etikk, den didaktiske relasjonsmodellen og PLISSIT-modellen blir presentert. Videre kommer oppgavens metodekapittel der arbeidsmetode, litteratur og søkestrategi for forskning blir presentert, samt kildekritikk. Avslutningsvis vil oppgavens problemstilling bli drøftet opp mot presentert forskning og teori, og til slutt blir funnene oppsummert i en konklusjon.

1.4 Kontekst og avgrensninger

Temaet for oppgaven er informasjon om seneffekter til ungdom etter kreftbehandling. Oppgaven omhandler aldersgruppen 16-18 år som er definert som ungdom. Denne aldersgruppen er valgt på grunnlag av at dette er en aldersgruppe som er mer mottagelig for veiledning fra sykepleiere sammenlignet med barn i yngre alder, da ungdommen kan tenke konkret og abstrakt, og se hendelser i et større perspektiv (Sjøbjerg, 2013). 16-18 åringer er i tillegg i en periode i livet der seksualitet har en sentral rolle for hverdagen deres, og ifølge Borg (2017), så syntes flere sykepleiere at det er utfordrende å snakke med pasienter om seksualitet. Konteksten for oppgaven er at sykepleieren møter pasientene på sengepost for kreft for barn på sykehus, da barn defineres som personer under 18 år, og barn skal fortrinnsrett legges inn på barneavdelinger (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2001). Oppgaven tar for seg alle krefttyper som barn og unge kan få, dette er på grunnlag av

at mer enn halvparten av langtidsoverlevende av kreft hos barn utvikler seneffekter, og det rammer de fleste diagnosegrupper av kreft. I tillegg så vil behandlingen av de fleste former for kreft medføre en konsekvens for pasientens seksuelle helse, til tross for at kreften ikke er lokalisert ved urogenitalregionen (Helsedirektoratet, 2017). Derfor er seneffekter knyttet til seksualitet trukket frem i oppgaven, fremfor andre vanlige seneffekter. Det har også blitt tatt høyde for at pasienten og sykepleier ikke møter noen kommunikasjonsbarrierer i form av forskjellig språk, behov for tolk og lignende. Informasjon til pårørende er heller ikke inkludert i oppgaven, da ungdom mellom 16-18 år kan selv bestemme om foreldre skal bli informert eller ikke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3).

2.0 Teori

2.1 Kreft hos unge og senefekter

Kreft hos unge skiller seg fra kreft blant voksne i form av at de får forskjellige typer kreft. Barn og unge får som oftest kreft i vev, sammenlignet med voksne som får mer organrelatert kreft. De vanligste krefttypene for barn er leukemi, embryonale svulster og sarkomer (Zeller, 2017). Ungdom kan få de tradisjonelle kreftformene barn får, men derimot er skjelettsvulster og Hodgkins lymfom de mest hyppige kreftformene hos ungdom (Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014). Behandlingen ved kreft hos barn og unge er avhengig av diagnose. Aktuell behandling kan være operasjon, cellegift, strålebehandling, eller medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2017).

Senefekter blir ifølge Helsedirektoratet (2017) definert som bivirkninger eller komplikasjoner etter kreftsykdom eller kreftbehandling som varer lengre enn ett år etter behandlingsslutt. Det kan også defineres som en bivirkning eller helseplage som sannsynligvis kommer av kreftsykdommen eller kreftbehandlingen, som kommer ett år eller mer etter behandlingsslutt (Helsedirektoratet, 2017).

Barn og unge er spesielt sårbare for å bli rammet av senefekter da kreftsykdommen og behandlingen foregår i en alder der de er i en sårbar fase der kroppen er i forandring, og de er i rask vekst og utvikling. Barn og unge har i tillegg mange leveår igjen etter avsluttet kreftbehandling (Zeller, 2017). Det er angitt at 2/3 av alle barn som overlever kreft vil få en eller flere senefekter på sikt (Johannsdottir & Loge, 2013). Senefekter som følge av aggressiv behandling av kreft hos barn og unge kan opptre rett etter kreftbehandlingen, men som oftest går det flere år før senefektene fremtrer. Utviklingen av senefekter er avhengig av krefttype, lokalisasjon og utbredelse, behandling (cytostatika, strålebehandling, kirurgi), samt alder ved behandlingstidspunktet (Zeller, 2017). Det er også en rekke andre forhold som kan påvirke om pasienten vil utvikle senefekter, og hvilken type senefekter pasienten kan bli rammet av, for eksempel: resiliens, genetikk og støtte fra familie og andre (Helsedirektoratet, 2017). Spekteret av senefekter er bredt, men de vanligste omhandler: kardiovaskulære senefekter, sekundær kreft, fertilitet, endokrine funksjoner, kognitive funksjoner og generell livskvalitet (Zeller, 2017). Alle barn og unge som har vært igjennom kreftbehandling kan potensielt utvikle senefekter av ulik alvorlighetsgrad. Til tross for dette, utvikler de fleste senefekter som er milde og som ikke påvirker daglige gjøremål (Helsedirektoratet, 2017).

I alderen 16-18 år er ungdommen i en periode med seksuell modning med økt hormonproduksjon, som fører til seksuell nysgjerrighet og lyst øker. Ungdommen er i ferd med å utvikle sin egen seksuelle identitet (Helland, 2015). Kreftbehandling av barn og unge kan skape store konsekvenser for deres seksuelle helse, ved seksuelle endringer som kan innebære både fysiske og psykiske følger av sykdommen, som nerveskade og arrvev, tørre slimhinner, smerter, depresjon og angst og endret seksuell identitet (Helland, 2015). Kreftbehandlingen ungdommen gjennomgår kan føre til hemming av veksten, hemming av den naturlige utviklingen av kjønnsorganer og skape problematikk rundt fertilitet og kjønnsidentitet. Informasjon til ungdom blir derfor viktig for å fremme god seksuell helse (Borg, 2017).

2.2 Seksualitet og seksuell helse

Ordet seksualitet kan ha mange betydninger, men for sykepleiere bør seksualitet ha en bred definisjon, der sykepleieren har en forståelse for at et hvert menneske er seksuelle individer uavhengig av alder og livssituasjon. Seksualitet er noe man bærer med seg hele livet, og blir derfor en sentral del av et menneske sin identitet, selvbilde og livskvalitet (Borg, 2017). I 2010 kom Verdens Helseorganisasjon med en arbeidsdefinisjon på seksualitet (min tolkning av definisjonen oversatt fra engelsk):

... et sentralt aspekt ved å være et menneske gjennom livet omfatter kjønn, kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet blir erfart og uttrykt i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og relasjoner ... (2010)

Seksualitet dreier seg dermed ikke kun om samleie og genitaliers funksjoner, men omfatter også nærhet, fortrolighet og bekreftelse. Det enkelte mennesket vil erfare at seksualiteten kan uttrykkes forskjellig gjennom ulike livsfaser (Helland, 2015).

Verdens Helseorganisasjon sin arbeidsdefinisjon på seksuell helse er som følge (min tolkning av definisjonen oversatt fra engelsk):

... en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære i henhold til seksualitet;

ikke bare fravær av sykdom, dysfunksjon eller svakhet. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold ... (2010)

Seksualitet kan oppfattes individuelt, og det er viktig at sykepleieren erkjenner at seksualitet og helse har noe med hverandre å gjøre, og dette må erkjennes i praksis ved møte med pasient og pårørende (Borg, 2017).

2.3 Utviklingspsykologi

I ungdomsalderen skjer det store forandringer som kan oppleves som dramatiske for ungdommen. Det forekommer hormonelle og fysiske forandringer som følge av puberteten. Seksuell modning og utprøvning kan føre til følelsesmessige og sosiale spenninger. Ungdommen er i en fase i livet der de prøver å utvikle en identitet, uavhengig av foreldrene, og skaper en sterk tilknytning til venner. Sentralt for utviklingen til ungdom er at de ønsker å føle at de har kontroll over livet sitt og en opplevelse av forutsigbarhet (Søbjerg, 2013). I alderen 16-18 år kan ungdommen ha begynt å få tanker og drømmer om fremtiden, utdanning og familie. Ungdommen kan også ha noe kunnskap om kreft, der de vet at det er en alvorlig sykdom som kan ha et dødelig utfall. Derfor kan en kreftdiagnose oppleves som en trussel for fremtidsplaner (Egeland, 2017).

