

Hvordan kan sykepleier styrke  
egenomsorgskapasiteten i postoperativ fase?



*Bacheloroppgave i sykepleie*

*11SYKHEL*

*Kandidatnummer: 1016*

*Antall ord: 9271*

*Dato for innlevering: 13.mars 2014 kl 10.00*

# Sammendrag

**Tittel:** Hvordan kan sykepleier styrke egenomsorgskapiteten i postoperativ fase?

**Formål:** Belyse hvordan sykepleier kan styrke pasientens egenomsorgskapitet i postoperativ fase siden dette er viktig for pasientens rekonvalesens.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier styrke egenomsorgskapiteten i postoperativ fase?

**Metode:** Litteraturstudium

**Sammendrag/Resultat:** For å styrke pasientens egenomsorgkapasitet er det viktig å ha fokus på pasientens evner og ressurser og legge til rette for at pasienten i den grad det er mulig bruker disse. Lindring av postoperative utfordringer som smerte, kvalme og immobilitet er også viktig.

Pasientene har hatt kirurgi, og i tillegg en alvorlig kreftdiagnose. Dette kan også føre med seg psykiske belastninger og krisereaksjoner som sykepleier bør ha kunnskap om.

# Innholdsliste

Sammendrag.....	2
1 Innledning.....	4
1.1 Begrunnelse for valg av oppgave.....	4
1.2 Presentasjon av tema.....	4
1.3 Problemstilling.....	5
1.4 Begreper.....	5
1.5 Avgrensning av tema og problemstilling.....	6
1.6 Oppgavens oppbygging.....	7
2 Teori.....	7
2.1 Cancer coli.....	7
2.1.1 Behandling.....	8
2.1.2 «Enhanced recovery after surgeryfast» (ERAS).....	8
2.1.3 Pre- og postoperativ informasjon.....	9
2.1.4 Postoperative utfordringer.....	9
2.2 Egenomsorg i lys av Orem.....	11
2.3 Sykepleiers funksjon.....	14
2.4 Relasjon mellom sykepleier og pasient.....	14
2.5 Kriseteori og troen på mestring.....	15
2.5.1 Krisereaksjoner.....	15
2.5.2 Troen på egen mestring - Self-efficacy.....	16
3 Metode.....	17
3.1 Litteraturstudium.....	17
3.2 Søkekriterier.....	17
3.3 Søkeord.....	17
3.4 Søkehistorikk.....	18
3.5 Kildekritikk.....	20
4 Funn.....	21
5 Drøfting.....	25
5.1 Krisereaksjonene og kreftdiagnose.....	25
5.2 Pre- og postoperativ informasjon.....	26
5.3 Postoperative utfordringer.....	27
5.4 Relasjon mellom sykepleier og pasient.....	29
5.5 Egenomsorgskapasitet og troen på egen mestring.....	29
6 Konklusjon.....	31
7 Kilder.....	32

# 1 Innledning

## 1.1 Begrunnelse for valg av oppgave

Gjennom praksis og ekstrajobb ved siden av studiene på en gastrokirurgisk post, har jeg møtt flere nyopererte pasienter med cancer coli. Jeg synes det er utfordrende å møte denne pasientgruppen da situasjonen deres er kompleks. De har som regel fått kreftdiagnosen kort tid før operasjonen i tillegg til at de har vært igjennom en omfattende operasjon. En del av pasientene har fulgt *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) og skal under oppholdet på posten følge fastsatte retningslinjer for en raskere rekonvalesens postoperativt. Ut i fra retningslinjene er det formulert en sjekklister som sykepleier og pasient skal krysse av sammen hver dag. Jeg har hatt svært ulike opplevelser med ERAS-pasienter. Enkelte har vært opptatt med å «slå» målsetningene og skrive seg ut før tiden for så å bli re-innlagt dagen etter. Andre har ikke villet se sjekklisten fordi de mente opplegget bare var mas. Jeg har valgt å se nærmere på ERAS-pasienter med cancer coli fordi jeg ønsker å lære mer om hvordan man kan møte pasientgruppen og legge til rette for egenomsorg i det postoperative forløpet.

## 1.2 Presentasjon av tema

Tykkarmskreft er den hyppigste kreftform i Norge etter brystkreft hos kvinner og prostatakreft hos menn. 3861 personer fikk påvist diagnosen i 2011 i følge tall hentet fra Kreftregisteret (Simonsen 2014). Sykdommen rammer sjelden mennesker under 40 år (Paulsen 2011:267). I Norge har det vært økende forekomst av tarmkreft de siste 50-årene sammenlignet med andre land i Norden (Simonsen 2014). Kreftformen blir påvist ved koloskopi (Paulsen 2011:267). Kirurgi er kurativ behandling for tykkarmskreft (ibid). I 2001 gikk flere universitet og spesialinstitusjoner innen kirurgi i Europa sammen og laget et program med retningslinjer for raskere rekonvalesens, ERAS, Enhanced Recovery After Surgery (Fearon m.fl. 2005). Helsedirektoratet anbefaler ERAS-retningslinjene i samband med kirurgisk behandling av cancer coli (Voen m.fl. 2013). For å klare å følge et ERAS-regime må pasienten ha ressurser til egenomsorg.

Dorthea Orem skriver i «*Nursing – Concepts of Practice*» (1995) om grunnleggende begreper i sin teori om egenomsorg og sykepleiesystem. I teorien om egenomsorg presenterer hun åtte universelle egenomsorgsbehov for å sikre egenomsorg (Orem 1995:191). Egenomsorgsbehovene er satt opp i

punkter og de tre første tar for seg behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft, vann og mat. Punkt fire og fem er knyttet til eliminasjon og utskillelse av avfallsstoffer og behov for å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile. Balanse mellom å være sosial og tilbringe tid alene omtales i punkt seks. Punkt syv tar for seg forebygging av farer for menneskelig liv, funksjon og velvære. Det siste punktet handler om å fremme menneskelig funksjon og utvikling innenfor sosiale grupper i samsvar med menneskets potensiale og kjente begrensninger og ønske om å være normal (Orem 1995:191). I oppgaven er det fokusert på tre av disse behovene i den postoperative fasen - smerte, kvalme og aktivitet - og hvordan disse påvirker ERAS retningslinjene. Smerte og kvalme kommer under punkt syv og aktivitet kommer under punkt fem. Videre er Orems teori om sykepleiesystem brukt for å illustrere hvordan sykepleier kan styrke pasientens egenomsorgskapasitet i det postoperative forløpet.

### **1.3 Problemstilling**

*Hvordan kan sykepleier styrke pasientens egenomsorgskapasitet i den postoperativ fase?*

Problemstillingen tar utgangspunkt i pasienter med cancer coli som følger ERAS-regimet og som er tidligere fysisk og psykisk funksjonsfriske.

### **1.4 Begreper**

*Sykepleie:* Baseres på å ivareta menneskers grunnleggende behov når de ikke er istand til ta vare på seg selv (Orem 1995:3). Målet med sykepleie er å hjelpe pasientene til økt egenomsorg i den grad det er mulig (Orem 1995:69).

*Styrke:* I denne oppgaven betyr styrke det samme som å øke graden av noe, gjøre noe sterkere (Språkrådet og UIO 2014).

*Egenomsorg:* Er hentet fra Orems begrep «self-care». Direkte oversatt blir dette omsorg for seg selv. Biermann (1996) skriver at Orem definerer begrepet slik «*de aktiviteter individet tar initiativ til å utføre på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære*».

*Egenomsorgskapasitet:* Egenomsorgskapasitet er definert som evnen til å opprettholde egenomsorgen (Kirkevold 1992:132).

*Nyopererte:* Pasienter som nylig har gjennomgått et kirurgisk inngrep og som er innlagt på sykehus.

*Enhanced recovery after surgery (ERAS):* ERAS står for enhanced recovery after surgery (Fearon m.fl. 2005). Akselerert kirurgi og fast-track kirurgi er også begreper som brukes (Kehlet 2001). Helsedirektoratet bruker ERAS som begrep i nasjonale retningslinjer for cancer coli. Derfor blir dette begrepet brukt i oppgaven.

*Postoperativ fase:* Perioden etter det kirurgiske inngrepet til pasienten reiser hjem fra sykehuset (Berntsen m.fl. 2011:307, Holm og Kummeneje 2009:15).

I arbeidet med Orems teori har jeg brukt oversettelsene av begrepene hentet fra «Sykepleieteorier – analyse og evaluering» (Kirkevold 1998), «Kompendium om Orems egenomsorgsteori» (Biermann 1996) og «Grunnleggende sykepleie – bind 1 av 3» (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011). Kirkevold har oversatt Orem sitt begrepet *self-care requisites* til egenomsorgskrav (Kirkevold 198:132). Kristoffersen (2011:230) og Biermann (1996:11) har oversatt begrepet til egenomsorgsbehov. I oppgaven er egenomsorgsbehov brukt som begrep da det gjorde det lettere å forstå sammenhengen i Orems teorier.

## **1.5 Avgrensning av tema og problemstilling**

Tykkntarmskreft omhandler også kreft i endetarmen, cancer recti. I denne oppgaven er det fokusert på kreft i colon, cancer coli. Pasienter som blir operert for cancer coli kan få utlagt tarm, stomi. I denne oppgaven er det fokus på pasienter hvor tarmen sys sammen etter at tumoren er fjernet. Cancer coli rammer flest eldre og det er i oppgaven tatt utgangspunkt i funksjonsfriske mennesker fra 60 år og oppover. Den postoperative fasen er begrenset til pasientopphold på sengepost. Perioden hvor pasienten ligger på oppvåkning rett etter operasjonen er ikke tatt med. ERAS-rutinen som er brukt i oppgaven er hentet fra et sykehus som praktiserer regimet ved kirurgisk behandling av pasienter med cancer coli.

