

Kandidatnummer: 6198 & 6209

**BSYBAC-5 20H**

**Bacheloroppgave i sykepleie**



Universitetet  
i Stavanger

**Utfordringer og livskvalitet blant kvinner etter gjennomgått brystkreftbehandling**

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 12.05.2021*

## Sammendrag

**Bakgrunn:** I 2019 rammet brystkreft 3726 kvinner i Norge (Kreftregisteret, 2021). Brystkreft påvirker kvinners liv i ettertid av gjennomgått behandling. Det forekommer både positive og negative sider ved å ha gjennomgått brystkreftbehandling. Vi har fokusert på utfordringene som kan oppstå i dagliglivet, og videre hvordan dette kan påvirke livskvaliteten. Sykdommen kan påvirke både den psykiske og den fysiske helsen etter endt behandling.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke utfordringer og endringer i livskvaliteten som kan oppstå etter behandling av brystkreft blant kvinner.

**Metode:** Metoden vi har benyttet i oppgaven er en integrativ litteraturoversikt. 4 forskningsartikler ble grundig analysert og tatt med i oppgaven. Resultatene fra de valgte artiklene, pensumlitteratur, våre egne refleksjoner og annen kunnskap er benyttet i besvarelsen.

**Resultater:** Resultatene viser at flere pasienter som har gjennomgått behandling for brystkreft sliter med ulike ettervirkninger etter endt behandling. Det forekommer at kvinnene ikke alltid får tilstrekkelig oppfølging i ettertid av behandling. Ettervirkningene og mangelen på informasjon er i stor grad med på å påvirke livskvaliteten til disse kvinnene. Oppfølgingen i ettertid av endt behandling for brystkreft bør dermed forbedres.

**Konklusjon:** Sykepleiere behøver god innsikt om brystkreft, ettervirkningene som kan oppstå, informasjonsutveksling og pakkeforløpet for brystkreft for å kunne ivareta denne pasientgruppen på en helhetlig måte. Både pasient og pårørende trenger kunnskap og informasjon om endringer som kan oppstå i livet i ettertid av brystkreft diagnose. De trenger ofte informasjon om hvordan en skal klare å leve livet videre. Det er viktig for sykepleiere å holde seg oppdatert rundt ny forskning som forekommer på området, da en stadig finner nye måter å forbedre pleien på. Det er vesentlig for sykepleiere å skape en god relasjon og tillit til kvinnene for at de skal tørre og åpne seg om tilstanden, og dermed stille spørsmål.

**Nøkkelord:** Brystkreft, livskvalitet, overlevelse, utfordringer, sykepleie, psykisk helse og fatigue.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<i>Sammendrag</i> .....	2
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Presentasjon av problemformulering og problemstilling .....	5
1.3 Hensikt.....	5
<b>2.0 TEORIKAPITTEL</b> .....	<b>6</b>
2.1 Brystkreft .....	6
2.1.1 Senskader etter kreftdiagnose/behandling .....	6
2.2 Livskvalitet .....	7
2.3 Psykisk helse og kreft .....	7
2.4 Fatigue .....	8
2.5 Pakkeforløp for kreft.....	8
2.6 Sykepleiers funksjon.....	9
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>10</b>
3.1 Hva er metode.....	10
3.2 Integrativ litteraturoversikt .....	10
3.3.1 Valg av søkestrategi .....	11
3.3.2 Valg av databaser .....	11
3.3.3 Valg av søkeord.....	11
3.3.4 Valg av artikler .....	12
3.4 Analyse av artikler .....	14
3.4.1 Metasyntese-tenkning.....	14
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>16</b>
4.1 Fysisk og psykisk helse .....	16
4.1.1 Kroppsbilde og seksualitet .....	16
4.1.2 Psykisk helse .....	16
4.1.3 Kroppssymptomer .....	17
4.1.4 Tap av sosialt nettverk .....	17
4.1.5 Endring av hverdagslige roller .....	18
4.1.6 Forverret livskvalitet.....	18

4.1.7 Forbedret livskvalitet .....	19
4.2 Fatigue .....	20
4.3 Behov for informasjon fra helsepersonell.....	20
5.0 DISKUSJON.....	22
5.1 Metodediskusjon.....	22
5.2 Resultatdiskusjon .....	24
5.2.1 Kroppslige utfordringer.....	24
5.2.2 Psykisk helse .....	26
5.2.3 Sosialt nettverk.....	27
5.2.4 Livskvalitet .....	28
5.2.5 Fatigue .....	30
5.2.6 Sykepleiers funksjon.....	31
6.0 AVSLUTNING .....	35
6.1 Konklusjon.....	35
6.2 Anvendelse i praksis .....	35
LITTERATURLISTE.....	38
Vedlegg 1: Oversikt over analyserte artikler .....	41

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Å gjennomgått brystkreftbehandling kan føre til at det oppstår utfordringer i ettertid, som igjen kan føre til endringer i livskvaliteten. Det finnes og informeres mye om selve kreftforløpet og behandlingen, men mindre om utfordringer som kan forekomme i ettertid. Vi vil se nærmere på dette, slik at vi kan møte denne pasientgruppen på en mer helhetlig måte.

### **1.2 Presentasjon av problemformulering og problemstilling**

Problemet er at kvinner som har gjennomgått brystkreftbehandling får senskader og ettervirkninger som påvirker livskvaliteten. Dette er et problem da kvinnene opplever å ikke få nok informasjon og oppfølging i ettertid av behandlingen, og dermed må leve med en usikkerhet knyttet til opplevelsene og ettervirkningene som oppstår. Vi vil benytte studier med pasientperspektiv, som er perspektivet i oppgaven vår. Ny kunnskap om dette kan bidra til at kvinner som har overlevd brystkreft blir godt oppfulgt, også i ettertid av behandling. Vi som sykepleiere bør vite noe om hvilke utfordringer som kan oppstå, og hvordan livskvaliteten påvirkes ved brystkreft. Dette kan vi finne ut av ved hjelp av opplysninger fra pasientgruppen. Med denne informasjonen kan en få til et mer helhetlig tilbud hvor kvinnene kan få den hjelpen og informasjonen de trenger. Vi har møtt kvinner med brystkreft både i hjemmesykepleien, i rehabilitering og på sykehus. Hvor de har fortalt om hvordan kreft har påvirket livet deres, og utfordringer som har oppstått.

### **1.3 Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke utfordringer og endringer i livskvaliteten som kan oppstå etter behandling av brystkreft blant kvinner.

## **2.0 TEORIKAPITTEL**

I dette kapitlet skal vi greie ut om relevant teori som knyttes til hensikten og problemstillingen vår.

### **2.1 Brystkreft**

Brystkreft er den mest utbredte kreftformen blant kvinner. Kvinner som får diagnosen er som oftest friske mennesker, uten noen særlige symptomer før diagnostisering. Det at en ikke har symptomer, men har fått en diagnose kan gjøre det vanskelig å erkjenne rollen som pasient (Stubberud et al., 2017, s. 437). Overlevelsesraten etter brystkreft øker gradvis, og forskning viser at 9 av 10 kvinner er i live 5 år etter at de er diagnostisert med kreftformen (kreftregisteret, 2021).

Møte og behandling for pasienter med brystkreft i spesialisthelsetjenesten er ofte kortvarig. Behandlingen blir ofte foretatt dagkirurgisk, dermed har sykepleiere en utfordring når det kommer til helhetlig sykepleie, og det å forberede vedkommende på livet i ettertid av behandlingen (Stubberud et al., 2017, s. 437).

Uansett hvor en befinner seg i verden er det å få en brystkreftdiagnose skremmende. Det er mye usikkerhet knyttet til det å få kreft, alt fra spredning av kreften til det å kunne dø. I en slik situasjon kreves mestring og støtte. Sykepleier har her en viktig rolle når det kommer til å støtte kvinners mestring, ved å vektlegge deres muligheter og ressurser (Kristoffersen et al., 2015, bind 3, s. 179).

#### ***2.1.1 Senskader etter kreftdiagnose/behandling***

Senskader kan oppstå etter kreftbehandling. Seksuell dysfunksjon er en ettervirkning som kan forekomme under og etter behandling. Det kan komme av at selve kreften rammer seksualorganene, behandlingen kan skade nødvendige nerver eller blodkar, svekke produksjon av kjønnshormoner, smerter, angst, depresjon, fatigue og ulike medikamenter (Helsedirektoratet, 2020, s. 21).

Mange opplever et forandret selvilde etter gjennomgått behandling, som kan føre til seksuell dysfunksjon og depresjonsproblemer. Personens seksuelle interesse handler ikke alene om

selvbildet, men også om at partner er støttende når det kommer til sykdom og behandling. Både pasient og partner har behov for oppfølging og informasjon når det kommer til forandringer knyttet til seksualitet (Stubberud et al., 2017, s. 442).

Fatigue er en vanlig senskade som kan oppstå. Psykiske lidelser som angst og depresjon kan også oppstå. Faktorer som fører til dette kan være frykt for livet og tilbakefall, behandling og ulike medikamenter (Helsedirektoratet, 2020, s. 36).

## **2.2 Livskvalitet**

Hva en person opplever som god livskvalitet er individuelt. Ifølge Næss knyttes livskvalitet til enkeltmenneskets indre opplevelse og kan beskrives som psykisk velvære. Menneskets individuelle opplevelse i form av psykisk velvære inkluderer forskjellige sider ved livssituasjonen (Kristoffersen et al., 2015, bind 1, s. 59).

Personlighet, gener, sosial støtte, mestringsressurser, positive og negative livshendelser, kultur og objektive faktorer som samfunnsforhold og økonomi er faktorer som er med på å påvirke livskvaliteten (Nes, 2016). Gode vurderings- og følelsesmessige opplevelser blir ofte forbundet med høy livskvalitet. Mens det å ha vonde vurderings- og følelsesmessige opplevelser blir sett på som å ha lav livskvalitet (Kristoffersen et al., 2015, bind 1, s. 59).

Helserelatert livskvalitet er et begrep som tar for seg påvirkningen behandling og sykdom har å si for livskvaliteten. Det å bidra til økt livskvalitet kan ut fra et sykepleieperspektiv omhandle å hjelpe mennesker og tilrettelegge omgivelsene, og å oppfordre pasienter til å oppsøke positive opplevelser (Kristoffersen et al., 2015, bind 1, s. 59).

## **2.3 Psykisk helse og kreft**

Under og etter kreftbehandling kan det oppstå mange ulike tanker, reaksjoner og følelser. Urettferdighet, uvisshet, sinne, ensomhet, kaos, tap av kontroll og sorg kan oppstå i denne tiden. Alle går igjennom kreft på sin individuelle måte, noen opplever maktesløshet mens andre opplever stå på vilje. Når en etter hvert begynner å håndtere hverdagen igjen, vil en gjerne oppleve at følelsen av mestring overtar følelsen av maktesløshet (Kreftforeningen, 2021).