Når ungdom er på sykehus kan de falle mellom to stoler, da de verken er barn eller voksne. Ungdom som får en kreftdiagnose havner først og fremst på barneavdeling for kreft (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2001). Den største trusselen for ungdom på sykehus er tap av identitet og kontroll, synlige arr, og endringer av kroppen. Ungdommer har en tendens til å vende seg til venner for å få støtte til å håndtere vanskelige situasjoner. Derfor kan de oppleves som tilbaketrukne, særlig ovenfor foreldre (Søbjerg, 2013).

Ifølge Piaget er ungdom mellom 12-18 år i en formal-operasjonell fase. Tankegangen deres begynner å ligne på en voksens. Ungdommen har nå muligheten til å tenke abstrakt og se ting i et større perspektiv. De kan tenke ut hypoteser og forestille seg ulike utkom av situasjoner. Til tross for dette, så mangler ungdom evner til å se konsekvenser på sikt, og noen ungdommer kan igjen oppleve å få en egosentrisk tankegang, slik som yngre barn har. Det er relevant å trekke frem at Piaget sin teori deler barn inn i statiske faser, og tar ikke til høyde for

at barn kan være i forskjellige utviklingsfaser, på grunn av blant annet interesser og motivasjon (Ruud, 2011). Piaget hadde i tillegg en kvalitativ metode, som har som formål å danne en hypotese til videre forskning. Funn i kvalitativ forskning kan ikke generaliseres som allmenn sannhet (Helgesen, 2017).

2.4 Kommunikasjonsteori

Ungdom er ikke en ensartet gruppe. De er enkeltindivider med ulike biologiske forutsetninger med forskjellig bakgrunn, utfordringer og befinner seg på ulike utviklingsnivå. Dette fører til at sykepleier må kommunisere med ungdom på deres premisser ettersom hvor ungdommen befinner seg (Eide & Eide, 2017). Sykepleieren må ta hensyn til de psykososiale utfordringene ungdommen kan oppleve rundt det å bli alvorlig syk, og fremme en kommunikasjon som tar til høyde for dette (Mellblom & Korsvold, 2018).

Det å være i en sykdomssituasjon kan innebære usikkerhet og engstelse for ungdommen ved at rutiner brytes og kontaktforhold endres. Foreldre og venner blir midlertidig byttet ut med helsepersonell. Derfor er det viktig at sykepleieren skaper en trygghet i sykdomssituasjonen til ungdommen, og er en person som viser varme og omsorg. Trygghet kan være koblet til å ha kontroll. For å skape en følelse av kontroll hos ungdommen kan sykepleieren vise at hun/han ser og forstår, informerer og forklare ungdommen om hva som foregår, og hva som vil skje. For å ha god kommunikasjon med ungdom er en viktig oppgave å skape trygghet og tillitt, og da står nonverbal kommunikasjon (som tonefall, mimikk og kroppsspråk) og hvordan sykepleierens inntoning til pasientens oppmerksomhet sentralt. Ungdom har muligheten til å følge en forklaring og tankegang bedre enn yngre barn. Til tross for dette så er det lett å behandle ungdommen som mer voksne enn det de er. Selv om pasienten er en ungdom, så er det fortsatt et barn per definisjon, og i en sykdomssituasjon vil ungdommen trenge ekstra støtte og hjelp (Eide & Eide, 2017).

Når sykepleieren har tilrettelagt hvilke kommunikasjonsferdigheter som kan anvendes til den unike ungdommen, og den særegne situasjonen og behovet den enkelte pasienten har, kan sykepleieren åpne for å skape en dialog med pasienten. Det at sykepleieren og pasienten kan ha en åpen dialog kan være et godt tiltak for utveksling av informasjon om seneffekter. Sykepleieren må legge til rette for at dialogen med pasienten foregår på en profesjonell, ivaretagende og etisk måte (Helland, 2015). For å åpne opp for en dialog, må sykepleieren ta initiativ, vise interesse og være imøtekommende mot pasienten. Likevel kan ikke en dialog

basere seg på at bare den ene parten viser initiativ. Pasienten må også respondere på sykepleierens initiativ Eide & Eide (2017). I en kommunikasjonsprosess må sykepleieren være bevisst over egen spørreteknikk, og hvordan ulik respons vil påvirke pasientens kommunikasjon. Sykepleieren må stille tydelige spørsmål, og kontrollere i løpet av samtalen at pasienten har forstått hva som har blitt formidlet (Helland, 2015).

2.5 Sykepleierens funksjonsområder

For at sykepleien som skal utøves er faglig forankret og av god kvalitet, har sykepleierne fagspesifikke funksjoner og ansvar. Funksjonsområder som er trukket frem til denne oppgaven er forebyggende og helsefremmende- og undervisende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.5.1 Forebyggende og helsefremmende funksjon

Ved at sykepleieren fremmer helse, så styrkes pasientens egne ressurser, som for eksempel å opprettholde normale funksjoner og evnen til å ta vare på seg selv. Primærforebygging vil rettes mot de som er spesielt utsatt for helsesvikt, for å forhindre sykdom eller skade. Sekundærforebyggende tiltak vil være å tidlig identifisere og iverksette tiltak for å forebygge helsesvikt. Tertiærforebyggende tiltak er å forhindre at det oppstår komplikasjoner ved sykdom, undersøkelse og behandling, samt forebygge nye helseproblemer (Nortvedt & Grønseth, 2016). I oppgaven trekkes tertiærforebyggende tiltak som veiledning og informasjon frem som et tiltak for å forebygge og fremme helse, da dette er konteksten for oppgaven.

2.5.2 Undervisende funksjon

Sykepleiere har et ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter, medarbeidere og studenter. Dette skal fremme trygghet og skape forståelse samt mestring hos pasienten av sykdommen og konsekvenser av den. Gode rutiner og prosesser hos sykepleier kan sikre brukermedvirkning hos pasient og pårørende gjennom sykdom- og behandlingsforløpet (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.6 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjer regulerer sykepleiepraksis slik at den skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. I lys av oppgavens tema er noen av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere blitt trukket frem. Sykepleierens ansvar for å

fremme helse og forebygge sykdom blir oppfylt ved at sykepleieren bruker tiltak som veiledning og informasjon av pasienter om mulige seneffekter etter kreftbehandling. I tillegg skal sykepleieren understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. For å gjøre dette, er det viktig at pasienten får mulighet til å ta selvstendige avgjørelser i eget behandlingsforløp. For at pasienten skal ha denne muligheten, må sykepleieren gi tilstrekkelig med informasjon, og denne informasjonen må bli forstått av pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

I møtet med pasienter der sykepleieren skal veilede og informere, kan det være relevant for sykepleieren å ha fokus på nærhetsetikk. Et av hovedpoengene ved nærhetsetikk er at sykepleieren må være oppmerksom på at hver enkelt situasjon og pasient er særskilt. Tilnærmingen i møtet med pasienten skal være preget av at sykepleieren setter *jeg-du*-forholdet i sentrum (Brinchmann, 2016).

2.7 Juridiske rammer

I rammeplanen for bachelor sykepleie blir det tydelig presisert at en sykepleier skal ha kompetanse om veiledning og undervisning, og sykepleiere har et ansvar for å informere pasientene og pårørende (Kunnskapsdepartementet, 2008).

