

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Psykososiale behov under brystkreftbehandling



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 02. januar 2023]

Kandidatnummer: 1594 & 1627



Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner. Å få en kreftdiagnose kan være et stort psykisk traume, og kreftbehandlingen kan påvirke de psykososiale behovene. God og helhetlig sykepleie innebærer å ivareta pasientens individuelle psykososiale behov. Studier av behandlingsbehov sett fra pasientperspektiv kan bidra til bedre utøvelse av helhetlig sykepleie.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke psykososiale behov brystkreftpasienter har under behandling på sykehus.

Metode: Metoden som ble anvendt i oppgaven var Febe Friberg sin integrative litteraturoversikt (2022, s. 195), hvor vi analyserte 4 artikler etter Fribergs analysemodell (2022, s. 193). Funn av forskningsartiklene, annen relevant teori og egne refleksjoner danner grunnlaget for besvarelsen av oppgaven.

Resultater: Resultatene avdekket at pasientene hadde flere psykososiale behov under brystkreftbehandling. Pasientene opplevde at de fikk for lite tilpasset informasjon i forhold til krefttypen deres. Kunnskapsrike sykepleiere bidro til trygghet for pasienten. Videre kom det frem at kreftbehandlingen påvirket behovet for opplevelsen av velvære. Pasientene belyste også viktigheten av støtte fra familie og venner og kontinuitet i behandlingen.

Nøkkelord: Psykososiale behov, brystkreft, informasjon, velvære, støtte, erfaringer, sykepleie, sykehus.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
1.0 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PROBLEMFOMULERING	5
1.3 HENSIKT	6
2.0 TEORIKAPITTEL	7
2.1 BRYSTKREFT OG BEHANDLING	7
2.1.1 <i>Konsekvenser av brystkreft</i>	7
2.2 PAKKEFORLØP	8
2.3 PSYKOSOSIALE BEHOV	8
2.4 SYKEPLEIERS FUNKSJON	8
2.5 RELEVANTE LOVVERK	9
2.6 KATIE ERIKSSON.....	10
2.7 VIRGINIA HENDERSON.....	10
3.0 METODE	12
3.1 HVA ER METODE?	12
3.2 SØKESTRATEGI	12
3.3 VALG AV ARTIKLER	13
3.4 ANALYSE	13
4.0 RESULTAT	15
4.1 Å FØLE SEG IVARETATT	15
4.1.1 <i>Informasjonsbehov</i>	15
4.1.2 <i>Kommunikasjon og kunnskap</i>	16
4.2 Å OPPLIVE VELVÆRE.....	16
4.2.1 <i>Kroppsbilde</i>	16
4.3 Å OPPLIVE AT MAN FÅR STØTTE OG OMSORG	17
4.3.1 <i>Støtte fra familie og venner</i>	17
4.3.2 <i>Støtte fra helsepersonell og kontinuitet i behandling</i>	17
5.0 DISKUSJON	19
5.1 METODEDISKUSJON	19
5.1.1 <i>Drøfting av metoder og egen gjennomførelse</i>	19
5.1.2 <i>Kildekritikk av artiklene</i>	20
5.2 RESULTATDISKUSJON	22
5.2.1 <i>Å føle seg ivaretatt</i>	22

5.2.2 <i>Å oppleve velvære</i>	24
5.2.3 <i>Å oppleve at man får støtte og omsorg</i>	25
6.0 ANVENDELSE AV RESULTAT I PRAKSIS	28
REFERANSER:	30
VEDLEGG 1 - SØKELOGG	
VEDLEGG 2: LITTERATURMATRISE	

Antall ord: 7462

1.0 Innledning

Brystkreft er den hyppigste kreftformen kvinner rammes av i Norge. I 2021 fikk 3991 kvinner i Norge brystkreft (Kreftregisteret, 2022). De siste tiårene har forekomsten av brystkreft økt betydelig. Til tross for dette ser man at stadig flere overlever kreftsykdommen, og de som ikke blir friske, lever lenger med sykdommen. Dette skyldes både tidligere diagnostisering og store fremskritt i behandling av brystkreft i Norge de siste årene (Kreftregisteret, 2022).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom praksis og egen erfaring på en kreftavdeling har vi møtt flere kvinner med brystkreft. Kvinnene har ulike psykososiale behov, som kan være utfordrende for sykepleiere å ivareta. Vi har erfart at det har vært mer fokus på de fysiologiske behovene, enn de psykososiale. Forskning viser at brystkreftopererte har størst behov for støtte og informasjon under behandling (Brystkreftforeningen, 2014). På bakgrunn av dette ønsket vi å undersøke hvilke psykososiale behov brystkreftpasienter har under behandling og belyse hvordan sykepleiere kan ivareta disse behovene på en best mulig måte.

1.2 Problemformulering

Å få en kreftdiagnose og gjennomgå behandling er en stor belastning for mennesket, som kan føre til psykososiale konsekvenser (Kreftforeningen, 2022a). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette innebærer at sykepleieren må ha kunnskap om hvilke psykososiale behov kvinner med brystkreft har under behandling. Ifølge forskning har pasienter med brystkreft en større andel umøtte behov sammenlignet med pasienter med andre krefttyper (Brystkreftforeningen, 2014). Studien til Salomonsen et al. (2017) påpeker at flere kreftpasienter trenger hjelp til mer enn behandling av sykdommen, og pasientene opplevde at deres individuelle behov i liten grad ble møtt. Ny kunnskap kan føre til bedre kreftbehandling og pasienttilfredshet ved at sykepleieren kan utøve bedre individualisert sykepleie.

Kvinner under brystkreftbehandling har flere ulike behov. I denne oppgaven har vi begrenset det til pasientenes psykososiale behov, grunnet tid- og ordbegrensninger. Vi har valgt å ikke avgrense for alder eller type brystkreftbehandling. Det er fordi flere faktorer spiller inn ved

valg av behandlingsmetode, og flere behandlingsmetoder kan kombineres og endres underveis i kreftforløpet.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke psykososiale behov brystkreftpasienter har under behandling på sykehus.

2.0 Teorikapittel

2.1 Brystkreft og behandling

Brystkreft, også kalt cancer mammae er en ondartet svulst som oppstår i brystets kjertellev. Forløpet kan variere, noen kan ha aggressivt forløp hvor kreften sprer seg, andre kan ha en svulst som vokser langsomt (Kreftlex, 2022a). Det er stor variasjon i hvordan brystkreft behandles, det gjøres individuelle vurderinger som avhenger av svulstens størrelse, eventuell spredning, alder og generell allmenntilstand. De vanligste behandlingsformene er kirurgi, kjemoterapi, strålebehandling, hormonbehandling og målrettede legemidler (Kreftforeningen, 2022b). Kirurgi kan innebære mastektomi, hvor brystet fjernes grunnet svulstens størrelse eller ved fare for spredning (Brystkreftforeningen, u.å.a). Støttebehandling kan gis i tillegg til kreftbehandlingen, for eksempel psykologisk støttebehandling. Hensikten er å fremme pasientens livskvalitet både under og etter kreftbehandlingen (Kreftlex, 2022b).

2.1.1 Konsekvenser av brystkreft

Kreftbehandling kan medføre ulike konsekvenser av pasientens grunnleggende behov. Fatigue kan oppstå under behandling og blir beskrevet som tretthet eller utmattelse. En annen konsekvens er lymfødem, som fører til hevelse i armen. Lymfødem og fatigue kan føre til begrensninger i hverdagslivet som påvirker livskvaliteten (Sørensen et al., 2016, s. 441-442).

Ulike typer cellegift kan være vevstoksiske som kan føre til nekroser dersom det går utenfor blodåren. For å begrense mengden innleggelse av perifere venekanyler, bør sykepleier i samråd med lege vurdere å legge en venøs tilgangsport som VAP eller et sentralt venekateter (Lorentsen & Grov, 2016, s. 409).

Kvinnen kan oppleve usikkerhet angående spredning, lidelse og død, og samtidig kan tanker om utseende og femininitet bli utfordret ved diagnosetidspunktet. Brystene er en viktig del av kvinnens seksuelle identitet, å miste et bryst kan gi en sterk følelse av mindreverd, og at man ikke lenger kjenner seg som en fullverdig kvinne. Det er viktig at kvinnen er åpen med partneren slik at bearbeidelsen av å ha mistet ett eller begge bryst blir lettere (Sørensen et al., 2016, s. 446). Etter kirurgisk behandling trenger pasienten hjelp til å akseptere kroppsforandringen. Pasienten bør oppfordres til å se på arret sammen med sykepleier før hun forlater sykehuset, og inkludere partner dersom det er ønskelig (Sørensen et al., 2016, s. 446).

