



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Campus Elverum

4KR20

Marie Charlotte Fosshaug Lindboe

# Rehabilitering av pasienter med fatigue etter brystkreftbehandling

Rehabilitation of breast cancer patients with fatigue

Veileder: Toril Merete Nysæter

Videreutdanning i kreftsykepleie 2012/2014

Fordypningsoppgave 2014

Antall ord: 11581.

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI

## Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	6
1.1 Presentasjon av tema.....	6
1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	6
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	7
1.4 Problemstilling.....	7
1.5 Avgrensinger og presiseringer av problemstillingen.....	8
1.6 Oppgavens disposisjon.....	9
2. Metode.....	10
2.1 Litteraturstudie som metode.....	10
2.1.2 Sterke sider ved et litteraturstudie.....	10
2.1.3 Svake sider ved et litteraturstudie.....	11
2.2 Presentasjon av søkeord og søkestrategier.....	11
2.3 Presentasjon av litteratur.....	12
2.3.1 Presentasjon av litterære kilder.....	13
2.3.2 Presentasjon av forskningskilder.....	14
2.3.3 Presentasjon av forskningsfunn.....	14
2.4 Kildekritikk.....	15
2.5 Etske overveielser.....	18
3. Teoretisk fundament.....	19
3.1 Brystkreft.....	19
3.1.1 Årsaker.....	19
3.1.2 Symptomer.....	20
3.1.3 Utredning og diagnostisering.....	20
3.1.4 Behandling.....	21
3.2 Kreftoverlevende.....	21
3.3 Fatigue.....	22
3.4 Mestringsbegrepet.....	23

3.5	Veiledning.....	24
3.6	Kreftsykepleierens fundament.....	25
3.6.1	Teoretisk kunnskap.....	27
3.6.2	Yrkesspesifikke ferdigheter.....	27
3.6.3	Personlig kompetanse.....	28
3.7	Rehabilitering.....	28
3.7.1	Tverrfaglig samarbeid.....	29
3.7.2	Individuell plan.....	29
4.	Drøfting: ” <i>Hvordan kan kreftsykepleieren i et tverrfaglig samarbeid bidra til å utvikle nye mestringsstrategier hos en brystkreftoverlever for å redusere opplevelsen av fatigue?</i> ”.....	31
4.1	Tverrfaglig samarbeid .....	33
4.1.1	Bruk av individuell plan.....	33
4.1.2	Fysisk trening.....	35
4.1.3	Veiledning .....	36
5.	Konklusjon.....	40

#### Litteraturliste

Vedlegg 1: Søkehistorie

Vedlegg 2: PICO-skjema

Vedlegg 3: Litteraturmatriser.

Antall vedlegg; 8.

## Sammendrag

Tittel: Rehabilitering av pasienter med fatigue etter brystkreftbehandling

Avdeling: Avdeling for folkehelsefag, Campus Elverum.

Utdanning: Videreutdanning i kreftsykepleie, 4KR20.

Kandidatnummer: 609.

Veileder: Toril Merete Nysæter.

Antall ord: 11581.

Nøkkelord: Brystkreftoverlevende, fatigue, rehabilitering og kreftsykepleier.

**Bakgrunn:** Jeg ønsket å ha fokus på rehabilitering av kreftoverlevende etter brystkreft fordi det er en høy andel som overlever brystkreft, men som får seneffekter etter behandlingen. Jeg har erfart i praksis at fatigue er en vanlig seneffekt etter behandlingen og at mange brystkreftoverlevende ikke vet hva de kan gjøre for å redusere opplevelsen av fatigue.

**Hensikt:** Hensikten var at jeg vil vite hvordan jeg som kreftsykepleier kan rehabilitere brystkreftoverlevende med en opplevelse av fatigue til å utvikle nye mestringsstrategier gjennom et tverrfaglig samarbeid. Dette temaet er interessant for meg fordi jeg til daglig jobber på en rehabiliteringsinstitusjon.