## **1.6 Oppgavens oppbygging**

Oppgavens første del tar for seg teori og er delt i fire: Teori om cancer coli, Orems teori om egenomsorg, krisereaksjoner og troen på egen mestring. I metodedelen blir fremgangsmåten for innhenting av litteratur og forskningen til oppgaven forklart. Neste del er funn, hvor artiklene presenteres. I drøftingsdelen drøftes funn opp mot teoridelen. Til slutt blir konklusjonen presentert.

## **2 Teori**

### **2.1 Cancer coli**

Cancer coli er kreft i tykktarmen (Larsen 2010:469). Cancerformen utvikler seg som regel fra polypper i tarmens slimhinne og kalles adenomkarsinom (Paulsen 2011:267).

Tykkertarmen består av tre deler; den oppadstigende tykktarm *colon ascendens*, den tverrgående tykktarm *colon transversum* og den nedadstigende tykktarm *colon descendes*. Blindtarmen *cæcum* og blindtarmensvedhenget *appendiks vermiformis* er også en del av tykktarmen (Sand mfl. 2011:417). *Colon sigmoideum* er siste del av av tykktarmen og ligger nederst i bukhulen. Her går colon over i rectum (Wyller 2007:21).

Forekomsten av cancer coli stiger ved mange polypper i colon, økende alder og når polyppene befinner seg i høyre del av colon (Tveit 2012:241). Det kan ta 5 til 15 år eller mer fra en polypp oppstår til det utvikles cancer coli. Personer under 50 år får sjelden cancer coli (ibid). Høyt inntak av fett, rødt kjøtt og fiberfattig kost kan øke risikoen for sykdommen. Det samme gjelder for inaktivitet og abdominal fedme (ibid). Inflammatoriske tarmsykdommer som ulcerøs kolitt og Crohns sykdom kan gi økt risiko for å få cancer coli. Det finnes også flere ulike arvelige syndromer som kan disponere for sykdommen (ibid).

Symptomene på cancer coli er forskjellige alt etter hvor i colon tumoren befinner seg. Ved tumor i colon ascendes er vanlige symptomer slapphet, anemi, smerte og ømhet. Man kan ofte kjenne tumoren når pasientens mage undersøkes (ibid). Obstipasjon, diare og kolikksmerter er

fremtredende symptomer ved tumor i transversum og descendens. Ved noen tilfeller kan også tumoren føre til mekanisk ileus (Paulsen 2011:270). Tumoren kan hindre passasje i colon og det kan bli full eller delvis stopp, subileus (ibid). For noen kan ileus være første symptom på cancer coli (ibid). Hvis tumoren er plassert i sigmoideum går flere av symptomene nevnt ovenfor igjen, i tillegg til rektalblødning og slim i avføringen (Tveit 2012:241). I noen tilfeller er pasienten symptomfri, eller symptomene dukker først opp når det påvises metastaser i andre organer (ibid).

### **2.1.1 Behandling**

Kurativ behandling for cancer coli er kirurgi (Paulsen 2011:267). Hvis canceren har spredd seg og er uhelbredelig, er målet med kirurgi å hindre komplikasjoner som mekanisk ileus og å være livsforlegende (ibid). Inngrepet ved cancer coli kalles for colonreseksjon; man fjerner hele eller deler av tykktarmen (Skjerven og Krohn-Hansen 2013). Kirurgien kan utføres lapraskopisk (kikkhullskirugi) eller lapratomisk, hvor bukhulen åpnes (ibid).

### **2.1.2 «Enhanced recovery after surgeryfast» (ERAS)**

Ved traume reagerer kroppen med en stressreaksjon. Flere ulike prosesser i kroppen settes i gang. Inflammatoriske, metabolske og endokrine forandringer skjer i kroppen (Kehlet 1997). Dette fører til større belastning på vitale organer (ibid). Eksempler er smertereaksjoner, nedsatt lungefunksjon, koagulasjonsforstyrrelser og økt krav til kroppens kardiovaskulære system (Holm og Kummeneje 2009:20). Dette skjer også ved kirurgi og kalles kirurgisk stressrespons (ibid). Ved kirurgi er stressresponsen en ulempe som kan føre til postoperative komplikasjoner og et forlenget postoperativt forløp (Kehlet 1997).

ERAS står for Enhanced Recovery After Surgery (Varadhan m.fl. 2010). Akselerert pasientforløp brukes ved planlagte kirurgiske inngrep (Wilmore og Kehlet 2001). Målet er å redusere kroppens stressrespons og dermed redusere pasientens rekonvalesenstid og forkorte innleggelsen på sykehus (ibid). Hovedfokus med akselerert pasientforløp er grundig informasjon preoperativt, optimal smertelindring, tidlig mobilisering og oral ernæring postoperativt (ibid). Epidural smertelindring (EDA) brukes frem til andre postoperative dag (Skjerven og Krohn-Hansen 2013). Det vil si at det settes inn et tynt plastkateter i epiduralrommet mellom ryggvirvlene (Nakstad 2011:571). Anestesimidlet virker som en nerveblokkade i området hvor kirurgien har foregått (ibid).



Bivirkninger ved bruk av epidural smertelindring er svimmelhet og ubehag (ibid). Pasienten får også Paracetamol tre til fire ganger i døgnet (Skjerven og Krohn-Hansen 2013). Opioider bør brukes minst mulig da dette kan gi obstipasjon og virke sederende (Kehlet og Dahl 2003). Ved seponering av epidural går pasienten over på Targiniq (Skjerven og Krohn-Hansen 2013). Dette er et opioid som inneholder et virkestoff som forhindrer obstipasjon (Felleskatalogen 2014).

Det finnes en standardisert plan for hver postoperative dag som fokuserer på mobilisering og ernæring. Planen viser målsetningen dag for dag (Kehlet 2008). Her er et eksempel på målsetning fra ERAS retningslinjer første postoperative dag etter colonreseksjon, hentet fra et lokalt sykehus med lokal og regional funksjon: Spiser til hvert måltid, drikker to til fire næringsdrikker, oppholder seg seks timer ute av sengen, spiser måltider på stuen og går to runder i korridoren (Skjerven og Krohn-Hansen 2013).

### **2.1.3 Pre- og postoperativ informasjon**

Det er viktig at pasienten mottar tydelig informasjon om hva som er i vente, både pre- og postoperativt (Berntzen m.fl. 2011:283). Før kirurgiske inngrep kan pasienter være engstelige og bekymret for anestesen, selve inngrepet, grunnsykdommen, utfallet og tiden etter operasjonen (Kehlet 2001). Å være innlagt på sykehus setter pasienten i en ny rolle med ukjente omgivelser og mennesker i tillegg til endrede muligheter til å dekke sine egne behov (Kristoffersen 2011:173). Informasjon kan redusere både angst, stress og smerter for pasienten postoperativt (Kehlet 2001). Det er også med på øke pasientens tilfredshet og kan føre til økt deltagelse fra pasienten i det postoperative forløpet (Berntzen 2011:283).

### **2.1.4 Postoperative utfordringer**

Postoperative utfordringer kan gi komplikasjoner som kan forlenge det postoperative forløpet (Holm og Kummeneje 2009:211). De fører til ekstra belastning for pasientene og for noen kan de føre til varige skader og død (ibid). Komplikasjonene oppstår som følge av det kirurgiske inngrepet, smerte, kvalme og immobilitet (Berntzen m.fl. 2011:308).

#### **Smerte**

Smerte er en subjektiv opplevelse (Holm og Kummeneje 2009:68). Både tidligere erfaringer, kultur, angst, diagnose, alder og prognose påvirker opplevelse av smerte (ibid). Det finnes ulike typer

smerte (Sand m.fl. 2011:152). Nociseptiv, nevropatisk, idiopatisk og psykogene er alle former for smerte (ibid). Nocispetiv smerte kan deles i somatisk nociseptisk smerte og visceral nociseptiv smerte (Sand m.fl. 2011:153). Postoperative smerter er relatert til nociseptiv somatisk smerte ved at det oppstår et vevstraume når hud skjæres i (Nakstad 2011:576). Visceral nocisptiv smerte er smerte fra indre organer (Sand m.fl. 2011:153). Å leve med en kreftdiagnose kan være en stor påkjenning og kan gi psykiske lidelser som angst og depresjon (Bjørge 2010:1999). Dette kan føre til psykogen smerte (ibid).

Målet etter kirurgi er å gjenopprette organfunksjon så snart som mulig (Kehlet og Dahl 2003). For å oppnå dette må pasienten mobiliseres og få i seg næring oralt (ibid). På bakgrunn av dette er optimal smertelindring viktig (Holm og Kummeneje 2009:67).

For å registrere pasientens smerter og virkning av smertestillende kan ulike skalaer brukes (Berntsen m.fl. 2011:313). Et eksempel er numerisk skala, NRS (Skjerven og Krohn-Hansen 2013, Holm og Kummeneje 2009:73). Skalaen går fra 1 til 10 hvor 10 er verst tenkelige smerte (Holm og Kummeneje 2009:73). Målet er at pasienten skal ligge stabilt på NRS 3 eller lavere (Skjerven og Krohn-Hansen 2013, Holm og Kummeneje 2009:72). Optimal smertelindring fremmer mobilisering postoperativt, og er derfor viktig med tanke på forebygging av komplikasjoner og styrke rekonvalesensen (Kehlet og Dahl 2003).

## **Kvalme**

Kvalme er en ubehagelig følelse som gir ønske om å kaste opp (Bjørge 2010:186). Følelsen setter i gang en autoimmun respons som gir kaldsvette og blek hud (ibid). Dette kan føre til brekning, en rytmisk muskelsammentrekning i mellomgulvet og buken (ibid). Brekning kan utløse oppkast ved at den kraftige muskelsammentrekningen støter ut ventrikkelinholdet ut gjennom munnen (Stubberud og Nilsen 2011:432).