2.2 Pakkeforløp

Det er opprettet et pakkeforløp for brystkreftpasienter i Norge, som skal sikre et helhetlig, organisert og forutsigbart forløp i helsetjenesten. Pakkeforløpet inneholder informasjon om utredning, initial behandling, oppfølging og eventuell behandling av tilbakefall. Målet er at pasienten skal oppleve god involvering, medvirkning og informasjon som er individuelt tilpasset til pasientens forutsetninger (Helsedirektoratet, 2016).

2.3 Psykososiale behov

For at de psykososiale behovene skal bli ivaretatt må pasientens grunnleggende behov være ivaretatt (Stubberud, 2019, s. 18). Psykososiale behov blir beskrevet som menneskets sjeleliv, fordi det handler om menneskets psyke (Stubberud, 2019, s. 16). Psykososiale behov kan deles inn i en relasjonell del og en emosjonell del. Den emosjonelle delen innebærer behovet for å oppleve trygghet, tilfredshet og velvære. Videre handler det om behovet for å være orientert og oppleve kontroll over eget liv (Stubberud, 2019, s. 18). Pasientene har behov for å få individuell og målrettet sykepleie for å oppleve ivaretagelse av de psykososiale behovene (Stubberud, 2019, s. 18).

2.4 Sykepleiers funksjon

Sykepleieren skal ivareta og styrke ressurser som kan fremme helse og velvære for pasienten (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Dette innebærer å ivareta pasientens grunnleggende behov, både de fysiske, psykiske, sosiale, seksuelle og åndelige behovene (Stubberud, 2019, s. 18). De yrkesetiske retningslinjene innebærer at sykepleieren skal ha respekt for det enkeltes menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleieren må ha oppdaterte kunnskaper og ferdigheter for å kunne utøve god og faglig forsvarlig sykepleie (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Sykepleieren må også kunne kommunisere profesjonelt noe som innebærer at man er oppmerksomt til stede, lytter aktivt og er bevisst over eget nonverbale kroppsspråk (Eide & Eide, 2017, s. 16-17). Nonverbal kommunikasjon er en viktig grunnleggende ferdighet sykepleieren må ha for å kunne skape trygghet og tillit (Eide & Eide, 2017, s. 137). Tillit er en grunnleggende faktor i mellommenneskelig kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 26).

Sykepleieren bør formidle kunnskap som pasienten har behov for på en god måte, og det bør skje på pasientens premisser. Evnen til å ta imot informasjon kan være redusert når man er i en utfordrende situasjon (Eide & Eide, 2017, s. 217-218). Det krever omtanke og forberedelser for å tilpasse informasjonen til pasientens behov. En kreftpasient har behov for informasjon og kunnskap knyttet til sykdommen, prognose, behandling, psykiske reaksjoner og bivirkninger (Eide & Eide, 2017, s. 218). Det kan være utfordrende for sykepleier å imøtekomme pasientens psykososiale behov, grunnet sykehusenes rammefaktorer, som ikke alltid gir rom til å ta seg tid, kartlegge pasientens ønsker og behov, og sikre kontinuitet i sykepleien (Stubberud, 2019, s. 54).

Pasienter som er under brystkreft behandling trenger mye støtte fra familie, venner og helsepersonell. Sykepleieren bør sette av tid til å prate, svare på spørsmål, gi råd og støtte (Sørensen et al., 2016, s. 446). Pårørende er en viktig ressurs for å fremme pasientens psykososiale behov. Hvor god ressurs pårørende klarer å være, avhenger av hvordan de selv mestrer situasjonen (Stubberud, 2019, s. 179). Pårørende kan være alt fra familie, venner, slekt, kollegaer til naboer. For at pårørende skal kunne mestre situasjonen de er i og klare å støtte pasienten, er det viktig med kontinuerlig informasjon om pasientens helsetilstand (Stubberud, 2019, s. 182-183). Sykepleiere bør informere pasient og pårørende om brystkreftforeningens likepersonstjeneste, som kan være til god støtte i form av veiledning og gode råd (Brystkreftforeningen, u.å.b).

Kontinuitet i behandlingen kan bidra til at pasienten opplever autonomi og kontroll (Stubberud, 2019, s. 94). Pasienter skal unngå å måtte gjenta sine behov og oppleve at behandlingen ikke blir fulgt opp. Noen intervensjoner for å skape kontinuitet i behandlingen er individuell plan, behandlingsplan og helhetlige pasientforløp (Stubberud, 2019, s. 94-95).

2.5 Relevante lovverk

Sykepleieren er jamfør helsepersonelloven § 10 (1999) pliktet til å gi informasjon om pleien som ytes. Paragraf 4 i helsepersonelloven (1999) omhandler at helsepersonellet må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner. Sykepleiere har også en plikt å føre dokumentasjon jamfør helsepersonelloven § 39 (1999) og det stilles krav til innholdet i dokumentasjonen jamfør helsepersonelloven § 40 (1999). Pasienter under behandling på sykehus har flere rettigheter. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) omhandler pasientens rett til

medvirkning ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester. Paragraf 3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) omhandler pasientens rett til informasjon. For at pasienten skal kunne medvirke og samtykke til helsehjelp, er informasjon som gir innsikt i sin helsetilstand, innhold i helsehjelpen og mulige bivirkninger nødvendig (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Paragraf 3-5 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) beskriver informasjonens form. Dette vil si at sykepleieren må tilrettelegge og tilpasse informasjonen som skal gis etter pasientens forutsetninger og sikre seg at pasienten har forstått innholdet (Helsedirektoratet, 2022). Pårørende har rett på informasjon etter pasienten samtykke i henhold til § 3-3 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

2.6 Katie Eriksson

Katie Eriksson beskriver sykdomslidelse som en lidelse man opplever i forhold til sykdom og behandling. Smerten kan være i form av fysisk, sjelelig eller åndelig (Eriksson, 1995, s. 66-67). Den fysiske smerten kan gjelde en bestemt del av kroppen. Sjelelig og åndelig smerte omhandler pasientens egne tanker og opplevelser de erfarer rundt sykdom og behandling, dermed kan det være utfordrende å lindre denne smerten. Noen pasienter kan kjenne seg mindreverdige når de ikke når opp til sine egne idealer (Eriksson, 1995, s. 67). Eriksson trekker også fram livslidelse, som innebærer all lidelse som er relatert til å leve (1995, s. 75). Forebyggende tiltak mot lidelse er å gi rom for samtaler, være ærlig, oppfylle ønsker, oppmuntre, støtte og trøste pasienten (Eriksson, 1995, s. 77).

2.7 Virginia Henderson

Virginia Hendersons sykepleieteori omhandler sykepleierens ansvar for å ivareta menneskets grunnleggende behov når sykdom hos pasienten gjør at en ikke har ressurser til det selv (Kristoffersen, 2016, s. 22). Henderson har utarbeidet 14 punkter som hun kaller grunnleggende behov (se tabell 1). Henderson poengterer at sykepleieren må ha kunnskap om hvordan ulike behov kan tilfredsstilles, og må innhente subjektive og objektive data fra pasienten. Det er viktig at pasienten er delaktig i sykepleien som gis, da pasienten kjenner sine egne behov best (Kristoffersen, 2016, s. 38-39). Punkt nummer 10 og 14 i Hendersons grunnleggende behov er særlig aktuelle knyttet til psykososiale behov.

Tabell 1 - Virginia Hendersons grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016, s. 39).

[1594 & 1627]

1. Å puste normalt.	8. Å holde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet.
2. Å spise og drikke tilstrekkelig.	9. Å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre.
3. Å få fjernet kroppens avfallsstoffer.	10. Å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser.
4. Å opprettholde riktig kroppsstilling.	11. Å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett.
5. Å sove og hvile.	12. Å arbeide med noe som gir følelsen av å utrette noe (Produktiv sysselsetting).
6. Å velge passende klær og sko, og kle av og på seg.	13. Å finne underholdning og fritidssysler.
7. Å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur.	14. Å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

En metode er en fremgangsmåte for å tilegne seg ny kunnskap om et ønsket tema. Dalland (2020, s. 54) beskriver metode som et redskap i møte med noe vi vil undersøke. En metode kan hjelpe oss med å innhente informasjonen vi trenger til undersøkelsen, slik at vi kan komme frem til ny kunnskap. Vi skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode. En kvantitativ metode kjennetegnes ved at de gir data i form av målbare enheter, for eksempel tall. Denne metoden går mer i bredden og har ofte mange informanter. Ved kvantitativ metode er det typisk å bruke spørreskjemaer med begrensede svaralternativer (Dalland, 2020, s. 54-55). Hensikten med kvalitativ metode er å vise meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måles. Dette gir mulighet til å gå i dybden av et smalt felt, det blir ofte anvendt intervjuer og observasjoner for å innhente datamateriale (Dalland, 2020, s. 54-55).

