

KANDIDAT

144

PRØVE

BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	18.03.2020 12:00
Sluttid	02.04.2020 12:00
Sensurfrist	26.04.2020 23:59
PDF opprettet	11.06.2020 09:31
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

1 Innlevering bacheloroppgave

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/>)

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 27.04.2020.

Administrativ ansvarlig for eksamen:

Heidi Herseth, heidi.herseth@vid.no



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

 Last ned

 Fjern

 Erstatt

Filnavn:

Bacheloroppgave..pdf

Filtype:

application/pdf

Filstørrelse:

286.88 KB

Opplastingstidspunkt:

02.04.2020 11:28

Status:

Lagret

Besvart.

☑ Obligatorisk erklæring- Bacheloroppgave

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Jeg erklærer å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

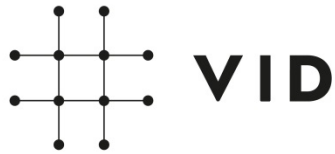
Skriv inn ja eller nei

Fyll inn antall ord (besvarelsen):

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i VID vitenskapelige høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN) under mitt navn

Skriv inn ja eller nei

Besvart.



Kreftsyke ungdom innlagt på sykehus

Adolescents hospitalized with cancer

Kandidatnummer: 144

VID vitenskapelige høgskole

Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: Høst 2017

Antall ord: 9609

02.04.2020

Sammendrag

Bakgrunn: i 2018 ble 187 barn og unge diagnostisert med en kreftdiagnose i Norge, hvor 27 av disse var ungdommer. Av egen erfaring kan ungdomstiden by på utallige utfordringer. Ungdom havner ofte mellom to stoler innenfor helsevesenet, hvor de ikke kan vurderes som barn eller voksne. På bakgrunn av dette har jeg stilt spørsmål om hva som er viktig for denne pasientgruppen når de får en alvorlig sykdom i ung alder, og hva som kreves som sykepleier for å støtte dem.

Problemstilling: Hvilke behov har unge kreftrammede pasienter under sykehusinnleggelse og hvordan kan sykepleier bidra til å støtte i denne situasjonen?

Metode: Oppgaven er basert på litteraturstudie som metode. Kilder er hentet inn fra forskningsartikler og faglitteratur.

Funn: Ungdom i utvikling vil være spesielt sårbare når de får en kreftdiagnose. Behov som å utvikle en identitet, oppleve tilhørighet og være lik sine jevnaldrende fremstår som viktigere som følge av en alvorlig kreftdiagnose. Samtidig vil behov for å være i kontroll av situasjonen og bli tatt på alvor av helsevesenet bli viktig under behandling. Sykepleiere opplever ungdom som en utfordrende pasientgruppe hvor hovedutfordringen er å støtte til normal vekst og utvikling under innleggelse.

Konklusjon: I lys av Benner og Wrubels omsorgsteori vil det være viktig at sykepleier ser og møter ungdommen der hvor de er. Sykepleier må bli kjent med hver enkelt ungdom for å forstå hva som er viktig for dem og hvilke behov som fremkommer under behandling. Ut fra en slik tilnærming vil sykepleier kunne støtte dem og legge til rette for at de blir godt ivaretatt.

Nøkkelord: Ungdom, kreft, behov under innleggelse, støtte.

Abstract

Background: In 2018, 187 children and adolescents received a cancer diagnosis in Norway, where 27 of the patients were adolescents. Taking from my own experience, I know teenagers face many challenges while growing up. Adolescents often fall in between the cracks of the health care system, being neither a child or an adult. With this as a backdrop for my thesis, I have asked questions about what is important when treating this patient group which are diagnosed with a serious illness at a very young age, and what is needed from nurses to contribute to their treatment and overall development.

Thesis statement: What needs do young cancer patients have during hospitalization and how can a nurse help support those in this situation?

Method: The thesis has been conducted as a literature study. All sources used have been collected from scientific articles and academic literature.

Findings: Adolescents will be in a particularly vulnerable state when given a cancer diagnosis. These patients are in the middle of developing their own identity and have needs for experiencing a sense of belonging with their peers, which becomes even more important in the light of receiving a serious diagnosis. These patients need to feel that they are in control of the situation they are now finding themselves in, and it is important that they are taken seriously by health care professionals during their treatment. Nurses tend to find adolescents a challenging patient group to interact with, and one of the main challenges faced is to be able to support normal growth and development during hospitalization.

Conclusion: In light of Benner and Wrubel's theory of care, it will be important for nurses to see and meet the youth where they are. Nurses must make themselves familiar with each teenager individually to understand what is important to each patient, and which needs present themselves during treatment. Based on such an approach, the nurse will be able to support the patients and make sure that they will be taken care of as needed.

Keywords: Adolescents, cancer, inpatient needs, support.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.3 AVGRENSNING.....	2
1.4 DISPOSISJON AV OPPGAVEN	2
2.0 METODE	3
2.1 LITTERATURSTUDIE	3
2.2 LITTERATURSØK	3
2.3 KILDEKRITIKK	5
2.3.1 <i>Kritikk av artikler</i>	5
2.3.2 <i>Kritikk av bøker</i>	7
2.4 ETISKE OVERVEIELSER.....	8
3.0 TEORI	9
3.1 UTVIKLINGSTEORI OM UNGDOM.....	9
3.2 KREFT OG BEHANDLING	10
3.3 NÅR KREFT RAMMER UNGDOM	11
3.4 AKTUELLE BEHOV SOM KAN OPPSTÅ UNDER BEHANDLING	11
3.5 REAKSJONSFASER	13
3.6 YRKESETISKE RETNINGSLINJER	14
3.7 LOVVERK	14
3.8 PATRICIA BENNER OG JUDITH WRUBEL OMSORGSTEORI.....	15
4.0 RESULTAT	18
4.1 ARTIKKEL 1	18
4.2 ARTIKKEL 2	19
4.3 ARTIKKEL 3	20
4.4 ARTIKKEL 4	21
4.5 OPPSUMMERING AV ARTIKLER	22
5.0 DRØFTING	23
5.1 Å VÆRE UNG KREFTSYK PASIENT	23
5.2 VIKTIG Å SE HVER ENKELT UNGDOM	24
5.3 KOMMUNIKASJON MED UNGDOM	25
5.4 LEGGE TIL RETTE FOR INVOLVERING OG KONTROLL.....	27
5.5 NETTVERKETS BETYDNING	28
6.0 KONKLUSJON	30
REFERANSELISTE	31

1.0 Innledning

Temaet for denne oppgaven er ivaretagelse av ungdommer med kreft.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Problemstillingen som blir valgt er relatert til sykepleie til ungdommer med kreft. I 2018 var det 187 krefttilfeller for barn og ungdom i Norge. Heldigvis har denne pasientgruppen gode prognoser til å overvinne sykdommen, hvor 85% overlever over fem år (Kreftregisteret, 2020). Dette er en aktuell og utfordrende gruppe for sykepleiere på bakgrunn av at ungdom verken er barn eller voksne og kan havne mellom to stoler (Sjøbjerg, 2019, s. 139).

Ifølge regjeringen er helse-og omsorgstjenester til ungdom et viktig satsingsområde (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016, s. 27). En rapport bestilt av Helsedirektoratet i 2012 viser til at ungdommen ikke blir møtt av et helsevesen som er tilpasset deres behov og livssituasjon (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016, s. 6). Departementene understreker viktigheten av at barn og unge må bli sett og hørt, der de er og slik de er (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016, s. 5), men forskning viser derimot til at ungdom opplever å ikke bli tatt på alvor (Essig et al., 2016).

Ungdom er i utvikling og en kreftdiagnose vil kunne skape konsekvenser ved at de unge blir mindre selvstendige og opplever tap knyttet til selvfølelse, kontroll og relasjon med venner (Bringager, Hellebostad, Sæter & Mørk, 2014, s. 183). De vil trenge støtte av sykepleier for å opprettholde sin normale utvikling og ivareta sine behov under behandling.

Jeg har i løpet av studietiden hatt et ønske om å arbeide med barn og unge når jeg er ferdig utdannet sykepleier. Med min erfaring fra palliativ avdeling vekket det interesse i å gå dypere inn på hva som er utfordrende for ungdom under innleggelse, og hvorfor de gjerne ikke blir møtt godt nok av helsepersonell.

1.2 Problemstilling

«Hvilke behov har unge kreftrammede pasienter under sykehusinnleggelse og hvordan kan sykepleier bidra til å støtte i denne situasjonen?»

1.3 Avgrensning

Jeg har valgt å fokusere på ungdommer med kreft, uavhengig av hvilken type kreftdiagnose de har. For ungdommer vil en alvorlig sykdom true deres utvikling. De unge er en spesiell pasientgruppe hvor man må ta hensyn til mye for å dekke alle deres behov under innleggelse. Senskader og behov under benmargstransplantasjon er blant annet tema jeg ikke tar for meg. Selv om dette er viktige aspekter under behandling av kreftsyke ungdom blir det for stort og omfattende. Oppgaven er videre avgrenset til aldersgruppen 13-18 år med fokusområder på behov som informasjon, tap av selvfølelse og kontroll, samt relasjon med venner.

