



Bacheloroppgave

Preoperativ Informasjon og Helsekompetanse

*Pasienter med kreft: Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge preoperativ informasjon,
med tanke på helsekompetanse?*

Kandidatnummer: 1214 & 1338

Emnekode: SYBA3900

Emnenavn: Bacheloroppgave

Studieprogram: Bachelorstudium i Sykepleie

Antall ord: 10656 + 196

Innleveringsfrist: 29/05/2020

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Bakgrunnen for oppgaven er egne erfaringer fra ulike praksisperioder, hvor pasienter ikke har forstått, eller har misforstått, informasjon fra sykepleiere. Preoperativ informasjon kan bidra til å gjøre forløpet forutsigbart for pasienter med kreft, med den forutsetning at pasienten forstår informasjonen. Helsekompetanse handler om pasientens evne til å huske og forstå helseinformasjon. Hensikten med oppgaven er å utforske på hvilken måte sykepleiere kan tilrettelegge preoperativ informasjon, med utgangspunkt i pasientens situasjon og helsekompetanse.

Problemstilling: *Pasienter med kreft: Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge preoperativ informasjon, med tanke på helsekompetanse?*

Metode: For å belyse problemstillingen har vi gjennomført en litteraturstudie, basert på forskning og faglitteratur.

Resultat og konklusjon: Sykepleiere kan bruke en pasientsentrert tilnærming når de skal formidle preoperativ informasjon. Det innebærer å ta utgangspunkt i pasientens forutsetninger for læring, for eksempel helsekompetanse, og pasientens behov for informasjon. Ved å bruke åpne spørsmål innledningsvis, kan sykepleieren få et utgangspunkt for hvordan samtalen kan utvikle seg videre. Det er også viktig å være bevisst på om man snakker med eller til pasienten, og å respondere på pasientens fortelling. Sykepleieren kan fokusere på de viktigste poengene, bruke et enkelt språk, og undersøke pasientens forståelse underveis.

Nøkkelord: Kreft, preoperativ informasjon, helsekompetanse

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
1.0 INNLEDNING.....	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.	5
1.2 PROBLEMSTILLING.	6
1.3 OPPGAVENS HENSIKT.	6
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	6
1.5 AVGRENSNING.	7
1.6 OPPGAVENS OPPBYGGING.	7
2.0 TEORI.....	8
2.1 PASIENTER MED KREFT I PREOPERATIV FASE.....	8
2.2 HELSEVEILEDNING.	8
2.3 PREOPERATIV INFORMASJON.....	9
2.3.1 Behandlersentrert og pasientsentrert informasjon.	11
2.4 HELSEKOMPETANSE.	11
3.0 METODE.....	13
3.1. LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	13
3.2. MANUELL SØKING.	13
3.3. FORBEREDELSE TIL SYSTEMATISK LITTERATURSØK.....	15
3.3.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	15
3.3.2. Søkestrategi.	15
3.4. SØKEPROSESS.....	16
3.5. KILDEKRITIKK OG KVALITETSVURDERING.	17
3.6. ANALYSE OG TOLKNING AV RESULTATER OG FUNN.	20
3.7. METODEDISKUSJON.....	20
4.0 FUNN.....	22
4.1 LENGDE OG STRUKTUR I PREOPERATIVE KONSULTASJONER MED SYKEPLEIER.....	22
4.2 TEMA SOM GÅR IGJEN I PREOPERATIVE KONSULTASJONER.....	23
4.3 BRUK AV STANDARDISERT SKRIFTLIG INFORMASJON.....	24
4.4 Å SNAKKE MED VERSUS Å SNAKKE TIL, OG Å RESPONDERE PÅ PASIENTEN.....	24
5.0 RESULTATDISKUSJON	27
5.1 SKRIFTLIG OG MUNTLLIG INFORMASJON.	27
5.2 LENGDE, STRUKTUR, OG TEMA I PREOPERATIVE KONSULTASJONER.....	28
5.3 PASIENTSENTRERT INFORMASJON.	30

5.3.1 Åpne spørsmål kan gi innsikt i pasientens situasjon og forståelse.....	31
5.4 RESPONDERE PÅ PASIENTEN.....	32
5.5 BRUK AV FAGUTTRYKK.....	33
5.6 TILRETTELEGGE INFORMASJON.....	33
5.6.1 Fange opp, og tilrettelegge for pasientens nivå helsekompetanse.....	34
5.6.2 Teach back-metoden.....	35
6.0 OPPSUMMERING.....	37
LITTERATURLISTE.....	39
VEDLEGG.....	45
VEDLEGG 1: OVERSIKT OVER SØK FRA MANUELLE SØK.....	45
VEDLEGG 2: OVERSIKT OVER SØK I CINAHL.....	46
VEDLEGG 3: OVERSIKT OVER SØK I MEDLINE.....	47
VEDLEGG 4: OVERSIKT OVER SØK I EPISTEMONIKOS.....	48
VEDLEGG 5: LITTERATURMATRISE.....	49

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Bakgrunnen for oppgaven er at vi i ulike praksisperioder har opplevd at pasienter har misforstått eller ikke fått med seg informasjon fra sykepleiere. Det har resultert i at de har vært engstelige før undersøkelser eller kirurgi. Derfor ønsket vi å undersøke hvordan sykepleier på best mulig måte kan tilrettelegge preoperativ informasjon, slik at pasienten får den med seg og føler seg ivaretatt.

Vi har valgt å skrive om pasienter med kreft fordi det er en utbredt sykdom, og en pasientgruppe som vi selv har møtt både på kreftavdeling og i poliklinikk. I Norge er det over 224 000 personer som har hatt kreft eller som lever med kreftsykdom, og det er forventet rundt 11 000 dødsfall årlig på grunn av kreft (Lorentsen & Grov, 2017, s. 397). Det ble diagnostisert 34 190 nye krefttilfeller i Norge i 2018 (Cancer Registry of Norway, 2019, s 16). Kreft er en sykdom som mange frykter, og som forbundet med smerter og død. Kreft kan ansees som en kronisk sykdom, som man overlever med større eller mindre plager resten av livet (Lorentsen & Grov, 2017, s. 398). Angst kan være en reaksjon på diagnosen, men også et resultat av behandling, innleggelse, eller av å ha en sykdom som kan være dødelig (Lorentsen & Grov, 2017, s. 405).

Det finnes rundt 200 ulike typer kreft (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2017, s.139). Kirurgi er sammen med strålebehandling og cellegift hoveddelen av moderne kreftbehandling. Disse behandlingsformene kan brukes hver for seg eller i kombinasjon, i både kurativ og palliativ hensikt. Andre former for kreftbehandling er endokrin behandling og behandling med antistoffer. I Helsedirektoratets rapport *Kreftkirurgi i Norge* fremkommer det at rundt 80% pasienter med kreft som kan kureres, skal gjennomgå kirurgisk behandling (Gard, Tveit & Hafstad, 2015, s. 2). For mange pasienter er det å gå gjennom et kirurgisk inngrep en ny situasjon. Enkelte tilpasser seg lett, men for andre kan følelse av makteløshet eller tap av kontroll føre til at situasjonen oppleves som svært belastende. Til tross for mange fellestrekk ved ulike operative forløp, vil situasjonen oppleves ulikt fra pasient til pasient. Alle sykepleiere som møter pasienten underveis i forløpet, har et ansvar for å informere om og forberede på det som skal skje (Berntzen et al., 2017, s. 310).

Sykepleiere har ifølge Christiansen (2017b, s. 19) lang tradisjon for å imøtekomme informasjonsbehov hos pasienter og pårørende. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere heter det at “sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått” (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011, s. 8). Helsekompetanse er et begrep som handler om evne til å forstå og anvende helseinformasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5). Måten sykepleiere informerer på, kan både fremme og hemme pasientens helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13). Pasienter har også en lovfestet rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand, innholdet i helsehjelpen, og om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjonen skal være tilrettelagt deres individuelle forutsetninger (Pasient- og brukerrettighetsloven [pbrl], 1999, §3-2, §3-5).

1.2 Problemstilling.

Med utgangspunkt i det overnevnte, har vi kommet frem til følgende problemstilling:

Pasienter med kreft: Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge preoperativ informasjon, med tanke på helsekompetanse?

1.3 Oppgavens hensikt.

Hensikten med oppgaven er å utforske hvordan en kreftdiagnose og pasientens situasjon i den preoperative fasen kan påvirke helsekompetanse, og på hvilken måte sykepleiere kan ta hensyn til dette når de skal gi preoperativ informasjon.

1.4 Begrepsavklaring.

Å informere: Formidle opplysninger og forklaringer som kan bidra til forutsigbarhet, mestring, medvirkning og informert samtykke (Brataas gjengitt etter Christiansen, 2017c, s. 69). Det kan for eksempel dreie seg om rutiner i avdelingen eller hva som skal skje ved en undersøkelse.

Preoperativ fase: Den tiden som går fra det besluttes å utføre et kirurgisk inngrep til pasienten blir operert. Pasientens tilstand vurderes, risikofaktorer kartlegges, og pasienten forberedes til operasjon (Berntzen et al., 2017, s. 309).

Helsekompetanse: Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å bruke begrepet helsekompetanse om *health literacy* på norsk, og benytter følgende definisjon: “Personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5).

1.5 Avgrensning.

Oppgaven tar utgangspunkt i preoperative informasjonssamtaler mellom sykepleiere og den enkelte pasienten, ikke gruppeundervisning. Vi har også tatt utgangspunkt i at møtet mellom sykepleier og pasienten skjer på en kirurgisk avdeling ved innleggelse, eller poliklinisk i forkant. Fokus for oppgaven er hvordan en kreftdiagnose og kirurgi kan påvirke pasientenes helsekompetanse, og hvordan sykepleieren kan ta høyde for dette når informasjon skal formidles til pasienten. Vi har valgt å ikke fokusere på en spesifikk kreftdiagnose, men på kreft generelt. Grunnen til dette er at selv om diagnosene er forskjellige, vil det være likhetstrekk i pasientenes situasjon når de skal gjennomgå kirurgi. Oppgaven handler ikke om preoperativ informasjon til barn, ettersom det krever at sykepleieren må forholde seg til både barn og pårørende, og tilrettelegge informasjonen etter barnets alder.

1.6 Oppgavens oppbygging.

I teorikapittelet presenterer vi aktuell teori om pasientenes situasjon, helseveiledning, preoperativ informasjon, og helsekompetanse. Dernest følger metodekapitlet, hvor vi redegjør for fremgangsmåten i litteraturstudien og beslutninger vi har tatt. I funnkapitlet presenterer vi funn fra fire kvalitative studier om preoperative informasjonssamtaler, og kreftsykepleieres erfaringer med helsekompetanse. Deretter diskuterer vi disse funnene opp mot teori, retningslinjer, og annen forskning. Til slutt kommer en kort oppsummering for å besvare problemstillingen.

2.0 TEORI

I dette kapitlet presenterer vi teori om pasientenes situasjon før kirurgi, helseveiledning, preoperativ informasjon, og helsekompetanse.

2.1 Pasienter med kreft i preoperativ fase.

I Norge går alle pasienter med kreft gjennom et pakkeforløp. Det omfatter en plan for organisering av utredning, behandling, kommunikasjon med pasienter og pårørende, sykepleie, ansvars plassering og konkrete forløpstider. Hensikten med et pakkeforløp er å øke tryggheten hos pasienter og at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp (Helsedirektoratet, 2016a, Hva er pakkeforløp på kreft).

For pasienter med brystkreft skal det for eksempel ikke gå mer enn 13 dager fra avsluttet utredning til kirurgisk behandling (Helsedirektoratet, 2016b, Forløpstider i pakkeforløp for brystkreft). Disse dagene kan være preget av bekymringer, uvisshet, og redsel for at kreften allerede har rukket å spre seg (Sørensen, Lorvik, Erntsen & Almås, 2017, s. 444). Mye informasjon som gis rett etter at pasienten får diagnosen, blir ikke oppfattet. Derfor er det viktig å gjenta informasjonen senere, og noe informasjon kan også formidles skriftlig (Lorentsen & Grov, 2017, s.418).