Postoperativ kvalme og brekninger er svært vanlig etter anestesi og kirurgi i abdomen (Holm og Kummeneje 2009:93). Dette er en belastning for pasienten, og kan føre til komplikasjoner som dehydrering, sårruptur, aspirasjonspneumoni og utilstrekkelig ernæringsinntak (ibid). Det fører også til nedsatt egenomsorg (Holm og Kummeneje 2009:94). Kvinner, ikke-røykende, smerte, angst, og

plager med reisesyke er faktorer som kan disponere for postoperativ kvalme og brekninger (Berntsen m.fl. 2011:313). Sensorisk stimuli som lukt og lyd kan også utløse kvalme (Holm og Kummeneje 2009:93).

### **Immobilitet**

Å være immobil betyr å være ubevegelig (Nylenna 2009). Immobilitet i postoperativ fase betyr at pasienten kun holder sengen (Kehlet 2001). Ved immobilitet øker faren for pneumoni fordi lungekapasiteten reduseres. Sirkulasjonen reduseres og risiko for trombose øker. Sårtilhelingen kan også reduseres. Fare for obstipasjon øker ved immobilitet fordi tarmperistaltikken etter kirurgi blir nedsatt, og det oppstår en ileustilstand i colon (Berntsen m.fl. 2011:314). Det kan ta opptil tre døgn før peristaltikken fungerer som normalt (Holm og Kummeneje 2009:193). For å forebygge obstipasjon får pasienten lakserende middel, for eksempel laktulose (ibid). Det viktigste tiltaket er mobilisering i tillegg til rikelig væskeinntak (Berntsen m.fl. 2011:314). Mobilisering fremmer også luftavgang som er viktig for å få magen i gang etter inngrepet (Holm og Kummeneje 2009:129). Immobilitet kan gi tap av muskelmasse som kan gjøre rekonvalesens tyngre for pasienten (Kehlet 2001). Eldre er mer utsatt for muskelsvinn enn yngre pasienter (Holm og Kummeneje 2009:128).

## **2.2 Egenomsorg i lys av Orem**

Orem skriver at sykepleiens mål er å hjelpe pasienter til egenomsorg i den grad det er mulig (1995:104). Hun definerer egenomsorg som *«utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære»* (Kirkevold 1998:129). Ved å ha egenomsorg klarer man seg på egenhånd og det er ikke behov for sykepleie (Orem 1995:104). Individet utfører handlinger for å opprettholde sin egenomsorg (ibid).

I Orems teori om egenomsorg er terapeutisk egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet, i tillegg til egenomsorg, sentrale begreper (Kirkevold 1998:129).

### **Egenomsorgsbehov**

Egenomsorgsbehov dekkes gjennom handlinger som utføres for å regulere menneskets funksjon og utvikling (Kirkevold 1992:130). Handlingene blir i denne sammenheng egenomsorg.

Egenomsorgsbehov deles inn i tre kategorier: De universelle, de utviklingsrelaterte og de

helseavvikrelaterte egenomsorgsbehov (Orem 1995:191).

De universelle tar for seg handlinger mennesket må utføre for å sikre helse og velvære (Orem 1995:192). Dette er likt for alle mennesker. De universelle egenomsorgsbehovene er organisert i åtte punkter og dekker menneskets viktigste behov innenfor det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige (Orem 1995:191). De er formulert som mål:

- 1. opprettholdelsen av tilstrekkelig inntak av luft*
- 2. opprettholdelsen av tilstrekkelig inntak av vann*
- 3. opprettholdelsen av tilstrekkelig inntak av mat*
- 4. mulighet til å kvitte seg med kroppes avfallstoffer*
- 5. opprettholdelsen av balansen mellom aktivitet og hvile*
- 6. opprettholdelsen av balansen mellom å være sosial og tilbringe tid alene*
- 7. forebygge trusler mot funksjon, velvære og liv*
- 8. fremme menneskets utvikling og funksjon i sosiale sammenhenger i tråd med menneskets begrensninger, ressurser og ønske om å være normal (Orem 1995:191)*

Behovene påvirker hverandre (Orem 1995:192). Mangel eller svikt i ett behov kan få konsekvenser for andre behov (ibid).

Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov er knyttet til utviklingen mennesket går igjennom i livet og at bestemte forhold fremmer utviklingen (Orem 1995:196). Behovene følger alder og spesielle hendelser gjennom livet (ibid). Hvert individ utvikler seg forskjellig (Orem 1995:197). Ressurser og muligheter for mennesket varierer innenfor ulike familier, miljø og lokalsamfunn man tilhører (ibid).

Svikt i normal funksjon og sykdom hører til helseavvikrelaterte egenomsorgsbehov (Orem 1995:200). Det vil kreve handling for å ivareta egenomsorgen i henhold til de universelle egenomsorgsbehovene (Orem 1995:201).

## **Terapeutiske egenomsorgskrav**

Terapeutiske egenomsorgskrav er definert som summen av handlinger som må utføres for å opprettholde eller gjenopprette helse og velvære (Orem 1995:187). Handlingene må utføres innen en viss tid, og oppfylle egenomsorgsbehovene innenfor de universelle, de utviklingrelaterte og helseavvikrelaterte behovene (ibid). Alle mennesker har terapeutiske egenomsorgskrav og de kartlegges ved å identifisere eksisterende egenomsorgsbehov, forholdet mellom de ulike egenomsorgsbehovene, de ulike elementene som påvirker behovene, eksempelvis alder og kjønn, og metoder og handlinger som må til for å nå behovene eller kravene (Kirkevold 1998:131).

## **Egenomsorgskapasitet**

Egenomsorgskapasitet er definert som evnen til å opprettholde egenomsorgen (Orem 1995:212). Den varierer etter menneskets ressurser, kunnskaper, utdanning, livserfaring, alder og helsetilstand (Kirkevold 1998:132). Egenomsorgskapasitet innebærer motivasjon, kunnskaper, praktiske og mentale evner for å forstå når det er behov for egenomsorg, og å planlegge hva som må til for å sikre egenomsorgen (ibid). Når det er balanse mellom egenomsorgskapasitet og egenomsorgsbehov er det ikke behov for sykepleie (Kristoffersen 2011a:235). I den postoperative fasen jobber sykepleier for å skape balanse mellom disse to elementene.

## **Egenomsorgssvikt**

Egenomsorgssvikt oppstår når et menneskes egenomsorgskapasitet er mindre enn det terapeutiske egenomsorgskravet (Orem 1995:240). Personen klarer ikke å ivareta sin egenomsorg som oppfyller egenomsorgsbehovene (Kirkevold 1998:132). Svikten kan være delvis eller total (ibid). Ved total svikt har personen ikke evne til å møte de terapeutiske egenomsorgskravene (ibid). Delvis svikt vil si at personen har redusert evne til å utføre handlinger for å balansere forholdet mellom egenomsorgskapasitet og terapeutiske egenomsorgskrav (ibid).

## **Sykepleiersystem**

Orem har også laget en teori om et sykepleiersystem som tar for seg begrepene sykepleiekapasitet, hjelpemetoder og sykepleiersystemer (Kirkevold 1998:133). Sykepleiekapasitet handler om egenskaper, evner, holdninger og kunnskap en trenger for å gi sykepleie (Orem 1995:247). For å yte sykepleie skriver Orem at det finnes fem generelle hjelpemetoder:

- *Å handle for eller gjøre for en annen,*
- *Å rettlede en annen,*
- *Å støtte en annen (fysisk eller psykisk),*
- *Å sørge for et utviklende miljø og*
- *Å undervise en annen (Kirkevold 1998:134).*

Sykepleiesystemer omhandler interaksjon mellom pasient og sykepleier, og hvilken rolle sykepleier har når det gis sykepleie (Orem 1995:80). Her skiller Orem mellom tre forskjellige sykepleiersystem: Helt kompenserende, delvis kompenserende, og støttende og undervisende (Orem 1995:306). For pasienter som har fått kirurgi i abdomen er delvis kompenserende og støttende sykepleiesystemer aktuelle. Ved delvis kompenserende sykepleiesystemer utføres handlinger både av pasient og sykepleier. Alle de fem hjelpemetodene tas i bruk ved delvis kompenserende sykepleiesystemer (Orem 1995:310). For støttende og undervisende sykepleiesystemer er det de tre siste hjelpemetodene som er aktuelle (ibid).

### **2.3 Sykepleiers funksjon**

I møte med kreftpasienter har sykepleier en viktig funksjon innenfor pasientenes fysiske og psykiske behov (Reitan 2010:28). Under den postoperative fasen involveres både sykepleierens forebyggende, behandlende og rehabiliterende funksjon (ibid). Hovedfokus vil være på pasientens rekonvalesens som går under den rehabiliterende funksjon (Holm og Kummeneje 2009:14). Hovedsaklig vil sykepleien gå ut på å styrke pasientens ressurser slik at funksjons- og helsenivå gjenvinnes så godt det er mulig, og på mestring av livssituasjonen (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011:19, Bredeland, Linge og Vik 2012:31). Dette er også i tråd med Orems teori om egenomsorg og sykepleiersystem (Orem 1995:191).

### **2.4 Relasjon mellom sykepleier og pasient**

Relasjon mellom sykepleier og pasient er som regel en asymmetrisk relasjon (Reitan 2010:105). Sykepleieren har kompetansen og fagkunnskapen som pasienten trenger (ibid). Forholdet til pasienten blir et hjelpeforhold (Orem 1995:9). Sykepleieren utfører handlinger på de områdene hvor pasienten ikke har evner til å oppfylle egenomsorgsbehovene (Orem 1995:240). I en relasjon til et annet menneske påvirkes sykepleier av situasjonen som personen er i. (Kristoffersen og Nortvedt 2011:84). Dette har betydning for hvordan sykepleieren forstår pasientens situasjon og preger deres

relasjon (ibid). Sykepleiehandlinger er bygget på fagkunnskap, erfaringsbasert kunnskap og empati (ibid). Sykepleiere kommer tett innpå mennesker de ikke kjenner (ibid). En relasjon etableres for å skape tillit og samhandling mellom sykepleier og pasient (ibid). En forutsetning for å lykkes med å danne en god relasjon er å kombinere forståelse og kunnskap tilpasset pasientsituasjonen (Hummellvoll 2012:38).