I denne oppgaven anvendte vi Friberg (2022, s. 195) sin integrative litteraturoversikt som metode, fordi vi skulle syntetisere resultater fra ulike studier til en ny helhet. En integrativ litteraturoversikt vil si at man innhenter data fra eksisterende forskning på et ønsket tema, analyserer og sammenstiller funnene og skaper en ny helhet. Det er viktig å kunne bekrefte hvordan dataene henger sammen med annen relevant litteratur (Friberg, 2022, s. 196).

3.2 Søkestrategi

I søkestrategien benyttet vi ulike databaser som inneholder sykepleie og helsevitenskapelig forskning på engelsk. Vi startet med å søke på databasene British Nursing Index, Cinahl, Medline og Pubmed. Vi fant ingen aktuelle artikler på de to sistnevnte databasene, derimot fant vi tre aktuelle artikler på Cinahl og en på British Nursing Index. I litteratursøket ble søketeknikkene boolsk og trunkering benyttet. Boolsk søketeknikk kobler sammen søkeordene gjennom ulike søkeoperatører. Dette øker sjansen i å finne ulike forskningsartikler. Søkeordene vi benyttet var «AND» og «OR» (Östlundh, 2022, s. 96). Trunkering handler om å kunne gjøre et søk uten å måtte skrive alle bøyningene av ordet (Östlundh, 2022, s. 94). Trunkering ble blant annet brukt på søkeordet nurs*. Videre i litteratursøket ble inklusjons og eksklusjonskriteriene anvendt (se tabell 2).

Tabell 2 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert for maksimalt 10 år siden	Publisert for over 10 år siden
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Pasientperspektiv	Pårørende perspektiv Sykepleieperspektiv
Studier fra vestlige land	Studier fra ikke vestlige land
Studiene handler om kvinner med en primær brystkreftdiagnose under behandling	Kvinner med annen type kreft
Kvalitative og kvantitative studier	
IMRaD-struktur	

Søkeordene vi benyttet oss av var breast cancer, psychosocial, needs*, unmet needs, support, og patient*. Se vedlegg 1 (søkelogg) for en full oversikt over kombinasjonene vi har brukt. Vi kom frem til nevnte søkeord, fordi de var relevante for vår hensikt, og flere forskningsartikler som var aktuelle hadde søkeordene vi benyttet som nøkkelord i artiklene. Sammen med søkeordene avgrenset vi også for geografisk område, år og fagfellevurdering.

3.3 Valg av artikler

Valg av artikler ble basert på våre inklusjons- og eksklusjonskriterier (se tabell 2). Vi startet med å lese sammendragene på artiklene for å få en forståelse på hva de omhandlet. Vi leste til sammen 24 sammendrag, og valgte ut 13 artikler som vi tenkte var relevante for å besvare oppgavens hensikt. De ni andre artiklene var ikke aktuelle grunnet våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi leste gjennom artiklene flere ganger med fokus på hvilken metode som ble anvendt og hvilke resultater som ble fremstilt. Dette resulterte i fire aktuelle artikler som kunne belyse oppgavens hensikt. Av de fire aktuelle artiklene, var tre av dem kvalitative og den siste anvendte metodetriangulering som er en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. De utvalgte artiklene er fra Norge, Sverige og Storbritannia, som er vestlige land. Selv om alle artiklene ikke er fra Norge, mener vi at de er høyst relevante for det norske helsevesenet.

3.4 Analyse

Oppgaven tar utgangspunkt i Friberg sin analysemodell (2022, s. 193). Vi startet analysearbeidet med å lese nøye gjennom artiklene flere ganger, med et hovedfokus på resultatene. Dette for å sikre vår forståelse av innholdets helhet, og om dette var relevant for å besvare oppgavens hensikt. Vi laget en enkel oversiktstabell som inneholdt tema, hensikt, perspektiv og metode for å få god oversikt over de ulike artiklene, (se tabell 3). Deretter

identifiserte vi likheter og ulikheter i forhold til metode, hensikt og studienes resultater (Friberg, 2022, s. 195). Til slutt gjennomførte vi datareduksjon for å identifisere nøkkelfunn som blir presentert i tabell 4. Gjennom Fribergs analysemodell (2022, s. 193-195) fikk vi en ny forståelse og bedre oversikt over artiklene og hvordan de på best mulig måte kunne besvare oppgavens hensikt.

Tabell 3 - Enkel oversiktstabell over utvalgte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Artikkel 1 Forfattere: McGarry, S., Ward, C., Garrod, R. & Marsden, J. Årstall: 2013 Tittel: “An exploratory study into the Unmet supportive needs of breast cancer patients”.	Umøtte støttebehov hos brystkreftpasienter.	Undersøke pasienters oppfatning av deres udekkede støttebehov på ulike stadier av behandlingsforløpet, og å fastslå hvorfor udekkede behov fortsatt eksisterer til tross for tilgjengeligheten av nåværende tjenester.	Pasient.	Metodetriangulering.
Artikkel 2 Forfattere: Drageset, S., Lindstrøm, T.C., Giske, T. & Underlid, K. Årstall: 2012 Tittel: «The support I need”: Women’s experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery”.	Kvinnens opplevelse av sosial støtte etter brystkreftdiagnose.	Beskrive kvinners individuelle opplevelser av sosial støtte etter å ha fått brystkreft og i påvente av operasjon.	Pasient.	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervju.
Artikkel 3 Forfattere: Lundberg, P.C. & Phoosuwan, N. Årstall: 2022 Tittel: “Life situations of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study”.	Livssituasjoner etter mastektomi.	Utforske og beskrive livssituasjoner til svenske kvinner med brystkreft etter mastektomi.	Pasient.	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer.
Artikkel 4 Forfattere: Llewellyn, A., Howard, C. & McCabe, C. Årstall: 2019 Tittel: “An exploration of the experiences of women treated with radiotherapy for breastcancer: Learning from recent and historical cohorts to identify enduring needs”.	Erfaringer i forhold til strålebehandling av brystkreft av kvinner før i tiden og nå.	Identifisere og utforske de ulike behovene og bekymringene som har fortsatt å vedvare ved historisk strålebehandling, til tross for fremskritt innen behandling og omsorg.	Pasient.	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer.

4.0 Resultat

Analysearbeidet resulterte i tre hovedkategorier og fem underkategorier som belyser oppgavens hensikt. Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke psykososiale behov brystkreftpasienter har under behandling på sykehus.

Tabell 4 - Hoved- og underkategorier

Hovedkategori	Underkategori
Å føle seg ivaretatt	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjonsbehov • Kommunikasjon og kunnskap
Å oppleve velvære	<ul style="list-style-type: none"> • Kroppsbilde
Å oppleve at man får støtte og omsorg	<ul style="list-style-type: none"> • Støtte fra familie og venner • Støtte fra helsepersonell og kontinuitet i behandlingen

4.1 Å føle seg ivaretatt

4.1.1 Informasjonsbehov

Lundberg & Phoosuwan (2022) avdekket i sin studie at pasientene trengte informasjon både før, under og etter operasjon. Uten informasjon om operasjonsforløpet ble ventetiden vanskelig for dem, da de ikke visste hva de gikk til. Flere pasienter fortalte at de opplevde at sykepleierne var travle og dermed følte at de ikke kunne etterspør informasjon (Drageset et al., 2012; Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 4). En pasient sa; «I don't want to disturb [...] Nurses are busy, they don't only attend to me [...]» (Drageset et al., 2012, s. 43). Videre kom det frem i andre studier at informasjonen pasientene fikk om vanlige bivirkninger og generelt om kreftbehandlingen var for lite individuelt tilpasset for brystkreftpasienter (Drageset et al., 2012, s. 45; Llewellyn et al., 2019; McGarry et al., 2013): «[...] I realised I was really, really tired, and [...] still swollen [...] Yes there were things in the leaflets about oedema [...] not a lot about fatigue actually» (Llewellyn et al., 2019, s. 51). I studien til McGarry et al. (2013, s. 678) rapporterte 53% av pasientene som svarte på spørreskjema og alle syv som ble intervjuet, at fatigue var et problem under behandling.