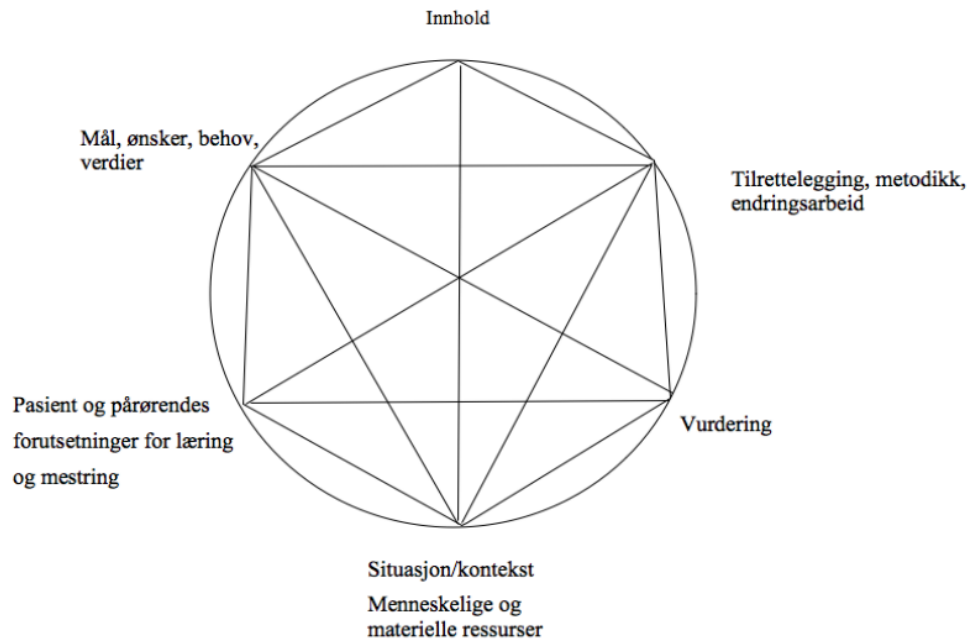
Pasienter har en lovfestet rett til informasjonen (Pasientrettighetsloven, 1999), og sykepleieren kan derfor ikke velge bort denne oppgaven (Nortvedt & Grønseth, 2016). §3 i Pasient- og brukerrettighetsloven omhandler rett til medvirkning og informasjon for pasientene. I følge § 3-1, skal barn som kan danne egne synspunkter gis informasjon og bli hørt. Sykepleieren skal legge vekt på hva barnet mener, ut ifra barnets alder og modenhet. § 3-2 presiserer at pasienter skal få informasjon om risiko og bivirkninger knyttet til helsehjelpen. Muligheten for å få seneffekter etter behandling av kreft hos barn er gjeldende. Særstillingene for informasjon til disse pasientene under 18 år er presentert i § 3-4. Ungdom mellom 12-18 år har muligheten til å velge at foreldrene ikke skal bli informert, dersom det ikke er informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret. I følge § 3-5, skal den informasjonen som gis være individuelt tilpasset pasientens forutsetninger, slik som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3).

Ungdommer som legges inn på sykehus sine rettigheter faller under forskriften om barns opphold i helseinstitusjon, som er for barn mellom 0-18 år (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2001).

2.8 Den didaktiske relasjonsmodellen

Innen pedagogikk er didaktikk et sentralt begrep. Didaktikk stammer fra gresk, *didaskhein*, som betyr å undervise. Pasienter som har samme diagnose, er ikke en ensartet gruppe, selv om de kan ha fellestrekk i opplevelse og reaksjon på sykdom og lidelse. Sykepleieren har derfor en sentral oppgave med å individualisere og tilpasse informasjon, og gi veiledning til den enkelte pasient. For å skape et helhetsperspektiv på helseveiledningen, kan sykepleieren anvende den didaktiske relasjonsmodellen (Christensen, 2013). Den didaktiske relasjonsmodellen ble ifølge Christensen (2013) opprinnelig presentert av Bjørndal og Lieberg (1987) i boken *Nye veier i didaktikken*. Modellen ble deretter videreført av Hiim og Hippe (2009), med hensikt for yrkesfaglig veiledning. Modellen har en diamantform som gir en oversikt over seks dimensjoner som har en gjensidig innvirkning på helseveiledning, som kan ses på figur 1. De ulike dimensjonene i modellen vil bli drøftet i drøftingskapittelet til oppgaven.

Modellen presenterer sentrale dimensjoner som sykepleieren skal ha kunnskap om, og ta hensyn til når pasienter veiledes og informeres. I tillegg demonstrerer de ulike dimensjonene hvordan den didaktiske relasjonsmodellen er dynamisk, ved at de ulike dimensjonene (punkt 1-6) påvirker hverandre og går over i hverandre. For eksempel når én av dimensjonene endres i modellen, så kan pasienten og sykepleieren sammen endre målet, og da vil de andre dimensjonene også endre seg, ved at sykepleieren for eksempel må endre metode, som igjen vil føre til at de andre dimensjonene vil bli endret. Når sykepleieren skal veilede pasienter om seksualitet, kan PLISSIT-modellen bli anvendt som en del av dimensjonene «innhold» og «pasient og pårørendes forutsetninger for læring og mestring». Dette vil bli diskutert nærmere i drøftingsdelen av oppgaven.



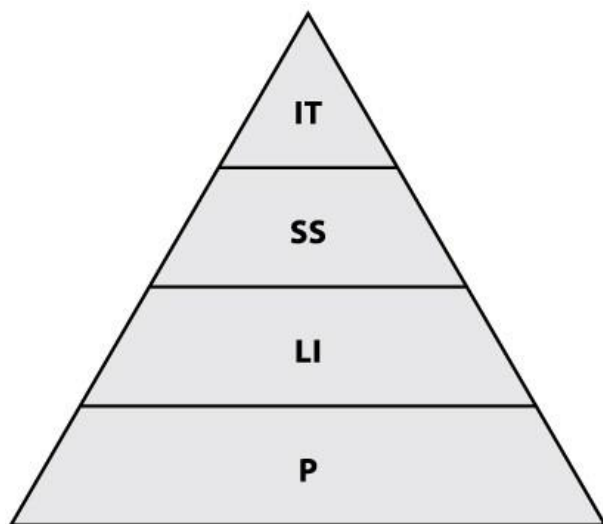
Figur 1. Hentet fra: Christiansen, B. (2013). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I: Christiansen, B. Helseveiledning, (Red.) (s. 44). Oslo: Gyldendal Akademisk.

2.9 PLISSIT-modellen

Mange sykepleiere vegrer seg over å snakke om seksualitet med pasienter og deres partnere. Når sykepleiere skal undervise og veilede om seksualitet, er PLISSIT-modellen en kommunikasjonsmodell som kan anvendes. PLISSIT står for «Permission, Limited Information, Specific Suggestions and Intensive Therapy», som på norsk er tillatelse, begrenset informasjon, konkrete forslag og intensiv terapi. De fire fasene representerer pyramidemodellen (Borg, 2017).

Det første trinnet i modellen, tillatelse, omhandler at sykepleieren skal gi pasienten rom til å snakke åpent og komme med egne tanker rundt seksualitet. Det følgende trinnet i pyramidemodellen er begrenset informasjon. Sykepleiere har ofte mer kunnskap enn pasienter om både sykdom og behandling, som illustrerer en maktubalanse mellom sykepleier og pasienten. Dermed skal pasienter uoppfordret bli veiledet av sykepleieren, slik at pasienten får tilstrekkelig innblikk i sitt eget sykdomsbilde. Pasienten skal også ha informasjon om konsekvenser av sykdom og behandling, for eksempel bivirkninger som kan ha innvirkning på pasientens seksuelle helse. Neste trinn i modellen er konkrete forslag. Her skal sykepleier komme med konkrete forslag til

tiltak for pasienten og eventuelt en partner til å fremme seksuell helse. Det siste trinnet i pyramiden er intensiv terapi. Dette trinnet er ikke aktuelt for alle pasienter, men er til for de pasientene med større og mer komplekse problemer. Disse pasientene trenger spesialisert behandling (Borg, 2017). Det er kun de to første trinnene i modellen som vil være mest relevant for sykepleieren, da konkrete forslag og intensiv terapi kan ligge utenfor sykepleierens arbeidsoppgaver, og sykepleieren har da ansvar for å henvise pasienten til relevant fagpersonell (Helland, 2015).



Figur 2. Hentet fra: «Plissit-modellen», 1987, av Jack Annon.
(<https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/>)

3.0 Metode

I 1985 skrev sosiologen Vilhelm Aubert (sitert av Dalland, 2017, s. 51) at; «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder». I denne oppgaven har jeg anvendt allerede eksisterende litteratur i mitt litterære selvstendige arbeid.

3.1 Arbeidsmetode

Etter bacheloroppgavens læringsplan skal oppgavens problemstilling besvares gjennom et litterært selvstendig arbeid. Arbeidsmetoden for å innhente relevant datamateriale har vært å utarbeide en problemstilling, og deretter finne eksisterende litteratur som kan brukes for å drøfte den valgte problemstillingen. Relevant litteratur som har blitt brukt i artikkelen er faglitteratur, lovverk, nasjonale publikasjoner, fagartikler og forskningsartikler.

I tabellen under blir søkestrategien for innhenting av forskningsartikler presentert.