En viktig del av pakkeforløpet er informasjon og samtale med pasient og pårørende. Målet er at pasienten skal få nok informasjon og bli involvert i behandlingen. Informasjon og samtale må tilpasses etter mottakerens individuelle forutsetninger, som for eksempel alder, sosial situasjon, språk, ønsker, og behov (Helsedirektoratet, 2016a, Informasjon og dialog med pasienten). Sykepleien i pakkeforløpet er hovedsakelig rettet mot kreftsykdommen og behandling, men skal også innebære tiltak som kan hjelpe pasienten til å takle utredning og behandling, rettet mot grunnleggende behov, informasjon, støtte, og opplæring (Helsedirektoratet, 2016a, Sykepleie).

2.2 Helseveiledning.

Ifølge Christiansen (2017c, s. 69) er informasjon et begrep som brukes i pedagogisk virksomhet rettet mot pasienter eller pårørende. Å informere er et av flere elementer som inngår i det overordnede begrepet helseveiledning. Helseveiledning kan også være rådgivende, støttende,

motiverende eller undervisende, avhengig av situasjonen. Christiansen (2017b, s. 14) definerer helseveiledning som “en sammensatt pedagogisk, faglig og kommunikativ prosess der hensikten er å bidra til læring og mestring i helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner”. Christiansen (2017a, s. 44) bruker en tilpasset versjon av den didaktiske relasjonsmodellen til Bjørndal & Lieberg for å illustrere seks faktorer som gjensidig virker inn på helseveiledning. Modellen gir et forenklet bilde, men fremhever viktige forhold som sykepleiere burde være bevisst på når de skal informere og veilede pasienter i en sårbar livssituasjon:

- Pasientens og pårørendes forutsetning for læring og mestring
- Situasjon/kontekst, menneskelige og materielle ressurser
- Mål, ønsker, behov og verdier
- Innhold
- Tilrettelegging, metodikk, og endringsarbeid
- Vurdering

Pasienter med kreft er ikke en homogen gruppe, og pasientenes behov, ønsker eller forutsetninger for å ta til seg kunnskap vil variere. Derfor blir det viktig å individualisere og tilpasse informasjon (Christiansen, 2017a, s. 43). Et eksempel på kontekst, er innleggelse i sykehus. Det kan skape en følelse av at man ikke har den samme kontrollen over livet som før. Dersom pasienten er usikker på seg selv og sin rolle, kan det påvirke evnen til å lære. Helsepersonell er eksempler på menneskelige ressurser (Christiansen, 2017a, s. 52).

2.3 Preoperativ informasjon.

Å informere er et av elementene som går under punktet “tilrettelegging, metodikk, og endringsarbeid” i den didaktiske relasjonsmodellen (Christiansen, 2017c, s. 67).

Bakgrunnskunnskap om fysiologi, patologi, og behandling er forutsetninger for god pedagogisk praksis, og informasjonen fra sykepleiere må baseres på relevante data (Brataas gjengitt etter Christiansen, 2017a, s. 61). Forhold som kan være aktuelle å informere om i helsefaglig sammenheng er behandlingsopplegg, diagnoser og sykdomsprosesser, prøvesvar, rutiner eller pre- og postoperative forløp. Dette er eksempler på informasjonens innhold (Christiansen, 2017a, s. 62). I forkant av kirurgi må pasienten få informasjon om det som skal skje, og

behandlingsløpet han/hun skal gjennom (Berntzen et al., 2017, s. 320). Helsedirektoratet (2019, s. 50) anbefaler for eksempel at preoperativ informasjon til pasienter med tykk- og endetarmskreft er grundig og spesifikk. Hensikten er å forberede pasienten på sykehusoppholdet, samt tydeliggjøre pasientens rolle i gjenopptreningen. Hvor godt pasienten er forberedt kan sammen med andre faktorer som inngrepets alvorlighetsgrad og tidligere erfaringer, ha betydning for om pasienten opplever engstelse og uro (Berntzen et al., 2017, s. 310).

Sykepleiere har ofte en koordinerende rolle i arbeidet med preoperative forberedelser og informasjonsarbeid (Berntzen et al. 2017, s. 320). Dersom pasientene skal gjennom dagkirurgi, får de tilsendt skriftlig informasjon i forkant. Pasientene som opereres ved kirurgisk dagenhet på Radiumhospitalet får blant annet skriftlig informasjon om praktiske forhold ved oppmøte, faste, hygiene og eventuelt hårfjerning, medikamenter, og generelt om hva som skjer umiddelbart etter operasjonen (eHåndboken, 2019). Sykepleieren på sengepost må ha oversikt over innholdet i ulike informasjonsskriv, og om hva som informeres om av andre faggrupper på poliklinikk, og i anesthesi- og operasjonsavdelingen. Da kan informasjonen tilpasses pasientens ønske og behov på operasjonsdagen (Berntzen et al., 2017, s. 310). Pasienters forståelse av sykdom og behandling kan være feilaktig på bakgrunn av misvisende informasjon eller irrasjonelle forestillinger (Sørli & Bergvik, 2017, s.83). Sykepleiere kan hjelpe pasienten til å oppklare misforståelser og overdrevne antakelser (Berntzen et al., 2017, s.324). I en kvalitativ studie med 10 pasienter med fire ulike kreftdiagnoser, kom det frem at sykepleiere blir oppfattet som viktige kilder til informasjon (Adamson, Cotoc, Choi & Notaro, 2019). Sykepleiere har mange møter med pasientene i løpet av behandlingsforløpet, og kan gi et detaljert innblikk i hva som venter underveis og etter behandling.

I den kvalitative studien til Gabrielsen & Nord (2012) var det rutine ved avdelingen at sykepleier gav preoperativ informasjon om forberedelser og hygieniske forhåndsregler før operasjon, overvåking ved postoperativ avdeling, og om forebygging av komplikasjoner, smerte og kvalme. Kirurgen som undersøker pasienten i forkant av operasjonen informerer om inngrepet og hvorfor det er nødvendig, om mulige risikoer, og hvilket behandlingsresultat som kan forventes. I previsitten fra anestesipersonell gis det informasjon om hvordan anestesen vil foregå (Berntzen et al., 2017, s. 321).

2.3.1 Behandlersentrert og pasientsentrert informasjon.

Rutiner og prosedyrer er viktig for å kvalitetssikre oppgaver som utføres av ulike personer. Standardiserte sjekklister kan eksempelvis brukes for å sikre at hver pasient blir gitt nødvendig informasjon. Dersom måten som informasjonen formidles på også standardiseres, blir tilnærmingen *behandlersentrert*. Da mottar alle pasientene den samme informasjonen, uten at det tas hensyn til den enkeltes behov eller kommunikative stil. Ved *pasientsentrert* formidling brukes derimot individuelle behov og forutsetninger som grunnlag for å tilpasse både innhold og formidlingsmåte (Sørli og Bergvik, 2017, s. 84). En forutsetning for at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg av informasjonen, er at den blir oppfattet som relevant på kort eller lengre sikt (Christiansen, 2017a, s. 62).

2.4 Helsekompetanse.

I Parnell et al. (2019) sin sammenfatning av 10 systematiske oversiktsartikler, kommer det fram at helsekompetanse kjennetegnes av evne til å lytte, kommunisere, lese, forstå, og bruke helserelatert informasjon. Den kan formidles muntlig, skriftlig, audiovisuelt eller numerisk. Begrepet kjennetegnes også av kjennskap til faguttrykk og helsetilstander, og evne til å finne og bruke ressurser i familie, lokalsamfunn eller helsevesen. Et viktig aspekt ved helsekompetanse er at det er et dynamisk begrep. Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2019, s. 5) kan helsekompetanse endres over tid. Den er situasjonsbetinget, og avhengig av tema og kontekst.

Helsekompetanse kan påvirkes av både iboende og ytre faktorer (Parnell et al., 2019). Eksempel på iboende faktorer kan være kulturell bakgrunn, morsmål og utdanningsnivå. Den gjensidige kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell er et eksempel på en ytre faktor.

Det betyr at begge parters sosiale og mellommenneskelige ferdigheter kan påvirke nivået av helsekompetanse. Hvor kompleks informasjonen er og hvordan den blir formidlet muntlig kan også påvirke, samt at lese- og skriveforståelse spiller inn når skriftlig informasjon inneholder ukjente begreper.

Helsekompetanse kan blant annet bidra til å styrke viljen til å delta i samtaler med helsepersonell, og evne til å nyttiggjøre seg av informasjon som helsepersonell har formidlet. Begrenset helsekompetanse kan negativt påvirke pasientens opplevelse av kvaliteten på kommunikasjon i helsevesenet (Parnell et al., 2019). I oversiktsartikkelen til Koay, Schofield &

Jefford (2012) kommer det frem at pasienter med kreft kan mestre sykdomsforløpet bedre hvis de er godt informert. Lav helsekompetanse kan føre til misforståelser om sykdommen, vansker når det gjelder kommunikasjon med helsepersonell, og at pasientene i større grad opplever angst eller er misfornøyde med pleien.

3.0 METODE

I dette kapitlet redegjør vi for fremgangsmåte og beslutninger vi har tatt underveis i arbeidet med oppgaven. Kapitlet avsluttes med en metodediskusjon.

3.1. Litteraturstudie som metode.

I denne oppgaven har vi benyttet litteraturstudie som metode for å belyse problemstillingen vår. En litteraturstudie går i grove trekk ut på å systematisere kunnskap fra ulike skriftlige kilder gjennom å finne relevant litteratur, kritisk vurdere den, og til slutt utarbeide en sammenfatning (Magnus & Bakketeig gjengitt etter Thidemann, 2015, s.79). Hensikten med en litteraturstudie er å formidle oppdatert og god forståelse av kunnskap på det feltet som problemstillingen etterspør, og samtidig vise hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80). Denne litteraturstudien bygger hovedsakelig på kunnskap fra litteratur som er pensum på sykepleierstudiet og forskning publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Vi har anvendt pensumbøker om kommunikasjon, helseveiledning, preoperativ sykepleie, og sykepleie til pasienter med kreft, samt retningslinjer for kommunikasjon mellom klinikere og pasienter. Forskningsartiklene handler om pasienters opplevelse av preoperativ informasjon, om tema, struktur, og kommunikasjon i preoperative konsultasjoner med sykepleiere, og kreftsykepleieres erfaringer med helsekompetanse.

3.2. Manuell Søking.

For å skaffe oversikt over litteratur som var relevant for temaet vårt, gjorde vi innledningsvis vide søk i universitetsbibliotekets søketjeneste Oria, og søk i nettutgaven av tidsskriftet Sykepleien for å finne relevante fagartikler eller forskning. Søkeordene som ble brukt er “kommunikasjon”, “preoperativ informasjon”, “health literacy” og “kreft”. Her fant vi fagartiklene til Bratlie & Fredriksen (2019) og Jenum & Pettersen (2014). Der vi fikk relevante treff, gikk vi gjennom referanselistene for å finne aktuelle artikler. Vi har også gått gjennom referanselistene i relevante pensumbøker, for eksempel boken til Eide & Eide (2017) om kommunikasjon.

Vi har søkt etter “communication”, “oncology”, “preoperative information” og “psychological preparation” i Pyramidesøket til Helsebiblioteket for å finne relevante kliniske oppslagsverk,

kunnskapsbaserte retningslinjer og systematiske oversikter. Det resulterte i at vi fant *Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline* (Gilligan et al., 2017). Vi har også søkt etter “preoperativ informasjon” i den versjonen av eHåndboken til Oslo Universitetssykehus som er tilgjengelig på nett, for å finne rutiner for preoperativ informasjon. Det resulterte i at vi fant dokumentet *Informasjon til deg som skal opereres/behandles på kirurgisk dagenhet på Radiumhospitalet* (eHåndboken, 2019).