## **2.5 Kriseteori og troen på mestring**

### **2.5.1 Krisereaksjoner**

Alvorlig sykdom kan føre til at pasienten går inn i en krise, og det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om krisereaksjoner (Eide & Eide 2011:166). Å få en kreftdiagnose kan gi tap av sammenheng og mening (ibid). Fremtiden kan oppleves som utrygg og lite forutsigbar (ibid). Normale krisereaksjoner kan deles inn i fire faser (Eide & Eide 2011:167, Hummellvoll 2012:509): Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelses- eller reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen. Fasene kan gli inn i hverandre, men inndelingen kan være til hjelp for å forstå pasientens behov og reaksjoner (ibid).

Personer i sjokkfasen kan oppleves som rolige og uberørte (Eide & Eide 2011:176). De er ikke i stand til å ta det som har skjedd innover seg (Eide & Eide 2011:178). Enkelte kan reagere med apati eller panikk. Redusert tanke- og vurderingsevne og nedsatt kontakt med sine følelser er kjennetegn på sjokkfasen (Eide & Eide 2011:176). Behovet for omsorg og praktisk hjelp vil være stort, og evnen til å løse problemer vil være sterk redusert. Spontane reaksjoner som benektning og splitting er vanlig (Hummellvoll 2012:509).

Ved alvorlig sykdom kan reaksjonsfasen komme raskt etter sjokkfasen (Eide & Eide 2011:179). Pasienten innser at han er alvorlig syk og dette vekker reaksjoner og følelser (ibid). Å få vite at man har en alvorlig sykdom er tøft både psykisk og følelsesmessig (ibid). Tiden fra diagnosen stilles til behandlingen starter kan være belastende. Sjokk- og reaksjonsfasen kan blir forlenget hvis det går lang tid fra beskjeden om diagnose til behandling starter (ibid). Fortvilelse, bekymring for konsekvenser for fremtiden og for pårørende, samt angst for døden er vanlige reaksjoner. Slike reaksjoner kan også være overveldende (Hummellvoll 2012:509).

Bearbeidelses- eller reparasjonsfasen skjer gjerne etter sykehusoppholdet, og når pasienten er kommet hjem (Eide & Eide 2011:186). Pasienten gir gradvis opp forsvaret mot det som føles truende og ubehagelig, og de følelsesmessige reaksjonene får utløp uten at de tar overhånd (Hummelvoll 2012:509). Livssituasjonen er endret og man trenger tid til å tilpasse seg og mestre den nye tilværelsen. Noen kan føle behov for å finne ut hvorfor sykdommen rammet akkurat dem i håp om å finne mening i det som har skjedd (Eide & Eide 2011:187).

Nyorienteringsfasen innebærer at pasienten får innsikt i sin egen mestringsevne og egne ressurser (Reitan 2010:73). Men sporene etter det man har vært igjennom sitter fortsatt i. Perspektivet på livet er forandret og fokuset rettes mot det som har verdi og gir mening (Eide og Eide 2011:193).

## **2.5.2 Troen på egen mestring - Self-efficacy**

I bøker brukes begrepet self-efficacy som kan forstås som troen på egen mestring (Fagermoen og Lerdal 2011:29). Dette påvirker tanker, følelser og handlinger (Bandura 1982). En kreftdiagnose kan utfordre evnen til å tro på egen mestring (Reitan 2010:80). Opplevelse av kontroll i situasjonen og handlekraft påvirkes av mestringstro (Fagermoen og Lerdal 2011:29). Fagermoen og Lerdal (2011) siterer Bandura som i 2001 skrev at det er flere forhold som påvirker troen på mestring av en handling: Ferdigheter og kunnskap, troen på å lykkes og tidligere erfaringer med å lykkes, vanskelighetsgrad for handlingen og anstrengelsen som må til for å nå målet. Fagermoen og Lerdal (2011) siterer også Bandura på at det er tre forhold som virker inn på et menneskes tro på egen mestring: Personlighet, adferd og det ytre miljøet. De kan ses på som et samspill og påvirker hverandre gjensidig (Fagermoen og Lerdal 2011:32). Dette er med på å utvikle og styrke mestringsforventningen (ibid). Kristoffersen (2011) gjengir et kartleggingsverktøy i form av standardiserte spørsmål som kan brukes for å kartlegge menneskers tro på egen mestring. Verktøyet ble utviklet av Schwazer og Jerusalem i 1998, og skjemaet heter «General Perceived Self-efficacy Scale». Eksempel på spørsmål fra skjemaet er «Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine» og «Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner». Spørsmålene skal besvares med fire ulike svaralternativer: «Helt galt», «Nokså galt», «Nokså riktig» og «Helt riktig» (Kristoffersen 2011:216).



## **3 Metode**

Glasdam (2012:19) beskriver en metode som en fremgangsmåte for å finne kunnskap. Ut i fra oppgavens problemstilling og tidsramme ble litteraturstudium valgt som metode.

### **3.1 Litteraturstudium**

Litteraturstudium blir brukt til å vurdere kunnskap og systematisere funn. Målet er ikke å komme frem til ny forskning, men å ta utgangspunkt i eksisterende kunnskap innenfor det valgte temaet for å besvare en problemstilling (Frederiksen og Beedholm 2012:47). Det finnes flere måter å utføre et litteraturstudium på (Glasdam 2012:37). I denne oppgaven ble det gjort søk etter forskning i en database. Snøballmetoden ble også benyttet. Det betyr at relevante artiklers referanseliste brukes for å finne artikler som kan være aktuelle (Glasdam 2012:37). Det er søkt etter forskning i CINAHL. CINAHL er en database med forskning som er peer-reviewed (fagfelleurdert). Det betyr at artikkelen er bedømt av et vitenskapelig panel og dermed kvalitetsikret (Glasdam 2012:42). Jeg har også kjennskap til databasen fra før gjennom søk i forbindelse med praksisopphold og oppgaveskriving. Andre søkebasen som SweMed og PubMed ble prøvd, men ingen av søkene derfra ble tatt med i oppgaven. For å få tilgang til enkelte av artiklene ble tilgang gjennom Helsebibliotek til CINAHL brukt.

Litteraturen som er brukt i teoridelen er tidligere pensumbøker fra studiet i tillegg til selvvalgt litteratur. Den selvvalgte litteraturen går dypere inn i sykepleie til kreftpasienter, postoperativ sykepleie, sykepleie-pasient relasjon og Orems egenomsorgsteori.

### **3.2 Søkekriterier**

Som kriterier for søk i CINAHL la jeg inn tidsbegrensning på at artiklene skulle vært skrevet mellom år 2000 og 2014 slik at kun de sist publiserte artiklene ville dukke opp.

Jeg la også inn et kriterium om full tekst slik at det var mulig å finne hele artikler og ikke bare sammendrag. For å sikre artiklenes kvalitet la jeg inn et kriterium om at de skulle være fagfelleurdert.

### **3.3 Søkeord**

For å finne relevant forskning til oppgaven har jeg brukt følgende søkeord: «fast-track surgery»,

«ERAS», «colon cancer», «nursing-patient relationship», «patient participation», «postoperative nursing», «caring», «coping», «self-care», «self-care agency», «elders», health promotion», «abdominal surgery», «Orem», «Orem's theory». Søkene ble kombinert med «or» eller «and».

### 3.4 Søkehistorikk

Jeg har søkt bredt til å begynne med, og deretter snevret inn søkene ved å kombinere ulike søkeord. I flere av søkene fant jeg ingen artikler som kunne brukes for å besvare problemstillingen. Jeg har brukt mye tid på artikkelsøk og prøvd flere ulike kombinasjoner av søkeord. Problemstillingen endret seg noe under arbeidet med oppgaven og derfor er mange søkeord brukt. Ingen av søkeresultatene kunne svare direkte på problemstillingen. Jeg har derfor funnet flere artikler med ulike søkeord. Flere av funnene dukket opp med ulike søkekombinasjoner. I CINAHL ble «fast-track surgery» brukt som søkeord, med 69 treff. Ved å gå igjennom listen over søk kunne 56 av dem elimineres ut ifra overskift og abstract/sammendrag. Jeg satt igjen med 15 artikler som var relevante for oppgaven min. Etter gjennomlesing av disse ble én valgt ut til funndelen av oppgaven. Tabellen under viser søkene jeg har gjort for å finne artikler som kan besvare problemstillingen. Flere av artiklene gikk igjen i flere av søkene.

Søkeord	Database	Treff	Treff relevant for oppgaven	Treff som ble brukt i funn
«fast-track surgery»	Cinahl	69	15	1 (Norlyk og Harder)
«ERAS»	Cinahl	817	5	0
«ERAS» and «colon cancer»	Cinahl	11	4	1 (Bernard og Foss)
«patient participation» and «nurse-patient relationship»	Cinahl	119	3	1 (Sahlsten , Larsson, Sjøstrøm)
«enhanced recovery after surgery»	Cinahl	79	14	0
«Colon cancer» and «nurse-patient relationship»	Cinahl	12	0	0

«postoperative nursing»	Cinahl	159	5	0
«postoperative care» and «nurse-patient relationship»	Cinahl	23	0	0
«ERAS» or «fast-track surgery» and «caring»	Cinahl	870	8	1 (Bernard og Foss)
«ERAS» or «fast track surgery» and «coping»	Cinahl	871	7	1 (Bernard og Foss)
«self-care agency»	Cinahl	284	4	0
«self-care agency» and «postoperative»	Cinahl	12	0	0
«self-care» and «postoperative» and «abdominal surgery»	Cinahl	57	3	0
«colon cancer» and «self-care» and «postoperative»	Cinahl	304	3	0
«Orem´s theory»	Cinahl	113	3	0
Self-care agency» and «Orem»	Cinahl	88	3	1 (Zrínyi og Zékányé)
«self-care» «elders», health promotion»,	Cinahl	648	5	1 (Høy, Wagner og Hall)

Tre av artiklene som er brukt i funn er basert på kvalitativ metode. Denne metoden går i dybden, og deltageres opplevelser og meninger kommer frem (Dalland 2013:113). Forskeren får nærhet til det som undersøkes og tar sikte på å få frem forståelse, sammenheng og helhet (ibid). For å finne svar på oppgavens problemstilling var det hensiktsmessig å vektlegge artikler med kvalitative studier. I en av artiklene er kvantitativ metode brukt. Metoden går i bredden og innhenter lite data om mange undersøkelsesenheter (Dalland 2012:113). Innsamlingen av data skjer uten kontakt med deltagerne i undersøkelsen og metoden tar sikte på å formidle forklaringer (ibid). Den siste artikkelen er en

gjennomgang av eksisterende artikler hvor formålet er å samle og kartlegge det som hittil er skrevet om et tema (Fredriksen og Beedholm 2012:47). Alle artiklene er engelskspråklige.