## **2.4 Fatigue**

Fatigue er en tilstand av utmattelse og tretthet som kan forekomme i ettertid av kreftbehandling. På norsk bruker vi ord som slapphet, kraftløshet, utmattelse og mangel på energi for å definere begrepet. Fatigue påvirker ens liv, da en ikke lenger makter hverdagslige aktiviteter. Fatigue er en tilstand som ikke går over ved hvile, tilstanden er da det vi kaller vedvarende (Stubberud et al., 2017, s. 406-407).

Fatigue er symptomet som hyppigst forekommer etter kreftbehandling. Fenomenet har ingen klare årsaker, og er ikke en definerbar tilstand. Fatigue kan deles inn i kronisk og akutt. Akutt fatigue forekommer av behandling og sykdom, og avtar ofte når behandlingen er ferdig. Kronisk derimot er utmattelse og tretthet som har pågått i over 6 måneder etter avsluttet behandling, og blir sett på som en senskade (Helsenorge, 2020).

## **2.5 Pakkeforløp for kreft**

Når en mistenker kreft, sender legen raskt en henvisning til spesialisthelsetjenesten for videre utredning. En setter videre i gang et pakkeforløp for kreft. Det blir da utført undersøkelser som bekrefter eller avkrefter om en har en kreftdiagnose. Kommer det frem at du ikke har kreft, vil du bli henvist til videre utredning for andre sykdommer. Får du bekreftet en kreftdiagnose vil en raskt igangsette behandling. En vil bli godt informert, og en vil samarbeide med helsepersonell for å finne den beste løsningen for deg. I et pakkeforløp har en forløpstider som er ulike frister for hvor mange dager delene i utredningen bør ta (Helsedirektoratet, 2020).

Pakkeforløpet tar også for seg hvordan oppfølgingen bør foregå. Før en igangsetter etterbehandlingen bør en avklare forventninger pasienten og pårørende har. Hvilke personer som skal ha primæransvaret for oppfølgingen må avklares tidlig, dette for at pasienten skal vite hvem en skal forholde seg til. Hvilken oppfølging som skal skje på de ulike tidspunktene skal beskrives i forløpet. I oppfølgingen av pasienten har fastlegen en viktig rolle (Helsedirektoratet, 2016).



## 2.6 Sykepleiers funksjon

De sentrale målene en sykepleier har som tjenester overfor pasienten sin er helse, mestring og livskvalitet (Kristoffersen et al., bind 1, 2015, s. 16). Sykepleiers grunnleggende funksjoner er blant annet at en skal jobbe for helsefremmende arbeid, samt forebygging, behandling av pasienter, lindring av lidelse og smerter, rehabilitering, habilitering og kvalitetssikring. Undervisning og veiledning av pasientene er en viktig funksjon. “Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (Kristoffersen et al., bind 1, 2015, s. 17).

Som sykepleier skal en ivareta pasientens grunnleggende behov. En har ansvaret for hele pasienten, både det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige. En skal sikre helhetlig sykepleie, autonomi og retten til ikke å bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2019). Ifølge Virginia Henderson er “Sykepleierens særlige funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse eller til en fredfull død ...” (Sørhøy, 2018).

Alle som jobber innen helse skal yte helhetlig sykepleie. En skal se hele mennesket, ikke bare sykdommen eller det synlige. Mennesker har behov for å få dekket både fysiske, psykiske, åndelige, eksistensielle og sosiale behovet. En må kartlegge hvilke behov hver enkelt pasient har. En kan for eksempel se på hvordan støtten fra familie og venner er, hvordan en har det psykisk og hva som er viktig for vedkommende akkurat nå (Flaten et al., 2018).

## **3.0 METODE**

### **3.1 Hva er metode**

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2020, s. 53). Metode er et redskap for å innhente data, som hjelper til å få den informasjonen som trengs til en undersøkelse. Ved kvantitativ metode kommer data frem gjennom målbare og konkrete tall. Mens ved en kvalitativ metode legges det vekt på å fange opplevelser og meninger, som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2020, s. 54).

Vi har benyttet artikler med kvalitativ metode fordi vi mener denne metoden best kan få frem kvinnenes opplevelser og erfaringer, samt pasientperspektivet. Friberg mener at en kvalitativ studie kan bedre forståelsen av hva lidelse innebærer, hvordan livet tar form relatert til helsefaktorer og prosesser og hvordan pasienters forventninger, opplevelser, erfaringer og behov kan møtes (Friberg, 2017, s. 129).

Flere av artiklene vi har valgt (se tabell 1) har benyttet dybdeintervju som er et kjennetegn ved kvalitativ studie. Dette gjør at det blir et jeg-du-forhold mellom forsker og deltakere, som resulterer i at det særegne og spesielle kommer frem. Kvalitativ metode preges av fleksibilitet, uten faste svaralternativ, som fører til et mangfold med svar (Dalland, 2020, s. 55).

### **3.2 Integrativ litteraturoversikt**

I oppgaven har vi benyttet integrativ litteraturoversikt. En litteraturoversikt handler ifølge Friberg om “att skapa översikt över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterade område, eller om att problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde/kompetensområde” (Friberg, 2017, s. 141). Ved en integrativ litteraturoversikt dras det egne konklusjoner fra resultatene i de utvalgte studiene. Ved metoden er det nødvendig å trekke konklusjoner og verifisere, da målet er å bruke resultatene fra de ulike studiene til å lage “en ny helhet” (Friberg, 2017, s. 150).

### **3.3 Søkeprosessen**

### ***3.3.1 Valg av søkestrategi***

Vi har brukt søkestrategien strukturert litteratursøk som vil si at vi har benyttet oss av helsefaglige databaser. Vi har satt sammen søkeord og prøvd oss frem med ulike kombinasjoner av disse for å komme frem til de utvalgte artiklene. Vi var først på utkikk etter skandinaviske artikler, men fikk få treff da vi forsøkte i databasene SveMed+ og idunn. Dermed måtte vi utvide søket til land som er kommet noenlunde like langt som Norge innenfor helsevesenet. Vi har dermed inkludert artikler i fra Norge, Korea, Østerrike og USA. Vi mener artiklene vi har funnet har flere likhetstrekk, og at flere av resultatene kan relateres til det norske helsevesenet.

Inklusjonskriteriene vi har tatt med i søkestrategien er at artiklene skal finnes i fulltekst, da flere av artiklene vi fant i databasene ofte kun inneholdt sammendraget og ikke hele artikkelen. Artiklene skal være "Peer Reviewed", på norsk fagfelleurdert, som vil si at forskere innenfor fagfeltet har sortert ut hvilke artikler som inneholder kravene for å bli publisert i vitenskapelige tidsskrifter (Friberg, 2017, s. 79). Her er det viktig å huske på at artiklene ikke nødvendigvis er gode selv om de er fagfelleurdert. Forskningsartiklene skulle omhandle kvinner som hadde gjennomgått brystkreftbehandling, og metoden i studiene skulle være kvalitativ. Vi valgte å ekskludere menn med brystkreft, da det er kvinner som er i majoritet for denne diagnosen på verdensbasis (Stubberud et al., 2017, s. 437). Vi har også ekskludert artikler som er eldre enn 7 år da det stadig kommer ny forskning på området, men og for å snevre inn søket.

### ***3.3.2 Valg av databaser***

Vi søkte i ulike databaser som Idunn, Medline, SveMed+, PubMed og Cinahl som alle er helsefaglige databaser. I de fire førstnevnte søkte vi med flere ulike søkestrategier, men fant ikke de gode artiklene vi var ute etter. Vi endte dermed opp med å utelukkende bruke Cinahl, da det var her vi fant de mest relevante artiklene til oppgavens hensikt.

### ***3.3.3 Valg av søkeord***

For å finne artikler som besvarte hensikten vår benyttet vi oss av spesifikke søkeord. Vi forsøkte i starten å søke med norske ord, men fant fort ut at ved å benytte engelske søkeord kunne vi få et bredere utvalg av artikler. Når vi brukte søkeord som "breast cancer, cancer

mammae, og nursing”, ble søket for vidt og vi måtte spesifisere søket mer for å holde oss til hensikten. Søkeordene vi endte opp med å bruke ble avgrenset til “breast cancer, breast cancer survivor, fatigue, mental health, quality of life, mental health, difficulties, challenges or barriers”. Inne i databasen brukte vi “AND” mellom søkeordene for å få frem artikler der alle søkeordene var med.

Hensikten med oppgaven er å utforske ulike utfordringer som kan oppstå i tiden etter brystkreftbehandling, og hvordan dette igjen kan påvirke livskvaliteten. Vi har kommet frem til følgende søkeord. For artikkel nummer 1 og 2, se tabell 1 nedenfor, ble det benyttet søkeordene: “Breast cancer OR breast neoplasm OR breast carcinoma OR breast tumor AND “quality of life” AND difficulties OR challenge AND experience”. Vi endte da opp med 43 treff, og fant de to første artiklene i tabell 1 her. For artikkel nummer 3 benyttet vi søkeordene: “breast cancer survivor AND “quality of life” AND fatigue”. Her fikk vi 35 treff. På artikkel nummer 4 brukte vi søkeordene: “Breast cancer survivors AND “quality of life” AND mental health. Her fikk vi 31 treff. I artikkel nummer 3 har vi ikke benyttet inklusjonskriteriet “female”.

#### ***3.3.4 Valg av artikler***

Vi fikk mange treff på søkekombinasjonene. Vi måtte dermed begynne å lese, og ekskludere artikler som ikke var relevante for hensikten. Vi hadde som mål å finne artikler som omhandlet livet etter gjennomgått brystkreftbehandling. Flere artikler ble ekskludert fordi de kun omhandlet livet under selve behandlingen.

Vi undersøkte metoden forskerne hadde benyttet i studien sin, og om funnene kunne være med på å belyse hensikten vår. De 4 artiklene vi valgte har alle benyttet en kvalitativ metode, pasientperspektiv, og har tilfredsstilt de utvalgte kravene vi har satt. IMRaD-modellen er i de fleste tilfeller et krav til oppbyggingen av vitenskapelige artikler som skal publiseres i vitenskapelige tidsskrifter. Denne strukturen står for innledning, metode, resultater og diskusjon (Reinar & Kornør, 2007). Under analyseprosessen gikk vi nøye gjennom artiklene for å finne ut om de var relevante for hensikten vår, men også at de fulgte IMRaD strukturen. I tabell 1 nedenfor er oversikten over de valgte artiklene våre.