Vi søkte i databasen SweMed+ etter “kommunikasjon sykepleie”, “preoperativ informasjon”, “preoperativ” og “angst”, både i den hensikt å finne relevant forskning, men også for se etter hvilke MeSH-begreper (Medical Subject Headings) som gikk igjen i de relevante artiklene. Da fant vi de kvalitative artiklene til Gabrielsen & Nord (2012) og Pettersson, Öhlen, Friberg, Hydén & Carlsson (2017). Søk i Google etter “preoperativ informasjon” og “retningslinjer for preoperativ informasjon”, resulterte i at vi fant Helsedirektoratet (2019) sitt nasjonale handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm. Vi søkte også i Google Scholar etter “health literacy”, “nursing preoperative information”, “health literacy interventions” og “health literacy cancer”. Der fant vi oversiktsartikkelen til Koay et al. (2012). Når vi fant relevante artikler ved manuelt eller systematisk søk, har vi også sett gjennom listene over relaterte og siterende artikler i Google Scholar og i PubMed. Det var slik vi fant den kvantitative og kvalitative artikkelen til Pettersson et al. (2018).

Vedlegg 1 er en oversikt over inkluderte artikler som er funnet gjennom manuelle søk.

3.3. Forberedelser til systematisk litteratursøk.

3.3.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

I denne oppgaven har vi valgt å inkludere artikler som handler om preoperativ informasjon for pasienter med kreft. Vi har også valgt å ta med artikler som handler om helsekompetanse og kreft. Vi er i hovedsak interessert i artikler om preoperativ informasjon til pasienter med kreft, ettersom det er det som er hovedfokuset i problemstillingen. Hvis vi bare hadde tatt med artikler om preoperativ informasjon, kan det hende at helsekompetanse-perspektivet hadde falt bort. Derfor har vi valgt å også inkludere artikler som handler helsekompetanse og kreft, med den forutsetningen at de er overførbare til en preoperativ kontekst.

Vi har valgt å inkludere fagfelleverdert forskning utgitt mellom 2012 til 2020, på norsk, svensk, dansk eller engelsk.

I tillegg til å ekskludere studier som omhandler barn, har vi valgt å ekskludere studier hvor pasientgruppen er fra land utenfor Europa, Nord-Amerika, Australia & New Zealand. Bakgrunnen for dette er at vi tror ulikheter i helsevesen og kultur gjør studiene mindre overførbare til norske forhold, ettersom disse faktorene kan påvirke både sykepleierens rolle og oppførsel, samt pasientenes ønsker og behov når det gjelder å få informasjon.

3.3.2. Søkestrategi.

Vi benyttet databasene Cinahl, Medline og Epistemonikos når vi gjennomførte systematiske litteratursøk. Cinahl er en database som har hovedvekt på sykepleie, og som er sterk på kvalitativ forskning, mens Medline dekker forskningsartikler innen medisin, sykepleie og helsefag (Thidemann, 2015, s. 85). I Epistemonikos finnes hovedsakelig systematiske oversiktsartikler. Relevante MeSH-begreper som vi fant i SweMed+ og i termbasen MeSH på norsk, ble sortert og satt inn i et PICO-skjema (*Tabell 1*). De systematiske søkene ble gjort med utgangspunkt i dette skjemaet. Ettersom databasen Cinahl ikke bruker MeSH-begrep, men Cinahl Subject Headings, gjorde vi noen prøvesøk for å finne tilsvarende søkeord. Epistemonikos søker etter nøkkelord i tittel eller abstrakt, ikke kontrollert vokabular slik som Medline og Cinahl.

“Preoperative information” finnes ikke som hverken MeSH eller Cinahl Subjekt Heading. I stedet brukes “Preoperative Education” i Cinahl og “Patient Education as Topic” i Medline. Vi valgte å søke etter “preoperative information” som fritekst i tillegg. Ettersom utgangspunktet for søket ikke var å sammenlikne ulike intervensjoner, plasserte vi ingen begrep under Comparison.

Tabell 1: PICO-skjema brukt som utgangspunkt for søk

	Patient/problem	Intervention	Comparison	Outcome
Cinahl	MH “Cancer Patients”	TX “preoperative information” MH “Preoperative Education” MH “Health Literacy”		MH “Outcomes of Education” MH “Nurse-Patient relations”
Medline	Neoplasms	“Patient Education as Topic” “Preoperative Education” “Health Literacy” “preoperative information”.mp		
Epistemonikos	“Cancer” “Oncology” “Neoplasms”	“Preoperative Information” “Preoperative Education” “Health Literacy”		

3.4. Søkeprosess.

Vi har gjort flere søk med ulike kombinasjoner av søkeord for å angripe problemstillingen fra ulike vinkler. I databasen Cinahl søkte vi etter (Cancer Patients) AND (TX “preoperative information” OR Preoperative Education OR Health Literacy). Vi valgte å likevel ikke bruke ordene i outcome-rubrikken, ettersom vi bare fikk fem treff først, hvor de eneste relevante var Gabrielsen & Nord (2012) og Wittenberg, Ferrel, Kanter & Buller (2018). Uten outcome-rubrikken fikk vi 53 treff, hvorav vi leste elleve sammendrag. Vi valgte å ikke avgrense søket med alder heller, ettersom vi oppdaget at det førte til artikkelen til Gabrielsen & Nord (2012) falt bort. Artikkelen som ikke var relevante, ble gjort i land utenfor Europa eller Nord-Amerika, eller

handlet for eksempel om intervensjoner rettet mot angst og depresjon, den postoperative perioden, eller helsekompetanse i spesifikke befolkningsgrupper. Tre av artiklene fra søket, Gabrielsen & Nord (2012), Pettersson et al. (2017) og Wittenberg et al. (2018), er med i funndelen.

I Vedlegg 2 finnes fullstendig oversikt over søkene i Cinahl.

Basert på erfaringene fra søk i Cinahl, valgt vi å gå bredt ut når vi søkte i Medline. Vi søkte etter (Neoplasms) AND (Preoperative Care OR Patient Education as Topic OR “Preoperative Information” OR Health Literacy), og fikk 176 treff når søket ble avgrenset til sykepleietidsskrifter. Vi leste elleve sammendrag. Artikkelen til Wittenberg et al. (2018) hadde vi fra før. Mange av artiklene handlet for eksempel om informert samtykke og kreftscreening, surrogati, reduksjon av kreftrisiko, strålebehandling og cellegift, koloskopi, samt utvikling av multimedieverktøy og lesbarheten av skriftlig materiell. Siden det søket ble så upresist, valgte vi å gjøre et nytt søk. Denne gangen var kombinasjonen (Neoplasms) AND (Preoperative Care OR Patient Education as Topic OR “preoperative information”) AND (Health Literacy), og vi fikk 18 treff. Vi leste tre sammendrag, men artiklene som tilsynelatende var relevante viste seg å være fagartikler.

I Vedlegg 3 finnes fullstendig oversikt over søkene i Medline.

I databasen Epistemonikos søkte vi først etter (“preoperative information”) og fikk ni treff. Vi søkte også (nurse OR nurses OR nursing) AND (health literacy), som gav fem treff. Et av disse var artikkelen til Parnell et al. (2019). Den faller utenfor inklusjonskriteriene våre, da den ikke handler om preoperativ informasjon, eller helsekompetanse og kreft. Likevel gir artikkelen en nyttig og oppdatert forståelse av helsekompetanse, og vi har valgt å bruke den i teori- og diskusjonsdelene. Fullstendig oversikt over søkene i Epistemonikos finnes i Vedlegg 4.

3.5. Kildekritikk og kvalitetsvurdering.

Mange artikler er publisert i velrenommerte tidsskrifter. I denne oppgaven har blant annet med forskning publisert i *Nordisk Sygeplejeforskning*, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, og *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Likevel er det viktig å kritisk vurdere forskningens gyldighet, metode, resultater og overførbarhet (Helsebiblioteket, u.å., 2. avsn.). Hensikten med

kritisk vurdering er å fastslå at resultatene fra studiene som er funnet i databaser er troverdige, og kan brukes videre i oppgaven.

I arbeidet med kritisk vurdering av forskningsartikler har vi, ut fra vår egen forståelse, brukt sjekklister for kvalitetsvurdering av kvalitative studier og retningslinjer fra Helsebiblioteket (2016). Den innledende vurderingen gikk greit for alle artiklene. Den dreier seg om å vurdere hvorvidt formålet med studien er klart formulert, og om metoden er hensiktsmessig. Videre var det noe mer utfordrende. I sjekklister er det flere hovedspørsmål, og underspørsmål som kan være til hjelp for å besvare hovedspørsmålene. Det var tidkrevende å besvare alle underspørsmålene, og det var heller ikke alt vi klarte å finne svar på i artiklene. Eksempler på ting vi ikke klarte å finne svar på, var om forskerne hadde gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data. Likevel føler vi at vi fikk godt utbytte av prosessen, ettersom vi fikk lest grundig gjennom hver artikkel.

I arbeidet med kvalitetsvurdering har vi også laget en litteratormatrise for å få en oversikt over hovedelementene i de enkelte artiklene (Vedlegg 5).

All forskningen vi presenterer i funn-delen er publisert i vitenskapelige tidsskrifter som finnes i Norsk senter for forskningsdata sitt register for vitenskapelige publiseringskanaler. Kriteriene for å være med der er at tidsskriftene er identifiserbare med valid ISSN, har en vitenskapelig redaksjon, rutiner for ekstern fagfellevurdering, og en nasjonal eller internasjonal forfatterkrets (Norsk senter for forskningsdata [NSD], 2019). I oppgaven bruker vi forskningsartikler som er skrevet på engelsk og norsk. Artiklene er skrevet på en akademisk måte, og selv om vi har strukket oss langt for å unngå det, tar vi forbehold om at oversettingsfeil kan forekomme. Alle artiklene som er tatt med i oppgaven er publisert etter 2012, noe som var et bevisst valg for å få med oppdatert kunnskap i oppgaven.

I oppgaven anvender vi også pensumlitteratur fra sykepleierstudiet ved OsloMet, men på grunn av korona-pandemien har vi ikke hatt tilgang til universitetsbiblioteket. Vi har i størst mulig grad forsøkt å anvende primærlitteratur, men det har ikke alltid latt seg gjøre. En ulempe ved bruk av sekundærlitteratur, er at man risikerer å få med fortolkningen til forfatteren av sekundærlitteraturen. Vi har imidlertid kun brukt sekundærlitteratur gjengitt i pensumbøker, ikke

fra artikler eller andre kilder på nettet. Vi har brukt det Christiansen (2017c, s. 69) gjengir fra Hildfrid Brataas sin bok *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*, og det Thidemann (2015, s. 79) gjengir fra Magnus & Bakketeig sin bok *Prosjektarbeid i helsefagene*, om hensikten med en litteraturstudie.

I funn-delen presenteres kun enkeltstudier. To kvalitative og en kvalitativ-kvantitativ, som er utført på relativt små pasientgrupper, men som tas med fordi de er relevante for problemstillingen. Gabrielsen & Nord (2012) og Pettersson et al. (2017, 2018) handler om pasienters erfaringer med preoperativ informasjon, og tema, struktur, og kommunikasjon i preoperative konsultasjoner med sykepleiere. Den kvalitative studien til Wittenberg et al. (2018) handler om 72 kreftsykepleieres erfaringer med helsekompetanse.

Det er to kilder vi tillegger særlig vekt i diskusjonen. Den ene er *A concept analysis of health literacy* (Parnell et al., 2019), som bygger på en sammenfatning av ti systematiske oversiktsartikler. Førsteforfatteren har skrevet bøker om emnet, og er også grunnlegger av Health Literacy Partners. Det er en stiftelse som arbeider med å hjelpe organisasjoner med å innføre helsekompetanseløsninger som fremmer pasientsentrert omsorg (Health Literacy Partners, 2020, 1. avsn.). Den andre er American Society of Clinical Oncology (ASCO) sine retningslinjer for kommunikasjon mellom pasienter og klinikere. Retningslinjene er basert på en systematisk litteraturgjennomgang og tverrfaglig formell konsensus. Det kan virke som om de er utarbeidet mest med tanke på leger, men vi har valgt å ta de med ettersom sykepleiere også er klinikere. Retningslinjene gir blant annet råd om kommunikasjon som bør brukes i alle møter med pasienter, og gjennom hele behandlingsforløpet. Videre er det både sykepleiere og en pasientrepresentant med i panelet som utarbeidet konsensus (Gilligan et al., 2017). Begge disse artiklene befinner seg høyere opp på Kunnskapspyramiden enn enkeltstudiene. Vi har også med en fagartikkel, Bratlie & Fredriksen (2019), men vi legger lite vekt på den i diskusjonen. Den er med for å få med interessante perspektiver fra andre helsepersonell som har erfaring med helsekompetanse.