I tillegg er dette en hovedoppgave i videreutdanning i kreftsykepleie.

**Problemstilling:** ”Hvordan kan kreftsykepleieren i et tverrfaglig samarbeid bidra til å utvikle nye mestringsstrategier hos en brystkreftoverlevende for å redusere opplevelsen av fatigue?”

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie basert på pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Det er benyttet forskningsartikler, fagartikler, aktuelle bøker og egen erfaring fra praksis for å svare på problemstillingen. Jeg har valgt å ha drøftingsdelen i et eget kapittel.

**Resultat:** Jeg har valgt å dele drøftingsdelen min inn i fire deler for å belyse resultatet. Del 1 belyser hvorfor et tverrfaglig samarbeid er den beste måten å lære brystkreftoverlevende nye mestringsstrategier og hvem som kan være med i et tverrfaglig samarbeid. Del 2 inneholder bruk av individuell plan for å kvalitetssikre arbeidet og for å kartlegge pasientens behov, ressurser, mål og tiltak. Del 3 inneholder hvorfor fysisk aktivitet ledsaget av en fysioterapeut er viktig og kreftsykepleierens rolle opp mot fysioterapeuten for at det skal være et tverrfaglig samarbeid. Del 4 inneholder veiledning fra kreftsykepleier som er en del av det tverrfaglige samarbeidet. Veiledningen kan være støttende, motiverende eller informativ. Kreftsykepleieren kan veilede brystkreftoverlevende til nye mestringsstrategier med å bevisstgjøre og med å tilføre nye ressurser til pasienten.

**Konklusjon:** Tverrfaglig samarbeid i en rehabiliteringsprosess mellom en fysioterapeut som tilbyr fysisk aktivitet og en kreftsykepleier som har veiledning er den beste måten for en brystkreftoverlevende å lære nye mestringsstrategier for å redusere opplevelsen av fatigue.

## Abstract

Title: Rehabilitation of breast cancer patients with fatigue.

Institution: Faculty of Public health; Campus Elverum.

Course: Cancer Care 4KR20.

Author: 609.

Supervisor: Toril Merete Nysæter.

Number of words: 11581.

Keywords: Breastcancer survivors, fatigue, rehabilitation and oncologic nurse.

**Background:** I wanted to focus of rehabilitation of cancer survivors after breast cancer because there is a high rate who survive breast cancer, but many gets side effects after the treatment. I experience in practice that fatigue is a common side effect after treatment and that many breast cancer survivors do not know what they can do to reduce the experience of fatigue.

**Aim:** The purpose was that I would know how I as a oncologic nurse can rehabilitate breast cancer survivors with experience of fatigue to develop new coping strategies through an interdisciplinary collaboration. This topic is interesting to me because I usually work with rehabilitation. In addition, this is a thesis in oncologic nursing.

**Problem:** "How can a oncologic nurse in a interdisciplinary collaboration contribute new coping strategies for breast cancer survivors?"

**Method:** This litterature study is based on textbooks and self-selected litterature. To answer the question the author have searched through published articles on the subject, read books based on the problem and used self- experience. The discussion is in a separate chapter.

**Results:** I have shared my discussion into four parts to illustrate the results. Part 1 illustrate why an interdisciplinary collaboration is the best way to develop new coping strategies for breast cancer survivors and who can participate in a interdisciplinary collaboration. Part 2 contains the use of individual plans to ensure the quality of work and to identify patient needs, resources, goals and measures. Part 3 contains why physical activity by a physiotherapist is important and why interdisciplinary collaboration with a oncologic nurse is important. Part 4 contians guidance from a oncologic nurse who is a part of the interdisciplinary collaboration. The guidance can be supportive, motivational or informative. The oncologic nurse can guide breast cancer survivor to new coping strategies to raise awareness and add new resources to the patient.

**Conclusion:** Interdisciplinary collaboration in a rehabilitation process between a physiotherapist offering physical activity and a oncologic nurse who tutoring is the best way for a breast cancer survive to learn new coping strategies to reduce the experience of fatigue.