1.4 Disposisjon av oppgaven

Videre i oppgaven presenterer jeg metoden og hvordan jeg har gått frem for å innhente aktuell litteratur. I teoridelen vil aktuelle begreper og litteratur bli gjort rede for. Videre i kapittel 4 presenterer jeg forskningsartikler, før jeg i kapittel 5 drøfter disse opp mot teoridelen. Til slutt i kapittel 6 vil jeg vise til en konklusjon.

2.0 Metode

I denne oppgaven bruker jeg kunnskap fra naturvitenskapelig og humanvitenskapelig tradisjon. Naturvitenskapelig kunnskap vil kunne gi sykdomsforståelse i form av forklaring. Litteratur fra pensum brukt i denne oppgaven er knyttet til naturvitenskapelige kunnskapsområder (Thidemann, 2015, s. 62). Humanvitenskapelig kunnskap vil i motsatt til naturvitenskapelig si noe om pasientenes opplevelser og/eller kunnskap om sykepleieerfaringer (Thidemann, 2015, s. 63). Artikkene inkludert i oppgaven er av kvalitativ metode hvor forskerne fanger opp deltakernes meninger og opplevelser (Dalland, 2017, s. 52), derav ses de på som kunnskap fra humanvitenskapelig tradisjon.

Videre vil jeg redegjøre for hvordan jeg har gått frem for å innhente aktuell forskning og litteratur. Jeg vil oppgi hvilke databaser og søkeord jeg har brukt, og til slutt vil det foreligge kildekritikk.

2.1 Litteraturstudie

Etter retningslinjer fra skolen, brukes det litteraturstudie i denne bacheloroppgaven. En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skiftelige kilder. Med denne form for studie blir det samlet inn litteratur, for deretter å gå kritisk igjennom det og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann, 2015, s. 79).

2.2 Litteratursøk

Før jeg startet prosessen med å finne relevant litteratur til min oppgave noterte jeg ned inklusjonskriterium. Artikkene måtte ha tatt for seg ungdommer i aldersgruppen jeg vil skrive om, altså 13-18 år og være publisert innen de 10 siste årene. Videre var det et ønske om at studiene ikke skilte mellom ulike kreftformer. Dette er fordi jeg anser alle typer kreft som utfordrende og alvorlige.

Jeg har gjort søk i forskjellige databaser for å finne relevante forskningsartikler som kan belyse min problemstilling. Søkeprosessen startet i databasen SveMed+. I søket mitt der brukte jeg norske søkeord som *ungdom, kreft, sykepleier, behov*. Disse ordene ga meg ingen

relevante artikler og det kunne se ut som det er lite forskning på dette temaet innenfor Norden. For å utvide søket mitt gikk jeg over til databasene Cinahl, Pubmed og Psykinfo. Disse søkebasene er anerkjente for informasjonsinnhenting, noe som var med på å sikre pålitelige kilder. I databasene Cinahl og Psykinfo fikk jeg ikke til å avgrense søkene nok, og det ble for mange treff til å skulle gå gjennom alle artiklene. Pubmed er den databasen som ble brukt mest og her fant jeg tre av artiklene som er inkludert i oppgaven. I Pubmed database brukte jeg søkeordene *adolescent*, *neoplasm*, *social adjustment*, *social support* og *oncology*. Disse ble kombinert med AND. Dette ga meg 821 treff. Artiklene jeg kom over omhandlet for det meste foreldre og spesifikke kreftdiagnoser. Det var vanskelig å snevre inn søket med enda flere søkeord, jeg avgrenset derfor de søkeordene jeg brukte med filters. De var full tekst, publisert innen 10 år, engelskspråklig og alder 13-18 år. For å vise til dette ble *social adjustment* omgjort til *social adjustment AND full text AND last 10 years AND english AND adolescent 13-18 years*. Dette gjorde jeg med samtlige søkeord som er vist til ovenfor. Da fikk jeg opp 6 treff. 5 av artiklene handlet for det meste om etterbehandling eller et perspektiv på å være pårørende til foreldre/søsken som har kreft. Den ene var innenfor mine inklusjonskriterium og artikkelen til Anthony et al. (2019) ble valgt.

Videre gjorde jeg et nytt søk i samme database. Jeg ønsket å finne artikler hvor kreftrammede ungdom og deres relasjon til sykepleiere var representert. Jeg brukte da søkeordene *nurse patient relation*, *adolescent*, *neoplasm* og kombinerte med AND. Dette ga meg 145 treff. Derfor anvendte jeg samme avgrensning ved bruk av filters som ved forrige søk, og fikk snevret resultatet til 33 treff. Etter å ha sett gjennom titlene synes jeg artiklene av Essig, Steiner, Kuehni, Weber og Kiss (2016) og Olsen og Harder (2011) virket mest relevant til min oppgave.

Ettersom jeg fikk et høyt antall treff i de nevnte databasene, gikk jeg over i manuelt søk eller også kalt hånd søk. For å finne flere relevante artikler sjekket jeg referanselister til artikler innenfor mitt tema. På denne måten fant jeg Wicks og Mitchell sin studie som ble publisert i 2010. Fulltekst hentet jeg via Google Scholar.

For å finne relevant pensum fikk jeg god hjelp av bibliotekarene på skolen, samt brukte nettressursen Oria. Jeg var også innom bachelorarkivet på skolens nettsider for å finne

tidligere oppgaver med ungdom som tema. På denne måten kunne jeg sjekke litteraturlisten og finne frem til pensum. Jeg har også benyttet meg av bibliotek på Høgskolen på Vestlandet. De har videreutdanninger for kreftsykepleie og barnesykepleie, og kunne derfor gi meg mer relevant litteratur.

2.3 Kildekritikk

I kildekritikken vil jeg vurdere litteraturen som brukes i oppgaven. På denne måten vurderes litteraturen opp mot hvordan den belyser min problemstilling (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158).

2.3.1 Kritikk av artikler

Felles for alle forskningsartiklene som blir brukt i denne oppgaven er at de er kvalitative studier. Dette kan være en styrke med tanke på at forfatterne får deltakernes synspunkter og perspektiver på de aktuelle tema. Jeg ønsket artikler med et perspektiv hvor ungdommers opplevelser og erfaringer med kreft kom frem, men også artikler hvor sykepleier var representert.

Vitenskapelige artikler følger som regel IMRaD-struktur (Thidemann, 2015, s. 68). IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og (and) diskusjon (Dalland & Trygstad, 2017, s. 163). Ved valg av artikler forsikret jeg meg om at de inneholdt alle elementene i IMRaD.

Vitenskapelige tidsskrifter skal vurderes og godkjennes av uavhengige fagpersoner. Dette sikrer at artikler er av god kvalitet før publisering (Dalland & Trygstad, 2017, s. 154).

Alle artiklene jeg har valgt er publisert i anerkjente tidsskrifter. Norsk senter for forskningsdata (NSD) er et register over ulike publiseringskanaler, hvor tidsskriftene er fagfelleverdert (NSD, 2019). I dette registeret har forskningen i min oppgave blitt vurdert. Alle tidsskrifter som utgis her har gjennomgått en fagfellevurdering, og anses derfor som troverdige.

Mitt inntrykk etter å ha gjort søk er at det er lite forskning innenfor denne aldersgruppen. Jeg har begrenset erfaring på søk i databaser, samtidig som begrenset tilgang hjemmefra kan

ha bidratt til at jeg har unngått å finne annen relevant forskning. Samtlige artikler er skrevet på engelsk, og det kan ha ført til at jeg som leser har tolket dem feil eller misforstått innholdet. Selv om noen peker på begrensninger for å generalisere studiene til andre kulturer anser jeg artiklene som overførbare til Norge.

Studien av Anthony et al. (2019) valgte jeg å inkludere på bakgrunn av at 67% av deltakerne var mellom 13 og 18 år, og de ønsket å finne ut av hvordan disse ungdommene opplevde det å ha kreft. Deltakerne ble intervjuet med åpne spørsmål slik at svarene ble mest mulig innsiktsfulle. Studien er utført i Canada med kun engelskspråklige pasienter. Dette er noe de selv hevder kan være begrensninger i forhold til om studien kan generaliseres til andre kulturelle sammenhenger. Mitt inntrykk av Canada som land er at det er tilnærmet likt Norge og på bakgrunn av det tenker jeg den er med på å belyse min problemstilling.

Olsen og Harders studie fra 2011 ble inkludert fordi den forsker på relasjonen mellom sykepleier og ungdom med kreft. For å utforme denne studien er det brukt en grounded theory som er en form for kvalitativ forskning (Malt, 2018). Studien forgikk på en ungdomsenhet i Danmark. Innsamling av data til denne studien er gjennom intervjuer, observasjoner, uformelle samtaler og dokumenter. Forløpet til denne studien baserer seg i perioden fra 2006 til 2008. Artikkelen er av eldre utgave, men jeg ser på nettverksfokuset sykepleie som denne studien omhandler, som relevant til hvordan sykepleieren kan møte ungdommer som er innlagt med kreft. På bakgrunn av dette tenker jeg studien er aktuell og kan overføres til i dag. Styrken i denne studien er at alle sykepleierne med erfaring innen arbeid med nettverksfokuset sykepleie var inkludert, til tross for at det kun var 7 stykker. Begrensninger for studien kan være at den inkluderer kun en ungdomsavdeling, og avdelingen inngår i en voksen avdeling, altså at det ikke er en egen ungdomsavdeling.