### **3.5 Kildekritikk**

Dalland (2013) sier at tidligere erfaring med systematisk litteraturstudium som metode har innvirkning på funn i en oppgave. Hvordan man behersker metoden påvirker de funn man finner (Dalland 2013:114). Før jeg gikk i gang med oppgaven hadde jeg ingen erfaring med systematisk litteratursøk. Dette er en svakhet i oppgaven, og kan ha ført til at funn som hadde vært relevant for oppgaven har blitt oversett i utvelgelsesprosessen eller ikke blitt funnet i søkene som har blitt gjort. Hvilke søkeord som ble valgt og hvordan disse ble kombinert i søk påvirket også hvilke funn som ble gjort (Glasdam 2012:37).

I arbeidet med å oversette og forstå artiklene kan det ha oppstått feil da engelsk ikke er mitt morsmål.

En stor del av bøkene som er brukt er tidligere pensumbøker. Bøkene er utgitt i ny utgave etter 2010. Dette gjør dem oppdaterte og til pålitelige kilder. Under arbeidet gikk flere av bøkene igjen i hverandres referanselister. Dette kan enten sees på som et tegn på at litteraturen er anerkjent, eller at jeg ikke har vært grundig nok i prosessen med å finne relevant litteratur. Selvvalgt litteratur er bøker lånt på skolens bibliotek og derfor ansett som kvalitetsikret litteratur. En av de selvvalgte bøkene, Marit Kirkevold «*Sykepleieteorier – analyse og evaluering*», er skrevet i 1992. Den kom ut i 2. utgave i 1998 og er over 15 år gammel. Ideelt sett burde en nyere bok vært brukt. Orem sin bok «*Nursing – Concepts of Practice*» ble gitt ut i 1971 og har kommet ut i ny utgave seks ganger. Jeg har ikke fått tak i den sjette utgaven og har derfor brukt den femte. Den nyeste utgaven burde vært brukt (Dalland 2012:77).

I teoridelen, egenomsorg i lys av Orem, krisereaksjoner og troen på egen mestring, er det henvist til sekundærkilder. Dette er en svakhet ved oppgaven. Bruk av sekundærkilder har sammenheng med at jeg synes de er skrevet på en mer forståelig måte som gjør det lettere å forstå og se sammenhengen. Jeg vet at primærkilder bør brukes. Da sikrer man seg mot videreføring av andres unøyaktigheter og feiltolkninger (Dalland 2013:87). I arbeidet med Orems teori har jeg brukt oversettelsene av begrepene hentet fra Kirkevold (1998) og Biermann (1996).

## 4 Funn

### **1 Recovering at home: Participating in a fast-track colon cancer surgery programme (Norlyk og Harder 2011).**

**Hensikt:** Finne ut hvilke erfaringer pasienter med cancer coli sitter igjen med etter å ha deltatt i et fast-track-regime ved kirurgi (pasientens perspektiv).

**Metode:** Kvalitativ studie. 16 pasienter ble intervjuet to ganger: 2 uker og 2 måneder etter utskrivelse fra sykehuset. Intervjuene fant sted hjemme hos pasientene.

**Periode:** 2007

**Land:** Danmark

**Resultat:** Det er en tydelig overgangsprosess å skulle bytte fra et totalt fokus på å komme seg gjennom selve operasjonen, til etterpå å skulle fokusere på rehabilitering. Kreftdiagnosen gir følelsen av å miste kontroll over situasjonen og gjør at livet forandres. Perioden etter utskrivelse handler om å skulle tilpasse seg hverdagen. Å komme seg etter operasjonen var bare et element i denne prosessen. Pasientene hadde ulike mestringsstrategier. Noen ga seg tid til å komme seg, mens andre jobbet hardt for å oppnå fremgang og gjenvinne funksjonstatus. Under sykehusinnleggelsen erfarte pasientene at de ikke skulle lytte til kroppen, men følge fast-track-programmet. Når de kom hjem lyttet de mer til kroppens signaler enn til det oppsatte programmet. For noen virket fast-track regimet motiverende under innleggelse og når de kom hjem. Ved å følge de anbefalte retningslinjene følte de mestring, og at de aktivt bidro til sin egen rekonvalesens. For andre som ikke klarte å følge opplegget like bra ga det skyldfølelse. Å fortsette å følge programmet hjemme etter retningslinjene endret på rollene og ga dem kontrollen.

**Konklusjon:** Pasienter med cancer coli er i en sårbar fase og sykdommen tapper dem for krefter både fysisk og psykisk. Det er viktig for helsepersonell å vite om eksistensielle behov som oppstår hos kreftpasienter i et fast-track-program. Mer forskning må til, med fokus på pasienters og pårørendes erfaringer knyttet til kroppslige forandringer og forandringer i hverdagen. Det må rettes mer fokus på individuelle tilpassinger i fast-track-programmet slik at pasienten også følger regimet etter utskrivelse.

### **2. Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care (Sahlsten m.fl. 2009).**

**Hensikt:** Utforske sykepleiers strategier for å stimulere og optimalisere pasientens deltagelse i sykepleien som ble utført. Hva gjør sykepleier for å støtte pasientene?

**Metode:** Kvalitativ studie. Fokusgrupper med 12 sykepleiere fordelt på to grupper. Sykepleierne kom fra tre ulike sykehus i Sverige.

**Periode:** Mai til juni 2005

**Land:** Sverige

**Resultat:** Det ble kartlagt tre kategorier for å optimalisere pasientens deltagelse i den utøvde sykepleie. Disse er:

- Bli-kjent med personen
- Fremme pasientens egenomsorg
- Bygge nær relasjon med pasienten/nært samarbeid (close cooperation).

For å bli kjent med pasienten benyttet sykepleierne seg av aktiv lytting under samtale og brukte spørsmål som åpner for dialog. Sykepleierne viste interesse og var nysgjerrige på pasientens bakgrunn og så pasienten bak diagnosen eller sykdommen. Ved å styrke pasientens ressurser og muligheter økte graden av egenomsorg. Det ble fokusert på å bruke mål for å motivere pasienten, gi oppmuntring og utfordre. Å gi pasienten ansvar fremmer også egenomsorg mente sykepleiere. Relasjonsbygging med pasienten tar utgangspunkt i samhandling hvor roller og forventninger avklares. Sykepleierne jobbet for å oppnå felles mål med pasienten og dette bidro til et positivt forhold. Det er lettere å få til å vise respekt, skape selvtillit og mot og engasjement hvis relasjonen med pasienten er tett. Ved å gi anerkjennelse til pasientens ressurser vil pasienten forstå eget potensiale. Tillit og ærlighet er en forutsetning i relasjonen med pasienten. Funnene i intervjuene antyder at sykepleier bør gå bort fra den tradisjonelle rollen som hjelper og i større grad bruke veiledning og støtte for å sørge for at pasientene får mulighet til å ta mer kontroll over sin egen situasjon.

**Konklusjon:** De tre strategiene som blir trukket frem bidrar til å øke pasientens potensiale til å finne sine ressurser og mål. Dette er med på å øke motivasjon og egenomsorg. Sykepleier leder pasienten i retning av meningsfulle opplevelser, læring og utvikling. Dette fører til vekst for begge parter. Strategiene er viktige og er med på å balansere det asymmetriske forholdet mellom

sykepleier og pasient. De bidrar også til å evaluere og øke pasientens grad av deltagelse.

### **3. Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS) (Bernard og Foss 2014).**

**Hensikt:** Undersøke pasientenes erfaringer etter å ha vært med i et ERAS program

**Metode:** Kvalitativ studie. Intervju av pasienter med cancer coli utført to til seks uker etter utskrivelse.

**Periode:** 2012

**Land:** England

**Resultat:** Funnene blir presentert under fire tema. Disse er informasjon før og etter operasjon, å være innlagt som pasient, rekonvalesens hjemme, og psykiske og følelsesmessige opplevelser. Noen følte de hadde fått tilstrekkelig informasjon både før, under og etter sykehusoppholdet, mens andre følte de fikk lite informasjon og forsto ikke informasjonen som ble gitt. Pasientene var fornøyd med ERAS-regimet, men påpekte at det varierte fra person til person hvordan de lyktes ettersom det krevde innsats og vilje å følge retningslinjene. Etter å ha kommet hjem var flere veldig slitne og hadde problemer med å følge programmet og daglige aktiviteter. Flere fikk hjelp av pårørende. ERAS-regime ga pasientene større grad av ansvar for rekonvalesens og økte graden av deltagelse. Flere var engstelige etter utskrivelse og ønsket bedre oppfølging av helsevesenet.

**Konklusjon:** ERAS programmet bør ha en mer helhetlig tilnærming til omsorg for å ivareta psykologisk, sosialt og fysisk velvære for pasientgruppen.

### **4. Does self-care agency change between hospital admission and discharge? An Orem-based investigation (Zrínyi og Zékányé 2007)**

**Hensikt:** Undersøke om sykepleier kunne øke pasientenes egenomsorgskapasitet under innleggelse på sykehus.

**Metode:** Kvantitativ metode. Det ble brukt et kartleggingsskjema ved innleggelse og ved utskrivelse hvor pasienten og sykepleier skulle vurdere pasientens egenomsorgskapasitet. Pasientens tilfredshet under innleggelsen og sykepleiernes tilfredshet med arbeidsforholdene i samme periode ble også kartlagt i egne skjema. 160 pasienter og 57 sykepleiere deltok.