Alle enkeltstudiene vi benytter i oppgaven som er gjennomført på pasienter, er godkjent av en forskningsetisk komité.

3.6 Analyse og tolkning av resultater og funn.

I arbeidet med å analysere og tolke resultater er vi inspirert av metoden som presenteres i boken til Thidemann (2015, s. 92). Å analysere betyr å granske teksten for å få en god forståelse av innholdet. Vi begynte med å lese gjennom artiklene, for å se hvordan de kunne brukes til å svare på problemstillingen. Vi hadde ikke forskningsspørsmål, men vi gjorde oss opp en mening om hvilke tema som gikk igjen i de ulike artiklene når vi leste, og brukte de som utgangspunkt. Deretter kopierte og limte vi teksten fra funn-delen i artiklene, inn i et Google Docs-dokument. Så fargekodet vi like meningsbærende enheter fra de ulike artiklene, kondenserte innholdet i disse, og tildelte hver enhet en kode som beskrev innholdet. Dernest grupperte vi like koder fra forskjellige artikler under foreløpige tema, og der det var behov reformulerte vi temaer eller endret plassering av koder. Vi gikk frem og tilbake i materialet for å sjekke og vurdere om temaoverskriften passet for innholdet i hvert tema. Til slutt sammenfattet vi resultatene slik de presenteres i funn-delen.

3.7 Metodediskusjon.

Vi har valgt å bruke artikkelen til Gabrielsen & Nord (2012) i både teori- og funn-kapitlene. Bakgrunnen for dette er at vi ikke fant andre gode eksempler på hva innholdet i preoperativ informasjon fra sykepleiere kan være. I teoridelen presenterer vi kun det som var rutine på avdelingen hvor studien ble gjennomført, hentet fra studiens metodekapittel. I funn-kapitlet vårt presenterer vi kun innhold fra studiens funn-del.

Vi brukte relativt lang tid på å spisse problemstillingen, noe som førte til at søkeprosessen ble litt utfordrende. Vi gjorde flere innledende søk, og gikk i en periode frem og tilbake mellom problemstillingen og søk, før vi til slutt landet på og gjennomførte søkestrategien som er beskrevet i metodekapitlet. Vi har opplevd det som vanskelig å finne forskningsartikler som kan brukes til å svare direkte på problemstillingen. Mange artikler eksempelvis om helsekompetanse og kreftscreening, men vi har ikke funnet noen som handler om betydningen helsekompetanse har på forståelsen av preoperativ informasjon. Et søk i Cinahl med søkeordene “preoperative period/care/education/information” og “Health Literacy” gir for eksempel 14 treff, uten avgrensning. “Health Literacy” og “Surgical Patients” gir syv treff. Det kan tenkes at vi hadde

fått flere relevante treff dersom vi hadde søkt etter forskning som handlet om spesifikke kreftdiagnoser. Grunnen til at vi ikke har gjort det er at “Neoplasms” i Medline og for så vidt også “Cancer Patients” i Cinahl er universelle søkeord som dekker alle kreftdiagnosene.

Vi har valgt å bruke begrepet helsekompetanse i oppgaven fordi vi synes det er et interessant begrep, som har dukket opp på ulike tidspunkt gjennom studiet. Helsekompetanse er et relativt nytt begrep, som ifølge Kristoffersen (2016, s. 311) ble brukt av Verdens Helseorganisasjon for første gang i 1998, da i forbindelse med folkehelsearbeid. Det har ikke vært et omforent begrep for *health literacy* i Norge før Helse- og omsorgsdepartementet etablerte helsekompetanse som den norske oversettelsen i 2019. I litteraturen er det tidligere brukt varianter som allmenndannelse, helsekunnskap, helseforståelse, helseinformasjonsforståelse, helserelatert informasjonskompetanse, og helseinnsikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5). I arbeidet med oppgaven fant vi også at begrepet helsekompetanse har blitt brukt i nyhetsartikler til å beskrive helsepersonells fagkompetanse (Hofstad, 2020; Tholens, 2011). Jenum & Pettersen (2014) skriver i et essay basert på deres erfaringer med forskning på helsekompetanse, at begrepet virket relativt ukjent i Norge. Parnell et al. (2019) fant i sin sammenstilling av 11 systematiske oversiktsartikler at begrepet helsekompetanse har utviklet seg de siste ti årene. Det har endret seg fra å dreie seg om en karakteristikk ved pasienter, til å handle om en gjensidig prosess mellom pasienten og omgivelsene. Det er foreløpig ikke gjennomført undersøkelser av befolkningens nivå av helsekompetanse i Norge. Helsedirektoratet holder i skrivende stund på med en kartlegging som skal beskrive helsekompetansen i utvalgte befolkningsgrupper, og i befolkningen generelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 11). Sluttrapporten skal leveres i løpet av 2020, etter at denne oppgaven er levert inn. Selv om vi ikke fant forskning som spesifikt omhandler helsekompetanse og preoperativ informasjon, har begrepet likevel betydning for oppgaven, ettersom vi i drøftingen ser den forskningen vi fant i lys av helsekompetanse.

4.0 FUNN

I dette kapitlet presenterer vi funn fra tre kvalitative og en kvalitativ-kvantitativ studie.

4.1 Lengde og struktur i preoperative konsultasjoner med sykepleier.

Pettersson et al. (2017) gjennomførte en eksplorerende kvalitativ studie for å undersøke hvilke tema som snakkes om i preoperative konsultasjoner med sykepleiere, og hvordan samtalene er strukturert. Studien er basert på lydopptak av polikliniske konsultasjoner med 7 pasienter med colorektal kreft, i forkant av innleggelse for kirurgi. Et av hovedfunnene studien er at lengden på de preoperative konsultasjonene var varierende, og at hensikten med konsultasjonen og sykepleierens agenda ikke ble kommunisert til pasientene. Ingen av sykepleierne begynte med å la pasienten fortelle om sin opplevelse, og introduksjonsfasen var generelt preget av få spørsmål fra pasientene. Alle konsultasjonene hadde derimot en definert avslutningsfase, og noen sykepleiere avsluttet med å spørre om pasienten hadde spørsmål eller bekymringer.

Pettersson et al. (2018) gjennomførte også en lignende studie, fire år etter den som ble publisert i 2017. Den er både kvalitativ og kvantitativ, og basert på lydopptak av polikliniske konsultasjoner med 18 pasienter i samme pasientgruppe, fordelt på tre sykehus. Før studien ble gjennomført fikk sykepleierne opplæring i pasientsentrert kommunikasjon, å strukturere samtaler, og å bruke pasientopplæringsmateriale som støtte underveis i samtalene. Også i denne studien fant Pettersson et al. (2018) at lengde og struktur på konsultasjonene var varierende, fra 13-64 minutter. Til forskjell fra den første studien, ble formålet med konsultasjonen forklart til pasientene, og konsultasjonen ble innledet med åpne spørsmål. Sykepleierne forklarte ofte målet med å si at pasientene skulle få stille spørsmål, og at sykepleierne skulle informere. Sykepleierne beskrev også at formålet var å forberede pasienten til operasjon, og gi dem muligheten til å fortelle om sine bekymringer. I begge studiene snakket sykepleierne mest, rundt to-tredjedeler av tiden, og introduserte flest tema.

4.2 Tema som går igjen i preoperative konsultasjoner.

I studien til Pettersson et al. (2017) ble det identifisert syv tema totalt: “Preparation before surgery”, “health status”, og “recovery after surgery” var tema som ble snakket om i alle konsultasjonene, mens “discovery”, “tumour”, “operation”, “symptoms” var andre tema som bare gikk igjen i noen av konsultasjonene. Disse temaene var de samme som gikk igjen i den andre studien, men da var “symptoms” byttet ut med “thrombo-prophylaxis”.

“Health status” og “preparations before surgery” ble introdusert av sykepleier i begge studiene, og det var sykepleier som snakket mest. I Pettersson et al. (2017) opptok disse temaene 90 % av samtalen, men bare 60 % i Pettersson et al. (2018), etter at sykepleierne fikk opplæring i pasientsentrert kommunikasjon.

I temaet “health status” var fokuset hovedsakelig på funksjonsområder (respirasjon, sirkulasjon, ernæring, hud, smerte, søvn, psykososiale behov, kommunikasjon, og velvære), hvor sykepleieren stilte mange lukkede spørsmål om pasientens helse (Pettersson et al., 2017).

Temaet “preparation before operation” gikk for det meste ut på at sykepleieren gav preoperative instruksjoner, og pasientene snakket lite. Rutiner for innleggelse var en stor del av dette temaet, eksempelvis innleggingsdato, operasjonstidspunkt, informasjon om avdelingen. Det ble også gitt hygieneinstruksjoner, uten at det ble forklart hvorfor det var viktig (Pettersson et al., 2017).

I Gabrielsen & Nord (2012) sin kvalitative studie med ni pasienter som gjennomgikk abdominal kirurgi for ulike kreftdiagnoser, fikk pasientene informasjon fra sykepleier om rutiner ved innleggelse, om forløp i sykehuset, og om praktiske forberedelser til operasjonen som faste og dusjing.

Også i temaet “recovery after surgery” var det sykepleieren som snakket mest. I bare en konsultasjon fikk pasienten informasjon om rask mobilisering og hvilke tilbud avdelingen hadde for dette. Det samme gjaldt for informasjon om operasjonssåret og om å unngå tunge løft (Pettersson et al., 2017). Pasientene i studien til Gabrielsen & Nord (2012) opplevde at preoperativ informasjon i liten grad handlet om hva som ventet når de våknet etter operasjonen. Enkelte ønsket mer informasjon om den tidlige postoperative fasen, miljøfaktorer ved postoperativ avdeling, og mer informasjon om at de ville våkne tilkoblet forskjellig utstyr.

Pasientene var overrasket over hvor tidlig de skulle opp av sengen, og ønsket mer informasjon om hvorfor det er viktig å komme i aktivitet.

Det var pasientene som initierte og snakket mest om temaene “discovery”, “tumor”, og “symptom” i noen av samtalenene, men disse tok opp liten del av konsultasjonene (Pettersson et al., 2017, 2018). Temaet “discovery” handlet om behandlingsmuligheter og symptomer ved oppdagelse av svulsten. Temaet “tumor” dreide seg bekymringer rundt spredning, prognose, størrelse av svulsten, sjansen for overlevelse, og stomi. Temaet “symptoms” handlet om tarmfunksjon og luktproblematikk.

4.3 Bruk av standardisert skriftlig informasjon.

I de tre studiene fikk pasientene en kombinasjon av skriftlig og muntlig informasjon. I studien til Pettersson et al. (2017) er det ikke oppgitt annet enn at det dreier seg om en internt produsert brosjyre, og eventuelt en med informasjon om operasjonen dersom pasienten skulle ha stomi. I studien til Gabrielsen & Nord (2012) fikk pasientene en informasjonsbrosjyre om innleggelse i sykehuset. I studien til Pettersson et al. (2018) ble det i ti av samtalenene brukt skriftlig pasientopplæringsmateriell som pasientene hadde fått på forhånd. Materialet ble brukt på flere måter under konsultasjonene: for å strukturere konsultasjonen, for å introdusere/diskutere vanskelige tema, for å forklare tumorlokalisasjon og det kirurgiske inngrepet, og som en guide til sykehusforløpet. Bruk av pasientopplæringsmateriell påvirket ikke hvor mye pasientene snakket under konsultasjonen, men det gjorde det mer sannsynlig at pasientene snakket om temaene “tumor” og “discovery”.