Informasjon og kunnskap var viktig for å skape trygghet: «I need the comfort this knowledge gives me. The healthcare peoples expertise is more reliable than what my family knows» (Drageset et al., 2012, s. 43). Pasientene rapporterte at de trengte ytterligere informasjon av helsepersonell etter at de hadde fått diagnosen av legen. De hadde glemt mye av informasjonen de fikk, fordi de var for preget av situasjonen (Drageset et al., 2012, s. 43). Noen pasienter fortalte om reaksjoner som sjokk, nummenhet og frykt ved diagnostiseringen

(Llewellyn et al., 2019, s. 49). «I was shocked when they told me that my breast had to be removed [...] I felt very sad and I was anxious about what would happen to me [...]»

(Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3).

4.1.2 Kommunikasjon og kunnskap

I studien til Drageset et al. (2012) var det viktig at helsepersonellet fremstod dyktige, og hadde god evne til å kommunisere for at pasientene skulle oppleve trygghet; «It is important that nurses and doctors have skills and give me care and comfort» (Drageset et al., 2012, s. 44). Videre i studien til Llewellyn et al. (2019) gav pasientene uttrykk for at de fant en trygghet i å overlate kontrollen til helsepersonellet. Pasientene beskrev også at det avanserte utstyret som ble brukt i behandlingen gav dem trygghet; «[...] I just thought this is wonderful, you know try watching what they were doing and how they were working [...] I just found it fascinating» (Llewellyn et al., 2019, s. 51).

4.2 Å oppleve velvære

4.2.1 Kroppsbilde

Flere pasienter fortalte om negativt syn på eget kroppsbilde, som resulterte i at de valgte å dekke til kroppen; «[...] I had no problem before to take a shower together with other women in the swimming hall, but now I feel uncomfortable when I do, especially when there are children [...]» (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3). Flere pasienter opplevde negative situasjoner i hverdagslivet grunnet nedsatt bevegelsesfunksjon og endret utseende på armen under kreftbehandling (Llewellyn et al., 2019; McGarry et al., 2013, s. 678). «I had to buy clothes that had special sleeves [...] like batwings or things like that» (Llewellyn et al., 2019, s. 50).

Det ble avdekket at kvinnene opplevde problemer med seksualitet; «Having intercourse was very painfull. My femininity and ability to have children were gone» (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3). Pasientene fortalte at det var vanskelig å akseptere livssituasjonen sin etter mastektomi, og de følte at de hadde mistet identiteten sin; «I don't feel like a woman after removing my breast. I am concerned about my appearance and I want to feel that I am still a woman [...]» (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3). En annen sa; «I think that my quality of life is worse because of the removal of a breast [...] I think all the time that it is hard for me» (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3). En pasient som hadde gjennomgått

brystrekonstruksjon fortalte «I mean as much as they rebuilt me, I look in the mirror and [...] that's absolutely awful» (McGarry et al., 2013, s. 678).

4.3 Å oppleve at man får støtte og omsorg

4.3.1 Støtte fra familie og venner

Det ble poengtert at familie og venner var ansett for å være den viktigste støtteressursen til pasientene (Drageset et al., 2012, s. 41; Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3). «What matters most is having my family around me, even if we're not together all the time, just knowing that they are available» (Drageset et al., 2012, s. 42). Støtte i form av fysisk tilstedeværelse ble vektlagt, og de som bodde alene beskrev at de følte seg ensomme og trengte noen å prate med (Drageset et al., 2012, s. 43; Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3).

Uventet omtanke og støtte fra venner, familie og kollegaer opplevdes som positivt; «It's lovely that some people think of me more than usual, sending me e-mails, giving me flowers» (Drageset et al., 2012, s. 43). Samtidig var noen av pasientene ambivalente til støtten som ble gitt fra familie, hvor noen følte det ble for mye støtte som utgjorde at de ble behandlet som døende eller skjøre; «I don't want too much care because I think it will go well. I'm still here. When the day comes when it is not OK, then there is a reason for them to provide care for me» (Drageset et al., 2012, s. 44).

Flere pasienter fortalte om uventede reaksjoner fra familie og venner, som førte til en følelse av å bli fratatt emosjonell støtte (Llewellyn et al., 2019; Drageset et al., 2012). Vennenes adferd opplevdes isolerende og følelsesløs for pasientene; «I had one really strange experience which my friend [...] She couldn't come anywhere near me, she couldn't deal with it» (Llewellyn et al., 2019, s. 51). En annen pasient fortalte; «When you see them, they cross the streets. They don't know what to say. It's comparable to death. I used to say it's not the plague» (Drageset et al., 2012, s. 44).

4.3.2 Støtte fra helsepersonell og kontinuitet i behandling

Pasientene opplevde sykehuset som et godt og tilgjengelig støtteapparat: «I could have contacted the hospital if I wanted to. I feel that I have available support» (Drageset et al., 2012, s. 41). De mente at støtte fra helsepersonell var avgjørende uavhengig av familie og venner (Drageset et al., 2012).

I studien til Lundberg & Phoosuwan (2022, s. 4) og McGarry et al. (2013) ble det påpekt at den psykologiske støtten og hjelpen de hadde behov for, manglet under behandling. En pasient hadde fått tilbud om hjelp en gang og takket nei, men hun mente at det var nødvendig å bli spurt ved flere anledninger; «I think once you've gone through your treatment and that you think well that's it now, but sometimes it may take that bit longer before you're ready to sort of open up» (McGarry et al., 2013, s. 680).

Flere studier avdekket at pasientene ønsket kontinuitet i behandlingen, i form av samme lege og sykepleier (Llewellyn et al., 2019; Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 4). En annen pasient sa; «I think having that named person was really important because I would not have known where to start afterwards ...» (Llewellyn et al., 2019, s. 52). Det blir fortalt at det er vanskelig å være sårbar og prate personlig med helsepersonell en ikke har møtt før, spesielt over telefon (Drageset, et al., 2012). «I would prefer someone I know personally at the hospital. When I haven't talked with them before, it's difficult to expose myself. So when I have called, I've asked only for practical issues» (Drageset et al., 2012, s. 44).

5.0 Diskusjon

Diskusjonskapittelet er todelt, den første delen består av metodediskusjon og den andre delen består av resultatdiskusjon.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Drøfting av metoder og egen gjennomførelse

Vi har besvart oppgaven med metoden integrativ litteraturoversikt, hvor vi har valgt fire forskningsartikler for å besvare vår hensikt. En fordel ved å arbeide etter denne metoden er at man grundig gjennomgår artiklenes resultater for så å styrke dem opp med relevant fagteori. En ulempe kan derimot være at vi utvelger studier som støtter vår subjektive mening, som kan medføre at oppgaven blir selektiv. Dermed kan det føre til at vi har utelukket artikler som ville vært relevante for vår hensikt. Med hensyn til tid- og ordbegrensninger tenker vi at inkludering av flere artikler ville medført til lavere anvendelse av artiklenes data, slik at det ikke ville vært hensiktsmessig å ha dem med. Vi mener at resultatene fra de utvalgte artiklene er relevante og gyldige for å besvare vår hensikt.

Opgavens hensikt er å undersøke hvilke psykososiale behov brystkreftpasienter har under behandling på sykehus. Det var derfor et bevisst valg å anvende kvalitativ forskning for å få frem pasientens perspektiv og egne erfaringer. Tre av forskningsartiklene benyttet seg av kvalitativ metode og den siste benyttet seg av metodetriangulering. Vi inkluderte sistnevnte artikkel grunnet de kvalitative resultatene var relevante til å besvare vår hensikt, og vi så en mulighet i å støtte resultatene opp med kvantitative data. I etterkant ser vi at vi har anvendt lite av de kvantitative dataene. En sterk side ved kvalitativ tilnærming som metode er at den går i dybden av det man ønsker å undersøke gjennom observasjon og intervju. Ved intervju får man muligheten til å høre om deltakerens faktiske opplevelser, kan stille kontrollspørsmål og rette opp i eventuelle misforståelser. En svak side med denne forskningsmetoden er at deltakerne kan ha en subjektiv opplevelse om å gi de riktige svarene, som kan medføre feilkilder. Dette kan redusere studienes reliabilitet. Kvantitativ tilnærming anvender statistikk som med fordel kan belyse mangfoldet av det man ønsker å undersøke. En ulempe er at deltakerne ikke får begrunnet eller utdype svarene, fordi spørsmålene er avgrenset til et spesifikt tema, som ikke tar hensyn til tilleggsinformasjon. Studiene oppfyller ulike

kvalitetskrav i forhold til kvalitativ og kvantitativ metode, og forskningsmetodene som er anvendt er hensiktsmessige for vår oppgave. Vi vurderer dermed resultatene som troverdige.