# 1. Innledning

## 1.1 Presentasjon av tema.

Bedre kreftbehandling gjør at det har blitt flere kreftoverlevende i Norge. Blant alle brystkreftpasienter er det 88,8% overlevelse etter fem år (Kreftregisteret, 2007-11). Behandlingen for brystkreftpasienter er tøff og flere opplever senvirkninger. Fatigue er en av de mest vanlige seneffektene hos de som overlever brystkreft (Loge, 2013). Fatigue kan være både fysisk og psykisk og gi en følelse av utmattelse, tretthet og konsentrasjonsproblemer (Loge, 2013). Flere av brystkreftoverlevende kan ha nytte av å lære nye mestringsstrategier for å redusere opplevelsen av fatigue (Gudbergsson, 2010).

Formålet med oppgaven er at det er en avsluttende hovedoppgave og i følge rammeplanen for videreutdanning for kreftsykepleie, skal jeg vise faglig innsikt ved å fordype meg i et relevant tema innen kreftsykepleie basert på litteratur og erfaringer fra praksis med en avgrenset problemstilling (Utdannings,- og forskningsdepartementet ,2005). Ettersom valget av dette temaet er relevant innenfor kreftsykepleie og interessant for meg i jobbsammenheng, er også formålet med denne oppgaven at jeg skal lære hvordan jeg som kreftsykepleier kan bidra til å utvikle nye mestringsstrategier hos brystkreftoverlevende med en opplevelse av fatigue inne på en rehabiliteringsinstitusjon.

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema.

Hvorfor jeg valgte å skrive om temaet rehabilitering til kreftoverlevende etter brystkreft som har en opplevelse av fatigue er fordi jeg har møtt pasienter både i jobbsammenheng og i forbindelse med praksis i videreutdanningen min som opplevde fatigue i etterkant av kreftbehandlingen. Flere sa de hadde liten kunnskap om fatigue og jeg opplevde at fatigue var en av de seneffektene som plaget pasientene mest. Opplevelsen av fatigue gjorde også at flere av de brystkreftoverlevende jeg møtte ikke klarte å jobbe.

I tillegg fikk jeg høre fra flere av kreftsykepleierne jeg møtte i praksisen min gjennom videreutdanningen i kreftsykepleie at det fantes lite med rehabiliteringstilbud i kommunen

til kreftpasienter, noe som også blir bekreftet av Helsedirektoratet (Rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft. Kartlegging og anbefalinger <Helsedirektoratet>, 2012). Ettersom jeg til daglig jobber som sykepleier på en rehabiliteringsinstitusjon i kommunehelsetjenesten syntes jeg det var interessant å se på hva kreftsykepleieren kan bidra med i en rehabiliteringsprosess overfor brystkreftoverlevende som har en opplevelse av fatigue.

Målet med rehabiliteringen var at brystkreftoverlevende skulle få en redusert opplevelse av fatigue. Og at den reduserte opplevelsen av fatigue kanskje kunne bidra til at brystkreftoverlevende ble yrkesaktive igjen. Tiltaket var at det tverrfaglige samarbeidet skulle bidra til å utvikle nye mestringsstrategier.

Til slutt i oppgaven ønsker jeg å belyse hvordan det er for brystkreftoverlevende med en opplevelse av fatigue å komme tilbake til jobben sin ut fra hva forskningen sier, litteraturen og ut fra erfaringer jeg har fra praksis.

### 1.3 Presentasjon av problemstillingen.

En opplevelse av fatigue er en av de mest vanlige senvirkningene etter brystkreftbehandling (Loge, 2013). Jeg har også erfart at brystkreftoverlevende kan for lite om hva fatigue er og hvordan de kan mestre opplevelsen av fatigue.