Studien til Essig et al. (2016) er relevant til å belyse min problemstilling ved at den ser på hva som er god og dårlig kommunikasjon mellom ungdom og helsepersonell. Studien ble utført med deltakere fra Sveits, Tyskland og Østerrike. Inklusjonskriteriene til studien var at pasientene var over 18 år, sykdomsfrie i et år og blitt diagnostisert med kreft i alderen 13-19 år. Studien inneholder fokusgrupper hvor 16 pasienter, 8 foreldre, 12 leger og 18 sykepleiere deltok. Studien tar for seg hvordan kommunikasjonen mellom disse gruppene kan forbedres.

Perspektivene fra leger og foreldre vil ikke være like relevant i henhold til problemstilling, men på bakgrunn av at flertallet av deltakere er unge pasienter og sykepleiere kan den likevel gi ulike perspektiver på kommunikasjon mellom dem. Ungdommene som er med i studien er overlevende. Jeg tenker det er en styrke i forhold til at det ikke er så lang tid siden de ble friske og at de dermed bærer med seg erfaringer. Det at helsepersonell har gode kommunikasjonskunnskaper ser jeg på som meget viktig i forhold til denne aldersgruppen. Begrensninger ved studien kan være at funnene muligens ikke kan overføres til andre pasientpopulasjoner med mangfold i rase og etnisitet.

Forskningen til Wicks og Mitchell utgitt i 2010 omhandler i likhet til Essig et al. (2016) sin studie, om ungdommer som er kreftoverlevende. Studien ble utført i New Zealand og inkluderte 10 pasienter som hadde hatt kreft i alderen 14-19 år. Gjennomsnittlig tid siden diagnose var 3 år og 6 måneder. Deltakerne ble intervjuet med åpne spørsmål av en psykolog og innhenting av data foregikk der hvor ungdommen oppholdt seg. Kvalifiserte deltakere ble identifisert fra sykehusjournalene. Begrensninger i studien er at den er liten, kun 10 stykker som var ikke-tilfeldige ungdommer, samt et frafall på 4 stykker. Til tross for noen svakheter valgte jeg denne studien fordi ungdommene forteller om sine opplevelser av å bli diagnostisert og behandlet for kreft.

2.3.2 Kritikk av bøker

Fagbøker jeg har valgt å bruke i denne oppgaven er anerkjente og funnet fra pensum. Målet har vært å finne primærlitteratur, samt siste utgave av bøkene. Når bibliotekene stengte på grunn av koronaviruset, har det ikke latt seg gjøre å få tak i dem. Enkelte bøker er derfor sekundærlitteratur eller av eldre utgave. Til tross for dette ser jeg på valgt pensum som relevant i henhold til tema i oppgaven.

Benner & Wrubel *Omsorgens betydning i sygepleje: stress og mestring ved sundhed og sygdom* (2013) er en nyere utgave og dansk oversettelse av deres originale bok *Primacy of caring stress and coping in health and illness* (1989). Det danske språket minner om det norske, men det kan være jeg har misforstått enkelte ord og uttrykk. For å få en bedre

forståelse for deres omsorgsteori ble Kirkevold (1998) *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* brukt.

Vigdis Bunkholdt (2002) sin tolkning av Erik Eriksson i boken *Utviklingspsykologi* er sekundærlitteratur hvor Erikssons arbeid er tolket av en forfatter, som etterpå blir tolket av meg. Dette kan være en svakhet, men det er mange ulike tolkninger av Erikssons teori, og jeg ser på denne kilden som pålitelig.

2.4 Etiske overveielser

Artiklene som er brukt i denne oppgaven har tatt hensyn til ungdommenes personvern og forfatterne har fått etisk godkjenning før gjennomføring av studiene. Informert samtykke ble innhentet fra hver studiedeltaker, og eventuelle pårørende som ble observert. Etter rekrutteringsperioden hadde deltakerne muligheten til å trekke seg fra studien. Dette var det noen som benyttet seg av.

3.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg ta for meg aktuell teori jeg har valgt å bruke til oppgaven. Jeg tar først for meg hva som kjennetegner ungdom i utvikling, for så å si noe om kreft og behandling. Videre tar jeg for meg aktuelle behov som ungdommer med kreft kan ha under behandling, før jeg til slutt representerer annen relevant litteratur og valgt sykepleieteori.

3.1 Utviklingsteori om ungdom

Hensikten med en utviklingsteori er å beskrive, forklare og forutse barns utvikling. Det er mange slike teorier i utviklingspsykologien, for eksempel intellektuelle, følelsesmessige og sosial utvikling (Bunkholdt, 2000, s. 26). Barn er stadig i utvikling gjennom en prosess hvor de forandrer seg og vokser gjennom hele livet (Bunkholdt, 2000, s. 19). Teoretikeren Erik H. Erikson har utarbeidet en modell om den psykososiale utviklingen hos barn. Hovedtrekkene i Eriksons teori er at samfunnet påvirker det som skjer i menneskers utviklingsforløp. Han legger vekt på personlighet som betydning for utvikling og at mennesker utvikler seg gjennom hele livet, identiteten spiller en stor rolle i utvikling (Bunkholdt, 2000, s. 192). Erikson går gjennom sin utviklingsteori med å dele den opp i fem stadier: Den orale fasen (fødsel-1,5 år), autonomifasen (1,5-3 år), initiativfasen (3,5-5 år), ferdighetsfasen (6 år til puberteten) og puberteten som siste fase (Bunkholdt, 2000, s. 196-209). Overgangen mellom de nevnte fasene betegner Erikson som en utviklingskrise. Dette betyr at når man trer inn i en ny fase vil det oppstå nye behov og forutsetninger. En slik overgang vil kreve tilpasning. På bakgrunn av sine fem stadier for utvikling mener Erikson at grunnlaget for utvikling skjer i det første stadiet (Bunkholdt, 2000, s. 192). Den siste fasen betegnes som puberteten, i denne fasen befinner ungdom seg. Kjennetegnene ved pubertetsfasen er at ungdommer skal tilegne seg en identitet som omhandler hvem man er, og hva en ønsker å være. Klare roller, og en plass i samfunnet vil gjøre overgangen til voksen mindre konfliktfylt. Identitet gir opplevelse av kontinuitet og den er viktig i alle faser med at en utvikler en grunnholdning om tanker, følelser og atferd (Bunkholdt, 2000, s. 206-207).

Gjennom ungdomstiden kan en streve med å få bekreftelse på sin identitet. For denne aldersgruppen er det viktig med anerkjennelse og bekreftelse på identitet. Ungdommer tilstreber å likne hverandre i utseende, musikksmak og meninger. Denne likheten blir en kilde til tilhørighet og dermed identitet (Bunkholdt, 2000, s. 208). Ungdommer er unike ved at de er i en utvikling til å bli selvstendige, og det å ha egne meninger er grunnleggende. Forutsigbarhet og følelsen av kontroll i ulike situasjoner er viktig i denne alderen. Jeg har som nevnt valgt å fokusere på ungdommer i aldersgruppen 13-18 år og det er stor forskjell når det kommer til alder og selvstendighet. Et barn på 13 år anses som ungdom, men er på mange måter fortsatt beskyttet av sine foreldre. En ungdom på 18 år er derimot myndig og kan ta selvstendige valg (Søbjerg, 2019, s. 139).

3.2 Kreft og behandling

Hos ungdommer er det kreftformene Hodgkins lymfom og skjelettsvulster som forekommer hyppigst. Leukemi og hjernesvulster rammer oftest yngre barn, men kan også ramme ungdommer (Bringager et al., 2014, s. 182). Ved sykepleierens vurdering av pasientens behov og problemer er data som symptomer og bivirkninger viktig (Stubberud, 2019, s. 55).

Behandlingen av barn med kreft krever i de fleste tilfeller at den er langvarig, fra noen uker og opp til to og et halvt år (Bringager et al., 2014, s. 15). Som reglen går pasienten gjennom cytostatika (cellegift) behandling ved disse kreftformene. Behandlingen tar ikke kun de maligne blodcellene, men også de friske cellene i kroppen. Dette fører til bivirkninger som blant annet kvalme, hårtap, anemi og nedsatt immunforsvar (Kreftforeningen, u.å). Barn og ungdom tåler denne behandlingen bedre enn voksne og kan derfor få større doser av cellegiften (Barnekreftforeningen, u.å). En del av behandlingen kan bli overført til dagbehandling. Dette er et tiltak som bidrar til at pasientene får være mer hjemme i behandlingsperioden (Bringager et al., 2014, s. 16).

3.3 Når kreft rammer ungdom

Kreft er en sykdom som rammer både voksne og barn. Som sykepleier er det viktig å ha forståelse for at barn kan reagere annerledes enn voksne, men og kunnskaper om sykdommen og hvordan man skal møte denne pasientgruppen.