3.2 Søkestrategi

Artikkel nr.	Database	Søkeord	Antall treff	Utvalg
1	Cinahl	Communication AND adolescence AND cancer OR neoplasms	493	Publisert etter 2010 Europeisk studie Artikkelen ble valgt på grunnlag av at overskriften vekket interesse, og abstraktet virket relevant for oppgavens problemstilling.
2	Nasjonalt kompetansesenter for senefeffekter etter kreftbehandling			Publisert etter 2010 Nordisk studie Artikkelen ble valgt på grunnlag av at overskriften vekket interesse, og abstraktet virket relevant for oppgavens problemstilling.
3	Cinahl	Challenges AND communication AND cancer OR neoplasms AND adolescents	16	Publisert etter 2010 Nordisk studie Artikkelen ble valgt på grunnlag av at overskriften vekket interesse,

				og abstraktet virket relevant for oppgavens problemstilling.
4	Cinahl	Information AND adolescence AND sexuality AND cancer OR neoplasms	50	Publisert etter 2010 Europeisk studie Artikkelen ble valgt på grunnlag av at overskriften vekket interesse, og abstraktet virket relevant for oppgavens problemstilling.

3.3 Litteraturutvalg

Etter at det ble utarbeidet en foreløpig problemstilling til oppgaven startet jeg med litteratursøk for å finne litteratur som på best mulig måte kan belyse valgt problemstilling. Ifølge Lie, Loge, Fosså, Hamre, Hess, Mellblom, Ruud & Finset (2015) finnes det få studier som tar for seg kreftoverleverenes preferanser for å motta informasjon om seneffekter. Dette kan være en grunn til at jeg kun har funnet én fagbok som kun tar for seg kreftoverlevende og seneffekter. Derfor har jeg brukt flere forskjellige fagbøker gjennom oppgaven, da disse har inneholdt et eller flere kapitler som var relevant for oppgavens tema. For å velge ut og finne annen relevant litteratur til oppgaven har jeg brukt Oria, som er tjenesten biblioteket låner ut bøker i fra. Der har jeg søkt opp forskjellige fagbøker og forfattere, som det har blitt referert til i annen litteratur jeg har anvendt, for å finne nye fagbøker som kan være relevant for min oppgave. Jeg har i tillegg brukt fagbøker som har blitt publisert av forskere innen seneffekter i Norge. Videre har jeg og brukt faglitteratur som har vært på pensumlisten igjennom utdanningen, og som er ansett som troverdige kilder.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk blir ifølge Dalland (2017) definert som en metode som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det vil også si å vurdere og karakterisere de kildene som blir benyttet. I oppgaven har alle kildene blitt vurdert, og kun kilder med forfattere eller opphavssted som blir vurdert som troverdige har blitt anvendt.

For å gjøre oppgaven troverdig og faglig, er det avhengig av om litteraturen som har blitt anvendt er god. Derfor anser jeg det høyst viktig å ha et kritisk blikk til litteratur og forskning. De utvalgte forskningsartiklene har blitt publisert i anerkjente tidsskrifter, og er fagfellevurdert ifølge Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Forfatterne av forskningsartiklene som har blitt anvendt har en relevant helsefaglig bakgrunn og arbeider innen feltet, som er med på å skape en troverdighet om at de har relevant kunnskap og kan uttale seg om temaet. Videre har jeg hatt krav om når artiklene er publisert og hvor studien har blitt gjennomført. Jeg har ønsket å finne europeiske artikler, da de har god overføringsverdi til det norske helsevesenet. To av fire av utvalgte forskningsartikler har foretatt sin studie i Norden. De to resterende er foretatt i England og Sveits. For å vurdere innholdet i de ulike forskningsartiklene har jeg satt dem inn i et skjema, for å fastslå om de er bygget på IMRaD-prinsippet. Forskningen som er utvalgt er engelskspråklige, og jeg må ta høyde for at det kan gi rom for mistolkninger, da jeg selv har oversatt dem til norsk. En styrke jeg vil trekke frem om forskningsartiklene er at alle de fire artiklene fokuserer på pasientenes opplevelse av situasjonen, som har vært vanskelig å finne i annen litteratur, da den fokuserer mest på utfordringer for sykepleieren, dette bidrar til å styrke drøftingen. Samtidig har mye av forskningen vært enig, som har ført til at det har vært utfordrende å sette forskningen opp mot hverandre i drøftingen.

Gjennom oppgaven har jeg brukt både primær- og sekundærkilder. Primærkilder blir beskrevet av Dalland (2017) som hovedkilden til et verk, mens en sekundærkilde gjengir kilder fra en primærkilde. En sekundærkilde kan være en svakhet for oppgaven, da originalteksten kan ha blitt mistolket av en forfatter. Til tross for dette har sekundærkilder blitt inkludert i oppgaven, da innholdet har vært av relevans for oppgaven. I tillegg har internettkilder blitt tatt i bruk igjennom oppgaven, som man er nødt til å være kritisk til, med hensyn til hvem som har lagt ut kilden eller informasjonen (Dalland, 2017). Kildene til informasjonen som jeg har anvendt i oppgaven kommer fra Internettkilder som Helsedirektoratet, Norsk Sykepleieforbund, Kreftregisteret og Lovdata, som blir ansett som troverdige kilder.

4.0 Presentasjon av forskningsartikler

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode og utvalg	Funn
1	Essig, S., Steiner, C., Kuehni, C, E., Weber, H. & Kiss, A. (2016)	«Improving Communication in Adolescent Cancer Care: A Multiperspective Study»	«Pediatric Blood & Cancer» Nivå 1	Undersøke og finne forslag for forberedning av kommunikasjon i møtet med ungdom med kreft.	Kvantitativ studie. 11 fokusgrupper. Utvalg: 16 personer som er langtidsoverlevende av kreft som barn, 8 pårørende, 12 onkologiske pediatrike leger og 18 pediatrike kreftsykepleiere.	Studien avdekker hvordan ungdom ønsker å bli møtt av både leger og sykepleiere. Sykepleiere må ta hensyn til den unike perioden ungdommen er i. Videre må det være ærlighet, tillitt, empati og god kunnskap hos sykepleieren for at kommunikasjonen med ungdommen skal være optimal.
2	Lie, C. H., Loge, J. H., Fossa, S. D., Hamre, H. M., Hess, S. L., Mellblom, A. V., Ruud, E. & Finset, A. (2015)	«Providing information about late effects after childhood cancer: Lymphoma survivors' preferences for what, how and when»	«Patient Education and Counseling» Nivå 2	Undersøke hvordan og når langtidsoverlevende av lymfekreft som unge, ønsker å motta informasjon om seneffekter.	Kvalitativ metode. Fem fokusgrupper med intervju. Utvalg: 127 langtidsoverlevende av lymfekreft som barn i perioden 1970-2000	Deltagerne uttrykker at de ønsker informasjon om seneffekter, herav symptomer, forebyggende tiltak og behandling, livsstil. Informasjonen må være individualisert, gitt på rett tid, direkte til pasienten og i skriftlig format. Flere uttrykker at de hadde et ambivalent forholdt til å få informasjon om seneffekter som ungdommer, men at det var relevant å ha kjennskap til når seneffektene oppstår
3	Olsson, M., Jarfelt, M., Pergert, P., & Enskär, K. (2015)	«Experience of teenagers and young adults	«European journal of oncology nursing»	Identifisere hvilke behov ungdommer og unge voksne i Sverige har i	Kvalitativ metode. Fokusgrupper med intervjuer.	Deltagerne ønsker å være deltagende i behandlingen. Helsepersonellet som skal gi

		treated for cancer in Sweden»	Nivå 1	henhold til kreftbehandling.	Utvalg: 44 deltagere i alderen 15-29 år som hadde blitt behandlet i pediatrik avdeling eller kreftavdeling.	informasjon må være kompetente til å gi tydelig og forståelig informasjon. Det er ønskelig med mer informasjon om seksualitet og fertilitet.
4	Martins, A., Taylor, M, R., Lobel, B., McCann, B., Soanes, L., Whelan, S, J. & Fern, A, L. (2018)	«Sex, Body, Image, and Relationships: A BRIGHTLIGHT Workshop on Information and Support Needs of Adolescents and Young Adults»	«Journal of adolescent and young adult oncology» Nivå 1	Undersøke hvilke behov ungdom og unge voksne med kreft har for informasjon og støtte med tanke på seksuell helse.	Kvalitativ metode. Deltagerne deltok på en workshop med aktiviteter der lyden ble tatt opp og transkribert. Utvalg: fem unge mennesker i alderen 16-24 år, som hadde fått en kreftdiagnose i alderen 13-22 år.	Helsepersonell snakker ikke nok med pasienter om seksualitet, og det var pasientene selv som måtte åpne opp til en samtale om temaet. Pasientene uttrykker at det var vanskelig for dem å snakke om sin seksuelle helse siden de er innlagt på en pediatrik avdeling. Pasientene uttrykker hvordan, hva, når og av hvem de ønsker å få informasjon av.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil følgende problemstilling bli drøftet: "Hvordan kan sykepleier veilede kreftrammede ungdommer om seneffekter som kan oppstå etter kreftbehandling?" i lys av teori og forskning som tidligere har blitt presentert.