I starten av søkeprosessen valgte vi artikler basert på overskrifter, noe som kan ha ekskludert relevante artikler. Senere i prosessen leste vi sammendragene og fokuserte på hvilke funn som ble fremstilt. Vi ble dermed sikrere på at vi ikke ekskluderte artikler som hadde relevans med vår hensikt. Vi kunne ha avgrenset oppgaven til en spesifikk brystkreftbehandling. Dermed ville vi fått en dypere forståelse for hvilke psykososiale behov for eksempel kirurgiske pasienter har. På en annen side ville man gått glipp av mangfoldet av psykososiale behov på tvers av behandlinger.

Alle forskningsartiklene er skrevet på engelsk som gjorde at vi måtte sette av mer tid til analysearbeidet. Vi benyttet oss av oversetter, som kan ha gjort at vi har tatt innholdet ut av kontekst og oppfattet teksten annerledes enn dens faktiske hensikt. Vi opplevde at flere engelske begreper ikke hadde passende norske ord, og måtte derfor selv vurdere hva de betydde.

Oppgavens datagrunnlag ble analysert av to sykepleierstudenter, som ikke har tidligere erfaringer med å skrive en oppgave hvor det er benyttet integrativ litteraturoversikt. Det kan tenkes at ved mer erfaring og undervisning ville analysen av artiklene vært bedre gjennomført. Vi mener likevel at analysen er tilstrekkelig gjennomført med den kunnskapen vi har opparbeidet oss.

5.1.2 Kildekritikk av artiklene

Forskningsarena var spesialisthelsetjenesten, henholdsvis sengeposter og poliklinikker på sykehus. Vi ønsket å bruke studier hvor forskerne var i kontakt med pasienter på sykehuset hvor de får behandling. Vi undersøkte forfatterens bakgrunn, og alle hadde helsefaglig bakgrunn i helsevesenet. Flertallet var utdannede sykepleiere med videreutdanning, og noen hadde bakgrunn som brystkirurg, psykolog og fysioterapeut. Flere av forfatterne hadde aktuell forskerkompetanse i form av master- og doktorgrad, samt skrevet andre vitenskapelige studier som omhandlet temaet brystkreft. Vi vurderte derfor forfatterne som kompetente innenfor vårt tema.

Tidsskriftene hvor artiklene er utgitt er medisinske, fagfellevurderte og forsker på kreftbehandling som har relevans for sykepleieutøvelse. Studien til Llewellyn et al. (2019), og Lundberg & Phoosuwan (2022) ble utgitt i European Journal Of Oncology Nursing. Studien til Drageset et al. (2012) ble utgitt i Cancer Nursing, og studien til McGarry et al. (2013) ble utgitt i European Journal of Cancer Care.

Studiene er utført i Storbritannia, Norge og Sverige. Vi ønsket å bruke studier fra land som kunne sammenlignes med helsevesenet i Norge. Sverige har sosialdemokratiske velferdsordninger som er relevant for norske forhold (Christiansen & Berg, 2022). I en undersøkelse som ble gjennomført av The Commonwealth Fund (Johannessen, 2021) ble Norge rangert til å ha best helsetjeneste, Storbritannia på fjerdeplass og Sverige på syvende plass. Dermed anser vi det som aktuelle land å sammenligne det norske helsevesenet med.

Deltakerne i de ulike studiene var systematisk utvalgt ved at studiene hadde egne inklusjons- og eksklusjonskriterier. Noen av inklusjonskriteriene var: over 18 år, beherske engelsk godt, skulle starte opp eller gjennomgått behandling. To studier hadde et kriterium om at deltakerne måtte ha stabil psykisk helse (Lundberg & Phoosuwan, 2022 & Llewellyn et al., 2019). Informantene var kvinner med brystkreft i alderen 28-82 år. Deltakerne ble rekruttert gjennom avdelingen på sykehuset hvor de fikk behandling. Ved å velge artikler som inkluderer deltakerne med ulik behandling og aldersspenn, har vi fått med flere nyanser for vår oppgave. Alle deltakerne i studiene var anonyme og har gitt frivillig informert samtykke muntlig og skriftlig. Deltakerne har også blitt informert at dem til enhver tid kan trekke seg. Studiene var godkjent av et lokalt etisk råd.

Forskningsmetodene i artiklene er hensiktsmessige i forhold til studiens hensikt. I studien med metodetriangulering ble det brukt spørreskjema som var utarbeidet i samarbeid med kirurger, psykiater og klinisk spesialist sykepleier. I tillegg ble det også diskutert med tjenestebrukere. Det var 101 personer som svarte på spørreskjema, og syv personer som ble intervjuet (McGarry et al., 2013, s. 674-675). I de andre studiene ble det brukt semistrukturerte intervju hvor informasjonen fra informantene ble tatt opp, transkribert og analysert på ulike metoder, hvor antall informanter varierte fra 13-33 (Drageset et al., 2012, s. 41; Llewellyn et al., 2019, s. 48; Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 2). Antall informanter styrker resultatenes troverdighet i forhold til at temaet angår flere pasienter.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen av diskusjonskapittelet skal vi diskutere resultater ved hjelp av teori og egne refleksjoner. Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvilke psykososiale behov brystkreftpasienter har under behandling på sykehus. Videre ønsket vi å belyse hvordan sykepleiere kan ivareta de psykososiale behovene på best mulig måte.

5.2.1 Å føle seg ivaretatt

Det er viktig at sykepleier ivaretar pasientens psykososiale behov. For brystkreftpasienter i Norge er det opprettet et pakkeforløp for som skal sikre et helhetlig, organisert og forutsigbart forløp i helsetjenesten. Målet er at pasienten skal oppleve god involvering, medvirkning og informasjon som er individuelt tilpasset til pasientens forutsetninger (Helsedirektoratet, 2016). Studiene peker derimot på noen sentrale utfordringer om mangelfulle og lite individuelt tilpasset informasjon knyttet til bivirkninger og behandlingsforløp (Drageset et al., 2012, s. 45; Llewellyn et al., 2019, s. 51; Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 4; McGarry et al., 2013, s. 678). Pasienten har rett på informasjon om eventuelle bivirkninger i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999). Sykepleierens rolle innebærer en plikt til å gi informasjon som er tilpasset pasientens forutsetninger (Helsepersonelloven § 10, 1999; pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5, 1999). Å tilpasse informasjonen til pasientens forutsetninger krever omtanke og forberedelser (Eide & Eide, 2017, s. 218). Resultatene viser at pakkeforløpet ikke er tilstrekkelig for å få pasientene til å føle seg ivaretatt. Det kan tenkes at dersom sykepleieren har god tid til å forberede og gjennomføre en informasjonssamtale, vil pasienten oppleve å få individuelt tilpasset informasjon.

Å få en brystkreftdiagnose er et stort psykisk traume, og pasienten kan oppleve usikkerhet for fremtiden (Sørensen et al., 2016, s. 440). Flere pasienter i studiene opplevde psykiske reaksjoner i form av sjokk, angst og frykt når de fikk diagnosen (Llewellyn et al., 2019, s. 49; Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3). En konsekvens av dette kan være at pasienter ikke får med seg informasjonen som blir gitt. Dette støttes opp om i studien til Drageset et al. (2012, s. 43) hvor noen pasienter forteller at de glemte mye av informasjonen de fikk, fordi de var for preget av situasjonen. Det er viktig som sykepleier å ha kunnskap om ulike faktorer som kan påvirke pasientens forutsetninger til å motta informasjon. En faktor kan være det stresset en kreftdiagnose medfører. Ved en kreftdiagnose har man ofte et stort behov for informasjon og

kunnskap rundt behandling, bivirkninger og prognose (Eide & Eide, 2017, s. 218). Det er viktig at sykepleieren formidler informasjon som pasienten har behov for på en god måte, og det bør skje på pasientens premisser for å kunne ivareta de psykososiale behovene (Eide & Eide, 2017, s. 217).