Når unge mennesker får en kreftdiagnose kan det slå ned som lyn fra klar himmel i en alder der mange tror at kreft kun rammer eldre mennesker. De står i starten av livet og mange har vanskeligheter for å uttrykke sine følelser (Kvåle, 2002, s. 135). Når ungdommer er innlagt på sykehuset skaper det store utfordringer da de er verken barn eller voksne (Sjøbjerg, 2019, s. 139). Tall fra kreftregistret viser at 160 barn mellom 0-14 år og 27 ungdommer mellom 15-17 år fikk kreft i 2018 (Kreftregisteret, 2020).

Ungdom som blir innlagt på sykehus over lang tid med en alvorlig sykdom vil ha behov for ivaretagelse av sine psykososiale behov. Dette kan være å oppleve tap av kontroll og identitet, endringer av kroppen, samt det å være borte fra venner og det sosiale fellesskapet (Sjøbjerg, 2019, s. 139). Usikkerhet og mangel på kontroll kan være svært utfordrende når en står overfor en slik sykdom, og er innlagt på sykehus. Å miste kontrollen over eget liv kan føre til stress og gå utover deres mestringsevne (Nielsen & Madsen, 2002, s 218). En konsekvens av sykdom kan innskrenke friheten til å utfolde seg fritt og realisere sine egne verdier (Solvoll, 2011, s. 22).

3.4 Aktuelle behov som kan oppstå under behandling

Krefttrammede og særlig yngre pasienter har i dag stort behov for informasjon. Mange har lest seg opp på internett og har spørsmål de trenger svar på. Det kan være utfordrende å møte disse pasientene på en tilfredsstillende måte, og studier viser at de ikke alltid vil være fornøyd med den informasjonen som er gitt (Kvåle, 2002, s. 43-44). Hensikten med informasjon er å redusere eller fjerne usikkerhet. For at de unge skal få en opplevelse av kontroll er det viktig at de får informasjon om hva som skal skje på sykehuset (Sjøbjerg, 2019, s. 143). En studie om kreftpasienters behov for undervisning ble sammenlignet med sykepleierens oppfatning av pasientenes undervisningsbehov. Studien viste at sykepleier rangerte mestring som viktigst for pasienten, men pasientene selv rangerte informasjon om

diagnose og behandling som det viktigste. Mangel på informasjon støttes opp under flere pasientundersøkelser (Kvåle, 2002, s. 16). Kommunikasjonsbehovet til pasienten er vesentlig å undersøke og kommunikasjonen til kreftpasienter bør skje på deres premisser (McCaughan & Mckenna, 2007, referert i Lorentsen & Grov, 2016, s. 417).

Et viktig aspekt ved menneskets opplevelse av seg selv er kroppsbildet (Stuart, 2008, referert i Solvoll, 2011, s. 17). I ungdomstiden er en redd for å være annerledes og å skille seg ut. Utseendet blir viktigere og andres meninger betyr mer. I løpet av behandlingen vil det forekomme bivirkninger som kan ha en innvirkning på utseendet. Dette kan bære preg av vektforandringer og hårtap som følge av cytostatikabehandling, og kan medføre utfordringer i forhold til selvstendighet i sosiale relasjoner (Nielsen & Madsen, 2002, s. 205). Samtidig kan slike utseendeforandringer hos ungdommer føre til tap av selvfølelse og opplevelsen av at disse forandringene synliggjør sykdommen. Å bli behandlet for kreft er krevende, og mange unge vil oppleve å bli sosialt isolert fra venner (Nielsen & Madsen, 2002, s. 217). Å ha en tilhørighet i vennegjengen er viktig, og det kan føles ubehagelig å bli tatt bort fra fellesskapet, samt være annerledes (Bringager et al., 2014, s. 188). På bakgrunn av endret utseendet kan ungdommen i noen tilfeller ikke ønske å ta imot besøk fra venner. Dette kan være på grunn av ubehaget over situasjonen og hvordan de ser ut (Sjøbjerg, 2019, s. 140).

Alle mennesker har et behov for kjærlighet og tilhørighet (Kvåle, 2002, s. 28). Å ha et nettverk av en eller flere personer en stoler på, og som støtter når en trenger det, er viktig (Næss, 2001, referert i Smebye & Helgesen, 2011, s. 43). En persons situasjon kan også være av betydning av hvilken type sosial støtte personen har behov for (Smebye & Helgesen, 2011, s. 45). Det er de nærmeste relasjonene som betyr mest (Smebye & Helgesen, 2011, s. 43), slik som familie og venner (Fugelli & Ingstad, 2009, referert i Smebye & Helgesen, 2011, s. 43). Når en livstruende sykdom står overfor ungdommen vil behovet for foreldrenes omsorg og beskyttelse øke (Bringager et al., 2014, s. 185). Når de unge blir rammet av kreft vil det skape ulike følelser i forhold til den løsrivelsesprosessen de står i. Familien vil i denne perioden være den største støtten (Sjøbjerg, 2019, s. 140).

Det vil være vondt for de unge å være borte fra venner og viktige hendelser (Bringager et al., 2014, s. 188). Ungdom vender seg hovedsakelig til sine venner for å få støtte til å håndtere vanskelige situasjoner (Sjøbjerg, 2019, s. 140). Når en tilbringer mye tid på sykehuset med nedsatt immunforsvar kan det gjøre det vanskelig å opprettholde kontakt med venner (Bringager et al., 2014, s. 189). Ungdom med en kreftdiagnose kan få tanker og opplevelser rundt eksistensielle spørsmål som få jevnaldrende klarer å følge. Mange unge vil føle seg alene med sine erfaringer. Det er flere ungdomsgrupper i Kreftforeningen som tilbyr å dele erfaringer med hverandre. Mange har hatt god nytte av dette (Bringager et al., 2014, s. 184). Studier har vist at pasienter som opplever den sosiale støtten som god, har en tendens til å se mer optimistisk på sin sykdom (Kvåle, 2002, s. 26).

3.5 Reaksjonsfaser

Ungdom som får en kreftdiagnose vil oppleve å ha mistet kontroll, og lider under tap av det som tidligere ga livet mening. Dette kan skape ulike reaksjoner fra de unge (Stubberud, 2019, s. 178). I psykologisk sammenheng blir krise brukt i betydning av at en person har kommet i en livssituasjon som overstiger mestringsevnen. Dette kan være traumatiske opplevelser som er overveldende. Traumatiske kriser er plutselige og uventede påkjenninger som er potensielt livstruende, for eksempel alvorlig sykdom (Renolen, 2015, s. 184). Fellesnevneren for hendelser hvor en person er i krise, er at den opplever ulike former for tap (Renolen, 2015, s. 183).

Beskrivelsen av de ulike krisefasene vil være et hjelpemiddel for å orientere seg i kriseløpet som oppstår (Renolen, 2015, s. 185). For å forstå dette vil jeg her ta kort for meg Johan Cullberg sin kriseteori. Han definerer krise som «en livssituasjon hvor våre tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelig til å forstå og beherske den aktuelle situasjonen» (Renolen, 2015, s. 184).

Cullberg beskriver krise gjennom ulike faser, men utpeker at person i krise nødvendigvis ikke går gjennom hver fase og fasene kan overlappes hverandre (Renolen, 2015, s. 185). Sjokkfasen er den første. Her er personen preget av en uvirkelighetsfølelse, og ulike reaksjoner som kan forekomme er å være sterkt følelsesmessig påvirket, til så å være nesten

upåvirket av det som har skjedd. Reaksjonsfasen er neste og kjennetegnes ved at personen sakte tar innover seg hva som har skjedd. Mange vil ha et stort behov for å snakke og å finne mening i kaoset. I bearbeidingsfasen er den akutte krisen over og personen starter å erkjenne og godta det som har skjedd. Nyorienteringsfasen er den siste fasen. En krise går ikke over, og personen vil lære seg å leve med det som har skjedd (Renolen, 2015, s. 185-186).

3.6 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjer er der for å veilede sykepleiere i møte med etiske dilemmaer. Grunnlaget for retningslinjene er at all sykepleie skal ivareta respekt for enkeltmennesket, samt bygge på omsorg og barmhjertighet (Molven, 2019, s. 68). Retningslinjer som vil være relevant ved å gi støtte til unge kreftrammede pasienter siteres fra Norsk Sykepleieforbund (2019):

«2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom».

«2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg».

«2.10 Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse».

3.7 Lovverk

Ungdommer har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) ulike rettigheter når de er innlagt på sykehus. Jeg vil her inkludere de rettighetene som kommer frem som relevant i henhold til min oppgave.

Sykepleie som utøves skal være faglig forsvarlig (Molven, 2019, s. 119). Dette utdypes i helsepersonelloven (1999) § 4-1 hvor pasient/bruker skal få et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud. I forhold til tjenestetilbud har pasienter rett på informasjon og samtykke. I §3-4 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) skal barn under 16 år bli informert på lik linje som foreldrene, videre sier §3-5 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) at informasjonen som gis skal være tilpasset mottakerens forutsetninger. Ifølge Molven (2019, s. 153), vil det si at barn har krav på informasjon om sin tilstand og

behandling. Informasjonen skal derimot gis som om de var voksne til ungdom mellom 16 og 18 år.