4.4 Å snakke med versus å snakke til, og å respondere på pasienten.

Gabrielsen & Nord (2012) fant at pasientene fikk mye preoperativ informasjon, men at noen ikke oppfattet alt, eller hvor de hadde fått informasjonen fra. Pettersson et al. (2017) fant at sykepleierne bare dokumenterte at pasienten fikk informasjon om preoperative forberedelser, uten at det ble skrevet noe om hvorvidt pasienten hadde forstått informasjonen. I studien til Pettersson et al. (2018) kom det også frem at sykepleierne generelt ga informasjon uten å undersøke pasientens forståelse. Pasientene svarte bare “ja” til at de hadde hørt informasjonen

som ble gitt. Der sykepleierne informerte eller spurte om informasjon fra pasienten, var kommunikasjonen kjennetegnet av at sykepleieren *snakket til* pasienten.

Sykepleierne i studien til Pettersson et al. (2017) som ikke hadde fått opplæring i pasientsentrert kommunikasjon, stilte få eller ingen oppfølgingsspørsmål når pasientene snakket om temaene de introduserte. De anledningene hvor pasienten uttrykte bekymring rundt situasjonen, fortsatte sykepleieren med sin agenda, og ba pasienten svare på spørsmål. Begge studiene til Pettersson et al. (2017, 2018) viser at dersom klinisk undersøkelse gjøres som en del av den preoperative konsultasjonen, kan det føre til at sykepleieren fokuserer på tekniske aspekter og i mindre grad hører på pasienten. I disse konsultasjonene ble færre tema diskutert, og sykepleierne anerkjente ikke pasientens bekymringer eller respondere når pasienten ønsket å snakke om vanskelige tema. Dette sitatet fra artikkelen illustrerer en slik situasjon:

Nurse: Pulse, blood pressure and oxygenation – can I borrow a finger? If you think you've got a lot of thoughts and stuff in your head, there's a counsellor who's really good.

Patient: No, it's fine, it's just a bit so-so, I was completely convinced, I feel so good – I felt so good – so I was completely convinced that this was over now, you know, and it wasn't, so it got a bit difficult. . .

Nurse: So your blood pressure is 155/70. Pulse is 60 and oxygenation 100.

(Pettersson et al., 2018, s. 2909)

I studien til Pettersson et al. (2018) var det flere deler av samtalen hvor sykepleierne *snakket med* pasienten. Et eksempel på dette er når pasientene innledningsvis fikk fortelle om sine erfaringer, oppfattelse av situasjonen, og bekymringer. Sykepleierne snakket også *med pasientene* ved de anledningene de stilte spørsmål for å undersøke de pasientenes forståelse. Noen sykepleiere oppfordret pasientene til å fortelle fritt, og diskutere tema av eksistensiell karakter. Når pasientene fikk mulighet til å fortelle, kunne vanskelige tema lettere komme til overflaten.

Sykepleierne anerkjente pasientene ved å spørre om interesser og relasjoner, og ved å bruke pasientens navn, og de anerkjente pasientenes følelser ved å snakke om tema som var relevante for dem. Sykepleierne viste at de lyttet ved å gi tilbakemelding på pasientenes fortelling.

Wittenberg et al. (2018) fant i sin spørreundersøkelse gjort på 74 onkologiske sykepleiere, at å spørre om pasienten forstår er en strategi som brukes for å tilrettelegge kommunikasjonen til pasientens helsekompetanse. Andre strategier som sykepleierne brukte, er å snakke sakte, bruke repetisjon, teach back-metoden, og bruk av tolk. Teach back-metoden går ut på å få pasienten til å gjenfortelle informasjonen med egne ord. I studien til Pettersson et al. (2018) kom det frem at dersom sykepleierne brukte faguttrykk, ble det vanskeligere for pasientene å forstå. Wittenberg et al. (2018) fant at dersom sykepleierne skjønnte at de hadde brukt faguttrykk som pasienten ikke forstod, så tolket de det som en indikator på at pasienten hadde lavere helsekompetanse. En av sykepleierne i studien svarte at:

Make sure the staff is well trained in watching for verbal and nonverbal cues. . . . Be very cognizant of using medical speech. Patients have a scary new diagnosis and adding jargon that they don't understand makes the moment scarier and more foreign.

(Wittenberg et al., 2018, s. 56)

Andre indikatorer var at de måtte oppklare legens sjargong, eller at pasientens kroppsspråk tydet på misforståelse eller kompleksitet. Uavhengig hvor lang erfaring de hadde, var sykepleierne lite komfortable med å identifisere pasienter med lav helsekompetanse og vurdere nivå av helsekompetanse (Wittenberg et al., 2018).

5.0 RESULTATDISKUSJON

Vi fant at pasientene generelt fikk skriftlig informasjon før de preoperative konsultasjonene med sykepleier, samt at lengde og struktur på konsultasjonene varierer. Det er sykepleieren som introduserer flest tema, og som snakker mest. Sykepleiere som har fått opplæring i pasientsentrert kommunikasjon, begynner samtalen med å avklare formålet med konsultasjonen og å la pasienten å fortelle om sine bekymringer. Når sykepleierne informerer, snakker de *til* pasientene. Temaene som gikk igjen i alle konsultasjonene handlet om forberedelser før operasjon, tilheling, og eventuelt pasientens helsestatus. Noen pasienter hadde bekymringer rundt spredning og om svulsten var blitt oppdaget tidlig nok. Dersom det tas målinger av pasienten under konsultasjonen, kan det være en hindring for pasientsentrert kommunikasjon. Pasientene fikk mye informasjon, men klarte ikke å huske alt, og det er lite fokus på om pasientene faktisk har forstått informasjonen. Faguttrykk kan gjøre det vanskeligere for pasienten å forstå. Sykepleierne brukte ulike metoder for å tilrettelegge kommunikasjonen til pasientens helsekompetanse, blant annet repetisjon og teach back-metoden.

I denne delen av oppgaven skal vi diskutere disse funnene opp mot teori presentert i kapittel to, lovverk, teori om kommunikasjon, og retningslinjene til American Society of Clinical Oncology. Hensikten er å belyse problemstillingen *“Pasienter med kreft: Hvordan kan sykepleiere tilrettelegge preoperativ informasjon, med tanke på helsekompetanse?”*.

5.1 Skriftlig og muntlig informasjon.

I tre av studiene vi fant, fikk pasientene skriftlig informasjon i forkant av møtet med sykepleier, kombinert med muntlig informasjon (Gabrielsen & Nord, 2012; Pettersson et al., 2017, 2018). Dette er også praksis ved Radiumhospitalet (eHåndboken, 2019). Generelle og individuelle tilnærminger til preoperativ informasjon kan med fordel kombineres, ifølge Sørli & Bergvik (2017, s. 84). En pasientsentrert tilnærming kan for eksempel suppleres med generell informasjon om sykdom og behandling i form av brosjyrer. Pasienter med lav helsekompetanse kan imidlertid ha vansker med å forstå skriftlig opplæringsmaterieell (Koay et al., 2012). Dette forutsetter at den skriftlige informasjonen som pasienten får før innleggelse, er skrevet på et enkelt språk som er lett forståelig for personer uten helsefaglig bakgrunn. I regjeringens strategi

for å øke befolkningens helsekompetanse, står det blant annet at helse- og omsorgstjenesten må tilpasse informasjon til brukere muntlig og skriftlig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 20). Det er nok ikke den enkelte sykepleieren på sengepost eller poliklinikk som har ansvar for å utarbeide slike informasjonsbrosjyrer. Likevel mener vi at dersom sykepleiere som gir preoperativ informasjon, gjentatte ganger opplever at pasienter ikke har forstått brosjyrene, så har sykepleieren et ansvar for å melde fra om dette slik at brosjyrene kan forbedres. Nortvedt (2017, s. 142) foreslår at pasienten får tid til å lese gjennom informasjonsskrivet på egenhånd, slik at han/hun kan forberede eventuelle spørsmål før samtale med sykepleier. Videre erfarer Bratlie & Fredriksen (2019) i sin fagutviklingsartikkel om menns tilfredshet med informasjon før operasjon for prostatakreft, at det er nødvendig å gå grundig igjennom et hefte med informasjon om operasjonen og ettervirkninger, selv om pasientene sier at det gir god informasjon. Slik vi ser det vil det være en naturlig del av en preoperativ informasjonssamtale å undersøke hvorvidt pasienten har forstått den skriftlige informasjonen, for å avdekke kunnskapshull og svare på eventuelle spørsmål pasienten måtte ha. Med andre ord kan skriftlig informasjon brukes som et supplement til muntlig informasjon, ikke som erstatning for.

5.2 Lengde, struktur, og tema i preoperative konsultasjoner.

Et av våre funn er at lengde og struktur på preoperative konsultasjoner med sykepleiere varierer (Pettersson et al., 2017, 2018). En forklaring på at lengden varierer kan være at det ikke er like mange tema som blir snakket om med alle pasientene, eller det kan ha sammenheng med hvor god eller dårlig tid sykepleieren har. Det kan også tenkes at det er på grunn av den menneskelige faktoren - noen tar lett på ting og blir fort ferdig, mens andre er mer nøye. Vi har selv erfart i praksis at sykepleiere på sengepost tidvis har mange arbeidsoppgaver de skal gjennom, og at det ikke alltid er satt av spesifikk tid til å gi pasienten preoperativ informasjon. Det resulterer i at man må finne tid til å informere inn i mellom alt annet som skal gjøres, og at informasjonen dermed får et mer uformelt preg. Tidspress kan trolig få konsekvenser for informasjon som formidles fra både sykepleier og pasient. På den ene siden kan det føre til at personalet velger bort eller glemmer enkelte arbeidsoppgaver, som for eksempel å gi informasjon. Pasientens lovfestede rett til informasjon, jamfør pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2), betyr imidlertid at å gi preoperativ informasjon ikke kan velges bort på grunn av tidspress. På den

andre siden kan pasienter som kommer inn i miljø preget et stresset personale føle at de er til bry (Eide & Eide (2017, s. 64). Det kan igjen føre til at de holder tilbake informasjon.

Det kan tenkes at årsaken til varierende struktur er at sykepleierne har ulike preferanser for hvordan de legger opp samtalen, eller at de tilpasser samtalen etter pasientens behov. I følge Eide & Eide (2017, s. 120) har alle gode profesjonelle samtaler en tredelt struktur med begynnelse, midtdel og avslutning. Midtdelen i en informasjonssamtale kan dog ikke ha en fast struktur (Eide & Eide, 2017, s. 222). Den må legges opp etter pasientens fortelling, noe vi kommer tilbake til i underkapittel 5.3.1.

Når det gjelder tema, fant vi at forberedelser før operasjon, tilheling etter operasjon, og eventuelt pasientens helsestatus, var tematikk som ble introdusert av sykepleieren i samtlige konsultasjoner (Pettersson et al., 2017, 2018). Det var sykepleieren som snakket mest, og disse temaene var kjennetegnet av at sykepleieren snakket *til* pasientene (Pettersson et al. 2018). Dette kan ha sammenheng med at en informasjonssamtale av natur, til en viss grad handler om at sykepleieren har informasjon som skal formidles til pasienten. Likevel er det, som den didaktiske relasjonsmodellen viser til, viktig å avklare hva pasienten vet fra før eller forventer. Da kan informasjonen gis på en mer dialogpreget måte (Christiansen, 2017c, s. 69). Derfor er det slik vi ser det, viktig at sykepleieren finner en balanse mellom å snakke til pasienten, og å snakke med pasienten.