**Periode:** Oktober 2003 til februar 2004

**Land:** Ungarn

**Resultat:** Pasientene oppgav høy grad av egenomsorgskapasitet både ved innleggelse og utskrivelse. I alderen 65 år og eldre oppga pasientene lavere grad av egenomsorgskapasitet enn de yngre. Det var stor grad av samsvar når svarene fra sykepleiere og pasienter ble sammenlignet. Over 70% av dem som deltok hadde vært innlagt på sykehus med lignende symptomer tidligere. Lengre sykehusopphold hadde en negativ innvirkning på egenomsorgskapasiteten. Pasientenes tilfredshet under innleggelsen var noe høyere enn sykepleiernes tilfredshet med arbeidsforholdene. Sykepleierne hadde i snitt ansvar for 14,7 pasienter på en dagvakt.

**Konklusjon:** Egenomsorgskapasiteten var uforandret fra innleggelse til utskrivelse. Dette kan ha sammenheng med at studiet ble utført over en for kort periode. En stor del av pasientene ble reinnlagt noe som kan tyde på at de ikke hadde lært under forrige innleggelse hvordan de kunne utføre tilstrekkelig egenomsorg for å forbedre sin helsetilstand. Funnene i artikkelen vedrørende tilfredshet hos pasient og sykepleier støtter opp under tidligere forskning som viser at en god relasjon mellom sykepleier og pasient er forbundet med økt grad av egenomsorgskapasitet.

## **5. Self-care as a health resource of elders: An integrative review of the concept (Høy, Wagner og Hall 2007).**

**Hensikt:** Å undersøke egenomsorg og helsefremming for eldre for å få en forståelse for egenomsorg som en helseressurs.

**Metode:** Systematisk litteraturgjennomgang fra teoretiske og empiriske artikler. 57 artikler er tatt med.

**Periode:** Artikler skrevet mellom 1990 til 2006 er tatt med i gjennomgangen.

**Land:** Danmark

**Resultat:** Forskerne kom frem til to forståelser av egenomsorg som helseressurs: Egenomsorg som en mulighet for helse, og som en prosess for helse og helseutvikling. Når egenomsorg blir sett på som en helseressurs har det likheter med Orems teori om egenomsorgskapasitet. Egenomsorg som helseressurs består av evner til handling for helse rettet mot universelle behov, mål og helseproblemer. Egenomsorg som en prosess for helse og helseutvikling ble sett som handlingsprosesser rettet mot meningsfulle situasjoner og bygge opp «jeg-et» i dagliglivet.

**Konklusjon:** Egenomsorg ble sett på som en viktig helseressurs hos eldre.



## 5 Drøfting

I drøftingen skal problemstillingen drøftes i lys av teori og funn fra forskning.

**Problemstilling:** *Hvordan kan sykepleier styrke pasientens egenomsorgskapasitet i den postoperativ fase?*

Oppgaven tar utgangspunkt i pasienter med cancer coli som har fått kirurgi hvor tumor er fjernet og tarmen er sydd sammen igjen. Pasientene har en alvorlig kreftdiagnose i tillegg til at de har hatt kirurgi. Dette kan føre med seg både fysiske og psykiske belastninger i den postoperative fasen. Pasientene kan være i sjokkfasen eller reaksjonsfasen under det postoperative forløpet (Eide & Eide 2011:167). Ifølge Orem er sykepleiers mål å styrke pasientens funksjon, utvikling, helse og velvære (1995:104). I drøftingen er fokus på delvis kompenserende, og støttende og undervisende sykepleiesystem i tråd med Orem. Dette vil gi pasientene økt grad av egenomsorg (Orem 1995:104). Pasientene følger også retningslinjene for ERAS.

Drøftingen er satt opp med utgangspunkt i oppsettet i teoridelen av oppgaven: Krisereaksjoner og kreftdiagnose, pre- og postoperativ informasjon, postoperative utfordringer, relasjon mellom sykepleier og pasient og egenomsorgskapasitet og troen på egen mestring.

### 5.1 Krisereaksjonene og kreftdiagnose

En kreftdiagnose kan føre til at pasienten går inn i en krise (Eide & Eide 2011:166). Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskaper om krisereaksjoner (ibid). Eide og Eide deler reaksjon på krise inn i fire faser (2011:167). Kirurgisk behandling skjer kort tid (innen 20 dager) etter at pasienten er diagnostisert (Høgsnes 2014). Pasienten kan derfor være i sjokkfasen eller reaksjonsfasen under oppholdet på sengepost i tiden etter operasjonen. Pasientene kan reagere på ulike måter (Hummelvoll 2012:510). Å være støttende, lyttende og vise medmenneskelighet er viktig i denne fasen (Eide & Eide 2011:177). Sykepleier bør være forberedt på psykiske reaksjoner hos pasienten (Eide & Eide 2011:179). Å få dele tanker og følelser bidrar til bearbeiding av reaksjonene og åpner muligheten for å fremme mestring av situasjonen (ibid). Norlyk og Harder (2011) har beskrevet ut fra pasientenes perspektiv at kreftdiagnosen ga følelsen av å miste kontroll over situasjonen og

gjorde at livet ble forandret. Videre beskriver de at pasienter med cancer coli er i en sårbar fase og at sykdommen tapper dem for krefter både fysisk og psykisk. Det er viktig for sykepleier å ivareta pasientens psykiske tilstand i den postoperative forløpet og at sykepleier møter pasienten i den fasen av krisen pasienten er i (Eide og Eide 2011:167).

Sykepleier bør være bevisst på sin kommunikasjon med pasienten (Eide og Eide 2011:198).

Nonverbale ferdigheter betyr at man for eksempel bruker aktiv stillhet, et bevisst kroppsspråk og ansiktsuttrykk for å vise at man ser, forstår og hører pasienten (ibid). Dette kan også virke bekræftende og motivere for pasienten til å åpne seg for sykepleier (ibid). Å speile følelser betyr at man setter ord på de følelsene man observerer hos pasienten (Eide og Eide 2011:231). Dette kan vise at man forstår samtidig som pasienten kan bekrefte om det sykepleier observerer er riktig (ibid). Speiling av følelser kan åpne opp for bearbeidelse og refleksjon hos pasienten (ibid). Et eksempel kan være at sykepleier sier til pasienten «Du ser engstelig ut» når pasienten blir blank i øynene under en samtale. Men det er viktig å huske på at ingen mennesker er like og det finnes ulike måter å vise følelser på.

## **5.2 Pre- og postoperativ informasjon**

Et av hovedfokusene til ERAS-regimet er grundig informasjon pre- og postoperativt (Kehlet 2001). Dette kan være med på å redusere angst, stress og smerter for pasienten postoperativt (ibid). Det kan også føre til at pasienten blir mer involvert i sin behandling og avklarer forventninger og krav i det postoperative forløpet (Berntzen 2011:283). Bernard og Foss (2014) har gjort funn som viser at det var stor variasjon i pasientens tilfredshet med informasjonen preoperativt. En pasient uttrykte at hun forsto akkurat hva ERAS-regimet gikk ut på og hva det ville kreve av henne i den postoperative fasen (ibid). Andre fortalte at de fikk informasjon, men at de ikke forsto og at det ble for avansert (ibid). De uttrykte også at det ble for mye informasjon til at de klarte få med seg alt (ibid). Deltagerne i studien viste ulike behov for informasjon (ibid). Hvilken fase av krisen pasienten er i kan også påvirke evnen til å motta informasjon (Eide & Eide 2011:178). Informasjon gitt i sjokkfasen blir ofte bare delvis oppfattet eller kan lett feiltolkes (ibid). Ved å gi informasjonen både skriftlig og muntlig og ved at den gjentas, øker det pasientens evne til å forstå informasjonen (Eide & Eide 2011:176). Informasjon er viktig og det må være rom for individuelle tilpasninger (Bernard og Foss 2014). Det er i tråd med Orem's helseavvikrelaterte egenomsorgsbehov hvor det blir lagt vekt på at pasienten får kunnskaper og blir gitt ferdigheter for å gjenopprette sin egenomsorg (1995:200). Informasjon preoperativt kan være med å øke egenomsorgen fordi det øker pasientens

deltagelse i sin egen rekonvalesens (Sahlsten m.fl. 2009).

### **5.3 Postoperative utfordringer**

Smerte, kvalme og immobilitet er utfordringer som kan føre til komplikasjoner (Holm og Kummeneje 2009:211). Dette kan igjen forlenge det postoperative forløpet og kan være belastende for pasienten (ibid). Etter kirurgi er målet å gjenopprette organfunksjon så snart som mulig (Kehlet og Dahl 2003). For at dette skal være mulig må pasienten mobiliseres (Holm og Kummeneje 2009:67). Utfordringene påvirker hverandre (ibid). Er ikke pasienten godt nok smertelindret kan dette føre til at pasienten er mindre i aktivitet (ibid).

Smerte er en subjektiv opplevelse (Holm og Kummeneje 2009:68). For å kartlegge smerte brukes NRS-skala (Skjerven og Krohn-Hansen 2013, Holm og Kummeneje 2009:73). Målet er at pasienten skal ha NRS på 3 eller lavere (Skjerven og Krohn-Hansen 2013). Ved å kartlegge smerter ved NRS kan det gi sykepleieren økt forståelse av pasientens smerter samtidig som man har noe å måle virkning av smertestillende opp mot etter at smertestillende er gitt. I tillegg er det viktig at sykepleier observerer andre tegn på smerte da noen pasienter også kan underrapportere smerter (Nakstad 2011:576). Overfladisk respirasjon og forhøyet blodtrykk kan være tegn på at pasienten har smerter (ibid). Overfladisk respirasjon kan føre til pneumoni (Berntsen m.fl. 2011:308). Ved å bruke NRS-skalaen for å måle smerte, har påtroppende sykepleier noe konkret å forholde seg til ved vaktskifte. På denne måten øker sjansen for at pasienten blir tilstrekkelig smertelindret.