Samtlige pasienter forteller at de opplevde at helsepersonellet hadde det travelt, noe vi tenker kan relateres til at sykepleier er ubevisst over sitt nonverbale kroppsspråk (Drageset et al., 2012, s. 43; Lundberg & Phoosuwan, 2019, s. 4). Denne opplevelsen kan føre til at pasientene trekker seg tilbake, og ikke ønsker å åpne seg for å fortelle om sine behov. Vi har erfart i praksis at det er travelt i helsevesenet og at det kan være vanskelig å skjerme pasientene for konsekvensene av dette. Nonverbal kommunikasjon er en viktig og grunnleggende ferdighet sykepleieren må ha for å kunne skape trygghet og tillit (Eide & Eide, 2017, s. 137).

Sykepleieren bør derfor ha kunnskap om og være bevisst på egen nonverbale kommunikasjon, slik at pasienten kan uttrykke sine psykososiale behov.

Trygghet er essensielt for å kunne ivareta de psykososiale behovene (Stubberud, 2019, s. 18). På den ene siden påpekte flere pasienter at de opplevde trygghet grunnet sykepleierens gode kommunikasjonsferdigheter (Drageset et al., 2012; Llewellyn et al., 2019). På en annen side opplevde pasientene også en trygghet i sykepleierne som fremtrådte kunnskapsrike (Drageset et al., 2012, s. 44; Llewellyn et al., 2019, s. 51). Sykepleieren har ansvar for å utøve faglig forsvarlig sykepleie på en kompetent måte som innebærer at en må ha oppdatert fagkunnskap og gode ferdigheter (Helsepersonelloven § 4, 1999; Norsk sykepleierforbund, u.å.). Virginia Henderson poengterer at sykepleieren må ha kunnskap til hvordan de ulike behovene kan tilfredsstilles. Samtidig er det viktig at pasienten er delaktig i sykepleien som gis, da pasienten selv kjenner sine egne behov best (Kristoffersen, 2016, s. 38-39). Punkt nummer 14 i Hendersons grunnleggende behov omhandler å lære pasienten hva som er nødvendig for god helse (Kristoffersen, 2016, s. 39). Det stilles dermed krav til sykepleierens kompetanse rundt sykdom og behandlingsforløp, ivaretagelse av grunnleggende behov, profesjonell kommunikasjon og det å mestre praktiske ferdigheter. Resultatene fra studiene kan tyde på at pasientenes behov for å oppleve trygghet påvirkes av sykepleierens kunnskaper og kommunikasjonsevner.

5.2.2 Å oppleve velvære

Sykepleieren har som oppgave å ivareta og styrke pasientens egne ressurser som kan fremme helse og velvære (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Opplevelsen av velvære påvirker de psykososiale behovene. Psykososiale behov blir beskrevet som menneskets sjeleliv da det omhandler mennesket psyke (Stubberud, 2019, s. 16). Brystkreftbehandling kan gi store konsekvenser for kvinnens livskvalitet, selvbylde og livsutfoldelse. Flere pasienter rapporterte redusert selvtillit og negative tanker om eget kroppsbilde (Llewellyn et al., 2019, s. 50; Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3; McGarry et al., 2013, s. 678). Flere pasienter valgte å dekke til kroppen sin grunnet endret utseende. De opplevde også bivirkninger som smerter og nedsatt bevegelsesfunksjon i armen (Llewellyn et al., 2019, s. 50; McGarry et al., 2013, s. 678). Kreftbehandling kan også medføre lymfødem som gir hevelse i armen, som kan føre til begrensninger i hverdagslivet (Sørensen et al., 2016, s. 441). Det er viktig at sykepleieren har kunnskap om ulike bivirkninger som følge av kreftbehandling, for å kunne iverksette forebyggende tiltak. Slike tiltak kan være å legge en venøs tilgangsport som VAP, gi råd rundt hva pasienten selv kan gjøre for å fremme velvære. Tiltakene kan føre til økt opplevelse av velvære og forutsigbarhet som kan gjøre at de psykososiale behovene i større grad blir ivaretatt.

Kvinnens bryster er en viktig del av kvinnens seksuelle identitet. Å miste et bryst kan føre til tap av identitet i form av nedsatt femininitet, og i noen tilfeller gi dårligere livskvalitet (Sørensen et al., 2016, s. 446). Noen pasienter hadde vanskeligheter med å akseptere sin situasjon etter mastektomi, fordi de følte de hadde mistet sin feminitet og hadde problemer rundt seksualitet (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3). Vi tenker dette kan føre til sykdomslidelse og livslidelse. Katie Eriksson beskriver sykdomslidelse som en lidelse man opplever i forhold til sykdom og behandling. Dette kan være i form av fysisk, sjelelig eller åndelig smerte (Eriksson, 2005, s. 66-67). Den fysiske smerten kan gjelde en bestemt del av kroppen som kan lindres ved smertestillende medikamenter. Sjelelig og åndelig smerte omhandler pasientens egne tanker, opplevelser og erfaringer rundt sykdom og behandling, og det kan derfor være utfordrende å lindre denne smerten. Noen pasienter kan oppleve seg mindreverdige når de ikke når opp til sine egne idealer (Eriksson, 2005, s. 67). Brystkreft kan påvirke hele pasientens livssituasjon. Livslidelse innebærer all lidelse som er relatert til det å leve (Eriksson, 2005, s. 75). Det kan tenkes at flere brystkreftpasienter kjenner på en livslidelse under behandling knyttet til dårligere livskvalitet, tap av identitet og fremmede

smerter, både fysisk og psykisk. Det er viktig at sykepleier iverksetter forebyggende tiltak for lidelse, som å gi rom for samtale, være ærlig, oppfylle ønsker, oppmuntre, støtte og trøste pasienten (Eriksson, 2005, s. 77). For at pasienten lettere kan akseptere kroppsforandringen er det viktig at pasienten ser på brystene sine før hun reiser hjem (Sørensen et al., 2016, s. 440). Resultatene fra studiene kan tyde på at pasienter som har gjennomgått mastektomi opplever sykdomslidelse og livslidelse. Dette kan påvirke pasienters opplevelse av velvære. Ved at sykepleier bistår pasienten med å akseptere den nye kroppen, kan pasienten oppleve større tilfredshet av velvære.

5.2.3 Å oppleve at man får støtte og omsorg

Pårørende er en viktig ressurs for å fremme pasientenes psykososiale behov (Stubberud, 2019, s. 179). For at pårørende skal klare å være en god ressurs for pasienten, er det viktig at de selv mestrer situasjonen (Stubberud, 2019, s. 179). Under behandling trenger pasientene mye støtte fra familie og venner (Sørensen et al., 2016, s. 446). Flere pasienter fortalte om uventede reaksjoner fra familie og venner, som førte til en følelse av å bli fratatt den emosjonelle støtten (Drageset et al., 2012, s. 44; Llewellyn et al., 2019, s. 51). Det blir samtidig påpekt i flere studier at familie og venner var en viktig ressurs som ga støtte til pasientene (Drageset et al., 2012, s. 41; Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3). Pasientene verdsatte at noen alltid var tilgjengelige for dem, og at de hadde noen å prate med. Derimot var noen pasienter i studien til Drageset et al. (2012, s. 44) ambivalente til støtten de fikk fra familien. Pasientene opplevde at for mye støtte og omsorg førte til at de ble behandlet som døende og skjøre. Pårørendes grad av forståelse for pasientens situasjon avhenger av den informasjonen de får (Stubberud, 2019, s. 182). Sykepleieren er pliktet til å ivareta pasientens pårørende i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 etter samtykke fra pasienten (1999). Dette innebærer at sykepleieren informerer og veileder pårørende kontinuerlig i behandlingsforløpet, og gir råd og instruksjoner. Pårørende kan da lettere forholde seg til pasientens situasjon. Ved bedre ivaretagelse av pårørende kan det tenkes at pasientene opplever bedre emosjonell støtte fra pårørende, som vil være med på å ivareta pasientens psykososiale behov.

Det blir oppgitt at pasienter som bor alene oftere føler seg ensomme og trenger noen å prate med (Drageset et al., 2012, s. 43; Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 3). Ensomheten kan skyldes pasientens begrensede nettverk. Det er viktig at sykepleier kartlegger pasientens

sosiale nettverk for å iverksette forebyggende tiltak mot ensomhet. Slike tiltak kan være å gi råd om andre helsetjenester, støttegrupper og henvise til kreftforeningens side for å få kontakt med likesinnede som kan være til god støtte (Sørensen et al., 2016, s. 447; Brystkreftforeningen, u.å.).