Når pasientene introduserte tema, handlet disse om behandlingsmuligheter, bekymringer rundt spredning, og prognose (Pettersson et al., 2017, 2018). Til sammenligning har Tariman, Doorenbos, Schepp, Singhal & Berry (2014) skrevet en systematisk oversiktsartikkel om hvilken informasjon som er prioritert hos pasienter med mange ulike typer kreft, basert på 30 enkeltstudier. Artikkelen viser at pasientene vil ha informasjon om prognose, kreftsykdommen, behandlingsmuligheter, og bivirkninger av behandlingen. Vi fant også at pasientene fikk lite informasjon om mobilisering og den tidlige postoperative fasen (Pettersson et al, 2017; Gabrielsen & Nord, 2012). Vi mener at slike studier om informasjonsbehov og erfaringene til pasienter som har vært gjennom et behandlingsforløp, kan gi nyttig kunnskap som sykepleiere må ta med seg i planleggingen av preoperative informasjonssamtaler. Ikke minst legger den didaktiske

relasjonsmodellen vekt på at innholdet i informasjonen individualiseres, slik at det fremstår som relevant for pasienten (Christiansen, 2017a, s. 62).

5.3 Pasientsentrert informasjon.

En pasientsentrert holdning kan bidra til at informasjon i større grad blir forstått og tatt til følge (Christiansen, 2017b, s. 15). Utgangspunktet for pasientsentrert informasjonsformidling er pasientens individuelle behov og forutsetninger (Sørli & Bergvik, 2017, s. 84). Det er imidlertid ikke gitt at sykepleieren som skal gi preoperativ informasjon kjenner pasienten fra før, noe som kan utgjøre en utfordring når det gjelder å tilpasse innhold og formidlingsmåte. Som illustrasjon erfarer Bratlie & Fredriksen (2019, s. 10) i sin fagartikkel at det er utfordrende å gi tilfredsstillende informasjon til den enkelte, siden informasjonsbehovet er så individuelt.

ASCO anbefaler i sine retningslinjer at klinikere leser seg opp på pasienten før hver samtale, fastsetter mål med samtalen, og forsøker å forutse hvilke behov, reaksjoner, og spørsmål pasienten kan ha (Gilligan et al., 2017). Vårt inntrykk er at dette er noe som også blir gjort i praksis. De gangene vi har vært med på inntakssamtaler, har vi for eksempel brukt tid i forkant på å lese oss opp i pasientens journal. Sykepleiere har mye fagkunnskap, men som Christiansen (2017a, s. 45) påpeker har de ikke umiddelbar tilgang til hvordan pasienten opplever og forstår sin egen tilstand eller helserelatert kunnskap. Dette betyr at det er viktig å være lydhør og spørrende. Det kan hende at pasienten bekymrer seg for andre ting enn det sykepleieren antar, eller så kan pasientens bakgrunn gi en annen forståelse enn det som sykepleieren tar for gitt. Det er i tillegg viktig å være klar over at helsepersonell i enkelte sammenhenger kan ha et større behov for å informere, enn pasienten har for å vite (Lorentsen & Grov, 2017, s. 418).

Christiansen (2017a, s. 54) stiller også spørsmål ved om alle pasienter ønsker å gå inn i en deltakende og kunnskapssøkende rolle. Det kan tenkes at enkelte kanskje vegrer seg for å ta imot informasjon, eller foretrekker å overlate ansvar og beslutninger til helsepersonell.

Å spørre hvor mye informasjon pasienten vil ha, blir derfor en forutsetning for selvbestemmelse, og for å gi tilpasset og riktig informasjon (Nortvedt, 2017, s. 140). Enkelte vil vite alt, mens andre ikke vil vite alle detaljer. Til sist understreker Christiansen (2017a, s. 43) at det er nødvendig å ta seg tid til å finne ut hvordan pasienten har det og opplever sin situasjon, hvis informasjonen skal tilpasses pasientens behov og forutsetninger. På bakgrunn av dette, er det

viktig å innlede preoperative informasjonssamtaler med å undersøke pasientens behov for informasjon.

5.3.1 Åpne spørsmål kan gi innsikt i pasientens situasjon og forståelse.

Vi fant at sykepleiere som hadde fått opplæring i pasientsentrert kommunikasjon, begynte sine preoperative konsultasjoner med å forklare formålet med samtalen, og med å stille pasienten åpne spørsmål (Pettersson et al., 2018). Dette i tråd med ASCO sine retningslinjer, hvor det anbefales at klinikere begynner hver samtale med å utforske pasientens forståelse av sykdommen (Gilligan et al., 2017). Åpne spørsmål anbefales for å oppmuntre pasientene til å fortelle om det som er viktig for dem. Da kan sykepleieren sammen med pasienten sette en agenda for samtalen, basert på hva pasienten ønsker informasjon om og hva klinikerens ønsker å snakke om.

Sykepleierne i studien til Pettersson et al. (2018) forklarte til pasientene at hensikten med konsultasjonen var å forberede dem til operasjon, og gi dem en mulighet til å snakke om bekymringene sine. “Hvordan føler du deg?” og “har du noen bekymringer eller noe spesielt i tankene?” er eksempler på åpne spørsmål som ble brukt innledningsvis i konsultasjonene. I disse delene av konsultasjonene var kommunikasjonen kjennetegnet av at sykepleierne snakket *med* pasienten. Når pasienten får ta del i kommunikasjonen på en slik måte, og ikke bare er en passiv deltaker, kan det tenkes at det bidrar til å gi en følelse av noe mer kontroll i en situasjon hvor mye er usikkert. Videre skriver Eide & Eide (2017, s. 220) at slike spørsmål, hvor pasienten får fortelle fritt, kan brukes for å oppdage informasjonsbehov som er skjult for pasienten selv.

Gjennom å for eksempel la pasienten fortelle om sykdommen og hvordan det går, kan sykepleieren danne seg et inntrykk av hva som bør informeres nærmere om, manglende kunnskap eller misforståelser, og følelsesmessige reaksjoner. Til tross for at åpne spørsmål er hensiktsmessige for å få pasienten til å snakke fritt om egne tanker og følelser, er det å stille spørsmål i seg selv ikke tilstrekkelig for å skape en god utforskende dialog (Eide & Eide, 2017, s. 204). Sykepleieren må også følge opp med verbale og nonverbale bekreftende ferdigheter. Det kan for eksempel dreie seg om å vise med kroppsspråk at man er oppmerksomt til stede, gi små oppmuntringer, og gjenta nøkkelord (Eide & Eide, 2017, s. 118). Sykepleierne i studien til Pettersson et al. (2018) anerkjente for eksempel pasientene ved å bruke navn og gi tilbakemelding på pasientenes fortelling.

5.4 Respondere på pasienten.

Å respondere betyr helt enkelt å vise at man ser den andre. Selve kjernen i pasientsentrert helsekommunikasjon er å respondere på det som er sentralt i pasientens fortelling, og bruke det som utgangspunkt for videre dialog (Eide & Eide, 2017, s. 38). Videre skriver Christiansen (2017a, s. 49) at det er viktig å både oppfatte og respondere på pasientens følelsesmessige reaksjoner. Disse reaksjonene kan være vage eller tydelige, avhengig av person og kultur, og av oppfatninger rundt helse, sykdom, og helbredelse. ASCO anbefaler at klinikere responderer med empati dersom pasienten viser følelser gjennom ord eller kroppsspråk, ved å anerkjenne og sette ord på følelsene (Gilligan et al., 2017). Klinikeren bør være forsiktig med å informere dersom pasienten er emosjonell, ettersom det kan gjøre det vanskeligere å ta til seg og bearbeide informasjonen. I oversiktsartikkelen til Koay et al. (2012) kommer det også frem at emosjonell respons kan påvirke forståelsen av helseinformasjon hos noen pasienter. Kort sagt må sykepleieren følge opp dersom pasienten viser følelser under informasjonssamtalen, og være bevisst på at det kan påvirke pasientens evne til å ta imot informasjon.

Det er viktig at sykepleieren responderer i den innledende fasen av samtalen hvor pasienten får fortelle om sin situasjon, men det er vel så viktig i andre deler av samtalen. Et av våre hovedfunn er at dersom klinisk undersøkelse eller vitale målinger gjøres som en del av en preoperativ informasjonssamtale, kan det føre til at det snakkes om færre tema, og at sykepleieren i mindre grad responderer på pasienten (Pettersson et al., 2017, 2018). I stedet flyttes fokuset over på tekniske aspekter, som for eksempel å følge med på blodtrykksapparatet. Dette bryter både med prinsippene for pasientsentrert kommunikasjon og retningslinjene til ASCO, som presentert i forrige avsnitt. I tillegg mener Nortvedt (2017, s. 127) at slike situasjoner representerer en form for moralsk problemstilling, og at dette er et område innen helsefaglig etikk som det syndes på. Det handler om å se et behov for trøst og oppmerksomhet, eller et informasjonsbehov, og å respondere på det. Med andre ord opptrer ikke sykepleieren moralsk dersom han/hun ser et behov hos pasienten, men velger å ikke respondere på det. I slike situasjoner vet man ofte hva som er riktige å gjøre, men det gjelder å handle på den rette måten også.

Et annet viktig poeng er at dersom sykepleieren informerer og gjennomfører undersøkelser samtidig, kan det ta pasientens fokus vekk fra det som blir sagt. Det er ikke alltid pasienten

oppfatter at sykepleieren informerer, selv om det er det som er intensjonen (Eide & Eide, 2017, s. 219). Som en konsekvens av dette oppfattes informasjon og veiledning i mindre grad som egne intervensjoner (Christiansen, 2017b, s. 22). Derfor foreslår vi at om sykepleieren må ta målinger og gi preoperativ informasjon samtidig, burde det skje i hver sin tydelig definerte del av konsultasjonen. Det er også viktig å ta seg tid til å respondere dersom pasienten uttrykker bekymringer, da det neppe gir en god opplevelse for pasienten å bli oversett.

5.5 Bruk av faguttrykk.

Et av funnene våre er at faguttrykk kan gjøre det vanskeligere for pasienten å forstå (Pettersson et al., 2018; Wittenberg et al., 2018). Kjennskap til medisinske faguttrykk er ifølge Parnell et al. (2019) et av mange kjennetegn på høyere nivå av helsekompetanse. I tillegg viser oversiktsartikkelen til Koay et al. (2012) at medisinske faguttrykk eller lange komplekse setninger stiller høyere krav til pasientens helsekompetanse.

ASCO anbefaler i sine retningslinjer bruk av enkelt språk, tilpasset pasientens utdanningsnivå. Faguttrykk bør unngås, eller forklares på en enkel måte dersom de må brukes (Gilligan et al., 2017). Vi har selv erfart at det tidvis er utfordrende å være bevisst på ordbruken i møte med pasienter. Som sykepleier er man en del av et fagmiljø hvor det er vanlig å bruke medisinske uttrykk når man snakker seg imellom, samtidig som man skal forholde seg til pasienter uten helsefaglig bakgrunn. Man må omstille hjernen når man går fra å samhandle med leger og andre sykepleiere, til å samhandle med pasienter. Selv om omstillingen nok gjøres ubevisst, har vi opplevd at den i noen tilfeller kan utebli. På bakgrunn av dette bør sykepleiere være bevisst på hvilke ord de bruker når de formidler preoperativ informasjon til pasienter.

5.6 Tilrettelegge informasjon.

Pasienter som skal gjennomgå kreftkirurgi får mye informasjon. Et fellestrekk ved studiene til Pettersson et al. (2017, 2018) og Gabrielsen & Nord (2012) er at, uavhengig om møtet med sykepleier skjer poliklinisk eller på sengepost, så er disse møtene en del av en større helhet. Pasientene får også informasjon fra andre faggrupper som kirurger og anestesipersonale. Gabrielsen & Nord (2012) fant i sin studie at pasientene ikke nødvendigvis husker all informasjonen eller hvor de fikk den fra. Når det gjelder helsekompetanse, er det en faktor som

kan påvirke pasientens evne til nettopp å huske og forstå helseinformasjon (Koay et al., 2012; Parnell et al., 2019). Videre kan pasienter med lav helsekompetanse ha vansker med å tolke informasjon om kreftsykdommen når de kommuniserer med helsepersonell, noe som blant annet kan gi utslag i feilaktige konklusjoner om hvordan sykdommen reagerer på behandlingen (Koay et al. 2012).