5.1 Den didaktiske relasjonsmodellen

Diskusjonsdelen vil ta for seg hvordan sykepleieren kan ta i bruk den didaktiske relasjonsmodellen som et kommunikasjonsverktøy når sykepleieren skal anvende sin undervisende og veiledende funksjon til ungdommer med en kreftdiagnose.

5.1.1 Pasientenes og pårørendes forutsetninger for læring og mestring

Etter Pasientrettighetsloven § 3-5 blir det presisert at helsepersonell skal ta hensyn til pasientens forutsetninger. Det vil si pasientens alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Uansett hvilken alder og tilstand pasienten er i, så vil sykdom og lidelse være med på å påvirke læring og mestring (Christiansen, 2013). Ungdom som blir behandlet med cytostatika vil som oftest oppleve én eller flere bivirkninger som følge av behandlingen. Bivirkningene vil opptre i ulike faser av behandlingen, som oftest 1-2 uker etter gitt cytostatika, og da være i én ukes tid. I andre faser av behandlingsforløpet vil ungdommen som oftest være i fin form, og ha en tilnærmet normal hverdag. Cytostatikabivirkningene vil ramme den enkelte ungdommen i ulik grad, og er avhengig av type cytostatika, kombinasjon, mengde og hyppighet av gitt cytostatika. I tillegg vil ungdommens generelle allmenntilstand og motstandskraft ha en innvirkning (Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014). Sykepleieren må derfor ha kunnskap og være forberedt på hvilke bivirkninger som kan opptre, og hvilken tid. Ungdommen vil ha ulik dagsform som vil være med på å prege deres forutsetninger for læring, som sykepleieren må respektere i henhold til planlegging av når pasienten skal bli veiledet.

I følge Essig, Steiner, Kuehni, Weber & Kiss (2016) er ungdom i en periode i livet der de løsriver seg fra foreldrene sine og får autonomi. Ut fra utviklingspsykologien til ungdom, har de utviklet muligheten til å tenke abstrakt og se situasjoner i større perspektiv (Ruud, 2011). Til tross for dette, kan det å få en kreftdiagnose være med på å hindre prosessen der ungdom

ønsker å løsrive seg fra foreldrene og utøve sin autonomi, dette vil være med på å påvirke pasientens forutsetninger (Essig et al., 2016). Til tross for at ungdom kan opptre som mer barnslige enn de egentlig er når de er innlagt på sykehus, så ønsker ikke ungdommen å bli behandlet som barn, til tross for at de blir fortrinnsrett lagt inn på barneavdelinger for kreft (Sjøbjerg, 2013). Ungdommen i studien til Essig et al., (2016) uttrykker at de blir snakket til som barn, og at de ikke blir tatt på alvor av helsepersonell. For at ungdommen skal føle at de blir tatt på alvor, må sykepleieren anerkjenne at ungdom i aldersgruppen 16-18 ikke er som yngre barn til tross for at de blir behandlet på en barneavdeling. Dette viser til nærhetsetikk der sykepleieren må ta hensyn til det særegne med den enkelte pasient, og ha et *jeg-du*-forhold i sentrum (Brinchmann, 2016). Tilnærmingen til pasienten må være tilpasset til der pasienten er i sitt sykdomsbilde for å fremme læring og mestring.

Ifølge Borg (2017) unngår mange sykepleiere å snakke med pasienter om seksualitet, og ved å ikke snakke om seksualitet med pasientene styrkes fordommer om at seksualitet kan være et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen. Martins, Taylor, Lobel, McCann Soanes, Wheland & Fern (2018) trekker frem i sin studie at pasienter mener at helsepersonell kan være usikre og ukomfortable med å veilede og snakke med pasientene sine om seksualitet. Videre uttrykker pasientene i studien at det kan virke som at sykepleierne heller ikke er forberedt på å snakke med ungdomspasientene om sex og seksualitet. Det at sykepleieren ikke snakker om et spesifikt tema er med på å hemme læring hos pasienten (Borg, 2017). Som nevnt i kapittel 2.5.1, er det å veilede og informere om seneffekter med på å forebygge og fremme helse hos pasienten, som er en av sykepleierens funksjonsområder.

For å styrke pasientens forutsetninger for læring og mestring kan sykepleieren anvende det første punktet i PLISSIT-modellen for kunne veilede i seksuelle spørsmål. Det første trinnet i modellen tar for seg tillatelse, der sykepleier skal gi pasienten mulighet for å komme med egne tanker og ord om seksualitet. Det er pasienten som skal gi sykepleieren tillatelse om å snakke om seksualitet, for at dette skal oppnås må sykepleieren møte pasienten med varhet og diskresjon (Borg, 2017). Ifølge studiene til Martins et al., (2018) og Olsson, Jarfelt, Pergert & Enskär (2015) ønsker pasientene at sykepleieren skal være den første som tar initiativ til å ha en samtale om seksualitet. Sykepleier må derfor oppmuntre pasienten til samtaler om temaet, slik at pasienten får mulighet til å reflektere over situasjonen sin, og sette ord på hva de kan se på som en utfordring. Pasienter kan ha mange spørsmål om seksualitet og kreft som de ikke har svaret på, og sykepleieren har en oppgave å skape en åpenhet for pasienten å spørre, og

deretter komme med svar på disse spørsmålene etter det kunnskapsnivået den enkelte har (Martins et al., 2018). Aldersgruppen for oppgaven er 16-18 år, og det er derfor naturlig at pasientene vil være i ulike stadier i henhold til seksualitet, og noen pasienter ønsker kanskje ikke å snakke om seksualitet med helsepersonell i det hele tatt. Det er sykepleieren nødt til å akseptere, men det er viktig å tilby alle pasienter muligheten til å snakke fritt om temaet, og møte pasienten på det nivået der de er (Borg, 2017).

Pasientene i studien til Lie et al., (2015) uttrykker ambivalens ved å motta veiledning om seneffekter, da fokuset ved behandlingsstart kan være på å bli frisk, og ikke sin seksuelle helse. Til tross for dette, er pasientene enige om at det er bedre å motta veiledning og informasjon, da man setter pris på informasjonen når man først har den. I studien til Olsson (2015) uttrykker pasientene at de ønsker informasjon gjennom hele behandlingsforløpet, og at det er viktig på grunnlag av at pasienten kanskje ikke er klar for å diskutere seksualitet på et spesifikt tidspunkt, men vil være mer klar for det på et senere stadium i behandlingsforløpet. Ved at sykepleieren har innledet behandlingsforløpet ved å vise at det er åpenhet for å snakke om seksualitet, og pasienten har gitt sykepleieren tillatelse om å snakke om seksualitet, kan sykepleieren ta opp dialogen på et tidspunkt som vil være passende for pasienten (Borg, 2017).

5.1.2 Situasjon/kontekst, menneskelige og materielle ressurser

Den særegne situasjonen den enkelte pasient er i, krever ulike former for tilnærminger fra sykepleieren. Ulike typer situasjoner kan for eksempel være akutt situasjoner, problematiske situasjoner, ikke-problematiske situasjoner og problemidentifiserende situasjoner. Situasjonen som pasienten er i, kan være med på å påvirke pasientens behov og mulighet til å oppfatte og forholde seg til veiledningen som blir gitt av sykepleieren (Christiansen, 2013). Som nevnt i kapittel 2.3, kan det å få en kreftdiagnose bli oppfattet som noe traumatisk for ungdommen (Egeland, 2017). Mellblom & Korsvold (2018) mener at konteksten og situasjonen pasienten er i vil være med på å regulere hvilke kommunikasjonsferdigheter sykepleieren skal bruke i relasjon med ungdom. Videre viser de til syv kommunikasjonsferdigheter og konkrete råd som kan brukes i møtet med ungdom, det første rådet blir presentert her, mens de resterende rådende blir presentert i kapittel 5.1.5:

Det første rådet er å ha samtaler med pasienten uten foreldre. Pasienter mellom 16-18 år kan velge at foreldrene deres ikke skal bli informert om deres helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Ved at sykepleieren har en samtale alene med ungdommen åpner det opp for at pasienten kan stille egne spørsmål og sette ord på egne følelser (Mellblom & Korsvold, 2018). Pasientene i studiene til Martins et al., (2018) og Olsson et al., (2015) forteller om ambivalens ved at ungdommen ofte vil ha med foreldrene i settinger der de skal motta veiledning og informasjon fra sykepleieren, men at ungdommen ikke føler seg komfortable med å diskutere sin seksualitet med sykepleieren når foreldrene til stede. Dermed må sykepleieren vurdere sammen med pasienten om når foreldrene skal inkluderes i samtaler.