**Tabell 1:** Oversikt over analyserte artikler

<b>Tittel, forfattere, årstall</b>	<b>Tema</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Metode</b>	<b>Database</b>
<p><b>Tittel:</b> Everyday life in breast cancer survivors experiencing challenges: A qualitative study</p> <p><b>Forfatter(e):</b> Jakobsen, K., Magnus, E., Lundgren, S., &amp; Reidunsdatter, R. J.</p> <p><b>Årstall:</b> 2017</p>	<p>Kvinner opplever utfordringer i ettertid av brystkreft-behandling som påvirker dagliglivet.</p>	<p>Beskrive livet til overlevende av brystkreft samt utfordringene som oppstår i dagliglivet</p>	<p>Pasient-perspektiv</p>	<p>- Kvalitativ-metode</p> <p>- Spørreskjema</p> <p>- Dybdeintervju</p>	<p>Cinahl</p>
<p><b>Tittel:</b> ‘Cancer changes everything!’ Exploring the lived experiences of women with metastatic breast cancer.</p> <p><b>Forfatter(e):</b> Krigel, S., Myers, J., Befort, C., Krebill, H., &amp; Klemp, J.</p> <p><b>Årstall:</b> 2014</p>	<p>Kreft kan forandre store deler av livet til et menneske.</p>	<p>Få frem hvordan kreft påvirker livet til et menneske for å få forbedret oppfølging av pasient-gruppen</p>	<p>Pasient-perspektiv</p>	<p>- Kvalitativ-metode</p> <p>- Gruppediskusjon</p>	<p>Cinahl</p>
<p><b>Tittel:</b> Cancer-related Fatigue of Breast Cancer Survivors: Qualitative Research</p> <p><b>Forfatter(e):</b> Haeng, M S., Eun, Y. P., &amp; Eun-Jeong, K.</p> <p><b>Årstall:</b> 2020</p>	<p>Fatigue kan påvirke et menneskets liv i stor grad</p>	<p>Hvor mye kreft-relatert fatigue påvirker en kvinnes liv i ettertid av behandling for brystkreft</p>	<p>Pasient-perspektiv</p>	<p>- Kvalitativ-metode</p> <p>- Dybdeintervju</p> <p>- Tema-analyse</p>	<p>Cinahl</p>

<p><b>Tittel:</b> “The impact of cancer and quality of life among long-term survivors of breast cancer in Austria”.</p> <p><b>Forfatter(e):</b> Bouskill, K. &amp; Kramer, M.</p> <p><b>Årstall:</b> 2016</p>	<p>Livskvaliteten kan påvirkes i stor grad etter gjennomgått behandling for brystkreft</p>	<p>Å få frem hvilken innvirkning kreft har på livet til overlevende av kreft, samt hvordan livskvaliteten påvirkes</p>	<p>Pasient-perspektiv</p>	<p>-Kvalitativ-metode  - Spørreskjema</p>	<p>Cinahl</p>
---	--	--	---------------------------	---	---------------

### 3.4 Analyse av artikler

I analysearbeidet fulgte vi Fribergs metasyntese-tenkning. Vi startet med å lese gjennom resultatene i studiene gjentatte ganger. Satt opp artiklenes problem, hensikt og resultat systematisk i vedlegg 1, som gjorde at vi fikk oversikt over artiklenes hovedessens, likheter og ulikheter. Gjennom en datareduksjon fant vi de ulike kategoriene som var mest fremtredende i artiklene og som virket mest relevante for hensikten vår. Gjennom denne analysen fant vi de 4 utvalgte artiklene og 3 hovedfunn blant resultatene (kan ses i tabell 2).

#### 3.4.1 Metasyntese-tenkning

Metasyntese-tenkning vil si å benytte tidligere publiserte forskningsresultater til å analysere, tolke og komme frem til nye funn. En sammenligner funnene og syntetiserer, som vil si å gjøre noe nytt (Friberg, 2017, s. 131). Under en metasyntese-tenkning går en gjennom forskningsartiklene nøye, og ser om studiene er av kvalitet. Under kvalitetssikringen av de utvalgte artiklene har vi undersøkt om artiklene har en klar hensikt, bruken av kvalitativ metode, utvalget av deltakere, datainnsamlingen og etiske forhold. Til slutt har vi undersøkt at resultatene kan bidra positivt i praksis (Friberg, 2017, s. 134).

Analysearbeidet av artiklene består av å dele helheten fra studiene i mindre deler. En bryter ned innholdet og sitter til slutt igjen med de aspektene som er relevante for hensikten vår. Ved å sette sammen de utvalgte aspektene skaper vi nye resultater (Friberg, 2017, s. 135).

**Tabell 2.** Oversikt over kategorier og underkategorier

<b>HOVEDKATEGORIER</b>	<b>UNDERKATEGORIER</b>
Fysisk og psykisk helse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kroppsbilde og seksualitet</li> <li>- Psykisk helse</li> <li>- Kroppssymptomer</li> <li>- Tap av sosialt nettverk</li> <li>- Forverret livskvalitet</li> <li>- Forbedret livskvalitet</li> </ul>
Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Endringer i hverdagslige roller</li> </ul>
Mangel på informasjon fra helsepersonell	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behov for informasjon knyttet til ettervirkninger</li> </ul>

## **4.0 RESULTATER**

Gjennom analysearbeidet har vi kommet frem til 3 hovedkategorier og 8 underkategorier, som tar for seg utfordringer kvinnene i de utvalgte studiene slet med i ettertid av brystkreftbehandlingen. Vi tar også for oss hvordan livskvaliteten kan påvirkes, både positivt og negativt. Funnene fremkommer i tabell 2 ovenfor, med videre utdypning under.

### **4.1 Fysisk og psykisk helse**

#### ***4.1.1 Kroppsbilde og seksualitet***

I den norske studien til Jakobsen mfl. kommer det frem at flere av kvinnene følte seg mindre attraktive og mislikte kroppen sin etter behandlingen for brystkreft (Jakobsen et al., 2017, s. 303). Det forekommer også i den østerrikske studien. Kvinnene hadde bekymringer når det kom til kroppsbildet og andres syn på dem. Tap av brystene påvirket både feminiteten og følelsen av å være kvinne (Bouskill & Kramer., 2016, s. 4706).

I samtlige artikler fremkommer det at brystkreft, og behandlingen har påvirket mange av kvinnenens seksualitet i stor grad. "... the sexual relationship har just fled. Tanked ... It's a big concern for my marriage ... We're not connected" (Krigel et al., 2014, s. 338).

I studien til Haeng-Mi mfl. står det at deltakerne som var gift, og i 40-50 årene merket at fatigue var det symptomet som i størst grad påvirket seksualiteten, og deres seksuelle forhold til partneren (Haeng-Mi et al., 2020, s. 146).

#### ***4.1.2 Psykisk helse***

I studien til Krigel mfl. står det at det kan oppstå en rekke negative psykologiske utfall. Noen av disse kan være eksistensielle reaksjoner som følelsen av å miste uavhengigheten og ens identitet, frykt for døden, håpløshet og usikkerhet, til utfall som angst og depresjon (Myers et al., 2014, s. 334).

"Even if there are funny things, it's never really 100 % fun. Thoughts about my condition are always underlying. That's how it is. That's why sometimes when I laugh like this, I think, what the heck, can I laugh like this?" (Haeng-Mi et al., 2020, s. 145).



Videre er det en annen deltaker som uttrykker "... The mental stress is just anger for no reason, and I don't think it has anything to do with my heavy body. But the body is always heavy, and the mind is never light." (Haeng-M et al., 2020, s. 146).

#### ***4.1.3 Kroppssymptomer***

I Haeng-Mi mfl. sin studie nevner de at noen av de vanligste kroppslige symptomene ved brystkreft er kvalme, anoreksi og fatigue, og at sistnevnte rapporteres som det mest utbredte (Haeng-Mi et al., 2020, s. 141). Den norske studien avdekket også flere kroppslige symptomer som smerter, redusert muskelstyrke og hovne armer. Dette var med på å begrense deltakelsen i aktiviteter og arbeid. Flere av kvinnene i studien forventet i ettertid av behandling å leve livet som før, men for flere av dem ble det ikke slik (Jakobsen et al., 2017, s. 301).

I den østerrikske artikkelen kom det også frem både psykiske og fysiske helseproblemer. Blant annet ettervirkninger som nevropati, lymfødem, fatigue, smerte, seksuell dysfunksjon, depresjon, frykt for tilbakefall og bekymringer om kroppsbilde, spesielt relatert til feminitet og tap av brystene. Videre står det at det er viktig å skille mellom de som nylig har overlevd brystkreft opp mot de som er langtidsoverlevende. De som har levd flere år etter diagnosen opplever det ofte forskjellig når det kommer til de fysiske, psykiske og psykososiale tilstandene enn de som nylig har gjennomgått brystkreftbehandling (Bouskill & Kramer, 2016, s. 4706).

#### ***4.1.4 Tap av sosialt nettverk***

Flere av deltakerne i studien til Jakobsen mfl. uttrykte at de ikke lenger hadde det samme sosiale livet. En av grunnene var at menneskene rundt så på dem som kreftpasienter. Det handlet også om at de ikke hadde like mye energi lenger, og måtte dermed velge hvem de brukte tiden sin på. En av kvinnene uttrykte at hun ikke lenger brukte tid på mennesker som ikke ga henne noe tilbake (Jakobsen et al., 2017, s. 302).

I Krigel mfl. sin studie kommer det frem at flere av kvinnene mente at rollene endret seg etter behandlingen, og at de trengte mer hjelp fra de rundt seg. "I think the suckiest part for me was the fact that all of a sudden they had to worry about me, instead of me just worrying about

them ... They should not have to, you know” (Krigel et al., 2014, s. 337). Noen av kvinnene i studien uttrykte at de hadde god støtte fra familie og venner, mens andre kjente på mangelen på støtte. Det kom også frem fra flere at de ikke lenger klarte å opprettholde ekteskapet. Dette kunne komme av at partneren ikke forstod hva det innebar å gå igjennom en brystkreftdiagnose, og dermed ikke forstod hva kvinnen slet med (Krigel et al., 2014, s. 337).

Deltakerne i studien til Haeng-Mi mfl. forklarte at fatigue som fortsatte etter endt behandling resulterte i manglende selvtillit til å møte venner og delta på ulike aktiviteter eller sosiale sammenkomster. Det var flaut hver gang de duppet av under møter, da de ikke ønsket å bli sett på som en pasient. Siden de fleste deltakerne allerede hadde faste daglige gjøremål, så flere seg nødt til å kutte ned på antall sosiale aktiviteter i henhold til deres fysiske tilstand for å klare å gjennomføre gjøremålene sine (Haeng-Mi et al., 2020, s. 146).