Det som kanskje er det mest interessante funnet vårt, er at det er lite i fokus på hvorvidt pasienten har forstått informasjonen som sykepleieren gir (Pettersson et al., 2017, 2018). Dette fremstår som litt paradoksalt for oss, for det er opplagt at dersom pasienten ikke forstår den preoperative informasjonen, så vil han/hun heller ikke kunne nyttiggjøre seg av den. Som en konsekvens av dette vil ikke sykepleieren oppfylle det som kan sies å være målet for samtalen, nemlig å bidra til å gjøre forløpet forutsigbart for pasienten. Sykepleiere er pålagt av både lovverk og yrkesetiske retningslinjer å forsikre seg om at pasienten forstår informasjonens innhold og betydning (pbrl, 1999, §3-5; NSF, 2011, s. 8), noe som betyr at heller ikke dette er en oppgave som kan velges bort. Følgelig må sykepleiere som formidler preoperativ informasjon vurdere og ta hensyn til pasientens helsekompetanse, samt forsikre seg om at pasienten forstår det som blir sagt. Innenfor konteksten av en preoperativ konsultasjon, forstår vi dette som en form for prosessvurdering. Det er et av punktene i den didaktiske relasjonsmodellen, som handler om å fortløpende vurdere hvor pasienten er i læringsforløpet, innvirkende forhold, og behov for justeringer (Christiansen, 2017c, s. 74).

5.6.1 Fange opp, og tilrettelegge for pasientens nivå helsekompetanse.

Helsekompetanse er situasjonsavhengig og kan endres over tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5; Parnell et al., 2019). På bakgrunn av dette, antar vi at pasienter som skal opereres for kreft, kan ha nedsatt nivå av helsekompetanse i den preoperative fasen. Den didaktiske relasjonsmodellen peker på at det er viktig å ta høyde for pasientens forutsetninger for læring (Christiansen, 2017a, s. 45), og helsepersonell er dessuten lovpålagt å tilpasse informasjonen etter mottakerens individuelle forutsetninger (pbrl, 1999, §3-5). Ikke minst blir dette også vektlagt i den generelle beskrivelsen av pakkeforløp for pasienter med kreft (Helsedirektoratet, 2016a, Informasjons og dialog med pasienten). Selv om helsekompetanse ikke er nevnt eksplisitt i loven, fremstår det som naturlig for oss at det er en av disse

forutsetningene. Videre heter det i regjeringens strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, at helsepersonell må kunne tilpasse sin kommunikasjon til mottakerens helsekompetanse og evne til å forstå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13). Av den grunn vil det være selvsagt at en vurdering av pasientens helsekompetanse, hører med i en preoperativ informasjonssamtale.

Sykepleierne i studien til Wittenberg et al. (2018) opplevde det som vanskelig å kartlegge pasienters nivå av helsekompetanse. I den hensikt anbefaler ASCO å benytte spørsmål som “hvor trygg er du på å fylle ut medisinske skjema på egenhånd?” og “hvor ofte trenger du hjelp til å lese skriftlig materiale fra sykehuset?” (Gilligan et al., 2017). Vi synes at ordlyden i disse spørsmålene er interessant: Det er åpne spørsmål, formulert på en slik måte at pasienten ikke blir stilt til veggs. Det kan tenkes at pasientene lettere hadde følt skam og svart misledende, dersom et av spørsmålene eksempelvis var “trenger du hjelp til å lese skriftlig informasjon fra sykehuset?”. Vi tror også at sykepleiere kan danne seg en mening om pasientens nivå av helsekompetanse ved å lytte til pasientens fortelling, og høre på hvordan pasienten ordlegger seg. Dette var vi inne på i underkapittel 5.3.1. I fall pasienten svarer på en måte som kan antyde lav helsekompetanse, anbefaler ASCO at klinikerer fokuserer på de viktigste poengene, bruker et enkelt språk, og hyppig undersøker om pasienten forstår. Dersom familiemedlemmer er til stede kan de oppfordres til å notere, og en kan vurdere om de kan ta lydopptak (Gilligan et al., 2017).

5.6.2 Teach back-metoden.

For å undersøke pasientens forståelse, anbefaler både Gilligan et al. (2017) og Parnell et al. (2019) å bruke teach back-metoden. Det er en av metodene som sykepleierne i studien til Wittenberg et al. (2018) brukte for å tilrettelegge informasjon til pasientens nivå av helsekompetanse. Andre metoder som sykepleierne i studien brukte, var å snakke sakte, og å ganske enkelt spørre om pasienten forstod det som ble sagt. Vi mener derimot at å bare spørre om pasienten forstår, er en lite egnet metode å bruke for å danne seg et inntrykk av pasientens forståelse. Da kan man risikere at pasienten bare svarer ja på spørsmål om han/hun forstår, selv om det ikke nødvendigvis er tilfelle. Teach back-metoden, hvor pasienten bes bruke egne ord for å gjenfortelle innholdet i informasjonen, fremstår som en mer egnet metode. Da kan sykepleieren undersøke *hvordan* pasienten forstår informasjonen, og avdekke eventuelle kunnskapshull eller

behov for korrigerende Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Sør-Øst (Mestring for alle, u.å., 2. avsn.), oppfordrer forøvrig at fokuset ved bruk av teach back-metoden ikke er på hvorvidt pasienten forstår informasjonen. Pasientens gjenfortelling burde istedenfor brukes for å undersøke hvorvidt sykepleieren har forklart seg godt nok, og gjort informasjonen forståelig. Med andre ord ligger ansvaret for at pasienten skal forstå hos sykepleieren, ikke hos pasienten selv.

6.0 OPPSUMMERING

Målet med denne litteraturstudien var å finne ut hvordan sykepleiere kan tilrettelegge preoperativ informasjon til pasienter med kreft. I tiden etter at diagnosen er stilt, kan pasientene være i en sårbar og usikker situasjon. Preoperativ informasjon kan bidra til å gjøre situasjon mer forutsigbar, og redusere angst, frykt og usikkerhet. Helsekompetanse er et relativt nytt begrep, som i grove trekk handler om personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon. Denne evnen kan endres over tid, og er situasjonsbetinget. Både iboende faktorer og ytre forhold kan påvirke en persons helsekompetanse, deriblant helsepersonells kommunikasjon. Dette betyr at sykepleiere må kunne tilpasse sin kommunikasjon til pasientens helsekompetanse.

Når sykepleiere skal tilrettelegge preoperativ informasjon, er det flere faktorer å ta hensyn til. Det kan for eksempel være pasientens forutsetninger for læring, som helsekompetanse, samt situasjonen, og pasientens behov. En pasientsentrert tilnærming dreier seg om å ta utgangspunkt i nettopp individuelle behov og forutsetninger. Dette kan bidra til at informasjonen i større grad blir tatt til følge, og forløpet dermed mer forutsigbart. Derfor kan det være lurt å lese seg opp på pasienten før samtalen, for å lettere kunne imøtekomme behov og spørsmål.

Informasjonssamtalen kan innledes med åpne spørsmål, for å spørre om hvordan pasienten har det eller opplever sin situasjon. Da får sykepleieren et utgangspunkt for samtalen, og kan avdekke manglende kunnskap, misforståelser, eller informasjonsbehov som kan være skjult for pasienten selv. Hvis pasienten er preget av følelser, kan det påvirke evne til å ta imot informasjon. Det er også viktig å være bevisst på når man snakker *til* pasienten, og når man snakker *med* pasienten. En sentral del av pasientsentrert kommunikasjon, er å respondere på pasientens fortelling. Det vil si å bruke verbale oppmuntringer og kroppsspråk for å vise at man er oppmerksomt til stede, og bruke det som er sentralt i pasientens fortelling i den videre dialogen.

Dersom klinisk undersøkelse gjennomføres som en del av informasjonssamtalen, kan det føre til at sykepleieren fokuserer på tekniske aspekter istedenfor å respondere på pasienten.

Sykepleiere burde være bevisst på bruken av faguttrykk, ettersom de stiller høyere krav til pasientens helsekompetanse. Spørsmål som "hvor trygg er du på å fylle ut medisinske skjema på egenhånd?" kan brukes for å kartlegge helsekompetanse. Til slutt er enkelt språk, fokus på de

viktigste poengene, og å fortløpende vurdere om pasienten forstår informasjonen, konkrete tiltak for å tilrettelegge preoperativ informasjon til pasienter med lavere helsekompetanse. Teach back-metoden kan brukes for å kontrollere om informasjonen er godt nok forklart til pasienten.

Selv om denne oppgaven tar utgangspunkt i en preoperativ kontekst, tror vi at prinsippene som diskuteres er overførbare til mange andre situasjoner i sykepleieres profesjonsutøvelse.

LITTERATURLISTE

- Adamson, M., Cotoc, C., Choi, K., & Notaro, S. (2019). Cancer Communication Outside of the Physician-Patient Relationship: The Experience of Communicating and Understanding the Meaning of Prognosis. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(8), 711-717. DOI:10.1177/1049909119832811
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. og Eide, P. (2017). Perioperative og postoperative sykepleie. I D.-G., Stubberud, R. Grønseth, H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie* (s. 309-380) (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2017). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 127-150). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bratlie, M.S., & Fredriksen, A. (2019). Slik blir pasienter med prostatakrefte mer tilfreds med informasjonen. *Sykepleien*, 19(107). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.77737
- Cancer Registry of Norway. (2019). *Cancer in Norway 2018 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Oslo: Cancer Registry of Norway.
<https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2018/cin2018.pdf>
- Christiansen, B. (2017a). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (red.), *Helseveiledning* (1. utg., s. 42-66). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Christiansen, B. (2017b). Helseveiledning - hva menes? I B. Christiansen (red.), *Helseveiledning* (1. utg., s.13-29). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Christiansen, B. (2017c). Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid. I B. Christiansen (red.), *Helseveiledning* (1. utg., s. 67-77). Oslo: Gyldendal Akademisk

- eHåndboken. (17.12.2019). *Informasjon til deg som skal opereres/behandles på Kirurgisk Dagenhet på Radiumhospitalet*. I eHåndboken. Hentet fra (10.05.20): <https://ehandboken.ous-hf.no/document/77497>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - pasientorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Gabrielsen, A. K., & Nord, R. (2012). Kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(01), 15-28.
Hentet fra: <https://www.idunn.no/file/pdf/52752193/art09.pdf>
- Gard, M., Tveit, K. M., & Hafstad, A. (2015). *Kreftkirurgi i Norge* (IS-2284). Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kreftkirurgi-i-norge>
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., ... & Nguyen, L. H. (2017). Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology consensus guideline. *Journal of Oncology Practice* 14(1), 42-46.
DOI: 10.1200/JCO.2017.75.2311
- Health Literacy Partners. (2020). *About: Experienced Insiders Who Can Get The Job Done*. Hentet fra (22.05.20): <https://www.healthliteracypartners.com/about/>
- Helsebiblioteket. (u.å). *Kritisk Vurdering*. Hentet Fra (25.04.20): <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Hentet fra (01.05.20): <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2016a, 14. oktober). *Pakkeforløp på kreftområdet*. Hentet fra (08.05.20): <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforloepene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftområdet>

Helsedirektoratet. (2016b, 22. juli). Forløpstider i pakkeforløp for brystkreft.

Hentet fra (25.05.20):

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/brystkreft/forlopstider-i-pakkeforlop-for-brystkreft>

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm* (IS-2849). Hentet fra:

https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kreft-i-tykktarm-og-endetarm-handlingsprogram/IS%202849%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20kreft%20i%20tykktarm%20og%20endetarm.pdf/_/attachment/inline/4a5fa48e-8d76-4618-98b3-43af5a85b76e:4c4a29f71e7a68ff93a19dd82848f36a49abff81/IS-2849%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20kreft%20i%20tykktarm%20og%20endetarm.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>

Hofstad, E. (2020, 5. mai). Kynisk bruk av koronaturus. *Sykepleien Nyheter*.