Rommet der veiledningen skal foregå er av betydning. Et kontor eller grupperom vil være mer egnet enn et pasientrom, da pasientene ofte kan ligge på dobbeltrom, og det er andre pasienter eller pårørende tilstede som vil være med på å bryte taushetsplikten til sykepleiere. I tillegg det kan føre til at pasienten ikke er komfortabel med å uttrykke seg ved at andre kan høre hva hun/han sier. En dagligstue vil heller ikke være godt egnet, da det ofte kan være mye støy, som igjen fører til at pasienten ikke får mulighet til å reflektere eller fordøye inntrykk (Christiansen, 2013). Når sykepleieren skal ha en samtale med ungdommen, kan dette være over for eksempel et biljardbord, et spill eller bordtennis. Dette kan være en tryggere atmosfære for kommunikasjon for de fleste ungdom sammenlignet med å sitte forventningsfullt ovenfor hverandre, som kan vær med på å fjerne mye av presset på pasientene (Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014).

Sykepleiere representerer de menneskelige ressursene i den didaktiske relasjonsmodellen, i tillegg til kunnskapsressurser, der sykepleiere sitter med kunnskap om medisinsk behandling og pedagogikk. Det vil til enhver tid være en faglig asymmetri mellom pasienter og helsepersonell, til tross for at det er større bevissthet omkring pasientrettigheter og brukermedvirkning nå enn det har vært tidligere. Christiansen (2013) refererer til en studie utført av Vareide, Hofseth mfl. (2001) der flere sykepleiere ved sykehus opplever et økt krav til informasjon om sykdom og behandling, særlig fra de yngre pasientene. Til tross for økt krav, så har ikke alltid pasienter og sykepleiere samme oppfatning om hva som er nyttig informasjon. Ved at pasientene ikke får tilstrekkelig med veiledning og informasjon, eller får informasjon de ikke anser som nyttig, kan pasienter anvende Internett som en kilde for å finne kunnskap (Christiansen, 2013).

Når yngre pasientene bruker Internett som en kilde for å tilegne seg kunnskap, må pasientene få vite at det de leser på Internett må vurderes kritisk. Derfor må sykepleieren snakke med pasienten og sikre at de har fått relevant og riktig informasjon fra Internett (Mellblom & Korsvold, 2018). Ungdommene i artiklene til Martins et al., (2018), Lie et al., (2015) og Olsson et al., (2015) forteller at de har bruk Internett som en kilde for å få mer informasjon om fertilitet og seksualitet, da de føler at de ikke har fått tilstrekkelig informasjon av helsepersonell. For at pasientenes ønske om å få tilstrekkelig og relevant informasjon skal oppfylles, må sykepleieren være tilgjengelig for pasienten. Dette kan bli en utfordring da sykepleiere ofte arbeider under tidspress. Martins et al., (2015) trekker frem i sin studie at tidspress og prioritering fører til at det kan være lite tid for sykepleieren til å diskutere sex og seksualitet med pasienten. Det støttes også av Olsson et al., (2015), Lie et al., (2015) og Essig et al., (2015), der de trekker frem at pasienter trenger tid, da seksualitet ikke er et tema man haster seg igjennom å snakke om, og tidspunktet for å snakke om temaet må være riktig for pasienten, ikke bare for sykepleieren. I tillegg har pasientene et ønske om at deres meninger skal bli hørt av helsepersonell, som fører til at sykepleieren må sette av tid. Martins et al., (2018) viser til at til tross for at noen ungdom forteller at noen symptomer og seneffekter blir nevnt i samtaler, og at noe av denne informasjonen ble gitt skriftlig, er det mest essensielle at det settes av nok tid til å diskutere temaet og gi ungdommen tid til å fordøye og reflektere over hvordan de skal håndtere symptomene og seneffektene av kreftbehandlingen.

5.1.3 Mål, ønsker, behov og verdier

Hensikten med at sykepleieren veileder pasienter vil være å formidle kunnskap. Kunnskap er med på å øke mestringskompetansen over egen sykdom for pasienten, samt mestre eventuelle symptomer og bivirkninger som kan oppstå etter behandling. Det å finne ut hva som er pasientens mål og ønsker står sentralt for sykepleieren, da dette legger til rette for medvirkning i eget behandlingsforløp for pasienten (Tveiten, 2016). Medbestemmelse vil være med på å styrke pasientens bevissthet, ansvarlighet og motivasjon til å lære (Christiansen, 2013). I studien til Essig et al., (2015) uttrykker pasientene at deres ønsker må bli tatt på alvor, og ved at sykepleieren tar høyde for pasientens ønsker, så oppnår sykepleieren en god pasientsentrert kreftomsorg.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere trekker frem at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Ved å formulere

mål sammen med pasienten, fremmes en felles forståelse av hva pasienten skal arbeide mot, og hva sykepleieren skal støtte opp under. I tillegg vil det at sykepleieren og pasienten formulerer mål sammen være med på å øke medbestemmelse, som igjen øker motivasjon hos pasienten. I konteksten at sykepleieren skal informere ungdom om seneffekter som kan oppstå etter kreftbehandling, kan det være utfordrende å formulere et konkret mål. Dog kan sykepleieren motivere pasienten til å ha en god seksuell helse som mål etter kreftbehandlingen, ved å komme med gode tiltak som omhandler hva pasienten skal vite, gjøre og kunne (Christiansen, 2013).

Olsson et al., (2015) og Lie., (2015) sine studier avdekker at pasienter har et umøtt behov for veiledning og informasjon om fertilitet, og det er et ønske på pasientenes side om mer informasjon om fertilitetsbehandling. Videre viser studien til Martins et al., (2018) at når sykepleiere skal veilede ungdom om sex, så er det ofte i et medisinsk perspektiv der fokuset er kun på sikker sex, og ikke de utfordringene pasientene kan møte etter kreftbehandlingen. I tillegg blir informasjonen gitt for nære diagnosetidspunktet, som kan føre til at mange ungdommer ikke har mulighet til å ta til seg informasjonen, som viser til pasientens forutsetninger for læring. Ungdommene i studien til Martins et al., (2018) uttrykker at de har spørsmål om seksualitet, men ikke har motet til å spørre helsepersonell, som fører til at de sitter igjen med spørsmål som har en negativ innvirkning på romantiske og/eller seksuelle forhold. For eksempel kan ungdommen sitte igjen med spørsmål som: kan man ha barn etter man har gjennomgått cytostatikabehandling? Kan man ha sex mens man er under behandling? Hvordan påvirkes fertiliteten av behandlingen? Hvordan kan noen anse meg som seksuell attraktiv nå?

5.1.4 Innhold

For at sykepleieren skal kunne veilede kreftsyke ungdom om seneffekter med god pedagogisk praksis, krever det at sykepleieren har kunnskap om fysiologi, sykdomstilstander og behandlingsformer. Sykepleieren må ha god kunnskap om det de underviser i, og informasjonen som blir gitt må bygge på relevant data. Når sykepleieren skal planlegge innhold, så bør pasienten inkludere, ved å ta hensyn til pasientens ønsker og behov, som er beskrevet i kapittel 5.1.3. Den didaktiske relasjonsmodellen understreker betydningen av individualisering. Ved å vise til helhetstenkning, og at modellen er dynamisk der de ulike dimensjonene påvirker hverandre, ved at innholdet i én dimensjon endres, så endres innholdet

i hele modellen. Utfordringen med å planlegge innhold er å finne ut hvordan man best mulig kan tilrettelegge for at pasienten nyttiggjør seg kunnskapen (Christiansen, 2013). Ungdom er ikke en ensartet gruppe. Sykepleieren må ta hensyn til utviklingspsykologien hos ungdom, som igjen viser til individualisering. Ungdommen har ulike psykososiale utfordringene som er knyttet til å være alvorlig syk, og dette må sykepleieren være bevisst om, og fremme god kommunikasjon (Mellblom & Korsvold, 2018). Innholdet av informasjonen som blir gitt må bli oppfattet som relevant på et kort- og/eller langsiktig plan (Christiansen, 2013). Derfor må det individualiseres hva slags type informasjon som bør gis til ungdom om seksualitet og seneffekter, da de er på ulike plan, og vil ha ulik oppfatning om hva som er relevant for dem der de er i den gitte situasjon.