I studien til Drageset et al. (2012, s. 41) fortalte noen pasienter at de fikk god støtte fra helsepersonell under behandling på sykehus. Derimot ble det påpekt i andre studier at pasientene kjente på fravær av støtte og hjelpen de hadde behov for under behandling (Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 4; McGarry et al., 2013, s. 680). Kvinner under brystkreftbehandling trenger mye støtte fra helsepersonell (Sørensen et al., 2016, s. 446). En årsak til at pasientene opplevde manglende støtte kan skyldes at det var vanskelig å uttrykke sine behov til helsepersonellet. En annen årsak kan skyldes at sykepleieren ikke har kartlagt godt nok hvilke ønsker og behov pasienten har. Punkt nummer 10 i Virginia Hendersons grunnleggende behov omhandler «[...] å gi uttrykk for sine egne behov og følelser» (Kristoffersen, 2016, s. 39). Henderson poengterer at sykepleieren må innhente data fra pasienten knyttet til subjektive og objektive opplevelser av pasientens behov (Kristoffersen, 2016, s. 39). Sykepleieren har et ansvar jamfør helsepersonelloven §4 (1999) å henvise til annet kvalifisert personell dersom man alene ikke kan ivareta de psykososiale behovene. Det kan være utfordrende for sykepleier å imøtekomme pasientens behov, grunnet sykehusenes rammefaktorer, som ikke alltid gir rom til å ta seg tid, kartlegge pasientens ønsker og behov og sikre kontinuitet i sykepleien (Stubberud, 2019, s. 54). Resultatene fremhever at pasientene ikke er tilfredsstillt med støttebehandlingen som tilbys. For å ivareta pasientens støttebehov er det viktig å sette av tid til å sette seg ned med pasienten og ha en dialog omkring pasientens individuelle behov (Sørensen et al., 2016, s. 446). Videre er det viktig at sykepleieren iverksetter tiltak og tilbyr hjelp flere ganger til tross for at pasienten har takket nei en gang. Sykepleieren bør også kjenne sine faglige rammer og vite når man skal henvise videre til andre helseinstanser.

I flere studier påpekte pasientene at de ønsket kontinuitet i behandlingen i form av å ha samme lege og sykepleier (Llewellyn et al., 2019, s. 52; Lundberg & Phoosuwan, 2022, s. 4). Kontinuitet i behandlingen kan bidra til at pasienten opplever autonomi og kontroll (Stubberud, 2019, s. 94). Noen intervensjoner for å skape kontinuitet i behandlingen er individuell plan, behandlingsplan og helhetlige pasientforløp (Stubberud, 2019, s. 94-95).

Sykepleiere er pliktet til å føre dokumentasjon jamfør helsepersonelloven § 39 (1999), som skal inneholde alle nødvendige og oppdaterte opplysninger om pasienten og behandlingen (§ 40, 1999). Pasientene skal unngå å måtte gjenta sine behov og oppleve at behandlingen ikke blir fulgt opp (Stubberud, 2019, s. 94-95). Manglende kontinuitet i behandlingen kan være en belastning for pasienten. Pasienter i studien til Drageset et al. (2012, s. 44) opplevde det som utfordrende å ringe inn til sykehuset, og prate med helsepersonell som de ikke hadde en relasjon til. Det kan antas at det er vanskeligere å ivareta de psykososiale behovene når pasienten er hjemme mellom behandlingene, men det kan være til hjelp hvis pasienten har en primærkontakt på sykehuset å forholde seg til. Dette kan bidra til en opplevelse av å føle seg ivaretatt, og man skaper en relasjon til helsepersonellet. Det kan spekuleres i om kontinuitet i behandlingen er lettere å gjennomføre på mindre avdelinger eller poliklinikker, fordi helsepersonellet kan ha færre pasienter å forholde seg til. Resultatene tyder på at ved bevisstgjøring av kontinuitet i behandlingen, ville trolig pasientene opplevd bedre støtte og omsorg fra helsepersonell.

6.0 Anvendelse av resultat i praksis

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvilke psykososiale behov brystkreftpasienter har under kreftbehandling. For å ivareta pasientenes psykososiale behov er det viktig at sykepleieren tilpasser kommunikasjonen til pasientenes forutsetninger. Videre er det viktig at sykepleieren har nok kunnskap om psykososiale behov og tiltak som kan fremme disse. Resultatene i studiene fremhevet også at pasientene var misfornøyde med informasjonen de fikk. Vi vil presentere konkrete forslag som har til hensikt å øke sykepleierens funksjon til å ivareta pasientens psykososiale behov på en best mulig måte.

- Vi foreslår at avdelingen tilbyr fagdager med ulike temaer som psykososiale behov, kommunikasjonsferdigheter og hvordan tilpasse informasjonen til pasientens forutsetninger. Hensikten med dette er å øke ivaretagelsen av de psykososiale behovene gjennom økt kunnskap for sykepleierne.
- Det anbefales at sykepleier gir god informasjon under forløpet om veien videre, gir ut skriftlig informasjon som brosjyrer før utskrivelse fra sengepost, eventuelt under behandling på poliklinikk. Sykepleier bør undersøke om pasienten har noen spørsmål i forbindelse med informasjonen som er gitt. Videre bør det opprettes en sjekkliste lignende trygg pleie som blir benyttet på ulike sykehus. Sjekklisten bør ta for seg om pasienten har fått all informasjon hun har rett på. Hensikten med dette er å sikre at pasienten opplever å bli møtt på sitt informasjonsbehov.
- Det bør legges mer vekt på psykososiale behov på avdelingen gjennom nye retningslinjer, slik at tiden blir disponert for å ivareta de behovene pasienten har. Viktig at sykepleiere dokumenterer godt hvilke behov pasienten har og eventuelt henviser til annet kvalifisert helsepersonell for å ivareta behovene.
- Avdelingen bør ha fokus på å ivareta behovet for å føle velvære for pasienter. Sykepleier bør hjelpe pasienten til å akseptere kroppsforandringer og ha en åpen og ærlig dialog om forventninger, konsekvenser og resultater.
- Vi foreslår å opprette primære og sekundære kontaktsykepleiere for å tilstrebe at pasienten opplever kontinuitet i behandlingen. Arbeidsplassen bør ha en god oversikt

[1594 & 1627]

over primære og sekundære kontaktsykepleier på avdelingen. Hensikten er å sikre kontinuitet under kreftbehandlingen for pasienter.

- Det anbefales at sykepleiere undersøker om pasienten har et godt støttenettverk. Det bør iverksettes støttetiltak ut ifra det enkelte persons behov slik at pasienten opplever støtte i sin livssituasjon. Tiltak kan eksempelvis være likeperson fra brystkreftforeningen eller støttegrupper. Hensikten er å sikre ivaretagelse av pasientens støttebehov.
- Vi foreslår å opprette retningslinjer med fokus på informasjon til pårørende etter samtykke fra pasienten. Slik at pårørende kan være en best mulig ressurs for pasienten.

Referanser:

Brystkreftforeningen. (2014, 19. mars) *Hva trenger kvinner etter brystkreftbehandling.*

<https://www.brystkreftforeningen.no/nyheter/hva-trenger-kvinner-etter-brystkreftbehandling>

Brystkreftforeningen. (u.å.a) *Behandling av brystkreft.* Hentet 14. november 2022 fra

<https://www.brystkreftforeningen.no/om-brystkreft/behandling/>

Brystkreftforeningen. (u.å.b) *Likepersonstjenesten: Noen å snakke med.* Hentet 10. desember

2022 fra <https://www.brystkreftforeningen.no/noen-a-snakke-med/likepersonstjenesten/>

Christensen, J. & Berg, O. T. (2022, 12. august). Velferdsstat. I *Store norske leksikon.*

<https://snl.no/velferdsstat>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal.

Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T. & Underlid, K. (2012). "The Support I Need"

Women's experiences of Social Support After Having Received Breast Cancer Diagnosis And Awaiting Surgery. *Cancer Nursing*, 35(6), 39-47.

<https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823634aa>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg). Gyldendal akademisk.

Eriksson, K. (2005). *Det lidende mennesket.* Tano Aschehoug.

Friberg, F. (2022). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F.

Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (4.utg, s. 185-198). Studentlitteratur AB.