Derfor er det viktig at kreftsykepleieren har kunnskaper om hva fatigue er for å gjenkjenne fatigue hos en brystkreftoverlevende og hvordan kreftsykepleieren kan bidra til å utvikle nye mestringsstrategier for å redusere opplevelsen av fatigue. Ettersom arenaen min er inne på en rehabiliteringsinstitusjon i kommunen er det viktig å se på hvordan kreftsykepleieren i samarbeid med andre yrkesprofesjoner best kan veilede brystkreftoverlevende til nye mestringsstrategier for å redusere fatigue.

### 1.4 Problemstillingen

*Hvordan kan kreftsykepleieren i et tverrfaglig samarbeid bidra til å utvikle nye mestringsstrategier hos en brystkreftoverlevende for å redusere opplevelsen av fatigue?*

## 1.5 Avgrensinger og presiseringer av problemstillingen.

Oppgaven handler om brystkreftpasienter med primær brystkreft, i stadium 1 eller 2, som har gjennomgått mastektomi, kjemoterapi og evt. strålebehandling. De er ferdigbehandlet og får kun oppfølging med legekontroller. Jeg skriver ikke om palliativ behandling fordi det er ikke fokus i oppgaven min. Jeg nevner de ulike behandlingsmetodene med kurativ hensikt for brystkreftpasienter i teoridelen uten å gå i dybden på hver behandling ettersom det er tiden etter behandling som er i fokus for oppgaven. Påførende er ikke inkludert fordi da vil oppgaven for stor.

Ut fra forskningen jeg har lest om emnet kan det være nødvendig med tverrfaglig samarbeid for å veilede brystkreftoverlevende med en opplevelse av fatigue og derfor vil oppgaven handle om tverrfaglig samarbeid med fokus på kreftsykepleierens rolle. Jeg har valgt å utelate bruk av kognitiv terapi som en del av tilbudet i den tverrfaglige rehabiliteringen selv om det blir lagt stor vekt på i litteraturen og forskningen. Grunnen til at jeg utelater det er fordi jeg vil ha fokus på kreftsykepleierens rolle i et tverrfaglig samarbeid. Kreftsykepleieren kan også drive med kognitiv terapi, men da kreves det mer utdanning i form av kurs. Jeg er også redd oppgaven ville blitt for stor hvis jeg i tillegg skulle dratt inn kognitiv terapi.

Arenaen er på en rehabiliteringsinstitusjon fordi jeg arbeider på en rehabiliteringsinstitusjon og er derfor interessert i denne arenaen.

Brystkreftpasientene i oppgaven min var yrkesaktive før de fikk diagnosen brystkreft, men ikke nå. Brystkreft rammer hyppigst kvinner i alderen 45-70 år (Kåresen og Wist, 2012). Jeg har avgrenset alderen til 55-65 år fordi jeg tenker at denne modne aldersgruppen kan ha nytte av et tverrfaglig samarbeid på en rehabiliteringsinstitusjon for å redusere opplevelsen av fatigue slik at de kanskje kan komme seg tilbake til arbeid igjen. (Gudbergsson, 2010). Jeg tenker at de er yrkesaktive fram til de er 67 år.

Med kreftoverlevende tenker jeg på de som fikk diagnosen stilt for fem år siden (Loge, 2013). Jeg kaller kreftoverleverene etter brystkreft for brystkreftoverlevende i oppgaven. Det er kronisk fatigue (fatigue som har vart i seks måneder eller lengre) oppgaven handler om (Loge, 2013).

I tverrfaglig samarbeid er individuell plan et viktig redskap for å få til et samarbeid mellom tjenesteyterne der hver enkelt har et ansvarsområde og planen kvalitetssikrer at pasienten får dekket de behovene den har (Helse,-og omsorgsdepartementet, 2012,



Pasientrettighetsloven, 2014). Derfor har jeg vektlagt individuell plan som et arbeidsredskap i et tverrfaglig samarbeid.

Professor i medisinsk sosiologi, Aaron Antonovsky og hans teorier om salutogenesen er sentral i oppgaven min fordi salutogenesen fokuserer på det friske hos pasienten og pasientens egne ressurser som er viktig å fokusere på innenfor rehabilitering (Antonovsky,2012). I salutogensen er også mestringsfølelsen et sentralt begrep (Antonovsky, 2012), og innenfor rehabilitering handler det om å gjenvinne eller oppnå et liv som det skal finnes en mening i (Gudbergsson, 2010).