Det andre punktet i PLISSIT-modellen, begrenset informasjon, kan anvendes når sykepleieren skal planlegge innholdet i samtalen. Begrenset informasjon viser til at sykepleieren har mer informasjon enn man kan anta at pasienten har. Pasienten har rett på denne informasjonen, og skal ikke trenge å ta initiativ eller kreve å få veiledning og informasjon fra sykepleieren. De yrkesetiske retningslinjene presiserer at pasienten skal få nok informasjon til å kunne ta del i beslutninger i eget behandlingsforløp. Veiledning om hvordan sykdom, behandling og eventuelle bivirkninger kan påvirke pasientens seksuelle helse skal gis til pasienten, og eventuelt en partner. At sykepleieren gir veiledning kan være med på å rydde opp i misforståelser og fantasier ungdommen kan få om hvordan det vil bli etter kreftsykdommen. Det å svare på enkle spørsmål fra pasienten om, som for eksempel hvor lenge de må vente med å ha samleie etter cytostatikabehandling, er en måte å gi informasjon til pasienten (Borg, 2017).

5.1.5 Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid

Sentrale metodiske elementer i undervisningen med pasienten er hvordan sykepleieren skal spørre, lytte, støtte, motivere, informere, råde, og prosessvurdere. Uansett metode som sykepleieren anvender, skal det etterstrebtes at pasienten spiller en aktiv rolle i eget behandlingsforløp. Pasienten skal ha muligheten til å utøve en aktiv rolle vedrørende beslutninger om behandling og oppfølging, ikke bare bli veiledet. Pasientmedvirkning gjenspeiler dette, og betyr at sykepleieren går mer inn på det sosiale, psykologiske og individuelle sider ved å være syk, ikke bare det rent medisinske. Dette gjenspeiler igjen den nye helselovgivningen som innebærer at pasienten skal ha en mer aktiv rolle i

sykdomsforløpet, og ha muligheter til å påvirke pleien og behandlingen. Uansett metode sykepleieren anvender i undervisningen, så må sykepleieren vise toleranse og forståelse ovenfor pasienten, slik at pasienten føler seg respektert og sett i den situasjonen han/hun er i, og ikke føler seg presset til å lære (Christiansen, 2013).

Som nevnt i kapittel 5.1.2 så viser Mellblom & Korsvold (2018) til konkrete råd som sykepleieren kan anvende når de møter ulik ungdom som skal veiledes, de resterende rådene de presenterer vil nå bli beskrevet; Sykepleieren må sette en agenda for veiledningen med pasienten. For eksempel må pasientene tidlig i behandlingsforløpet vite at kreftbehandling i noen tilfeller kan føre til nedsatt fertilitet. Pasientene trenger da informasjon om at de har muligheten til å nedfryse sæd og egg (Egeland, 2018). Da må sykepleieren informere pasienten om at dette vil være temaet for neste samtale, som gjør at pasienten kan samle tanker til samtalen skal ta sted. Neste råd er å sjekke pasientens forståelse. For å kunne informere pasienten, må sykepleieren ha en oversikt over pasientenes forståelse av egen situasjon. Videre må sykepleieren utforske hvilke eventuelle bekymringer pasienten kan ha, da mange pasienter ikke uttrykker dette til helsepersonell uoppfordret (Mellblom & Korsvold, 2018). Dette kan være en utfordring for sykepleieren, da ungdom allerede kan opptre som tilbaketrukne på sykehus (Sjøbjerg, 2013). Det neste rådet er at når sykepleieren skal veilede ungdom, er det viktig at sykepleieren er konkret. Ungdommer ønsker ofte å høre om ting som er «her og nå», ikke «hvis – så». Informasjonen må gis på en måte som ungdommen forstår, ikke med bruk av abstrakte begrep eller fagterminologi. Det siste rådet er å fremme mestring og en positiv livsstil (Mellblom & Korsvold, 2018). Dette er med på å understøtte sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2016). Ved å gi pasientene veiledning om seneffekter, og informasjon om mulig risiko for helseproblemer i fremtiden, kan dette være med på at ungdommen styrer sin atferd, slik at adderende risikofaktorer minimaliseres (Helsedirektoratet, 2017). I studien til Lie et al., (2015) uttrykker pasientene i studien at informasjon om seneffekter var med på å hjelpe dem til å planlegge fremtiden, gjøre livsstilsendringer og reduserer bekymring om helseproblemer som kan oppstå i fremtiden.

Christiansen (2013) viser til en studie som ble gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2011, der det ble avdekket at 50% av pasienter som hadde oppholdt seg på sengeposter på norske somatiske sykehus mente at de «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» hadde fått informasjon om plager som kunne oppstå etter sykehusoppholdet.

Dette tyder på at det er et klart forbedringspotensial når det gjelder både muntlig og skriftlig informasjon til pasienter. Kreftpasienter, og særlig de yngre pasientene er en utsatt gruppe for bivirkninger i form av seneffekter etter de skrives ut av sykehuset etter kreftbehandling.

Martins et al., (2018), Lie et al., (2015) og Olsson et al., (2015) har undersøkt hvordan kreftpasienter ønsker å motta veiledning og informasjon av helsepersonell under kreftbehandling. I de tre studiene kommer det frem at pasientene ønsker både muntlig og skriftlig informasjon. I lys av studien til Martins et al., (2018) avdekkes det at ungdomspreferanser varierer, ved at noen kan ønske å få veiledning ansikt til ansikt med en sykepleier som er komfortabel med å snakke om seksualitet og intimitet. I tillegg ønsker ungdommen å bli informert på forhånd om at de skal ha en samtale med sykepleieren om seksualitet, slik at de kan forberede spørsmål til den kommende samtalen. Lie et al., (2015) sine pasienter mener at det er viktig at veiledningen som blir gitt må bli individualisert, for å unngå å skape unødvendig urolighet hos pasienten. Til tross for at informasjon pasienten mottar av sykepleieren kan skape bekymringer, mener pasientene at risikoen, og informasjon om seneffekter ikke skal trivialiseres, da dette kan føre til at pasienten får mistillit til både sykepleiere og behandlende lege. Videre må veiledningen og informasjon bli gitt på en sensitiv og ærlig måte, dette støttes i tillegg av Martins et al., (2018), Olsson et al., (2015) og Essig et al., (2016).

Etter at sykepleieren har veiledet en pasient om seneffekter, er det sentralt at sykepleieren dokumenterer hva pasienten fikk informasjon om, metode som ble brukt, og spørsmål og bekymringer som pasienten kan ha hatt, som trenger videre oppfølging. Sykepleiere er etter Helsepersonelloven (1999) pliktige til å dokumentere sykepleien som blir gitt til pasienter. Dokumentasjonen vil fungere som skriftlig kommunikasjon mellom helsepersonell, som sikrer kvalitet og kontinuitet (Nortvedt & Grønseth, 2016). Da det ofte er mange sykepleiere som arbeider på en sengepost, så vil dokumentasjon være med på å sikre kontinuitet for veiledning og informasjon til pasienten om seneffekter, slik at når sykepleieren leser tidligere dokumentasjon om en gitt pasient, kan hun/han sikre videre oppfølging av pasientens ønsker.

5.1.6 Vurdering

Havnes og Raaheim (2006) i Christiansen (2013) definerer vurdering som noe mer enn det å kontrollere hva pasienten har lært, det skilles mellom vurdering *av* læring og vurdering *for* læring. Prosessvurdering er en fortløpende vurdering av hvor pasienten befinner seg i

læringsforløpet, og behov for justeringer i det planlagte forløpet. Justeringer kan være avhengig av hva pasienten har forstått, savner og hvordan intervensjonen har bidratt til mestring og helsefremmende livsstil. Det å vurdere underveis er en integrert del av den didaktiske relasjonsmodellen. Man kan vurdere ved å observere, samtale eller intervju pasienten (Christiansen, 2013). Sykepleieren må gjennomføre vurderingen sammen med pasienten, og evaluere hva man har kommet frem til så langt. Da må pasienten få mulighet til å uttrykke hva som gjenstår og hvilke tanker hun/han fortsatt kan ha. Ut fra dette må sykepleier og pasient sammen planlegge og lage mål til hvordan de skal komme i havn med pasientens ønsker og behov for veiledningen. Kanskje er det nødvendig for sykepleieren å endre metode, eller så kan tidspunktet være feil for pasienten, og sykepleieren får gjenoppta veiledningen på et senere tidspunkt.