Hentet fra (20.05.20): <https://sykepleien.no/2020/05/kynisk-bruk-av-koronaturus>

Jenum, A. K. & Pettersen, K. S. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helse-kommunikasjon? *Sykepleien* 9(3), 272-280. Hentet fra (22.05.20):

[10.4220/sykepleief.2014.0145](https://doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0145)

Koay, K., Schofield, P., & Jefford, M. (2012). Importance of health literacy in oncology. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 8(1), 14-23.

<https://doi.org/10.1111/j.1743-7563.2012.01522.x>

- Kristoffersen, N. J. (2016). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. Utg., s. 295-348). Oslo: Gyldendal akademisk
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk Sykepleie Bind 2* (5. Utg., s. 397-436). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mestring for alle. (u.a). Teach-back. Hentet fra (23.05.20):
<https://mestringforalle.no/bruk-teach-back/>
- Norsk senter for forskningsdata. (2019). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra (11.05.20): <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:
<https://www.nsf.no/Content/2182990/seeefile>
- Nortvedt, P. (2017). *Omtanke - En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Parnell, T. A., Stichler, J. F., Barton, A. J., Loan, L. A., Boyle, D. K., & Allen, P. E. (2019). A concept analysis of health literacy. *Nursing forum* 54(3), 315-327.
<https://doi.org/10.1111/nuf.12331>
- 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>

- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L. C., & Carlsson, E. (2017). Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 674-686.
DOI: [10.1111/scs.12378](https://doi.org/10.1111/scs.12378)
- Pettersson, M. E., Öhlén, J., Friberg, F., Hydén, L. C., Wallengren, C., Sarenmalm, E. K., & Carlsson, E. (2018). Prepared for surgery—Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. *Journal of clinical nursing*, 27(13-14), 2904-2916.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14312>
- Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G., & Almås, H. (2017). Sykepleie ved brystkreft. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (red.), *Klinisk Sykepleie 2* (5. utg., s. 437-451). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sørli, T. & Bergvik, S. (2017). Pasientinformasjon i sykehus - med særlig vekt på ivaretagelse av engstelige og bekymrede pasienter. I B. Christiansen (red.), *Helseveiledning* (1. utg., s. 78-107). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tariman, J. D., Doorenbos, A., Schepp, K. G., Singhal, S., & Berry, D. L. (2014). Information needs priorities in patients diagnosed with cancer: a systematic review. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 5(2), 115-122. DOI:10.6004/jadpro.2014.5.2.10
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tholens, B. (2011, 03. mars). Smartprisen 2011 er klar. *Sykepleien Nyheter*.
Hentet fra (20.05.20): <https://sykepleien.no/2011/03/smartprisen-2010-er-klar>

Wittenberg, E., Ferrell, B., Kanter, E., & Buller, H. (2018). Health literacy: exploring nursing challenges to providing support and understanding. *Clinical journal of oncology nursing*, 22(1), 53-61. DOI: 10.1188/18.CJON.53-61

VEDLEGG

Vedlegg 1: Oversikt over søk fra manuelle søk.

Artikler i teori, funn og diskusjon som ikke er funnet gjennom systematisk søk i databaser

Database/tidsskrift	Søkeord / måte funnet	Artikkel	Type
Pyramidesøket (Helsebiblioteket)	Communication	Gilligan et al. (2019)	Retningslinje (systematic review + konsensus)
Sykepleien	Preoperativ informasjon	Bratlie & Fredriksen (2019)	Fagutvikling
Sykepleien	Health Literacy	Jenum & Pettersen (2014)	Fagutvikling
Google Scholar	Health literacy cancer	Koay et al. (2012)	Oversiktsartikkel
Google Scholar	Information needs cancer	Tariman et al. (2014)	Systematisk oversiktsartikkel
PubMed	Funnet i listen over studier relatert til Pettersson et al. (2017)	Pettersson et al. (2018)	Kvalitativ enkeltstudie
PubMed	“Cancer communication”	Adamson et al. (2019)	Kvalitativ enkeltstudie

Vedlegg 2: Oversikt over søk i Cinahl.

Avgrensning: Research article, Peer reviewed, 2012-2020. Geographic subset: Australia & New Zealand, Canada, Continental Europe, Europe, UK & Ireland, USA. Language: Danish, English, Norwegian, Swedish.

Anførselstegn brukes for å vise eksakt frase, parentes for å vise ord som kombineres med OR.

TX betyr fritekst.

Dato	Søk nr.	Søkeord	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
29.04.20	1	(Cancer patients) AND (“TX Preoperative information” OR preoperative education OR health literacy)	53	11	4	Gabrielsen & Nord (2012), Pettersson et al. (2017), Wittenberg et al. (2018)
08.05.20	2	(nurse-patient relations) AND (“TX knowledge retention”) AND (communication+)	3	1	1	
08.05.20	3	(“TX knowledge retention”) AND (preoperative education) <i>Uten avgrensning</i>	12	1	0	
08.05.20	4	(cancer patients OR health literacy) AND (nurse-patient relations) AND (communication+ OR preoperative education)	57	7	2	Wittenberg et al. (2018); Pettersson et al. (2017)
16.05.20	5	(preoperative education OR preoperative period+ OR preoperative care+ OR preoperative information) AND (health literacy) <i>Uten avgrensning</i>	14	4	0	
16.05.20	6	(surgical patients) OR (health literacy) <i>Uten avgrensning</i>	7	0	0	
16.05.20	7	(cancer patients) OR (health literacy)	11	0	0	

Vedlegg 3: Oversikt over søk i Medline.

mp. - nøkkelord, nu - nursing,

Dato	Søk nr.	Søkeord	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
06.05.20	1	(neoplasms) AND (preoperative care OR patient education as topic OR “preoperative information”.mp. OR health literacy) <i>Avgrensning: Nursing journal, 2012-2020</i>	176	11	2	Wittenberg et al (2018)
06.05.20	1	(neoplasms) AND (preoperative care OR patient education as topic OR “preoperative information”.mp.) AND (health literacy) <i>Avgrensning: Nursing journal, 2012-2020</i>	18	3	1	
08.05.20	2	(Health Literacy/) AND (neoplasms/nu)	7	1	0	
08.05.20	3	(Health Literacy/) AND (“Surgical patients”.mp)	10	3	0	

Vedlegg 4: Oversikt over søk i Epistemonikos

Begrensninger: publisert fra 2012-2020

Anførselstegn brukes for å vise eksakt frase, parentes for å vise ord som kombineres med OR.

Dato	Søk nr.	Søkeord	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
24.03.20	1	“Preoperative information”	9	1		
25.03.20	2	(nurse OR nurses OR nursing) AND (communication) AND (health literacy)	5	1	1	Parnell et al. (2019)
25.03.20	3*	(information) AND (nurse OR nurses OR nursing) AND (surgery OR operation)	71	3	0	
25.03.20	4	(“information needs”) AND (nurse OR nursing OR nurses)	18	3	0	
26.03.20	5*	(communication OR communicating) AND (nurse OR nurses OR nursing) AND (cancer OR oncology)	59	4	1	Gilligan et al. (2017)
29.03.20	6	(cancer OR oncology) AND (“preoperative education” OR “preoperative information”)	4	1	1	
07.05.20	7	(cancer OR oncology) AND (“preoperative education” OR “preoperative information” OR “health literacy”)	52	4	1	

*Søket ga i utgangspunktet mange treff, og ble videre begrenset med NOT child OR children OR paediatric OR pediatric.

Vedlegg 5: Litteratormatrise.

Forfatter/Publikasjon/Land	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg/populasjon	Hovedfunn	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser
<p>Petterson et al. (2017)</p> <p><i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> 31(4), 674-686</p> <p>Sverige</p>	<p>Topics and structure in preoperative nursing consultations with patients undergoing colorectal cancer surgery</p>	<p>Å beskrive tema, struktur og dokumentasjon i preoperative sykepleierkonsultasjoner med pasienter som skulle gjennomgå colorektal kirurgi</p>	<p>Analyse av lydopptak fra preoperative konsultasjoner mellom sykepleiere og pasienter på et svensk universitetssykehus.</p> <p>Strukturen på konsultasjonene ble beskrevet med fraser, og teksten ble analysert med innholdsanalyse.</p>	<p>Tre kvinner og fire menn;</p> <p>Alder: 44-84, median: 66 år .</p>	<p>Struktur og tema varierer, og agenda for konsultasjonen blir ikke kommunisert til pasienten</p> <p>Bruk av lukkede spørsmål i stedet for åpne spørsmål kan hindre utviklingen av samtalen</p>	<p>Kvalitetsvurdert med sjekklister fra Helsebiblioteket</p>	<p>Studien er godkjent av "the Regional Ethical Review Board" ved Goteborg Universitet.</p>

<p>Gabrielsen & Nord (2012)</p> <p><i>Nordisk Sygeplejeforskning</i> 2(1), 15-28</p> <p>Norge</p>	<p>Kreftpasienter erfaringer med preoperativ informasjon</p>	<p>Beskrive en gruppe kreftpasienters erfaring om hendelser i tidlig preoperativ fase</p>	<p>Kvalitativ (Intervju)</p>	<p>9 pasienter. 4 kvinner og 5 menn, snittalder 65 år</p>	<p>Mye informasjon før operasjonen, men lite som handlet om hva de kunne forvente seg når de våknet</p>	<p>Kvalitetsvurdert med sjekklister fra helsebiblioteket.</p>	<p>Vurdert av regional komité for medisinsk forskningsetikk, meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), samt til sykehusets personvernombud</p>
<p>Pettersen et al. (2018)</p> <p>Sverige.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i> 27(13-14), 2904-2916</p>	<p>Prepared for surgery – Communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for</p>	<p>Beskrive preoperative konsultasjoner med pasienter som skulle gjennomgå kirurgi for colorektal kreft, etter personsentret intervensjon for sykepleierne</p>	<p>Konsultasjoner på tre ulike sykehus ble analysert.</p> <p>kvantitativ med henblikk på struktur: ord, tid, fase, spørsmål, "discursive space", og kvalitativ med henblikk på tema og</p>	<p>18 pasienter 12 menn og 6 kvinner</p> <p>År: 63-86 Snittalder: 72</p>	<p>Kommunikasjon småten påvirker hvordan samtalen utvikler seg</p> <p>To ulike måter å kommunisere: snakke til pasienten og snakke med pasienten.</p> <p>Alle konsultasjonene</p>	<p>Kvalitetsvurdert med sjekklister fra helsebiblioteket.</p>	<p>Studien ble godkjent av Regional Ethical Review Board i Goteborg.</p>

	colorectal cancer after a person-centred intervention		hvordan pasientsentrert kommunikasjon ble fremhevet i konsultasjonen		begynte med en innledning. Bruk av åpne spørsmål inviterte pasienten til å bli en del av samtalen, og flere vanskelige tema ble tatt opp.		
Wittenberg et al. (2018) USA. <i>Clinical journal of oncology nursing, 22(1), 53-61</i>	Health Literacy: Exploring Nursing Challenges to Providing Support and Understanding	Hensikten med denne studie er til å undersøke sykepleieres kommunikasjon og pasienters helseforståelse.	Spørreundersøkelse, transkribering, og innholdsanalyse	72 onkologiske sykepleiere	Flertallet av sykepleiere rapporterte vanskeligheter med å kommunisere med pasienter som ikke hadde engelsk som morsmål. Sykepleiere er mindre komfortabel med å identifisere pasienter med lav helsekompetans	Kvalitetesvurdert med sjekklister fra helsebiblioteket	“The survey was determined to be exempt under the institutional review board at the supporting institution” Ikke utført på pasienter

					<p>e, og vurdering av pasientens helsekompetanse.</p> <p>Dersom sykepleierne måtte oppklare legens sjargong, eller kroppsspråket til pasientene indikerte misforståelse, eller dersom sykepleierne innså at de hadde brukt ord pasienten ikke forstod, ble det tolket som et tegn på lavere helsekompetanse.</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--