Helsedirektoratet. (2016, 14.oktober). *Pakkeforløp på kreftområdet.*

<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforloepene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftområdet>

Helsedirektoratet. (2022, 15. november). *3. Rett til medvirkning og informasjon*. Hentet 20. november 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon#informasjonens-form-lovtekst>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Johannessen, T. (2021, 09. august). Norge rangeres å ha best helsetjeneste. *Norsk helseinformatikk*. <https://nhi.no/for-helsepersonell/fra-vitenskapen/norge-rangeres-a-ha-best-helsetjeneste/>

Kreftforeningen. (2022a, 8. september). *Psykiske reaksjoner ved kreftsykdom*. Hentet 10. desember 2022 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner/>

Kreftforeningen. (2022b, 2. desember) *Brystkreft*. Hentet 5. desember 2022 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>

Kreftforeningen. (u.å.). *Pårørende - hva nå?*. Hentet 12. desember fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/til-parorende-og-etterlatte/parorende-hva-na/>

Kreftlex. (u.å.a) *Brystkreft*. Hentet 10. november 2022 fra <https://kreftlex.no/brystkreft>

Kreftlex. (u.å.b) *Støttebehandling*. Hentet 10. november 2022 fra <https://kreftlex.no/Brystkreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Stottebehandling/ksProcedureChapter>

Kreftregisteret. (2022, 1. november) *Brystkreft*. Hentet 3. november 2022 fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Brystkreft/>

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. -A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjoner* (3.utg., s. 15-27). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-64). Gyldendal.
- Llewellyn, A., Howard, C. & McCabe, C. (2019). An exploration of the experiences of women treated with radiotherapy for breast cancer: Learning from recent and historical cohorts to identify enduring needs. *European Journal of Oncology Nursing*, 39, 47-54. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.01.002>
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016): Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D. -G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.utg., s. 397-436). Gyldendal.
- Lundberg, P. C & Phoosuwan, N. (2022). Life situation of Swedish women after mastectomy due to breast cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102116>
- McGarry, S., Ward, C., Garrod, R. & Marsden, J. (2013). An exploratory study into the unmet supportive needs of breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 22, 673-683. <https://doi.org/10.1111/ecc.12076>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Hentet 7. desember 2022 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Salomonsen, A. Bakken, S. R. Berntsen, G. K. R & Hansen, F (2017). Pasientforløp og behandlingsbehov sett fra pasienters perspektiv. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/03/pasientforlop-og-behandlingsbehov-sett-fra-norske-kreftpasienters>

Stubberud, D. -G. (2019). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (2. utg., s. 78-125). Gyldendal.

Stubberud, D. -G. (2019). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 48-77). Gyldendal.

Stubberud, D. -G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 15-47). Gyldendal.

Stubberud, D. -G. (2019). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (2. utg., s. 78-125). Gyldendal.

Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved brystkreft. I D. -G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.utg., s. 437-450). Gyldendal.

Östlundh, L. (2022). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (4.utg, s. 79-109). Studentlitteratur AB.

Vedlegg 1 - Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25.10.22	British Nursing Index	(breast cancer) AND healthcare AND experience* AND support AND need*	År: 2012-2022 Peer reviewed Location: Norway	10	2	1	1
26.10.22	Cinahl	(breast cancer or breast neoplasm or breast carcinoma or breast tumor) AND psychosocial AND unmet needs AND patient*	År: 2012-2022 Peer reviewed Journal subset: Europe	83	10	5	1
01.11.22	Cinahl	Care needs AND (breast cancer or breast neoplasm or breast carcinoma or breast tumor) AND psychosocial AND nurs*	År: 2012-2022 Peer reviewed Subset: Europe Language: English	20	7	4	2
02.11.22	PubMed	((((Psychosocial needs) AND (support) AND (needs) AND (nurs*) AND (breast cancer)	Clinical study 10 år	11	2	1	0
02.11.22	Medline	Psychosocial needs AND care needs AND breast cancer AND Patient* AND unmet needs AND support	År: 2012-2022 Peer reviewed	13	3	2	0

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfattere Årstall Tidsskrift Land	Artikkel tittel	Hensikt med studien	Perspe ktiv	Metode og analyse	Utvalg/populasjo n	Hovedfunn/Result ater
Artikkel 1 Forfattere: McGarry, S., Ward, C., Garrod, R. & Mardsen, J. Årstall: 2013 Tidsskrift: <i>European Journal of Cancer care.</i> Land: Storbritannia	“An explorato ry study into the Unmet supportiv e needs of breast cancer patients”.	Målet var å undersøke pasienters oppfatning av deres udekkede støttebeho v på ulike stadier av behandling sforløpet, og å fastslå hvorfor udekkede behov fortsatt kan eksistere til tross for tilgjengelig heten av nåværende tjenester.	Pasient.	Metodetri guling, kvantitativ og kvalitativ. Statistikk ble anvendt for å se etter felles udekkede behov. Analysen som er brukt er pearson khikvadratte st og Fisher Exact test.	101 spørreskjema ble utfylt. 7 semistrukturerte intervju. Kvinnene ble delt inn to grupper: 1 år siden diagnose og over 1 år siden diagnose.	Stor andel av kvinnene fikk ikke dekket deres støttebehov, deriblant mangel på psykologisk støtte. Fatigue var et stort problem under behandling. De opplevde vag og lite informasjon om bivirkninger rundt sin kreftdiagnose. Kvinnene hadde nedsatt selvtillit og dårlig kroppsbilde.
Artikkel 2 Forfattere: Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T. & Underlid, K. Årstall: 2012 Tidsskrift: <i>Cancer nursing.</i> Land: Norge	“The support I need»: Women’ s experien ces of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery”.	Hensikten var å beskrive kvinnens individuelle opplevelse r av sosial støtte etter å ha fått brystkreft og i påvente av operasjon.	Pasient.	Kvalitativ metode med semistruktur erte intervju. Analysert etter kvaless 32 retningslinje r, kondensasjo ns analyse. Dataanalyse program QRS-NVivo 7.	21 kvinner ble intervjuet, 41-73 år med nylig diagnostisert brystkreft på et norsk universitetssykeh us.	Å vite at familie og helsepersonell var tilgjengelig var en trygghet. Sosial støtte var en viktig ressurs som ga styrke, men måtte tilpasses til kvinnens behov. Trenger balanse mellom avstand og nærhet til deres sosiale nettverk. Var avgjørende å prate med og få informasjon av helsepersonell som opplevdes profesjonelle.
Artikkel 3 Forfattere: Lundberg, P. C. & Phoosuwan, N. Årstall: 2022 Tidsskrift: <i>European</i>	“Life situations of Swedish women after mastecto my due to breast	Hensikten med studien var å utforske og beskrive livssituasjo ner til svenske	Pasient.	Kvalitativ metode med semistruktur erte intervjuer. Lyd ble tatt opp og transkribert ordrett.	33 kvinner deltok, aldersgruppe 37- 73 år.	Vanskelig å akseptere sin egen situasjon. Tap av femininitet og seksuelle problemer. Oppgaa psykiske plager som gikk

<p><i>Journal of Oncology Nursing.</i> Land: Sverige</p>	<p>cancer: A qualitative study”.</p>	<p>kvinner med brystkreft etter mastektomi.</p>		<p>Ni åpne spørsmål om opplevelser av endringer i kvinnens daglige liv og funksjoner etter mastektomi.</p> <p>Dataene ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.</p>		<p>utover livskvalitet etter diagnose.</p> <p>Viktig med sosial støtte og god informasjon.</p> <p>Ønsket kontinuitet i behandlingen.</p> <p>Ikke fått den hjelpen og støtten en hadde behov for.</p>
<p>Artikkel 4 Forfattere: Llewellyn, A., Howard C. & McCabe, C. Årstall: 2019 Tidsskrift: <i>European Journal of Oncology Nursing.</i> Land: Storbritannia</p>	<p>“An exploration of the experiences of women treated with radiotherapy for breast cancer: Learning from recent and historical cohorts to identify enduring needs”.</p>	<p>Hensikten var å identifisere og utforske de behovene og bekymringene som har fortsatt å vedvare ved historisk strålebehandling til tross for fremskritt innen behandling og omsorg.</p>	<p>Pasient.</p>	<p>Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer.</p> <p>13 intervju.</p> <p>Data ble analysert på en fenomenologisk måte.</p>	<p>13 kvinner som hadde mottatt strålebehandling ble utvalgt.</p> <p>En kohort med 6 kvinner som ble behandlet med strålebehandling for 30-40 år siden.</p> <p>En kohort med 7 kvinner som ble behandlet med strålebehandling 1-3 år siden.</p>	<p>Psykologiske og emosjonelle behov var umøtt.</p> <p>Ønsket kontinuitet i behandlingen.</p> <p>Opplevde uventede reaksjoner fra familie og venner.</p> <p>Dårligere informasjon før, men fremdeles ikke tilfredsstillende i dagens behandling.</p>