Pasientene i studiene til Lie et al., (2015), Martins et al., (2018) og Olsson et al., (2015) uttrykker at de ønsker muligheten til å få informasjon om seneffekter i løpet av hele behandlingsforløpet samt når behandlingen er avsluttet, og når de er på kontroll- og oppfølgingstimer. Derfor vil sykepleieren sin oppgave om å veilede ungdom om seneffekter som kan oppstå etter kreftbehandling være en kontinuerlig oppgave igjennom de ulike stadiene i behandlingsforløpet til pasienten.

6.0 Avslutning

I denne selvstendige litterære oppgaven har jeg undersøkt hvordan sykepleier kan veilede kreftrammede ungdommer om seneflekter som kan oppstå som følge av kreftbehandling. Oppgaven har fokusert på det særegne med ungdom, og hvilke utfordringer sykepleieren kan erfare i møtet med ungdomspasienten med kreft når sykepleieren skal utøve sin helsefremmende, forebyggende og undervisende funksjon. Det har også blitt lagt stor vekt på hvordan sykepleieren kan bruke den didaktiske relasjonsmodellen for å fremme god kommunikasjon med en pasientgruppe som er meget forskjellig.

I litteraturen og lovverket er det en enighet i at sykepleieren skal, og er lovpålagt, til å veilede og informere pasienter om seneflekter som kan oppstå etter kreftbehandling for å fremme god helse hos pasienten. Likevel avdekker forskningen at de fleste pasienter har et udekket informasjonsbehov når det kommer til seneflekter. I studiene uttrykker ungdommene at sykepleiere vegre seg for å snakke med pasientene sine om seksualitet, og dersom det blir foretatt samtaler om seksualitet og seksuell helse, så møter ikke sykepleieren pasientenes behov om hva de ønsker og har behov for å få veiledning om. Dessuten er veiledningen fra sykepleierens side preget av hektiske dager og tidspress. Ungdommer som blir behandlet for kreft gjennomgår et intenst behandlingsforløp, og de kan føle seg usikre når de er på sykehuset. Sykepleieren må vise pasienten omsorg, sette seg inn i deres situasjon, og legge opp veiledningen etter deres premisser. Dersom pasienten ikke ønsker veiledning og informasjon én dag, må sykepleieren ta opp tråden en annen dag der pasienten er mer mottakelig for veiledning.

Som nevnt i kapittel 1.0, så finnes det ingen retningslinjer for hvordan sykepleieren skal ivareta seksuelle spørsmål i helsetjenesten. Taushet om temaet, og manglende retningslinjer skaper usikkerhet for sykepleieren om hvordan pasientenes informasjonsbehov skal bli ivaretatt. For at det skal bli en endring, og at ungdommens informasjonsbehov for seneflekter etter kreftbehandling skal bli møtt av sykepleiere, bør det skapes klare retningslinjer for hvem som skal foreta samtalene, og når de skal bli gjennomført. Sykepleieren trenger i tillegg god kunnskap om kommunikasjonsteori med ungdom, og deres særegne utviklingspsykologi. Dersom det er utfordrende å planlegge veiledningen og informasjonen til ungdommen, kan den didaktiske relasjonsmodellen bli anvendt, som det har blitt presentert i oppgaven.

Dessuten kan PLISSIT-modellen tas i bruk i veiledningen om seksualitet til ungdommen for å møte deres behov og minske deres seksuelle problemer og bekymringer.

Avslutningsvis mener forskningen som har blitt presentert i oppgaven at det er et behov for mer forskning på feltet om veiledning om seneffekter. Det finnes flere studier som avdekker kreftoverlevende sitt umøtte behov for informasjon om seneffekter, men det er få studier som tar for seg spesifikt hva, hvordan og når pasientene skal få informasjon om disse. Det kan virke til at det er opp til den enkelte avdeling hvordan pasienter informeres om mulige risikoer og bivirkninger etter Pasientrettighetsloven §3-2. Til tross for juridiske føringer i pasientrettighetsloven er det å informere om bivirkninger et vanskelig felt som Christiansen (2013) illustrerer ved betydningen av å se sammenhengen mellom til *hvem* (målgruppe), *hvordan* (tilrettelegging), *hva* (innhold), og i *hvilken sammenheng* (kontekst) informasjonen og veiledningen skal gis. Slik som den didaktiske relasjonsmodellen demonstrerer.

7.0 Referanser

- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M, Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.) *Kreftsykepleie Pasient –Utfordring – Handling* (4. utg., s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Brinchmann, B. S. (2016). Nærhetsetikk. I B. S, Brinchmann (Red.) *Etikk i sykepleien*. (4. utg., s. 114-129). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R. & Mørk, A, C. (2014). *Barn med kreft: en medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. (2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bærheim, A. L. (2018). Helsepersonell mangler kunnskap om seneffekter. *Sykepleien* 2018 1 06(72213)(e-72213). DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72213>
- Christiansen, B. (2013). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (1. utg., s. 42-63). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christiansen, B. (2013). Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (1. utg., s. 67-77). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dahlen, A. H. (2015) Nasjonalt kreftregister for barnekreft. Hentet fra:
<https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kvalitetsregistrene/Barnekreftregisteret/>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Egeland, S. E. (2017) Sykepleieutfordringer ved kreft hos barn. I A. M, Reitan & T. Kr., Schjølberg (Red.) *Kreftsykepleie Pasient –Utfordring – Handling* (4. utg., s. 773-793). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling og etikk*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Essig, S., Steiner, C., Kuehni, C. E., Weber, H. & Kiss, A. (2016). Improving Communication in Adolescent Cancer Care: A Multiperspective Study. *Pediatric Blood Cancer*, 63(8): 1423-1430. DOI: <https://doi.org/10.1002/pbc.26012>

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (LOV-1999-07-02-61-§3-6). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Helgesen, L. A. (2017) *Menneskets dimensjoner lærebok i psykologi* (3. utg.) Oslo: Cappelen Damm AS Oslo.

Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E.K Grov & I.M Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5. utg., s. 861-882). Oslo: Cappelen Damm AS.

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft hos barn* (3. utgave). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/690/IS-2586-Nasjonalt-handlingsprogram-for-kreft-hos-barn.pdf>

Helsedirektoratet. (2017). *Seneffekter etter kreftbehandling*. (IS-2551) Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1276/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling-IS-2551.pdf>

Jack Annon. (1987). *Plissit-modellen*. Hentet fra <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/>

Johannsdottir, I. M. R. & Loge J. H. (2013). Voksne overlevende etter kreft i barndom og ungdom. I J. H, Loge., A. A. Dahl, S. D. Fosså. & C. E. Kiserud. (Red.) *Kreftoverlevende – ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. (2. utg., s. 59-76). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Kunnskapsdepartementet, 2008. *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Lie, H, C., Loge, H, J., Fosså, S, D., Hamre, M, H., Hess, S, L., Mellbom, A, V., Ruud, E. & Finset, A. (2015). Providing information about late effects after childhood cancer: Lymphoma survivors' preferences for what, how and when. *Patient Education and Counseling* 98 (2015) 604-611. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.01.016>
- Martins, A., Taylor, R, M., Lobel, B., McCann, B., Soanes, L., Whelan, J, S. & Fern, A, L. (2018) Sex, Body Image, and Relationships: A BRIGHTLIGHT Workshop on Information and Support Needs of Adolescents and Young Adults. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 7(5) 572-578. DOI: 10.1089/jayao.2018.0025
- Mellblom, A. & Korsvold, L. (2018). Kommunikasjon med ungdom og unge voksne. I L, G, Heyn. (Red.) *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (1. utg., s. 71-87). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, 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. 17-39). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Sykepleierforbund (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Olsson, M., Jarfelt, M., Pergert, P. & Enskär, K. (2015). Experiences of teenagers and young adults treated for cancer in Sweden. *European Journal of Oncology Nursing* 19 (2015) 575-581. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.003>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

Søbjerg, L. I. (2013) Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (1. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten, S. (2016) *Helsepedagogikk pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget

Zeller, B. (2017). Kreft hos barn. I A.M, Reitan &, T. Kr. Schjølberg (Red.) *Kreftsykepleie Pasient –Utfordring – Handling* (4. utg., s. 748-772). Oslo: Cappelen Damm AS.