Det er flere forfattere bl.a Reitan (2010) og Tveiten (2012) som har skrevet om veiledning, men jeg har valgt hovedsakelig å henvise til Tveiten om dette emnet. Det er også flere forfattere som har skrevet om fatigue, bl. a Schjølberg (2010) og Loge (2013). Jeg har valgt hovedsakelig å henvise til Loge (2013).

## 1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i fem deler bestående av innledning, metode, teoretisk fundament, drøftingsdel og konklusjon.

I innledningen presenterer jeg temaet som er valgt med en problemstilling, hensikten med oppgaven og hvilke avgrensninger jeg har foretatt.

Metodedelen inneholder hvilken framgangsmåte jeg har brukt for å løse problemstillingen, søkeord, søkestrategier og en presentasjon av litteratur og den forskningen jeg har brukt med en kildekritikk og etiske overveielser.

Teorien inneholder det teoretiske fundamentet til oppgaven der jeg forklarer begrepene i problemstillingen og hvilken type pasient det handler om, hva som er kreftsykepleierens fundament og hvilket arena oppgaven omhandler.

Drøftingsdelen har jeg delt inn i fire deler. Jeg skriver først om hvem som kan være med i et tverrfaglig samarbeid overfor brystkreftoverleveren og hvorfor jeg mener det utfra relevant litteratur og forskning. Del to er om bruk av individuell plan. Del tre omhandler fysisk aktivitet ledsaget av en fysioterapeut og kreftsykepleierens rolle opp mot fysioterapeuten for at det skal være et tverrfaglig samarbeid. Del fire handler om veiledning fra en kreftsykepleier, hva den kan inneholde og hvorfor.

I konklusjonen svarer jeg på problemstillingen.

## 2. Metode.

Definisjon på hva Dalland (2012) mener Vilhelm Aubert (1985) sier at metode innebær;

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012, s 111).*

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Grunnen til at jeg har valgt litteraturstudie som metode er at det ligger i rammeplanen for videreutdanning i kreftsykepleie (2005).

En litteraturstudie er et studie som er basert på allerede eksisterende litteratur, fagartikler og forskning (Dalland, 2012). En litteraturstudie kan ta utgangspunkt i ett tema eller en problemstilling man har opplevd i praksis, eller det kan være noe man har hentet fra litteraturen for å få økte kunnskaper om et tema (Dalland, 2012). Oppgaven min er kunnskapsbasert fordi den bygger på en problemstilling jeg har møtt i praksis og som jeg har hentet kunnskaper om gjennom pensumlitteraturen, egenvalgt litteratur og gjennom publiserte forskningsartikler ( Skau, 2011). Jeg henviser til punkt 3.6 under kreftsykepleierens fundament der jeg forklarer nærmere hva kunnskapsbasert sykepleie innebærer.

#### 2.1.2 Sterke sider ved et litteraturstudie

De sterke sidene ved et litteraturstudie er at man raskt kan finne aktuell og relevant litteratur gjennom tidsskrifter, bøker og forskning om emnet man har valgt å skrive om ( Forsberg og Wengstrøm, 2008).

### 2.1.3 Svake sider ved et litteraturstudie

Det som er svake sider ved et litteraturstudie er at det inneholder begrenset tilgang på relevant forskning. Hvis de inkluderte artiklene ikke er kritisk vurdert er det vanskelig å vite om konklusjonen i litteraturstudiet er riktig (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

I tillegg er det forfatteren av litteraturstudiet som selektivt velger hvilken litteratur som skal være med utfra forfatterens egne standpunkter (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

## 2.2 Presentasjon av søkeord og søkestrategier

Jeg har benyttet PICO-skjema for å finne aktuell litteratur fordi PICO- skjemaet hjelper meg med å stille mer konkrete spørsmål når jeg skal søke etter litteratur ( Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart, 2012). Det er med som vedlegg nummer 2.