Når behovene for egenomsorg er større enn egenomsorgskapasiteten kan det oppstå egenomsorgssvikt (Orem 1995:240). Det er da behov for sykepleie (ibid). En pasient med smerter må få smertestillende for å kunne utføre handlinger, gjennomføre mobilisering, for å opprettholde sin egenomsorg (ibid). Når sykepleier gir smertestillende anvendes hjelpemetoden som Orem kaller å handle for eller gjøre for en annen (1995:134). Sykepleier bruker her også Orems delvis kompensierende sykepleiersystem (ibid).

Tidlig mobilisering i det postoperative forløpet er svært viktig for pasientens rekonvalesens (Kehlet 2001). Aktivitet virker forebyggende for flere postoperative komplikasjoner som pneumoni, obstipasjon og trombose (Berntsen m.fl. 2011:308). Retningslinjene for ERAS anbefaler at pasienten er ute av sengen seks timer første og andre postoperative dag (Skjerven og Krohn-Hansen

2013 og Fearon m.fl. 2005). Det er viktig at sykepleier forklarer hvorfor det er viktig å være i aktivitet, slik at pasienten forstår hensikten. Selv om pasienten har fått informasjon om dette før operasjonen er det ofte stort behov for å repetere da pasienten kan være i sjokkfasen eller reaksjonsfasen (Eide og Eide 2011:178). Aktivitet i postoperativ fase bør tilpasses hver enkelt pasients ressurser. For eldre pasienter kan det være nok å sitte i en stol på rommet og ta en tur eller to i korridoren i løpet av dagen. Sykepleier bør være tilstede under mobiliseringen slik at det ikke skjer uhell, da noen kan være ustø og svimmel postoperativt (Nakstad 2011:571). Sykepleiers tilstedeværelse kan også bidra til at pasienten føler seg trygg og ivaretatt. Bruk av støttende og undervisende sykepleiesystemer i tråd med Orem er for eksempel mobilisering opp på sengekant, der sykepleier støtter og forklarer pasienten hvordan komme seg opp sittende på sengekanten uten å bruke magemuskler. Da rettleder, støtter og underviser sykepleieren pasienten. Dette inngår i Orem's hjelpemetoder (Orem 1995:15). Et annet eksempel kan være bruk av prekestol når pasienten reiser seg fra sengekanten, der sykepleier forklarer hvordan pasienten skal bruke hjelpemiddelet og regulerer prekestolen i rett høyde for pasienten.

Postoperativ kvalme kan også føre med seg komplikasjoner, og påvirke pasientens evne til egenomsorg (Holm og Kummeneje 2009:94). For å styrke pasientens evne til egenomsorg, egenomsorgskapasitet, er det flere tiltak sykepleier kan iverksette. Det første sykepleier bør kartlegge er om pasienten har smerter da dette kan føre til kvalme (Holm og Kummeneje 2009:94). Er årsaken smerte, administreres smertestillende, hvis ikke bør pasienten få kvalmestillende. For pasienter med økt risiko for kvalme kan kvalmestillende gis forebyggende (Berntsen m.fl. 2011:313). Miljøet rundt pasienten kan også påvirke (Berntsen m.fl. 2011:322). Det er derfor viktig at pasientrommet er ryddig og at man unngår å utsette pasienten for sanseinntrykk som støy og sterke lukter som parfyme og sigarettlukt (ibid). Frisk luft, munnstell, dype åndedrag, å unngå brå bevegelser, samt et godt leie kan også hjelpe (Holm og Kummeneje 2009:192). Dette kan også øke graden av velvære hos pasienten samtidig som det kan føre til at pasienten føler seg sett og ivaretatt av sykepleier. På en annen side kan man ikke anta at alle pasienter har like preferanser og det er derfor viktig å ha en tett dialog med pasienten.

Egenomsorg kan sees på som en helseressurs (Høy, Wagner og Hall 2007). Handlinger for å opprettholde helse retter seg mot de universelle egenomsorgsbehov, i dette tilfelle smerte, kvalme og immobilitet i postoperativ fase. Sykepleier bør legge til rette for at pasienten bruker sine ressurser i størst mulig grad slik at pasienten opprettholder sin egenomsorg. (Orem 1995: 310).

Gradvis når pasienten klarer mer er det viktig at sykepleier går fra å utøve delvis kompenserende sykepleie til i større grad å bruke støttende og undervisende sykepleiersystem (ibid).

#### **5.4 Relasjon mellom sykepleier og pasient**

Forskning viser at en god relasjon mellom sykepleier og pasient øker pasientens egenomsorg (Zrinyi og Zékanyne 2007). Hummelvoll (2012:38) skriver at en forutsetning for å lykkes med en god relasjon er å kombinere forståelse og kunnskap tilpasset pasientsituasjonen. Sahlsten med flere (2009) har funnet ut at å skape selvtillit hos pasienten, og å vise respekt og engasjement er elementer som er med på å fremme og etablere en god relasjon. En god relasjon er også med på fremme pasientens deltagelse, noe som er viktig i et ERAS-regime (ibid). Bernard og Foss (2014) skriver at det krever både innsats og vilje for å klare å følge retningslinjene for ERAS postoperativt. Å nå målsetningene i regimet blir som et felles mål der sykepleier støtter og veileder pasienten underveis (Sahlsten m.fl. 2009).

Pasientens egenomsorg kan forsterkes ved at sykepleier støtter og hjelper pasienten til å identifisere og bruke sine styrker og ressurser (ibid). Relasjonen mellom sykepleier og pasient er ofte asymmetrisk og pasienten er i et hjelpeforhold til sykepleieren (Reitan 2010:105, Orem 1995:9). Det er derfor viktig at sykepleier behandler pasienten med respekt og ser pasienten som et individ (Sahlsten m.fl. 2009).

#### **5.5 Egenomsorgskapasitet og troen på egen mestring**

Egenomsorgskapasiteten er evnen til å opprettholde egenomsorgen (Orem 1995:212). I postoperative fase kan den bli redusert (Berntzen m.fl. 2011:308). For å styrke egenomsorgskapasiteten kan sykepleier sette i gang ulike tiltak (ibid). Evnen til egenomsorg varierer fra pasient til pasient basert på ressurser, kunnskaper, alder og helsetilstand (Kirkevold 1998:132). Ved at sykepleier støtter pasienten til å finne måter å identifisere og bruke sine ressurser og evner på, kan egenomsorgskapasiteten bli styrket (Sahlsten m.fl. 2009). Egenomsorgskapasitet innebærer motivasjon, kunnskap og praktiske evner for å forstå når det er behov for egenomsorg (Kirkevold 1998:132). Sahlsten m.fl. (2009) fant flere ulike strategier som sykepleier bruker for å styrke pasientens egenomsorgskapasitet. Når sykepleier bruker informasjon og kunnskap for å involvere pasienten i sin egen rekonvalesens er det med på å ansvarliggjøre pasienten. Dette kan også sees i sammenheng med ERAS-retningslinjene som krever innsats og vilje fra pasienten

(Sahlsten m.fl. 2009, Bernard og Foss 2014). Å ha fokus på mål er en annen strategi for å styrke egenomsorgskapasiteten (Sahlsten m.fl. 2009). Dette er også er den del av ERAS-retningslinjene hvor man har daglige målsetninger for ernæring og aktivitet for å oppnå et akselerert postoperativt forløp (Kehlet 2008, Skjerven og Krohn-Hansen 2013). Bernard og Foss (2014) beskriver en pasient som tidligere hadde hatt en lignende operasjon, og at hun så på ERAS-sjekklisten som en lettelse. Da visste hun hva som var dagens mål og hva hun måtte gjøre for å nå målsetningene.

Ved å øke pasientens grad av ansvarlighet og ha fokus på mål i den postoperative fasen, bruker sykepleier et delvis kompenserende og et støttende og undervisende sykepleiersystem med hovedvekt på sistnevnte (Orem 1995:306). Det er også viktig å ikke glemme pasientens kreftdiagnose og krisereaksjonene etter hvor i krisen pasienten er (Eide & Eide 2011:166). Det kan være tøft for et menneske å akseptere å gå fra å være selvstendig og i stand til å ivareta sin egenomsorg til å bli en mottaker av hjelp (Orem 1995:200). Spørsmål som «hvorfor skjedde dette med meg?», «hva har jeg gjort galt» og «hva skal jeg gjøre» er tanker som kan prege pasienten (ibid). Dette er spørsmål som kan dukke opp i pasientens reaksjonsfase (Eide & Eide 2011:180). For å ivareta helseavvikrelaterte egenomsorgsbehov, i tråd med Orem, vil det kreve bestemte egenomsorgshandlinger i henhold til de universelle egenomsorgsbehovene (1995:201). Samtidig vil det også kreve handlinger for å ivareta sykdommen eller skaden (ibid). Det er nødvendig med sykepleie for å få dekket egenomsorgsbehovet og gjenvinne selvstendighet i den grad det er mulig og styrke pasientens egenomsorgskapasitet.

Kreftdiagnosen kan utfordre evnen til mestring (Reitan 2010:80). Sykepleier bør derfor kartlegge pasientens tro på egen mestring (Reitan 2010:90). Det er utarbeidet en liste med ti spørsmål for å kartlegge pasientens tro på mestring (Kristoffersen 2011:216). Dette kan være nyttige verktøy (ibid). Sykepleier bør bidra til å støtte og fremme positiv mestringsforventning (ibid). Fagermoen og Lerdal (2011) siterer Bandura som skrev i 2001 at det er tre forhold som påvirker troen på egen mestring: Personlighet, adferd og det ytre miljø (ibid). Støtte, undervisning, veiledning og motivering er også med å fremme pasientens rekonvalesens og rehabilitering (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011:17). Ut i fra Bandura sin teori er det ulikt fra person til person hva som fører til økt tro på egen mestring. Det ytre miljøet kan sykepleier påvirke og tilrettelegge for å øke graden av mestring (Reitan 2010:90). De ulike elementene påvirker hverandre, og personlighet og adferd veier tyngst i samspillet. Det er med andre ord viktig at pasienten jobber med egne tanker og følelser i forbindelse med å tro på mestring, ellers blir det vanskelig å mestre kravene som ERAS-

regime stiller (ibid). Sykepleier kan støtte og gi kunnskap til pasienten i dette arbeidet (Fagermoen og Lerdal 2011:32). Dette kan gjøres ved å ha en åpen dialog med pasienten og høre hvilke tanker pasienten har rundt sin situasjon, hvilke forventninger de har til den postoperative fasen og til ERAS-retningslinene.