#### ***4.1.5 Endring av hverdagslige roller***

Flere av kvinnene i studien til Jakobsen mfl. var fortvilet over at de ikke lenger fungerte på samme måte. Plagsomme symptomer førte til en ubalanse i hverdagslivet, som videre førte til endringer i rutiner og roller (Jakobsen et al., 2017, s. 298). Kvinnene hadde ikke lenger samme energi som tidligere, som for noen var med på at de ikke lenger kunne delta i samme yrke som tidligere (Jakobsen et al., 2017, s. 304). Dette forekommer også i studien fra USA. I begge studiene måtte flere av kvinnene gå ned i stilling eller slutte i arbeid (Krigel et al., 2014, s. 337).

“I have to take care of the kids, i have to take my kids to school, but i feel like i can't. Then I send them alone or with someone else, ... And it seems hard to take care of the kids' meals, so I don't make any side dishes and just order them to eat what is on the table.” (Haeng-Mi et al., 2020, s. 146).

#### ***4.1.6 Forverret livskvalitet***

I studien til Bouskill og Kramer kommer det frem at utfordringene som kan påvirke livskvaliteten negativt blant annet var frykten for gjentakelse, bekymringer rundt kroppsbilde og fatigue (Bouskill & Kramer, 2016, s. 4706).

“In addition, an earlier comprehensive review of quality of life among a range of cancer survivors showed wide variation and limited knowledge of the long-term sequelae of cancer affecting the daily lives of those living 5 to 10 years after their diagnosis” (Bouskill & Kramer, 2016, s. 4706).

I Krigel mfl. sin studie fremkommer det at aspektene som endring i rollefunksjoner, å leve i usikkerhet for tilbakefall, endring i relasjoner, nedsatt seksuell funksjon og mangel på informasjon fra helsepersonell var med på å påvirke livskvaliteten negativt. Det å leve i usikkerhet om kreften kunne komme tilbake var for mange det som påvirket livskvaliteten i størst grad (Myers et al, 2014, s. 340-341).

“Some women experience no bodily or mentally changes and are therefore able to participate in the same occupations as before the cancer periode, while others experience major ailments that seriously affect their everyday lives” (Jakobsen et al., 2017, s. 298).

Det står i den koreanske studien at “... disease-related fatigue among patients with breast cancer negatively affects their work, social relationships, mood, and daily life, resulting in a vicious cycle that reduces their health-related quality of life” (Haeng-Mi et al., 2020, s. 141). Det kommer videre frem at helsepersonell i noen tilfeller neglisjerte kvinnene som uttrykte seg angående fatigue (Haeng-Mi et al., 2020, s. 141).

#### ***4.1.7 Forbedret livskvalitet***

Flere av kvinnene som hadde gjennomgått brystkreftbehandling så ikke kun på opplevelsen som negativt, noen klarte også å finne positive sider. I Bouskill og Kramers studie kommer det frem data som tyder på at opplevelsen av å ha, eller ha hatt kreft kan medføre en positiv endring i ens liv. De positive endringene inkluderte personlig vekst, fornyet følelse av formål, positive forholds endringer og generelt funn av fordeler (Bouskill & Kramer, 2016, s. 4706).

Det kommer også frem i studien til Jakobsen mfl. at noen av kvinnene ikke opplevde kroppslige eller mentale endringer i ettertid av behandling. Disse kvinnene var dermed i stand til å delta i samfunnet på samme måte som tidligere (Jakobsen et al., 2017, s. 298).

I studien til Haeng-Mi mfl. forteller deltakerne at de lærte flere positive tips relatert til håndteringen av fatigue. Ved å gå regelmessig på turer, praktisere et positivt tankesett, spise og leve sunt, samt å ikke tilstrebe å gjennomføre mest mulig i løpet av en dag klarte flere av deltakerne å håndtere utmattelsen bedre (Haeng-Mi et al., 2020, s. 146).

## 4.2 Fatigue

I samtlige av de utvalgte artiklene kommer det frem at fatigue er årsaken til flere av underkategoriene vi har tatt med i dette kapitlet. Fatigue forårsaket endringer i roller hos noen av deltakerne, seksualiteten og påvirket livskvaliteten i stor grad.

Det fremkommer i studien fra Korea at kreftrelatert fatigue var det vanligste problemet på bakgrunn av selve brystkreftdiagnosen og dens behandlingsmetoder. Den er assosiert med forskjellige faktorer, som bivirkninger av behandlingen, tap av matlyst, metabolske forstyrrelser, fysisk dysfunksjon, nedsatt fysisk aktivitet, nevromuskulær dysfunksjon, smerter og søvnproblemer (Haeng-Mi et al., 2020, s. 141). Ifølge den norske studien til Jakobsen mfl. kommer det også frem at fatigue er det hyppigste og mest plagsomme rapporterte symptomet (Jakobsen et al., 2017, s. 298).

De fleste av deltakerne i den koreanske studien var hjemmeværende mødre. Flere slet med å ta vare på barna sine og gjennomføre husarbeid grunnet fatigue. Videre kom det frem at brystkreftpasientene som var under 50 år opplevde mer fatigue enn de som var over 50 år, noe som kan ha med at de yngre har flere roller å fylle både i familie, jobb og samfunnet enn det noen av de over 50 år har (Haeng-Mi et al., 2020, s. 146-147).

## 4.3 Behov for informasjon fra helsepersonell

I samtlige av studiene kommer det frem at flere av pasientene som har gjennomgått brystkreftbehandling kjenner på dårlig oppfølging i ettertid. Mange sitter igjen med spørsmål, og trenger informasjon om ulike utfordringene som kan oppstå. I studien til Jakobsen mfl. står det at helsepersonell flest er kjent med både de akutte symptomene, samt senskadene etter kreftbehandling. Men at helsepersonell er mindre opplyst når det kommer til hvordan det oppleves for pasientene å leve med senskadene etter behandling (Jakobsen et al., 2017, s. 289). Videre i studien kommer det frem at flere av deltakerne mente at informasjonen ofte kom på feil tidspunkt. De mente de hadde fått med seg mer av informasjonen om den hadde blitt gitt i flere omganger. Flere av deltakerne savnet også mer informasjon lenger ut i forløpet. *“The information could easily go in one ear and quickly out of the other”* (Jakobsen et al., 2017, s. 302).

I studien fra USA kommer det også frem at deltakerne savnet informasjon. Flere av kvinnene savnet her informasjon angående behandling, seksualitet, kroppsbilde og nedgangen i den fysiske, emosjonelle og sosiale funksjonen (Krigel et al., 2014, s. 340).

I Haeng- Mi mfl. sin studie følte deltakerne at helsepersonell i noen tilfeller forsømte deres klager over blant annet fatigue. De følte at helsepersonell undervurderte utmattelsen de opplevde. Deltakerne kjente også på mangelen av kommunikasjon med helsepersonell, som førte til forvirring om hvem de skulle konsultere vedrørende symptomene sine. Dermed endte de ofte opp med å diskutere symptomene sine med medpasienter (Haeng-Mi et al., 2020, s. 141 og 147).

“I had many questions i wanted to ask, so much i gradually discovered, but I did not know who I could ask. When you have terminated your treatment at the hospital, you then are finalized. I did not have a permanent doctor at the hospital, and different people told me different things. When I had finished the last radiation, I was told to come back in a year. I then got the feeling of being alone and by myself” (Jakobsen et al., 2017, s. 302).

Mangelen på informasjon om sykdommen og bivirkningene var en stor bekymring for flere av kvinnene som deltok i studien fra USA. Skriftlig informasjon var noe flere av deltakerne her hadde foretrukket (Krigel et al., 2014, s. 339).

“In addition to specific information related to their disease and treatment options was the need to know 'who to call for what'. Participants were confused about what aspects of their treatment, survivorship care, and ongoing surveillance should be managed by the oncology, as opposed to the primary care, teams” (Krigel et al., 2014, s. 339).

## **5.0 DISKUSJON**

Diskusjonsdelen er delt inn i to kapitler: metode- og resultatdiskusjon. I metodekapittelet tar vi for oss styrker og svakheter med metoden vi har benyttet. I resultatdiskusjonen drøfter vi de ulike resultatene, og hvordan funnene svarer på vår hensikt. I diskusjonen vil vi også komme med egne refleksjoner og trekke inn teori.

### **5.1 Metodediskusjon**

Forskerne som står bak de utvalgte vitenskapelige artiklene, har alle helsefaglig bakgrunn. De har publisert flere artikler i forkant eller etterkant. Informantene i studiene har en alder fra 18 år til over 70 år. Artiklene vi har valgt å inkludere i oppgaven er fra landene Østerrike, USA, Korea og Norge. I den østerrikske studien ble 152 deltakere rekruttert på et bestemt sykehus hvor de skal ha fått diagnose og behandling. I den koreanske studien ble 14 deltakere rekruttert ut ifra symptomer på fatigue. Videre i den norske studien ble 11 deltakere rekruttert under oppfølging på poliklinikk. Og i siste studie fra USA ble 15 deltakere rekruttert fra spesifikke kreftklinikker i Metro områder og fra 2 landlige samfunn i midt vestlige USA. Forskningen er utført etter fullført behandling på sykehus, og deltakerne bodde hjemme.

Forskningsmetodene som er benyttet i artiklene er optimale og vel gjennomført for vår hensikt. Bruken av pasientperspektivet gjør at vi får et innblikk i pasientenes følelser og opplevelser. Dette gjør at vi som helsepersonell kan forstå denne pasientgruppen bedre, og dermed møte dem på en mer helhetlig måte. De utvalgte artiklene har som tidligere nevnt alle benyttet kvalitativ metode, som bidrar til å gi et bredere og mer helhetlig bilde av kvinnenens situasjon.

Styrker ved å benytte integrativ litteraturoversikt som metode kan være at det både er tids og kostnadsbesparende. I den grunn at en ikke benytter seg av deltakere og dermed ikke må bruke mye tid og ressurser på å innhente ny data. Det ligger også som regel et stort spenn i kunnskap ute på nett. Ved å kombinere de ulike studiene, oppretter en seg en ny innsikt i stoffet. Svakheter ved metoden kan være at en finner forskning som ikke holder et faglig høyt nivå. Det kan også være at studien har feilaktige resultater og fakta som følge av at forskningen har kommet et steg videre siden studien ble skrevet. I og med at vi har valgt å ekskludere artikler eldre enn 7 år tror vi ikke dette er tilfellet i denne oppgaven. Store deler av

forskningen som ligger tilgjengelig er skrevet på engelsk. Dette kan føre til mistolkning av de ulike resultatene, som igjen kan resultere i feiltolkning av deltakernes meninger.