I tillegg til rett på informasjon har og barn og unge rett til å bli hørt og samtykke til behandling. Unge over 16 år har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-3b) samtykkekompetanse, men unntaket er dersom barnet skal gjennomgå smertefull eller risikofylt behandling (Molven, 2019, s. 166). Helsepersonell skal legge til rette for at de unge kan samtykke ut fra alder, psykisk tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3 annen ledd). Når en har fylt 12 år har pasienten rett til å uttrykke sin egen mening i spørsmål som angår egen helse. Helsepersonell skal legge økende vekt på hva de unge mener ut fra alder og modenhet (Molven, 2019, s. 167).

3.8 Patricia Benner og Judith Wrubel omsorgsteori

I oppgaven har jeg valgt å bruke denne teorien fordi den beskriver helhetlig omsorg for hver enkelt, og dette vil være nyttig for å forstå ungdommen.

Patricia Benner og Judith Wrubel ga ut boken «The Primacy of Caring» i 1989 (Benner & Wrubel, 2013, s. 9). Deres sykepleieteori tar utgangspunkt i Heideggers fenomenologiske måte å forstå verden på (Benner & Wrubel, 2013, s. 29). Omsorg er hovedbudskapet i teorien. Forfatterne gir ingen klar definisjon på hva omsorg er, men forteller at omsorg er helt avgjørende for alle mennesker. Benner og Wrubel (2013, s. 23) bruker uttrykket omsorg som betegnelse for å ha noe som betyr noe, å være «bundet til» noe. Det forener tanke, følelse og handling, det å vite og være menneske på en god måte. Omsorg kan beskrive hvordan en person er involvert i noe eller noen på flere måter. I denne betydningen vil omsorg sette rammer for hva som vil være stressfullt og hvilke alternativer en har til å kunne mestre noe. Når et menneske bryr seg, er mennesket i en sårbar posisjon. Dersom ikke forhold, ting eller hendelser har noen betydning, vil de heller ikke kunne påvirke en (Benner & Wrubel, 2013, s. 23).

For å forklare hva det betyr å være en person benytter Benner og Wrubel (2013, s. 64) seg av Heidegger sitt fenomenologiske menneskesyn, og ut fra dette sier de at en person er et selvfortolkende vesen. Det vil si å leve sitt eget liv. Ifølge Kirkevold (1998, s. 200) peker

Benner og Wrubel på fire karakteristiske trekk ved det å være menneske. Disse er kroppens intelligens, bakgrunnsforståelse, spesielle anliggende (concern) og det å være plassert i en situasjon eller kontekst. I Kirkevold (1998, s. 200) sin analyse av teorien vil disse fire aspektene gjenspeile den fundamentale forbindelsen mellom en person og den sammenheng vedkommende befinner seg innenfor. Jeg vil nå ta for meg disse fire aspektene.

Benner og Wrubel (2013, s. 66) tar først for seg kroppslig intelligens som handler om at kropp og sjel er integrert og mennesket er i stand til å være i en situasjon på en meningsfull måte. Dette kan forklares med at vi er ikke bevisst over de aktivitetene kroppen utfører, for eksempel ved å gjenkjenne ansiktsuttrykk eller fysiske bevegelser og kroppsholdninger. Dette er kunnskap en ikke legger merke til at en har, før en mister den (Benner & Wrubel, 2013, s. 66). Videre sier forfatterne at mennesker bærer med seg en bakgrunnsforståelse, en måte å forstå verden på. For mennesket blir bakgrunnsforståelsen levert av den kulturen og familien personen tilhører (Benner & Wrubel, 2013, s. 69)

Spesielle anliggende er det tredje som fremkommer i deres omsorgsteori og det betyr at mennesket bryr seg om noe. Det at mennesket bryr seg om noe beskriver de ved at mennesker involverer seg i verden ut fra det som bryr dem og lever i sin verden. Samtidig forstår mennesket den verden ut fra kroppslig viten, bakgrunnsforståelse og det å bry seg om noe (Benner & Wrubel, 2013, s. 73).

Situasjonen slik som Benner og Wrubel (2013) legger det frem, forstås ut fra meningen den har, selve konteksten. De mener at mennesket alltid er i en situasjon. Med bakgrunn i deres aspekter på det å være menneske, oppfatter og involverer mennesket seg i situasjoner direkte, ut fra hvilken mening situasjonen har for vedkommende (Benner & Wrubel, 2013, s. 73). Mennesker opptrer og handler uten å tenke seg om i trygge omgivelser. Den kroppslige kunnskapen og de spesielle anliggende gjør at mennesket fungerer på en «uhemmet måte» i situasjonen. Ved alvorlig sykdom vil situasjonen endre seg og mennesket vil ikke lenger fungere på en «uhemmet måte». Den gamle selvforståelsen strekker ikke til. Mennesket vil da oppleve stress (Benner & Wrubel, 2013, s. 83).

I teorien til Benner og Wrubel (2013) henger stress og mestring sammen og er en viktig del av deres sykepleieteori. De definerer stress som «et brudd i mening, forståelse og normal funksjon slik at fare, tap eller utfordring erfares, og sorg, tolkning eller nye ferdigheter er påkrevd» (Benner & Wrubel, 2013, s. 83). Stress vises som et resultat av personens vurdering i sin relasjon til situasjonen og sin evne til å tilpasse seg den. Stress er knyttet til både personen og situasjonen (Benner & Wrubel, 2013, s. 83). Forholdet mellom stress og mestring forklares med at stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er hva man gjør med dette bruddet (Benner og Wrubel, 2013, s. 86). Personens spesielle anliggende, bakgrunnsforståelse, ferdigheter og vaner definerer hva som vil oppleves stressende, og hvilke muligheter for mestring som er tilstede (Benner og Wrubel, 2013, s. 87).

4.0 Resultat

I dette kapitlet presenteres de fire forskningsartiklene jeg har brukt i denne litteraturstudien.

4.1 Artikkel 1

«The social impact of early psychological maturity in adolescents with cancer» (Anthony et al., 2019).

Hensikten med studien var å utforske hvordan det å oppleve kreft i ung alder påvirker deres sosiale egenskaper og livskvalitet. Hvordan ungdommene tilskriver mening til deres sykdom.

Studien fremhever betydningen av å oppleve kreftbehandling i ung alder, og i en kritisk periode med utviklingsvekst. Pasientene opplevde en økt modenhet gjennom behandlingen og så på dette som positivt da det ga en sterkere følelse av selvtillit og personlige verdier. Modenheten og de utviklingsmessige fordelene som forekom, kompenserte ikke for den tapte barndommen og lengselen etter det normale. De forteller at det å være mer moden enn jevnaldrende ga økt sosial belastning, i en tid hvor relasjonen til venner er essensielt.

Avslutningsvis peker forfatterne på ulike intervensjoner som kan øke oppmerksomheten på sosialisering for denne pasientgruppen. En kognitiv tilnærming kan endre ungdommers syn på seg selv, i forhold til andre. Samtidig har kognitiv atferdsterapi vist resultater i form av å støtte ungdom til å gi mening i sin kreftopplevelse. Å henvise unge kreftrammede pasienter til psykologer og spesifikke faggrupper, er tiltak de trekker frem.

4.2 Artikkel 2

«Caring for teenagers and young adults with cancer: A grounded theory study of network-focused nursing» (Olsen & Harder, 2011).

Hensikten med studien var å utforske sykepleierne sine prosesser og strategier i møte med de unge pasientene ved bruk av nettverkfokusert sykepleie. Funn i studien peker på at den største utfordringen til sykepleierne, var å finne nye måter å hjelpe de unge til å fortsette deres normale vekst og utvikling i behandlingsperioden. De bruker begrepet «bridging». Sykepleierne bruker da brodannelse til å forbinde de syke ungdommene med deres vanlige liv. Dette gjorde de ved å forsøke å forstå ungdommenes verden og tradisjoner, og videre sammenlignet de med sine egne.

Studien viser hvordan «å bygge bro» i forskjellige former kan hjelpe sykepleieren til å gi omsorgen de ønsket å levere. I prosessen av å skape relasjon og tillit mellom sykepleier og ungdommen ble det brukt flere metoder. På den måten skapte de en god kontakt, åpen kommunikasjon til pasienten, og viste tydeligheten av deres intensjoner for omsorgen, samt være der for de unge i en vanskelig tid.

Resultatet ved å bruke nettverkfokusert sykepleie er at sykepleieren bevarer sosial integrering av pasienten og det gir forutsetninger for å inkludere det sosiale nettverket. Forfatterne av studien anbefaler at ungdommer med kreft blir ivaretatt av spesialiserte enheter. Sykepleierne er i en unik posisjon til å vurdere pasientenes sosiale nettverk, og at omsorgen som gis har fokus på de unges utviklingsbehov, ungdomskultur og kommunikasjon.

4.3 Artikkel 3

«Improving communication in adolescent cancer care: A multiperspective study» (Essig et al., 2016).

Hensikten med studiet var å finne forslag til forbedring av kommunikasjon i ungdomskreftomsorgen. Dette var som mål på bakgrunn av bevis som tyder på at kommunikasjonsbehovene til denne pasientgruppen sjeldent blir dekket.