## 6 Konklusjon

Det finnes ulike måter å styrke en pasients egenomsorgskapasitet på. Drøftingsdelen belyser noen av de aspektene sykepleier bør ivareta. I tråd med Orems teori om egenomsorg er det viktig å ha fokus på pasientens evner og ressurser og legge til rette for at pasienten i den grad det er mulig bruker disse.

Sykepleier kan forsterke pasientens egenomsorgskapasitet ved å støtte og hjelpe pasienten til å identifisere sin styrker og ressurser (Sahlsten m.fl. 2009). Strategier for å øke pasientenes egenomsorgskapasitet kan være å ansvarliggjøre pasienten i det postoperative forløpet og å fokusere på mål (ibid). I tillegg bør sykepleieren også ha fokus på pasientens psykiske tilstand da pasienten er i en kompleks situasjon med nylig kreftdiagnose og omfattende kirurgisk inngrep. I hvilken del av krisereaksjonen pasienten befinner seg må tas hensyn til. Sykepleier bør vise medmenneskelighet, være støttende og lytte til pasienten (Eide & Eide 2011:177).

Informasjon både pre- og postoperativt kan være med på å styrke egenomsorgskapasiteten gjennom å øke pasientens deltagelse i sin egen rekonvalesens (Sahlsten m.fl. 2009). Samtidig må det være rom for individuelle tilpasninger (Bernard og Foss 2014). En god relasjon mellom sykepleier og pasient bidrar til å fremme pasientens deltagelse og dette er et viktig element i ERAS-regimet (Sahlsetn m.fl. 2009). Det krever også innsats og vilje fra pasientens side for å klare å følge retningslinjene for ERAS (Bernard og Foss 2014).

På bakgrunn av funn og teori er det rimelig å anta at det bør tas individuelle hensyn i den postoperative fase selv om pasienten følger et ERAS-regime. Dette bør det også tas hensyn til i sykepleiers arbeid med å styrke pasientens egenomsorgskapasitet.

## 7 Kilder

Bandura, A. (1983) *Self efficacy mechanism in human Agency*. American Psychologist. Hentet 19. februar fra <http://www.old.li.suu.edu/library/circulation/Heuett/comm6110bhArt4BSp12.pdf>. Hentet fra Google scholar.

Bernard, H. og Foss, M. (2014) Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS). British Journal of Nursing, 2014, Vol 23, No 2. Hentet fra Cinahl.

Berntzen, H., Almås, H., Gran, A.M.B., Døvre, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. og Grønseth, R. Perioperativ og postoperativ sykepleie. I: Almås, H., Stubberud, D.G. og Grønset, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. (2011) 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Biermann, K.U. (1996) Dorothea E. *Orems egenomsorgsteori*. Høgskolen i Oslo - notat 1996 nr 5.

Bjørge, S. (2010) Smerte og smertebehandling. I: Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K (red). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring - handling*. 3.utgave. Oslo: Akribe.

Bredland, E. L., Vik, K. og Linge, O.A. (2012). Det handler om verdighet og deltagelse. 3 utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskrivning*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Glasdam, S. (2012) *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfagelige område – innblikk i vitenskapelige meoder*. 1 utgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Eide, H., og Eide, T. (2011) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal.

Fearon, K.C.H., Ljungqvistb, O., Von Meyenfeldtc, M., Revhaugd, A., Dejongc, C.H.C., Lassend, K., Nygrenb, J., Hauselb, J., Soopb, M., Andersene, J., og Kehlete, H. (2005). Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clinical Nutrition*(2005) 24, 466-477. Hentet fra Cinahl.

Felleskatalogen – Targinq. Hentet 18.februar fra: <http://www.felleskatalogen.no/medisin/targiniq-mundipharma-564421>

Fredriksen, K. og Beedholm, K. (2012). Litteraturreview. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprosjekter*



*inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 1 utgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Guttu, T. (red) (1991) *Aschehoug og Gyldensdals Store Norske Leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget.

Holm, S. og Kuummeneje, I. (2009) *Pre- og postoperativ sykepleie* 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Hummelvoll, J.K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykiatrisk helse*. 7. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Høgsnes, C.M. (2014) *Ventetider*. Hentet 28. februar 2014 fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/helsevesen-og-fastlege/ventetider/>

Høy, B., Wagner, L. og Hall, E. (2007). Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2007; 21; 456-466. Hentet fra Cinahl.

Kehlet, H. (1997). Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *British Journal of Anaesthesia*. 78:606-617. Hentet fra Cinahl

Kehlet, H. (2001) Accelererede operationsforløb – en faglig og administrativ utfordring. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 2001; 121:812 – 5. Hentet 14. februar 2014 fra: <http://tidsskriftet.no/article/283648>

Kehlet, H. (2008) Fast-track colorectal. *The Lancet* 371:791-3. Hentet 15. februar fra: [http://www.rigshospitalet.dk/NR/rdonlyres/F1FB06B5-E8A5-4B28-ABFA-977D8B53604F/0/Periop\\_gastro\\_Clinicalupdate\\_artikelHenrik.pdf](http://www.rigshospitalet.dk/NR/rdonlyres/F1FB06B5-E8A5-4B28-ABFA-977D8B53604F/0/Periop_gastro_Clinicalupdate_artikelHenrik.pdf)

Kehlet, H. og Dahl, J.B. (2003) Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *The Lancet*. Vol 362. Hentet 13. februar 2014 fra: <http://www.rigshospitalet.dk>

Korrekturavdelingen (2010) Språkrådet og UIO sin bokmålsordbok – styrke. Hentet 1. mars 2014 fra: <http://www.korrekturavdelingen.no>

Kristoffersen, N.J. (2011) Livsstil og endring av livsstil. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. Og Skaug, E.A. (red). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. Og Skaug, E.A. (red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. og Nortvedt, P. (2011) Relasjon mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. Og Skaug, E.A. (red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Larsen, S.G. (2010). Kreft i fordøyelsesorganene. I: Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K (red). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring - handling*. 3.utgave. Oslo: Akribe.

Lerdal, A. og Fagermoen, M.S. (2011) *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Lindmark, G. (2013) Kolorektal cancer – diagnostik och kirurgisk terapi. I: Hafström, L., Naredi, P., og Glimelius, B. *Mag-tarmkanalens cancersjukdommar*. 1 utgave. Lund: Studentlitteratur AB

Nakstad, A. R (2011) Pre-, per- og postoperativ behandling. I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Norlyk, A. og Harder, I. (2011). Recovering at home: Participating in a fast-track colon cancer surgery programme. *Nursing Inquiry* 2011; 18: 165-173. Hentet fra Cinahl

Nylenna, M. (2009) Immobil. I: Store norske leksikon. Hentet 6. mars 2014 fra: <http://snl.no/immobil>

Orem, D.E. (1995) *Nursing. Concepts of practice*. 5.utgave. St.Louis: Mosby.

Paulsen, V. (2011) Sykdommer i fordøyelsessystemet. I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Reitan, A.M. (2010). Kreftsykepleie. I: Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K (red). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring - handling*. 3.utgave. Oslo: Akribe.

Reitan, A.M. (2010). Krise og mestring. I: Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K (red). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring - handling*. 3.utgave. Oslo: Akribe.

Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Sjöström, B. og Plos, K.A.E. (2009) Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2009; 23; 490-497. Hentet fra Cinahl

Sand, O., Sjaastad, Ø.V., Haug, E. og Bjålie, J.G. (2011) *Menneskekroppen*. 2.utgave. Oslo:

Gyldendal Norsk Forlag AS.

Simonsen, S.J. (2014). Tarm kreft – cancer coli. Hentet 29. januar 2014 fra:  
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/tarmkreft/>

Skjerven, H. og Krohn-Hansen, G. ERAS – Preoperativ rutine coloncancer. Hentet 31. januar 2014 fra intranett ved et lokal sykehus.

Stubberud, D.G. og Nilsen, C. (2011) Sykepleie ved sykdommer i mage-tarm-kanalen. I: Almås, H., Stubberud, D.G. og Grønseth, R. (red). *Klinisk sykepleie* 1. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveit, K.M. (2012). Svulster i tynntarm, tykktarm, endetarm og anus. I: Kåresen, R. og Wist, E. (red). *Kreftsykdom – en basisbok for helsepersonell*. 4. utgave. Oslo:Gyldendal Norsk Forlag AS.

Varadhan, K.K., Neal, K.R., Dejong, C.H.C., Fearon, K.C.H., Ljungqvist, O. og Lobo, D.N. (2010). The enhanced recovery after surgery (ERAS) pathway for patients undergoing major elective open colorectal surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Nutrition* 29 (2010) 434-440. doi:10.1016/j.clnu.2010.004

Vifladd, E. og Hopen, L. (2004) *Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring.

Vonen, B., Grønlie, M. G., Edna, T-H., Dørum, L.M.R., og Klemp, M. (2013)

*Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av tykk- og endetarmskreft*. Hentet 17.02.2014 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/>

Wilmore, D.W. og Kehlet, H. (2001). Management of patients in fast track surgery. *British Medical Journal* vol. 322. Hentet fra Cinahl.

Wyller, V.B. (2007). *Det friske og det syke menneske*. 1.utgave. Oslo:Akribe.

Zrínyi, M. og Zékányé, R.I. (2007) Does self-care agency change between hospital admission and discharge? An Orem-based investigation. *International Nursing Review* 54, 256-262. Hentet fra Cinahl.