I 3 av artiklene har forskerne innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne sine, og kvinnene kunne når som helst trekke seg fra studien. Dette gjaldt artiklene fra USA, Norge og Korea. Forskerne fra Østerrike samlet ikke inn samtykke fra deltakerne, da de sendte ut et brev med spørsmål til tidligere pasienter som hadde fått behandling på et bestemt sykehus. I alle studiene har deltakerne fått god informasjon om selve studien, og hvordan den vil foregå. Anonymiteten til deltakerne er godt ivaretatt i alle studiene. I den norske studien endret forskerne for eksempel navnene på pasientene ved lagring av informasjonen. I den koreanske studien ble det tatt opptak av intervjuene og lagret med et kodet nummer for å ivareta anonymiteten. Studiene fra Norge, USA og Korea har alle med etiske aspekter i studien sin, mens studien fra Østerrike mangler dette. I denne studien nevner de blant annet at deltakelsen er frivillig, og at en ikke trengte å returnere brevet om en ikke ønsket å delta.

Vi ønsket i utgangspunktet, som tidligere nevnt under metode, å bruke artikler fra Skandinavia. Etter mye søking fant vi ikke det vi var ute etter, og valgte dermed å inkludere et bredere spekter av land. Artiklene vi endte opp med å bruke er nokså likt utviklet som det norske helsevesenet når det kommer til det faglige, men har gjerne større forskjeller innen kultur og økonomiske støtteordninger. Artiklene har mange like funn, til tross for ulik kultur og helsevesen. Flere av kvinnene i artiklene fra Korea og USA var for eksempel hjemmeværende, noe som ikke er like vanlig blant norske kvinner. I USA må en ofte ha helseforsikring for å få god pleie, og for å ikke gå personlig konkurs. Til tross for de ulikhetene som vi i utgangspunktet ikke ønsket, er artiklene aktuelle i forhold til hensikten vår.

Det var utrolig mye forskning på det valgte området, vi måtte dermed være kritiske når det kom til hvilke artikler som best kunne besvare hensikten vår. Analysearbeidet har vært en tidkrevende prosess. Vi må ærlig innrømme å ikke ha jobbet systematisk på denne måten så mye tidligere. Dermed brukte vi lang tid på søkeprosessen og analysearbeidet. Erfaringen vi sitter igjen med er at vi ville ha brukt mer tid i forkant på å sette oss inn i søkeprosessen og analysemodellen. Ved å benytte litteraturbasert metode i oppgaven kan vi også ha eliminert bort artikler som kunne ha vært aktuelle.

Vi benyttet 4 vitenskapelige artikler, som vi mente dekket hensikten vår. Hensikten er å finne ut hvilke utfordringer som kan forekomme etter endt kreftbehandling, og igjen hvordan dette kan påvirke livskvaliteten. Å jobbe med 4 artikler var oversiktlig, og gjorde at vi hadde kontrollen på de ulike hovedfunnene i hver artikkel. Hadde vi hatt mer tid og flere ord å gå på kunne vi ha inkludert et større utvalg av artikler. Dermed kunne resultatene våre vært mer kvalitetssikret.

Under søkeprosessen valgte vi å ikke avgrense på alder for vi ønsket å finne forskning fra alle aldersgrupper. Samtidig fikk vi et bredere utvalg av artikler ved å ikke avgrense på alder. “Friberg analysemodell som går ut på å dele helheten i deler for å kunne sortere data i ny dannede grupper slik at vi til slutt kommer til et nytt helhetlig bilde” (Friberg, 2017, s. 135). Vi har alle forskjellig virkelighetsoppfatning og velger ut de delene som passer vår hensikt, dermed kan funnene våre være annerledes enn funnene andre ville ha kommet frem til. Noen ville kanskje ha tatt med andre funn og resultater, og kommet frem til ulik konklusjon til tross for bruk av samme metode og artikler.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### ***5.2.1 Kroppslige utfordringer***

At kroppen fungerer som normalt, blir ofte tatt for gitt. Når funksjoner ved kroppen plutselig ikke fungerer lenger, for eksempel ved sykdom påvirker dette en som menneske (Kristoffersen et al., bind 3, 2015, s. 19-20). Kvinnene i studien fra Østerrike slet med forskjellige ettervirkninger som nevropati, lymfødem, fatigue, smerter og seksuell dysfunksjon (Bouskill & Kramer, 2016, s. 4706). Dette gikk for mange hardt ut over selvfølelsen og hverdagslivet. Symptomene påvirket livet til flere i den grad at de ikke lenger kunne leve som normalt. “Å forsones seg med det nye livet innebærer å måtte lære seg å leve på andre måter og med nye strategier” (Kristoffersen et al., bind 3, 2015, s. 20). Det å miste visse funksjoner ved kroppen etter kreft er en stor påkjenning. Å få hjelp og informasjon fra helsepersonell i forhold til dette, vil for mange være til stor hjelp. Andre derimot kan måtte trenge lengre tid på å forsones seg med det nye livet og endringene.

Kroppen er med på å uttrykke ens identitet (Kristoffersen et al., bind 3, 2015, s. 20). Vi har erfart i praksis en kvinne som ikke ville vise kroppen sin avkledd for partner i opptil et år etter



å ha fjernet deler av brystene. Kvinnen fortalte at hun ikke lenger følte seg som seg selv, og klarte ikke tanken på at noen andre skulle se henne slik. Dette er også tilfelle i flere av studiene hvor kvinnene ikke følte seg attraktive og feminine lengre. Vi har reflektert over hvordan vi kan være en støttespiller for kvinner i slike situasjoner. En åpen samtale med helsepersonell og partneren kan kanskje være en løsning for at de vanskelige temaene skal komme frem i lyset. Alle mennesker er forskjellige, og en slik samtale kunne ha fungert for noen, mens andre muligens hadde trengt en annen tilnærming.

Det å bli sett på som en kreftpasient var for flere av kvinnene i Krigel mfl. og Jakobsen mfl. sin studie noe som var både vanskelig og irriterende. Livene hadde endret seg fysisk, men også psykisk. Å bli sett på som sykdommen sin er noe vi lærer mye om på studiene. En skal se personen bak sykdommen, og behandle personen som den de er uavhengig av kreften. Dette kan være vanskelig da mye kan ha endret seg i løpet av den siste tiden. At ulike mennesker behandler kvinnene som sykdommen deres kan komme av mangel på kunnskap om sykdommen. Å omgås som normalt uten at kreftdiagnosen får all oppmerksomheten kan nok være en lettelse for mange kvinner. Noen vil kanskje snakke om diagnosen og hva de har gått igjennom og andre ikke, dette er noe en kan finne ut av sammen.

Seksualiteten til flere av kvinnene i studiene ble påvirket av endringene som oppstod. I studien til Haeng-Mi mfl. kom det frem at fatigue var et symptom som påvirket dette i stor grad (Haeng-Mi et al., 2020, s. 146). Brystene utgjør for mange kvinner en stor rolle når det kommer til seksualitet. Det å miste hele eller deler av brystene har for de fleste en innvirkning på selvbildet. Om kvinnen er i et parforhold vil synet partneren har på kvinnen i ettertid av behandlingen være avgjørende for seksualiteten. Viser partneren samme interesse som før, vil kvinnen gjerne få en slags bekreftelse på at de fremdeles finner dem attraktive.

Det er også andre ting som påvirker seksualiteten til kvinnene negativt som kvalme, oppkast og slapphet. Hormoner kan også være med å påvirke seksualiteten ved for eksempel at slimhinnene blir irriterte og tørre, som videre kan føre til smerter (Kreftforeningen, hentet 01.05.21). Dette er viktig informasjon for de som har gjennomgått behandling for brystkreft. En bør få tilbud om samtale hvor kvinnen og en eventuell partner kan snakke med helsepersonell om mulige bivirkninger, og tanker de har. Det finnes flere gode tiltak som kan

benyttes for å lindre symptomene som tørrhet, kvalme og oppkast. En bør bli opplyst om disse symptomene, og informere lege om det skulle oppstå, slik at en kan forsøke å lindre dem.

### **5.2.2 Psykisk helse**

Psykisk helse påvirkes av flere ulike faktorer, og er helt individuelt. Når en er ferdigbehandlet for kreft, forekommer det for mange en frykt for tilbakefall. Dette er dokumentert å være en frykt som for mange ikke forsvinner selv om en har vært kreftfri i flere år. Når en er erklært kreftfri forventer man gjerne å vende tilbake til det gamle livet. Det er nok en lettelse å være kreftfri, men å leve med denne usikkerheten kan være psykisk slitsomt (Stubberud et al., 2017, s. 405). Når en pasient er engstelig for tilbakefall er det viktig at en som sykepleier er til stede, lytter og svare på eventuelle spørsmål. Mange av kvinnene i de ulike studiene kjente på denne frykten for tilbakefall. Frykten er noe helsepersonell bør og skal være opplyst om. Egenundersøkelse av brystene er noe som vil være viktig, og en bør få god opplæring i hvordan dette utføres. Har en kunnskap om hvordan en slik undersøkelse utføres, kan en bli tryggere på om det plutselig skulle dukke opp noe. For noen derimot kan dette bli noe de utfører hele tiden, og som tar opp mye av livet deres (Stubberud et al., 2017, s. 440).

Det er ikke unormalt å være engstelig for at kreften skal vende tilbake, det kan hende. Men det er derfor en har hyppige oppfølginger på sykehus for å kunne følge med på nettopp dette. Om kreften skulle vende tilbake, vil en ofte merke dette på et tidlig stadie. Etterbehandling innebærer som regel mammografi, etterfulgt av time hos fastlege eller lege på sykehuset hvor en får vite svaret på undersøkelsen. Videre skal en ha en samtale med behandler, hvor en skal få utført en klinisk undersøkelse (Kreftforeningen, hentet 09.05.21). Om alle får denne samtalen eller undersøkelsen med lege er uvisst. Vi har snakket med pasienter i praksis og familiemedlemmer som ikke har fått tilbud om dette, og kun fått utført diverse undersøkelser som etterbehandling. Ved å få muligheten til å ha samtaler med lege eller for eksempel kreftsykepleier tenker vi bidrar til at pasientene vil føle seg tryggere og bedre ivaretatt.