Funnene som ble gjort i studien var at fagpersoner og pasienter fokuserte på helt forskjellige temaer da de diskuterte kommunikasjonsproblemer. Det var også store forskjeller mellom leger og sykepleiere, når det gjelder hva slags kommunikasjon som var forventet av dem. Fagpersoner mener at ungdommene har andre prioriteringer enn voksne, og at behandlingen måtte legges opp deretter. Et eksempel på dette kan være at voksne pasienter prioriterer cellegiftbehandlingen til sin hverdag, mens med unge pasienter måtte cellegiftbehandlingen tilpasses deres liv og prioriteringer. Helsepersonell syntes også det var utfordrende å ta parti mellom pasienten og deres foreldre, med tanke på hvem som har rett til å ta beslutninger. Ungdommene følte på et ubehag ved å ikke bli tatt på alvor og fant det vanskelig hvis informasjon ble holdt tilbake. De fleste ungdommer vil ha detaljert, men lettfattelig informasjon om kreftbehandling og diagnose, slik at de kan delta i beslutningsprosessene.

På bakgrunn av funnene i studien vil det å fremme ungdomskulturen, samt informasjon om ungdomstjenester bidra til bedre kommunikasjon. De konkluderer med at forskjellene mellom hva som er målet med kommunikasjonen fra lege og sykepleier er stor. Dette er noe som bør tas i betraktning ved opplæring i kommunikasjonsevner.

4.4 Artikkel 4

«The adolescent cancer experience: Loss of control and benefit finding» (Wicks & Mitchell, 2010).

Målet til denne studien var å få ungdommenes perspektiv på hvordan de opplevde det å ha en kreftdiagnose. Et annet mål ved å utføre forskningen var å gi anbefalinger til helsepersonell ut fra ungdommens perspektiver på hvordan behandlingen og opplevelsen av å ha kreft var. Fokuset ved studien var å identifisere og eliminere funn som ikke er dokumentert godt i tidligere studier med denne populasjonen.

Hovedtemaene som ble brukt for å identifisere hvordan ungdommenes perspektiv på kreftbehandlingen, var spørsmål om opplevelsen av å bli diagnostisert, sosiale konsekvenser ved behandling, økonomi, fysisk utsende, selvidentitet og arbeid/studie, samt informasjon og tjenester som var ytet under behandling.

Funnene i studien var at de tema som nevnt ovenfor stemte overens med tidligere forskning i lignende studier. Studien understreker at de identifiserte problemene forblir konstant uavhengig av nasjonalitet, og må bli anerkjent i møte med unge mennesker med kreft. To tema som ikke var direkte målrettet i intervjuet var tap av kontroll og positive effekter av å få en kreftdiagnose. På bakgrunn av at pasientene selv belyser behandlingseksekvenser som tap av kontroll, samt deres positive opplevelser ved kreftbehandling, kan det tenkes at det krever videre forskning.

Videre resultater av denne studien var ungdommenes følelse av tap av kontroll og deltakernes nytteverdi av kreftbehandlingen. Ungdommene som deltok i studien fremhevet viktigheten av opplevelsen av kontroll, slik at mestring av situasjonen og håndtering av stress kunne oppnås. De peker også på viktigheten av alderstilpasset informasjon for å redusere usikkerhet og fremmedgjøring. De fremhevet viktigheten av å bli inkludert av helsepersonell i beslutninger angående behandlingen, og muligheten til å få ta valg og være med på å løse problemer. Dette var viktig for de slik at økt uavhengighet og selvtillit ble bevart. Fordelene

ungdommene pekte på som konsekvens av behandlingen var økt modenhet, forbedret mellommenneskelig forhold og et endret syn på livet.

4.5 Oppsummering av artikler

Fellesbetegnelsen for alle studiene som er inkludert i denne litteraturstudien er at ungdommer er en sårbargruppe som behøver å bli sett, få trygghet og omsorg fra helsepersonell. De er enige om at denne aldersgruppen er lite forsket på og at de unge behøver å bli inkludert tidlig i støttegrupper med andre ungdommer i samme situasjon. I artiklene tolker jeg det som at pasientene og sykepleierne mener at kommunikasjon og informasjon er viktig. Ungdommene som deltok i studiene fremhever viktigheten av å bli tatt på alvor, samt blir møtt på en god måte i den situasjonen og i det stadiet de er i livet.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte teori opp mot forskning og Benner og Wrubel (2013) sin sykepleieteori for å komme frem til en konklusjon. Problemstillingen er: «Hvilke behov har unge kreftrammede pasienter under sykehusinnleggelse og hvordan kan sykepleier bidra til å støtte i denne situasjonen?».

5.1 Å være ung kreftsyk pasient

I studien til Wicks og Mitchell (2010, s. 778) kommer det frem at en kreftdiagnose i ungdomsårene, potensielt kan utfordre utviklingen av et positivt kroppsbilde og fremtidige planer. Dette underbygges av Olsen og Harder (2011, s. 153) som utdyper med at ungdommer blir ekstremt sårbare når de får en kreftdiagnose. Deres fremtidsplaner virker nå som umulige og rollene den unge står i blir usikre, for eksempel skolegang.

Omsorgsteoriens begrep om kroppslig kunnskap forklares ved at den kroppslige kunnskapen er innlært, dette er kunnskap som en ikke legger merke til en har før en har mistet den (Benner & Wrubel, 2013, s. 66). Dette kan ses på som om unge kreftrammede ser på seg selv å tåle alt av behandling på bakgrunn av å ha vært mye syk, eller har fått nok og ikke orker et sprøytstikk til. Videre sier Benner og Wrubel (2013) at kroppslig kunnskap og bakgrunnsforståelse henger sammen. Kroppen reagerer ut fra hva man har vært gjennom tidligere. Kunnskap om helse og sykdom er variert. Bakgrunnsforståelse tilegnes blant annet gjennom familie (Benner & Wrubel, 2013, s. 69). Sykepleier kan møte en ungdom som opplever kreft for første gang, eller en som har fått tilbakefall. Gjennom første møte kan det også bli kjent at ungdommen har opplevd å miste noen til kreft og det kan være med på å begrense den kroppslige kunnskapen. Den unge kan forstå noe med hodet, men allikevel ha en kroppslig reaksjon, som kan betyr at noe sitter dypere, for eksempel redsel som gjør at man reagerer.

Å være ung og gå fra å tenke at man er frisk og sunn til å få en kreftdiagnose tenker jeg kan ses på som en utviklingskrise. Erikson beskriver at en slik krise kan oppstå ved overgang til en ny fase (Bunkholdt, 2000, s. 192). Å gå inn i en ny fase i utviklingen anser jeg også kan bety å

måtte gå inn i nye ukjente roller. En sykepleier i artikkelen til Essig et al. (2016, s. 1425) forteller at ungdom gjerne har en følelse av at de kanskje ikke er helt udødelige, men selv med kreft, har de følelsen av at det ikke kan være så ille. Til tross for dette vil jeg tro at det er vanskelig å skulle tre inn i en ny rolle som innebærer å identifisere seg som en kreftpasient. Kreft kan være en potensielt dødelig sykdom og i en viss grad tenker jeg ungdommene erkjenner seg selv som dødelig.

Som nevnt tidligere sier Wicks og Mitchell (2010, s. 778) i sin studie at en kreftdiagnose vil kunne påvirke ungdommenes utvikling av et positivt kroppsbilde. Ungdommene kan som følge av behandling få et endret utseendet. På bakgrunn av Eriksons teori som viser til hvor viktig det er for ungdommer å likne hverandre, og på denne måten få en bekreftelse på sin identitet (Bunkholdt, 2000, s. 208), kan forandringer ved utseendet skape en krise. Bivirkninger av cellegift som behandlingsmetode kan gi hårtap og vektforandringer (Kreftforeningen, u.å). Disse forandringene kan muligens føre til et tap for ungdommen (Renolen, 2015, 183). Jeg vil tro at utseende forandringer kan skape negative konsekvenser av andre viktige behov ungdommen har i løpet av behandlingsperioden, samtidig som at behovet for tilhørighet også er viktig gjennom en kreftdiagnose. En slik krise kan for eksempel skape økt isolasjon på bakgrunn av at de unge ikke klarer å mestre, samt akseptere sitt nye utseendet eller at de er flau over hvordan de ser ut (Sjøbjerg, 2019, s. 140). Jeg tenker det kan være forskjell på hvordan sykepleier forstår de unge og hvorfor det å skulle skille seg ut er utfordrende for dem. Dette kan tenkes på bakgrunn av at sykepleiere i ulike alder har varierende fokus på utseendet. Studien til Olsen og Harder (2011, s. 154) viser til at sykepleiere prøvde å gjøre en innsats for å tilpasse seg en ungdomskultur. En slik tilpasning fra sykepleier, uavhengig av sine verdier, kan vise at de ønsker å være der for ungdommen. Ved å tilpasse seg etter ungdommens verdier kan de i større grad støtte dem og hjelpe de til å mestre sitt nye utseende.