Et spørsmål en kan stille seg selv er om psykisk helse blir tatt like mye på alvor som den fysiske når det kommer til kreft. På [erfaringskompetanse.no](http://erfaringskompetanse.no) stiller Linda som har erfart brystkreft spørsmål ved akkurat dette temaet. Hun ville sette fokuset på at den psykiske helsen henger sammen med den fysiske. "Jeg tror vi kan bli fysisk friskere om vi har det godt psykisk" (Øverbø, 2013). Når en sliter psykisk får en ofte et dårlig kosthold, beveger seg

mindre, sover dårlig og isolerer seg fra andre, som igjen påvirker den fysiske helsen. I rådet for psykisk helse kommer det frem at kunnskapen om fysisk og psykisk helse påvirker hverandre og bør komme mer frem i lyset. En må behandle hele mennesket, ikke kun det en fysisk kan måle og se (Gundersen, 2017). Vi har i praksis erfart at den psykiske helsen ikke har blitt prioritert i den graden den bør. Flere pasienter sliter med psyken, og de fleste trenger kun noen som er der for dem. Å bruke tid på pasientene, og vise at en er der for dem kan bety mye. Om dette bidrar til at en får det bedre fysisk, vil det være til stor hjelp for alle parter. En skal som sykepleier utføre helhetlig sykepleie, og vi må dermed ikke bagatellisere den psykiske helsen. Vi må bruke tid på pasientene for at de skal føle seg trygge og ivaretatt.

### ***5.2.3 Sosialt nettverk***

I resultatkapittelet kom det frem at flere av kvinnene fant ut hvilke mennesker de ville vie tiden sin til. I Jakobsen mfl. sin studie fremkom det at flere av kvinnene ikke orket å bruke tiden sin på mennesker som ikke ga dem noe tilbake (Jakobsen et al., 2017, s. 302). Det å miste deler av det sosiale nettverket sitt under og etter kreftbehandlingen kan både ses på som negativt og positivt. Positivt i den forstand at kvinnene fant ut hvem som betydde noe for dem, og hvem som ikke fortjente tiden deres. Å miste deler av det sosiale nettverket vil for de fleste være negativt. Det er ikke alle mennesker som har et stort nettverk, om en da mister deler av dette kan en sitte igjen med en ensomhetsfølelse. Alle mennesker trenger noen som er der for dem, og noen å snakke med. Nettverket rundt pasienten er dermed noe som sykepleier bør kartlegge for denne pasientgruppen.

Det kan oppstå ulike hendelser i livet til et menneske som gjør at de ikke lenger har mulighet til å være like selvstendig som tidligere. De aller fleste mennesker mener selvstendigheten er viktig for å kunne ha kontrollen over eget liv (Kristoffersen et al., bind 3, 2015, s. 21). I studien til Krigel mfl. kom det frem at flere av deltakerne trengte mer hjelp fra familie og venner etter behandlingen for brystkreft. Kvinnene følte seg til bry, og ville ikke at barna og partneren skulle bekymre seg over dem (Krigel et al., 2014, s. 337). Følelsen av å være til bry kan gjøre at et menneske føler seg udugelige og underlegne. Men ifølge Martinsen kan avhengighet av andre mennesker også være med på å skape en positiv og god opplevelse. Det å ta imot hjelp fra andre kan være med på å føre menneskene tettere sammen, og dermed utgjøre en gjensidig glede da en utveksler positive relasjoner og omtanke for hverandre (Kristoffersen et al., bind 3, 2015, s. 21).

I de forskjellige studiene var det både deltakere som hadde et godt støtteapparat, og de som ikke hadde det. Å ha et godt støtteapparat vil være uvurderlig når en opplever å få en livstruende sykdom. I noen situasjoner opplevde pasientene lite støtte, denne mangelen på støtte tror vi kan komme av at de rundt ikke forstår hva det vil si å gjennomgå en slik sykdom og behandling. Det kan være vanskelig å støtte pasienter når det kommer til tilstander og sykdommer en har lite kunnskap om. Frykten for å si eller gjøre noe feil kan være skremmende, og kan føre til at vedkommende trekker seg tilbake. Mennesker er forskjellige, og det er ingen fasit på hva som kan være rett å gjøre i en slik situasjon. Å snakke med kvinnen som har gjennomgått sykdommen og være ærlig å si at en ikke er kjent med situasjonen kan være en god start. Å ha med pårørende under kreftforløpet er ønskelig fra både helsepersonell og de aller fleste pasienter (Helsedirektoratet, 2016).

I flere av studiene kom det frem at noen av kvinnene måtte legge om livet sitt for å ikke slite seg ut. I studiene fra Korea og USA var de fleste kvinnene hjemmeværende, og slet med å utføre sine daglige gjøremål. I Norge var de fleste kvinnene i arbeid, men flere måtte gå ned i stilling eller slutte i jobben da de ikke lenger klarte å ha samme arbeidsmengde som tidligere. Arbeidsgivere i Norge har en plikt til å tilrettelegge arbeidsplassen ifølge arbeidsmiljøloven § 4-6. Tilrettelagt arbeid kan fungere godt for mange, men noen klarer ikke å arbeide i det hele tatt. At arbeidsgiver må tilrettelegge arbeidet så godt som mulig er til stor hjelp for mange, da en får en mulighet til å komme tilbake i arbeid. Om det ikke fungerer må en forsøke å finne en annen løsning (Arbeidsmiljøloven, 1977, §4-6).

#### **5.2.4 Livskvalitet**

I samtlige artikler fremkommer det flere punkter som har vært med å påvirke livskvaliteten til kvinnene. Alt i fra kroppsbilde, fatigue, endring i hverdagslige roller og ulike kroppslige ettervirkninger har vært med på å påvirke den helserelaterte livskvaliteten negativt.

Det å ha lav livskvalitet er ofte forbundet med å ha vonde vurderingsmessige og følelsesmessige opplevelser (Kristoffersen et al., bind 1, 2015, s. 59). Konkret hva som er med på at noen opplever livskvaliteten som dårlig, er individuelt, og det kan være forskjellig ut ifra hvilket land en er fra. I og med at begrepet livskvalitet er såpass vidt og oppleves

individuell er det ikke noe fasitsvar på hva som er god eller dårlig livskvalitet, det er en vurdering som er opp til enkeltmenneske å bedømme selv.

Deltakerne i artiklene har alle gjennomgått en stor påkjenning i form av sykdom og behandling. Men selv om sykdommen og behandlingen var ferdig, opplevde flere at livskvaliteten ikke ble bedret i etterkant. Noen mistet håret og brystene som for mange opplevdes som en stor del av identiteten deres, og andre opplevde fatigue. Disse senskadene var med på at livskvaliteten ble påvirket til det negative. Forventningene til at livet skulle gå tilbake til normalen etter behandlingen har kanskje vært med på å forverre livskvaliteten til kvinnene. Mange av kvinnene sitter muligens igjen med en følelse av å aldri bli kvitt sykdommen.

Som sykepleier har en et ansvar når det kommer til ivaretagelse av livskvaliteten til pasientene. Flere deltakere i studien til Haeng-Mi opplevde lite støtte fra behandlingsapparatet når selve behandlingen for kreften er over, og en var blitt kreftfri (Haeng-Mi et al., 2020, s. 141 og 147). Det kan være en stor overgang å gå fra å ha et stort støtteapparat rundt seg, til å reise hjem. Flere føler på fraværende hjelp fra helsepersonell etter hjemreise, og føler at de står alene når det kommer til endringer både fysisk og psykisk (Stubberud et al., 2017, s. 405). I de utvalgte studiene kjente flere kvinner på den fraværende støtten fra helsevesenet. Vi har også hørt fra kvinner vi har møtt i praksis, som er under behandling for noe annet, som forklarer hvor ensomt og vanskelig det var å komme hjem fra sykehuset etter behandlingen. De kjente seg tilsidesatt og følte ikke at pleien var så god som den i utgangspunktet skulle vært. Det finnes dermed svakheter i bruken av pakkeforløp for kreft når det kommer til oppfølging og informasjonsutveksling.

Det å få en kreftdiagnose og gjennomgå behandling for denne har påvirket noen av deltakernes i studien fra USA livskvalitet på en positiv måte. De positive endringene inkluderte blant annet personlig vekst og fornyet følelse av formål (Bouskill & Kramer, 2016, s. 4706). Dette var et funn vi ble overrasket over, vi tenkte i utgangspunktet at diagnosen og behandlingen enten ikke ville føre til endringer, eller at det ville bli negative følger. Det at livskvaliteten også kunne forbedres var ikke et forventet funn. De positive endringene som forekommer i noen av de utvalgte studiene var at kvinnene opplevde personlig vekst, de fikk

en ny følelse av formål og flere ble mer takknemlige for hver dag som gikk. De fikk på en måte en ny mening med livet som de tidligere ikke hadde hatt.

### **5.2.5 Fatigue**

Kronisk eller akutt fatigue er som tidligere nevnt årsaken til flere av utfordringene som oppstår av brystkreftbehandling. Et tema vi ikke hadde tenkt særlig over var at fatigue kunne påvirke de hverdagslige rollene til kvinnene i såpass stor grad.

Fatigue kan føre til at en ikke klarer å fylle rollene sine på samme måte som tidligere. I studien fra Korea var majoriteten av kvinnene hjemmевærende mødre, og på grunn av fatigue ble det å ta vare på barna sine en utfordring. Hverdagslige oppgaver som å kjøre de på skolen, tilberede mat og bare det å bære barna sine var noe som nå var blitt en utfordring (Haeng-Mi et al., 2020, s. 146-147). I Norge fører gjerne fatigue som tidligere nevnt til at en ser seg nødt til å slutte i jobben, eller kutte ned på arbeidsmengden.

Som kvinne kan en ha flere ulike roller som for eksempel mor, kone, venn, søster og arbeidstaker. Når en føler en ikke klarer å fylle rollene på samme måte som tidligere, kan en føle seg mislykket. En tenker at det å sove og slappe av gjør at utmattelsen går over, men slik fungerer det ikke (Stubberud et al., 2017, s. 406). Å lære mer om hvordan fatigue kan påvirke hverdagslige roller mener vi er viktig, både for å øke forståelse blant sykepleiere, men også for å forberede pasienten når det kommer til håndtering av symptomet.

På regjeringens sider opplyses det om de store endringene som kan forekomme av kreftsykdom. De nevner at kreft kan påvirke familie, arbeid, økonomi, nettverk og psykiske og fysiske endringer. I Norge er det et tilbud om personlig brukerstyrt assistent for kreftpasienter som har dårlig funksjonsevne. Oppgaver som en personlig assistent kan hjelpe til med er matlaging, vasking og kjøring. Dette er oppgaver som ble nevnt i studien til Haeng-Mi mfl. som strevende og energitappende, som viser til at de har behov for hjelp i hverdagen. Det er ikke alle mennesker som har et nettverk rundt seg som kan hjelpe med slike oppgaver, og noen er kanskje aleneforsørgere for barna sine (Opdalshei, 2013, s. 1-2).

Tilbudet om brukerstyrt assistent ser ut til å gjelde for de som er under behandling, men vi tenker at det hadde vært et tilbud som også hadde passet for de som sliter med senskader etter

behandling. Bare det å få hjelp til handling noen få ganger i uken hadde nok bidratt til stor hjelp for disse kvinnene.

### ***5.2.6 Sykepleiers funksjon***

Landene vi har hentet artikler fra har ulike lover og helsevesen som kan være med på å påvirke hvorfor resultatene er blitt slik de er. Lovene og store deler av teorien vi benytter i oppgaven er utelukkende hentet fra norske forhold. Forløpet og tilbudene etter behandling er nok også ulike i de forskjellige landene. Vi har også kun benyttet 1 artikkel fra Norge, og kan dermed ikke vite om resultatene fra denne studien gir et helhetlig bilde av hvordan det er for andre kvinner i pasientgruppen.

Når helsepersonell kommuniserer med pasienter, er det viktig å ha en rolig og behagelig tilstedeværelse. Oppmerksomheten må rettes mot den en kommuniserer med. Måten en kommuniserer på vil enten formidle empati og respekt, eller mangel på dette. Sykepleiere har ofte å gjøre med syke og sårbare mennesker. Dermed er det viktig å anerkjenne pasienten ved å lytte å være empatisk og respektfull (Kristoffersen et al., bind 3, 2015, s. 31). Flertallet har nok erfart å ha hatt en travel vakt, der en ikke har hatt mye tid til hver enkelt pasient. På disse vaktene er det viktig at pasienten har sykepleierens fulle oppmerksomhet, når en først er tilgjengelig. En må vise tilstedeværelse, slik at pasienten ikke føler seg til bry. Ved å føle seg til bry kan det hende at flere ikke stiller spørsmål for de er redde for å ta opp sykepleierens tid.

Et tema som var gjennomgående i artiklene var at oppfølgingen i etterkant av brystkreftbehandlingen ikke var optimal. Det kom frem i studien til Haeng-Mi at informantene ofte endte opp med å diskutere ettervirkningene sine med medpasienter (Haeng-Mi et al., 2020, s. 141 og 147). Dette resulterte i at de aldri fikk skikkelige svar fra helsepersonell på hvorfor ettervirkningen kom, og hvordan de eventuelt kunne lindres. I pasient- og brukerrettighetsloven står det følgende "Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Dermed har pasienter en lovbundet rett til informasjon angående ettervirkninger av behandlingen, og sykdommens forløp. Da stiller vi oss spørsmålet om hvorfor pasientene fra den norske studien også opplever dette, da de har krav på oppfølging og informasjon. Er det

tidspresset for helsepersonellet som er med på å sette en stopper for god pleie? Er det pasientene som ikke tørr å benytte seg av den hjelpen som finnes, eller har de ikke blitt informert om tilbudene som eksisterer? Dette er vanskelig å vite med sikkerhet. Det finnes mange tilbud for overlevende etter brystkreft, men for å benytte seg av disse må en ha kjennskap til dem.

Som nevnt fremkom det i samtlige av artiklene at det var mangel på informasjon fra helsepersonell. Det er dermed et problem som går igjen i alle de 4 landene vi har valgt studier fra. Vi hadde fra starten av tenkt at det muligens kunne være et problem i USA og Korea, med tanke på de større økonomiske forskjellene i landene. Det at også kvinner fra Norge kjente på mangelen av oppfølging og informasjon i den grad var overraskende. Vi trodde Norge hadde kommet lenger når det kom til etterbehandling og oppfølging på dette området. Vi vet for eksempel at det finnes pasientskoler for kvinner med brystkreft i Norge, ledet av sykepleiere som har spesialkompetanse på området (Stubberud et al., 2017, s. 438). Denne skolen kunne muligens ha vært relevant for flere av kvinnene i studiene. Der kunne de fått noen å snakke med og dermed fått korrekt informasjon knyttet til bekymringene og opplevelsene sine. Om dette er et tilbud for kvinner etter gjennomgått behandling for brystkreft, eller om det kun er under behandling står det lite om. Vi tror dette hadde vært et godt tilbud både under og etter behandling. Særlig i ettertid da det ofte er denne tiden kvinnene kjenner på det å være alene om symptomene og ettervirkningene.

Sykepleiers funksjon går ut på å gi helhetlig sykepleie som vil si å ivareta hele pasienten (Flaten et al., 2018). For at pasientene skal føle seg trygge og godt ivaretatt må en få tilstrekkelig med informasjon. Flere av kvinnene som deltok i studiene savnet også rett informasjon på rett tid. Det kom frem fra noen av kvinnene at informasjonen ofte kom på feil tidspunkt, og at flere av dem da ikke var klar for å ta imot det som ble sagt.

Å få en kreftdiagnose kan føre til både sjokk og fortvilelse. I denne tiden kan det være utfordrende å ta til seg informasjon. Det er viktig å gjenta informasjonen, slik at en er sikker på at pasienten er innforstått med det som blir formidlet (Stubberud et al., 2017, s. 417-418). I Norge er det ulike pakkeforløp for kreft, i disse forløpene står det at en skal lage et individuelt opplegg for oppfølging og dermed informasjonsutveksling. All informasjon til pasienten bør foregå på hennes premisser. Sykepleier eller lege har ansvar for å finne ut informasjonsbehovet hver enkelt pasient har, og dermed informere pasienten ut ifra dette



behovet. Den personen som har primæransvaret for pasienten, er i de fleste tilfeller den beste til å finne ut av hvor mye informasjon pasienten ønsker (Helsedirektoratet, 2016). Om pakkeforløpet blir brukt hyppig og grundig nok kan det stilles spørsmål til. Når Norge har såpass gode planer og rammer for hvordan kreftbehandlingen skal foregå, er det dårlig at mangelen på informasjon og oppfølging er et av hovedfunnene i studien til Jakobsen mfl.

Som tidligere nevnt er møte og behandling med brystkreftpasienter i spesialisthelsetjenesten kortvarig. Dette kan være en av grunnen til at kvinnene i studiene føler på dårlig oppfølging. Det vil være viktig å forberede pasienten på hjemreise. Om en har fått tilstrekkelig informasjon, og fått vite hvor en kan henvende seg ved eventuelle spørsmål eller andre problemer vil de fleste kvinnene være mer forberedt på veien videre. Blir en ikke godt nok forberedt, og ikke får informasjon om hvor en kan henvende seg ved spørsmål kan en føle seg utrygg og dårlig ivaretatt.

Pakkeforløp for kreft, som tidligere nevnt i teorikapittelet, skal sørge for at pasientene skal få en strukturert utredning, behandling og oppfølging. Det skal sørge for at pasientene og pårørende blir godt ivaretatt under hele forløpet. Pasienten skal også få medvirke til helsehjelpen om dette er mulig. Oppfølgingen etter kreftbehandling kan foregå i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Pakkeforløpet for kreft bør absolutt benyttes, da det gir et godt innblikk i hvordan helsehjelpen til brystkreftpasienter og deres pårørende bør foregå. Om andre land ikke har et slikt pakkeforløp bør de absolutt opprette et (Helsedirektoratet, 2016).

Ved mistanke om at noe er galt med kroppen går en som oftest til fastlege. De har ansvaret for å henvise pasienten videre om dette skulle være nødvendig. Både under og etter behandling for brystkreft spiller fastlegen en stor rolle. Som ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten har fastlegen også et ansvar når det kommer til etterbehandling og oppfølging.

En personlig erfaring fra praksis i hjemmesykepleien vi har hatt var å møte en kvinne som hadde gjennomgått brystkreftbehandling. Vi var der for å hjelpe med noe som ikke var relatert til brystkreften. Gjennom samtale fortalte hun at begge barna hennes var vekkeist og at hun begynte å gå tom for mat. Det var barna som vanligvis hjalp henne med slike oppgaver, da hun selv verken hadde energi eller krefter til å gjøre det selv. I og med at hun ikke orket å gå på butikken forsøkte hun å spare på maten, til en av barna hennes kom hjem og kunne handle for henne. Dette eksempelet viser til det som forekommer i flere av artiklene, nemlig

utmattelsen som kan forekomme og hindre hverdagslige gjøremål. I dette tilfellet hadde det og fått mer hjelp av for eksempel hjemmetjenesten til handling bidratt til at hverdagen hennes ble lettere.

Som sykepleier møter en brystkreftpasienter over alt. Det kan være i hjemmebaserte tjenester, på sykehus, i rehabilitering og habilitering. Tiden under behandling i spesialisthelsetjenesten er som nevnt kort og en får dermed ikke tid til å bli særlig godt kjent med pasientene. Om en møter pasientene i primærhelsetjenesten derimot får en ofte et tettere bånd, og det blir mer personlig enn i spesialisthelsetjenesten.

## **6.0 AVSLUTNING**

### **6.1 Konklusjon**

Hensikten med oppgaven var å undersøke utfordringer og endringer i livskvaliteten som kunne oppstå i ettertid av brystkreftbehandling blant kvinner. Vi mener hensikten samt problemstillingen vår er godt besvart, da vi fant ut av nettopp dette. Kunnskapen vi har tilegnet oss gjennom arbeidet med oppgaven har vært at det er flere ulike utfordringer som kan forekomme etter brystkreft, som vi på forhånd ikke visste om. Vi har også lært at det er nødvendig med bedre oppfølging og informasjon i ettertid. Vi har fått et større innblikk i hvilke tilbud som finnes for kreftpasienter, og ser viktigheten av å formidle disse videre.

Vi konkluderer med at behandlingen for brystkreft ikke bør avsluttes når en er erklært frisk, da det i ettertid kan oppstå en rekke utfordringer hvor det er behov for støtte og veiledning. I 2019 rammet brystkreft 3726 kvinner i Norge (Kreftregisteret, 2021). Dette tallet viser til hvor viktig det er at kunnskapen på området stadig forbedres. Sykepleiere som arbeider med brystkreftpasienter trenger god kunnskap om sykdommen, behandling og ettervirkninger. En trenger også tilstrekkelig opplæring i hvordan en skal informere og klargjøre pasientene for hjemreise på en god måte. Sykepleier må kommunisere på en måte som fremhever tillit, empati og trygghet for at pasientene og pårørende skal føle seg ivaretatt. Helsepersonell må holde seg faglig oppdatert på ny kunnskap, da det stadig er i endring. Pakkeforløpet for kreft bør følges opp, da det er en god mal på hvordan utredning, behandling og oppfølging skal være. Forløpet kan også gjerne utføres på en mer personlig måte, som kan bidra til at sykepleien blir utført på en mer helhetlig måte.

### **6.2 Anvendelse i praksis**

Det er legen som har det overordnede ansvaret for informasjonsutvekslingen til pasient og pårørende. Derimot er det ofte sykepleiere som tilbringer mesteparten av tiden med pasienten i praksis. Det blir dermed naturlig at pasienten stiller spørsmål til den hun har nærmest relasjon til.