5.2 Viktig å se hver enkelt ungdom

Forskning viser til at hovedutfordringen med å ha omsorg for denne aldersgruppen, er å finne ut hvordan man kan hjelpe de unge til å fortsette deres normale vekst og utvikling i behandlingsperioden (Olsen og Harder, 2011, s. 154). Jeg tolker normal vekst og utvikling i

en situasjon hvor ungdom har kreft, som at de får den støtten de behøver slik at behovene under ungdomstiden blir tilfredsstillt. Ut fra det Olsen og Harder (2011) refererer til ovenfor kan jeg forstå det kan være vanskelig for sykepleierne å følge opp. Hver enkelt ungdom krever sitt, tidsbegrensninger, samt travel arbeidsdag kan gjøre det utfordrende for sykepleierne. Til tross for at dette er en stor utfordring, refererer Wicks og Mitchell (2010, s. 779) til forskning som indikerer at ungdommer med kreft mestrer sine utviklingsoppgaver og takler sykdommen.

For å gi støtte til de unge slik at positiv utvikling kan skje under behandling er det med fordel at sykepleier har en forståelse av hvem den unge pasienten er (Stubberud, 2019, s. 18). Benner og Wrubel (2013, s. 23) sier i sin omsorgsteori at menneskets spesielle anliggende handler om hva den enkelte bryr seg om. Jeg tolker dette som at sykepleier må vise interesse og utforske hvem ungdommen er og hva den unge interesserer seg for. Dette kan være med på å få en større forståelse av hva som betyr noe for de unge, og hvilke behov den enkelte har i en tøff tid med kreftbehandling. Dette støttes opp av forskningen til Olsen og Harder (2011, s. 154) hvor sykepleierne bygger bro for å skape samarbeid og støtte til de unge. Dette gjøres ved å undersøke deres verdier og tradisjoner, samtidig som de engasjerer seg ved å våge å dele av seg selv. Jeg har selv som sykepleiestudent erfart verdien av å være personlig i relasjonsbygging med unge pasienter. Et eksempel er når jeg skulle treffe en ung pasient for første gang. Jeg tok meg god tid til måling av vitalia. I løpet av målingene spurte jeg flere personlige spørsmål som hva hun gjør til vanlig og hvilke tanker hun hadde om å være innlagt. Ved å ta meg tid under prosedyren til å bli kjent, fikk jeg en større forståelse av hvem denne unge pasienten var. Å ha en samtale hvor jeg gav av meg selv, fikk vi en forståelse for hverandre og fant felles interesser. Etter prosedyren satt jeg igjen med opplevelsen av tillit og at vi fikk en god relasjon.

5.3 Kommunikasjon med ungdom

Essig et al. (2016, s. 1423) hevder at kreftrammede ungdom opplever at helsepersonell ikke kommuniserer godt med dem. Ungdommene forteller at de opplever å ikke bli tatt på alvor, samt at det var vanskelig når viktig informasjon ble holdt tilbake. De grunnet dette med at de ikke blir sett på som voksen nok (Essig et al., s. 1429). I motsetning til ungdommene,

uttalte sykepleiere i samme studie at de viser til god kommunikasjon i sitt yrke. Dette mener de ved at de inkluderer respekt for ungdommenes autonomi, samtidig som de forsøker å etablere og opprettholde kontakt også ved bruk av nonverbal kommunikasjon (Essig et al., 2016, s. 1429). Ut fra uttalelsene fra både ungdommene og sykepleierne kan det tolkes som at de har forskjellige meninger om hva god kommunikasjon er.

Forskning viser til at unge kreftrammede mener at sykepleiere bør bruke nok tid med pasienten og få en god personlig relasjon bestående av tillit (Essig et al., 2016, s. 1426). Dette kan forstås som at sykepleier bør utforske og bruke tid på å lære og kjenne de unge. Ved å undersøke deres spesielle anliggende i lys av Benner og Wrubels teori (2013, s. 73) kan sykepleier få en dypere forståelse av hva de unge involverer seg i og bryr seg om, og på bakgrunn av dette finne felles interesser. En slik tilnærming for å få til bedre kommunikasjon med ungdommen, understrekes av studien til Essig et al. (2016, s. 1426) ved at sykepleier forteller om god kommunikasjon da de ble mer kjent med pasientene. Dette gjorde de ved å dra nytte av stille nattevakter hvor de tok personlig kontakt med de unge. For å belyse dette har jeg tatt med et eksempel fra boken til Bringager et al. (2014, s. 187), hvor sykepleier under en rolig nattevakt tok kontakt med en ung pasient og spurte om de skulle spille bordtennis. Sykepleier fikk først avslag, men etter hvert ønsket pasienten dette. Under spillet ble alvorlige spørsmål tatt opp i trygge og avslappende omgivelser og begge parter satt igjen med en gjensidig tillit og god relasjon. Ved å vise til dette eksempelet kan det presisere at ungdommen kan være ambivalente og det er derfor viktig å skape en god relasjon og gi rom for at alvorlige spørsmål ikke behøver å skje i en samtale preget av alvorlighet. Slike avslappede samtaler viser seg også nyttige gjennom studien til Essig et al. (2016, s. 1428), ved at både ungdommene og sykepleierne var enig i at kommunikasjonen var god når det ble brukt humor. Ved bruk av humor i samtale ble ikke ting så alvorlig.

I kommunikasjon med ungdom kan det være vanskelig å opptre både profesjonelt, men også gi nok av deg selv på et personlig plan. I studien til Olsen og Harder (2011, s. 156) forteller sykepleierne at de strevde mellom å være profesjonell og å være uformell i samtale med de unge. Forskningen viser videre til at det var forskjell på hvordan sykepleierne tilnærmet seg ungdommene. De yngre sykepleierne henvendte seg til ungdommen mer som en venn, mens eldre ble sett på som en morsfigur (Olsen & Harder, 2011, s. 256). Ifølge sykepleierne i

studien til Olsen og Harder (2011, s. 155) tilpasset de sin kommunikasjon med ungdommene, men i Essig et al. (2016, s. 1429) sin studie fokuserte sykepleierne på å bygge et sterkt forhold til de unge pasientene, i stedet for å formidle informasjon.

Jeg tenker det kan være vanskelig å være sykepleier til denne pasientgruppen. De er som nevnt sårbare og krever gjerne mer en både voksne og barn (Søbjerg, 2019, s. 139). For å belyse dette sier en av sykepleiere i studien til Essig et al. (2016, s. 1426) at kommunikasjon er vanskelig når ungdommene er tilbaketrukkne og innesluttet etter å ha fått en kreftdiagnose. De mener videre at kommunikasjonen må være gjensidig fra begge parter og det blir vanskelig å gjenopprette denne når de unge trekker seg tilbake. Det at ungdommen avviser sykepleier kan ses i sammenheng med en eventuell krise de befinner seg i. Cullberg mener at krisefasene ikke nødvendigvis skjer hver for seg (Renolen, 2015, s. 185). Dersom ungdommen befinner seg i en sjokkfase etter å ha fått diagnosen, samtidig som ungdommen prøver å få en forståelse av situasjonen vil de gjerne ha et behov for samtale med sykepleier (Renolen, 2015, s. 185). På bakgrunn av dette vil det være viktig at sykepleier tåler avvisning, men samtidig fortsetter å være der for de unge når de er klare for å åpne seg om sine problemer og behov.

5.4 Legge til rette for involvering og kontroll

Wicks og Mitchell (2010, s. 778) henviser til forskning som forteller at tap av kontroll og maktløshet blant kreftrammede ungdom er rangert som de høyeste behandlingsrelaterte problemene. Dette kan ses i sammenheng med studien til Essig et al. (2016, s. 1429) ved at deltakerne ikke får nok detaljert informasjon slik at de kan delta i beslutningsprosessene. For unge med en kreftdiagnose vil selvstendig kontroll være viktig. Dersom en opplever tap av kontroll kan det være vanskelig for ungdommen å mestre situasjonen (Nielsen & Madsen, 2002, s. 218). Benner og Wrubel (2013, s. 86) sier at mestring av et tap kan oppnås hvis pasienten tilpasser seg situasjonen. Dette kan forstås som at dersom ungdommen tilegner seg kontroll over situasjonen, kan mestring oppnås. Derimot sier en deltaker i studien til Wicks og Mitchell (2010, s. 779) at det er vanskelig å oppnå tillitt til avgjørelser, da disse avgjørelsene som omhandler helse og velvære har en tendens til å bli tatt av andre. Dette utsagnet i sammenheng med mestring slik Benner og Wrubel (2013) beskriver det i sin

sykepleieteori, tolker jeg det som vanskelig å ta kontroll og mestre situasjonen når ungdommene ikke blir involvert i behandlingen. Dette kan videre føre til stress og gå utover relasjonen til den unge og sykepleier. Videre rapporterer ungdommen om følelser som frustrasjon, utilstrekkelighet og sinne som resultat av tapt kontroll over deres situasjon og at de unge fant egne måter å kontrollere på gjennom å gjøre opprør (Wicks & Mitchell, 2010, s. 780). Dette viser til at tap av det tidligere livet sammen med tap av kontroll over situasjonen de nå står i skaper ulike reaksjoner (Stubberud, 2019, s. 178). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det spesifikt at ungdom har rett på tilpasset informasjon som omhandler deres helsetilstand, samt at de har rett til at deres meninger angående behandling blir hørt. Ved at sykepleier undersøker de unges behov for informasjon og tilrettelegger den slik at de forstår det som blir formidlet, kan ungdommen få tilbake opplevelsen av kontroll.