Flere av deltakerne i de ulike studiene kom med svakheter knyttet til informasjonsutveksling og oppfølging fra helsepersonell. Mange mente at de fikk for mye informasjon om gangen, og på feil tidspunkt. Dermed kan det for mange være bedre å få litt og litt informasjon om

gangen, slik at de får muligheten til å ta det innover seg. En bør kartlegge hvilket informasjonsbehov pasienten har, slik at pasienten får den informasjonen som er ønskelig. En bør også kartlegge hvilken måte pasienten ønsker at informasjonen skal gis, om de ønsker skriftlig eller muntlig. Hvem en kan henvende seg til med eventuelle spørsmål er også noe som skal være etablert før behandlingen er avsluttet.

Flere pasienter sliter med å ta inn all informasjonen som blir gitt. Det kan dermed være en god ide å inkludere pårørende. På denne måten kan pårørende delta i forløpet, og hjelpe pasienten med å få med seg informasjon. Dette kan også føre til at pårørende får en bedre forståelse vedrørende hva pasienten gjennomgår, og kan dermed blitt en bedre støttespiller.

Opplæring av helsepersonell om hvordan en best mulig forbereder en kreftpasient før hjemreise fra sykehus er noe som er svært viktig. Det bør blant annet komme frem mer informasjon vedrørende kroppsbilde og seksualitet. Dette er ting som kan forandre seg i stor grad, og som vi har fått inntrykk av at det blir for lite informert om.

Vi tenker at selvhjelpsgrupper og kurs kan vært aktuelt for denne pasientgruppen. Dette kan være hjelpsomt for flere i prosessen med å fortsette livet igjen etter å ha gjennomgått sykdom og behandling. Alle som deltar i selvhjelpsgrupper har en felles forståelse og erfaringer fra det de har gjennomgått (Kristoffersen et al., bind 3, 2015, s. 36). Kurs kan være til stor hjelp da en får informasjon om sykdommen, og får stille spørsmål om det en lurer på.

Informasjonsskriv med de ulike kursene og tilbudene som finnes bør være en standard prosedyre før utskrivelse, samt at de får en kontaktperson angående spørsmål.

Som nevnt i resultatdiskusjonen tenker vi i noen tilfeller at brukerstyrt personlig assistent eller hjemmetjenesten hadde vært en god ide for å hjelpe kvinner med dagligdagse aktiviteter og husarbeid, da hadde de ikke trengt å bruke all energien sin på dette. Det kunne ført til et energioverskudd som de kan bruke på barna, venner, familie og ting som betyr noe for dem.

Resultatene fra oppgaven vår kan bidra til at sykepleiere utvider sine kunnskaper om utfordringer som kan forekomme etter brystkreftbehandling, og hvordan det igjen påvirker livskvaliteten. Pasientene trenger god oppfølging og muligheter for å stille spørsmål om det de måtte oppleve. Med bakgrunn i konklusjonen og funnen våre kan sykepleierne møte denne

pasientgruppen på en mer forståelsesfull og helhetlig måte. Funnene våre har avdekket hull i oppfølgingen av brystkreftpasienter som tilsier at området bør forskes mer på fremover. Dette for å få en optimal og helhetlig pleie for pasientgruppen.

## LITTERATURLISTE

- Arbeidsmiljøloven. (1977). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-1977-02-04-4). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Bouskill, K. & Kramer, M. (2016). The impact of cancer and quality of life among long-term survivors of breast cancer in Austria. *Springer Link*. [10.1007/s00520-016-3319-7](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3319-7)
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg). Gyldendal.
- Flaten, B., Sørhøy, M. S. & Heir, W. (2018). Helhetlig omsorg og sykepleie. *Ndla.no*. <https://ndla.no/nb/subject:4/topic:1:172819/topic:1:178985/resource:1:77230?filters=urn:filter:992c86f7-8cae-45ef-aab3-a40cdc5e99d9>
- Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Studentlitteratur AB.
- Gundersen, T. (2017, 12. september). Fysisk og psykisk helse må sees i sammenheng. *Psykiskhelse.no*. <https://psykiskhelse.no/nyheter/fysisk-og-psykisk-helse-må-sees-i-sammenheng>
- Haeng-Mi, S., Eun, P. Y. & Eun-Jeong, K. (2020). Cancer-related Fatigue of Breast Cancer Survivors: Qualitative Research. *Asian Oncology Nursing*. <https://doi.org/10.5388/aon.2020.20.4.141>
- Helsedirektoratet, (2020, 25. november). Pakkeforløp for kreft. <https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-for-kreft/#hva-skjer-nar-jeg-har-blitt-henvist-til-et-pakkeforlop>
- Helsedirektoratet. (2016, 14. oktober). 1. Pakkeforløp på kreftområdet. *Helsedirektoratet.no*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforlovene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftområdet>

- Helsedirektoratet. (2020, 21. april). Seneffekter etter kreftbehandling. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/\\_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf)
- Helsenorge. (2020, 6. mai). Fatigue etter kreft. <https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/fatigue-hva-er-fatigue/>
- Jakobsen, K., Magnus, E., Lundgren, S. & Reidunsdatter, R. J. (2017). Everyday life in breast cancer survivors experiencing challenges: A qualitative study. *Scandinavian journal of occupational therapy*. [10.1080/11038128.2017.1335777](https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1335777)
- Kreftforeningen, (u.å). Kreftformer som ofte påvirker seksuallivet for kvinner. Hentet 01.05.2021. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/kreftformer-som-ofte-pavirker-seksuallivet-for-kvinner/>
- Kreftforeningen. (2021, 24. mars). Psykiske reaksjoner. Kreftforeningen.no. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner/>
- Kreftregisteret. (2021, 21. januar). Brystkreft. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Brystkreft/>
- Kriegel, S., Myers, J., Befort, C., Krebill, H. & Klemp, J. (2014). 'Cancer changes everything!' Exploring the lived experiences of women with metastatic breast cancer. *International journal of palliative nursing*. [10.12968/ijpn.2014.20.7.334](https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.7.334)
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2015). *Grunnleggende sykepleie bind 1*, (2.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2015). *Grunnleggende sykepleie bind 3*, (2.utg.). Gyldendal Akademisk.

- Nes, R. B. (2016). Fakta om livskvalitet og trivsel. *Folkehelseinstituttet*. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. NSF.no. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Opdalshei, O. A. (2013). Høring - endring i pasient- og brukerrettighetsloven - rett til brukerstyrt personlig assistanse (BPA). <https://www.regjeringen.no/contentassets/88ad7b617edb4f4ab366550f93d1c50d/kreffforeningen.pdf?uid=Kreftforeningen>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reinar, L.M & Kornør, H. (2007). Skriv en artikkel. *Sykepleien.no*. <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/skriv-en-artikkel>
- Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (2017). *Klinisk Sykepleie bind 2*, (5.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Sørhøy, M. S. (2018, 9. november). Grunnleggende sykepleie. Ndl.no. <https://ndla.no/nb/subject:4/topic:1:172819/topic:1:178985/resource:1:9770?filters=urn:filter:992c86f7-8cae-45ef-aab3-a40cdc5e99d9>
- Øverbø, T. (2013, 27. september). Kreft og psykisk helse. Erfaringskompetanse.no. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/kreft-og-psykisk-helse/>



**Vedlegg 1:** Oversikt over analyserte artikler

<b>Kilde:</b>	<b>Perspektiv</b>	<b>Problem</b>	<b>Hensikt/ formål</b>	<b>Metode (utvalgt, analyse, mm)</b>	<b>Resultater</b>
<b>Artikkel 1:</b> <b>Tittel:</b> Everyday life in breast cancer survivors experiencing challenges: A qualitative study <b>Forfatter(e):</b> Jakobsen, K., Magnus, E., Lundgren, S., & Reidunsdatter, R. J. <b>Tidsskrift:</b> Taylor & Francis Online <b>Årstall:</b> 2017 <b>Database:</b> Cinahl	Pasient-perspektiv	Mangel på oppfølging og informasjon i ettertid av brystkreft-behandling	Å beskrive hvordan kvinner opplever livet og utfordringer som dukker opp i ettertid av kreftbehandling	- Kvalitativ studie - Spørreskjema - Dybdeintervju - 11 deltakere - 7 år etter endt kreftbehandling	Viktigheten av informasjon og veiledning, også i ettertid av brystkreft-behandling.
<b>Artikkel 2:</b> <b>Tittel:</b> 'Cancer changes everything!' Exploring the lived experiences of women with metastatic breast cancer. <b>Forfatter(e):</b> Krigel, S., Myers, J., Befort, C., Krebill, H., & Klemp, J. <b>Tidsskrift:</b> National Library of Medicine <b>Årstall:</b> 2014 <b>Database:</b> Cinahl	Pasient-perspektiv	Brystkreft og behandling påvirker ofte alle aspektene i en kvinnes liv, ikke minst selvbildet.	Belyse hvordan brystkreft påvirker kvinners liv.	- Kvalitativ studie - Gruppe-diskusjon - 15 deltakere - Alder: 32- 75 år	Hovedpoenget som kom frem var alle aspektene av livet, inkludert kvinnens rolle, forandringer i forhold og det å leve i uvitenhet.
<b>Artikkel 3:</b> <b>Tittel:</b> Cancer-related Fatigue of Breast Cancer Survivors: Qualitative Research <b>Forfatter(e):</b> Haeng, M S., Eun, Y. P., & Eun-Jeong. K. <b>Tidsskrift:</b>	Pasient-perspektiv	Fatigue relatert til gjennomgått behandling av brystkreft, og mangelen i forhold til informasjon og hjelp i forhold til dette	En studie for å forstå og beskrive kreftrelatert fatigue i etterkant av behandling for brystkreft	- Kvalitativ studie - 14 deltakere - Alle deltakerne er over 40 år - Dybdeintervju og temaanalyse	Viktigheten av oppfølging/ tilnærming i ettertid av endt brystkreft-behandling i forhold til fatigue. Studien har som mål å oppdage tretthet relatert til kreften tidlig og

Asian Oncology Nursing <b>Årstall:</b> 2020 <b>Database:</b> Cinahl					behandling av det.
<b>Artikkel 4:</b> <b>Tittel:</b> “The impact of cancer and quality of life among long-term survivors of breast cancer in Austria”. <b>Forfatter(e):</b> Bouskill, K. & Kramer, M. <b>Tidsskrift:</b> Springer Link <b>Årstall:</b> 2016 <b>Database:</b> Cinahl	Pasient-perspektiv	Innvirkningen langtids-overlevde fra brystkreft får som følge i dagliglivet.	Hensikten er å belyse hvordan dagliglivet og den mentale helsen påvirkes flere år etter gjennomgått brystkreft-behandling.	- Kvalitativ studie - 152 deltakere - Spørreskjema	Langtids brystkreft-overlevende viser til både negative og positive sider ved dagliglivet.