5.5 Nettverkets betydning

Resultater innen forskning viser til at pasientenes sosiale kontakt under behandling ofte ikke ble vurdert, til tross for at det ble identifisert som viktigst av unge mennesker med kreft (Anthony et al., 2019, s. 587). Studien mener ut fra disse resultatene at det er viktig å vurdere ungdommenes behov for sosialisering under kreftbehandling, og begrunner dette med at sosial tilhørighet er viktig for ungdommen (Anthony et al., 2019, s. 587). I Eriksons utviklingsteori blir det uttrykket at ungdomstiden handler om å utvikle en identitet og anerkjennelse fra jevnaldrende (Bunkholdt, 2000, s. 206), men Anthony et al. (2019, s. 587) sier at denne identitetsutviklingen kan forstyrres av en kreftdiagnose og videre føre til sosiale konsekvenser. Disse konsekvensene kan vises som økt isolasjon, unngåelse, frykt for avvisning av de rundt seg og nedsatt sosial kompetanse

Forskning viser til at ungdommene modnes raskere som en konsekvens av kreftbehandling (Anthony et al., 2019, s. 588; Wicks & Mitchell, 2010, s. 781). Dette kan ses på som negativt i forhold til sosial kontakt med jevnaldrende. En deltaker viser til dette ved å si at hun måtte vokse raskt opp på sykehuset fordi hun ikke var i nærheten av venner, hun var hele tiden sammen med voksne (Anthony et al., 2019, s. 588). Foreldre vil være en stor støtte til unge kreftrammede pasienter, men det er også viktig å ivareta ungdommens naturlige løsrivelse

fra foreldre (Søbjerg, 2019, s. 140). Sykepleier kan her være en god støtte ved å ha forståelse for foreldrenes beskyttelse og at den unge behøver den støtten de kan få, men samtidig tilstrebe at den unge opprettholder kontakt med jevnaldrende. Som tidligere nevnt sier Benner og Wrubel (2013, s. 23) at omsorg er det som betyr noe for mennesket. Jeg tenker at venner kan utøve omsorg til syke ungdommer ved å være der for dem. Av egen erfaring er venner gode å ha når man står i noe vanskelig. De kan ofte tilby en støtte som verken foreldre eller sykepleier kan.

Sykepleierne i studien til Olsen og Harder (2011, s. 157) prøvde å opprettholde ungdommens sosiale nettverk ved å ta kontakt med deres venner enten på avdelingen eller via telefon. Hensikten med å gjøre det var å understreke viktigheten av deres støtte. For å motivere vennene til å fortsette å komme på besøk skapte de en koselig atmosfære ved å ta de til et eget ungdomshjørne og serverte litt mat og drikke. Dette ser jeg på som positivt da sykehusinnleggelse og sykdom kan være skremmende og vanskelig å stå i også for venner. Ved å tilrettelegge slik som dette blir ikke situasjonen så alvorlig og annerledes.

Av egen erfaring kan det være vanskelig å stå i en situasjon som få har forståelse for hvordan oppleves, det kan føles ensomt. En deltaker i studien til Anthony et al. (2018, s. 588) utdyper dette ved å si at venner ikke forstår hva de gjennomgår og det gjør det vanskelig å opprettholde vennskapet. I følge Bringager et al. (2014, s. 184) opplever mange god nytte av å dele erfaringer sammen med noen som forstår, ved at de selv har stått i en lik situasjon. Sykepleier bør på bakgrunn av dette oppfordre ungdommene til å ta kontakt med støttegrupper, enten på internett eller ved avtale et møte. På denne måten kan ungdommen få en positiv opplevelse ved at de ikke er alene om det å kreft, og på den måten føle seg mindre ensomme.

6.0 Konklusjon

Hvilke behov har unge kreftrammede pasienter under sykehusinnleggelse og hvordan kan sykepleier bidra til å støtte i denne situasjonen? For å besvare dette har jeg drøftet problemstillingen ved å legge vekt på Benner og Wrubels (2013) sykepleieteori, annen relevant litteratur, samt forskning.

Eriksons utviklingsteori beskriver viktige perspektiver på det å være ungdom. Behov som tilhørighet og det å ikke skille seg ut er viktige i denne fasen av livet. Jeg ser at disse behovene gjerne blir enda mer i fokus for ungdom i møte med alvorlig sykdom. Dette på bakgrunn av endret utseendet, samt at de unge blir skilt fra det miljøet de er vant til. Samtidig ser jeg at behov som informasjon og det å være i kontroll over eget liv kan være nye behov som oppstår under behandlingen. Ungdommen er i en periode i livet hvor det å ha egne meninger betyr mye. Når de plutselig står i en situasjon hvor de verken blir hørt eller sett kan det skape nye følelser som usikkerhet og maktløshet.

Sykepleier må i lys av Benner og Wrubels omsorgsteori forstå hvem ungdommen er bak diagnosen. Dette bør sykepleier gjøre ved å utforske hvem ungdommens er, altså hva som betyr noe for hver enkelt. På denne måten vil de lære dem å kjenne, samt få en forståelse av hva de trenger støtte til under innleggelsen. Sykepleier må se hver ungdom som enkeltindivider, først da kan de støtte ungdommen og kunne gi helhetlig omsorg under behandlingen av kreft.

Jeg startet oppgaven ved å si innledningsvis at regjeringen ønsker å satse på ungdom på bakgrunn av at deres behov ikke blir tilpasset i helsevesenet. Ifølge forskning jeg har anvendt i oppgaven ser jeg sammenheng med det regjeringen sier. Sykepleieren må møte ungdommen der hvor de er, samt gi tilstrekkelig informasjon. Dette avhenger av at sykepleieren er trygg i sitt fagfelt, men ut fra forskning og deltakernes perspektiver kan det tenkes at det generelt i helsevesenet er mangel av kunnskap og erfaring innen denne pasientgruppen.

Referanseliste

- Anthony, S. J., Robertson, T., Selkirk, E., Dix, D., Klaassen, R. J., Sung, L. & Klassen, A. F. (2019). The social impact of early psychological maturity in adolescents with cancer. *Psycho-oncology*, 28(3), 586–592. <https://doi.org/10.1002/pon.4982>
- Barnekreftforeningen. (u.å). Barnekreft. Hentet 9.mars fra <https://www.barnekreftforeningen.no/barnekreft>
- Benner, P. & Wrubel, J. (2013). *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress og mestring ved sundhed og sygdom* (2utg.). København: Munksgaard.
- Bringager, H., Hellebostad, M., Sæter, R. & Mørk, A.C. (2014). *Barn med kreft: En medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi* (2utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilde og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (s. 149-164). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Essig, S., Steiner, C., Kuehni, C. E., Weber, H. & Kiss, A. (2016). Improving communication in adolescent cancer care: A multiperspective study. *Pediatric Blood & Cancer*, 63(8), 1423-1430. <https://doi.org/10.1002/pbc.26012>
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2016). *#Ungdomshelse- regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf

Helsepersonelloven. (1999) Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64) Hentet fra

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_4

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

Kreftforeningen. (u.å). Cellegift. Cytostatika, kjemoterapi. Hentet 9.mars fra

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/cellegift/>

Kreftregisteret. (2020, 6. februar). Barnekreft. Hentet fra

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Barnekreft/>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie: B.3:*

Pasientfenomener og livsutfordringer (2utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G.

Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie: 2* (5utg, 397-430). Oslo: Gyldendal akademisk.

Malt. U. (2018). Grounded theory. I *Store norske leksikon*. Hentet fra

https://snl.no/grounded_theory

Molven. O. (2019). *Sykepleie og jus* (6.utg.). Oslo: Gyldendal.

Nielsen, B. M. & Madsen, M. (2002). Børn og unge. I Appel Esbensen, B. *Mennesker med*

kræft: sykepleje i et tværfagligt perspektiv (s. 195-219). København: Munksgaard.

Norsk senter for forskningsdata [NSD]. (2019). Register over vitenskapelige

publiseringskanaler. Henter fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Norsk Sykepleierforbund [NSF]. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Olsen, P. R. & Harder, I. (2011). Caring for teenagers and young adults with cancer: A grounded theory study of network-focused nursing. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(2), 152-159. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.07.010>

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>

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag* (2utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Smebye, K. L. & Helgesen, A. K. (2011). Kontakt med andre. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B.3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2utg, s. 41-66). Oslo: Gyldendal akademisk.

Solvoll, B.-A. (2011). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B.3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2utg, s. 15-36). Oslo: Gyldendal akademisk.

Stubberud, D.-G. (Red.). (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2 utg.). Oslo: Gyldendal.

Sjøbjerg, I. L. (2019). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (127-166). Oslo: Gyldendal.

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

Wicks, L. & Mitchell, A. (2010). The adolescent cancer experience: loss of control and benefit finding. *European Journal of Cancer Care*, 19(6), 778-785.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01139.x>