Under P (Patient problem, hvem vil jeg vite noe om?) har jeg brukt søkeordene; cancer, cancer related fatigue, fatigue, kreftoverlevende.

Under I (Intervention, hva er det med denne pasientgruppen jeg er interessert i?) har jeg brukt søkeordene; nursing-care, nurse-patients relations, oncologic nursing, fatigue.

Under C (comparision) fant jeg ingenting jeg ville sammenligne med.

Under O (outcome, Hvilke resultater/effekter er jeg interessert i?) har jeg brukt søkeordene; rehabilitation, rehabilitation nursing,

Databasene som er søkt i for å finne forskning er; Svemed, Cochrane Library, Cinahl og på nettstedet Forskning.no. Søkeprosessen ble utført fra Januar- Mai i 2014.

I Svemed brukte jeg søkeordet cancer related fatigue som jeg fant som en mesh-term under en tidligere søkeprosess. Det ble fire treff. Tre ble ekskludert fordi en handlet om Prostatakraft og to av studiene passet ikke til kriteriene mine.

Neste søk er i Cochrane Library. Søkeordene var; cancer, fatigue and rehabilitation. Det ble 8289 treff. Ettersom det var så mange treff, ble jeg anbefalt av bibliotekaren å se på reviews.

Tre av disse treffene var reviews. Jeg valgte å konsentrere meg om reviews fordi det er sammendrag av mange enkeltstående forskningsartikler og det favner mer i bredden av fagstoffet ( Nortvedt et al, 2012). To reviews ble inkludert. Den siste artikkelen var ikke relevant fordi den handlet om en annen sykdom enn kreft.

I databasen Cinahl ble søkeordene cancer, fatigue and rehabilitation nursing benyttet. Rehabilitation nursing var et ord som bibliotekaren gav meg et tips om å bruke for å sette fokus på sykepleieren. Søket gav 13 treff i fulltekst artikler. Seks artikler ble lest igjennom og en ble valgt ut. Grunnen til at så mange ble ekskludert var at flere handlet om annen type kreft enn brystkreft og noen av studiene var så små og blir derfor ikke representative. Det siste stedet jeg fant forskning på var på nettstedet Forskning.no. Søkeordet jeg brukte var; rehabilitering etter brystkreft. Det ble 12 treff. Fire artikler ble inkludert. Den var to tidsskriftartikler og to forskningsartikler. De som ble ekskludert omhandlet temaer som samhandlingen mellom sykehus og kommuner, brystkreft i palliativ fase, generelt om viktigheten av fysioterapi, pasienter med liten medbestemmelse når det gjaldt valget mellom strålebehandling og kirurgi mot brystkreft. Liste over søketreff med inkludering og ekskludering er med som vedlegg nummer 1. Det ble seks forskningsartikler og to tidsskriftartikler som ble inkludert i oppgaven. De aktuelle forskningsartiklene er det laget en litteraturmatrise på som er med som vedlegg nummer 3.

### 2.3 Presentasjon av litteratur

Jeg har brukt litteratur som inneholder både kvalitative og kvantitative metoder (Dalland, 2012).

En kvantitativ metode er en systematisk metode hvor man går i bredden av et tema for å finne data som er felles og forme disse dataene om i form av målbare enheter (Dalland, 2012). Det blir brukt spørreskjema med faste svaralternativer eller systematiske og strukturerte observasjoner (Dalland, 2012). Forskeren tilstreber nøytralitet og avstand til forskningsobjektet (Dalland, 2012).

Kvalitativ metode en subjektiv metode som går i dybden for å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012). Det blir ofte brukt intervju preget av fleksibilitet og uten faste svaralternativer og ustrukturerte observasjoner (Dalland, 2012). Datainnsamling skjer i direkte kontakt med forskningsfeltet og forskeren kan bli påvirket av det som blir forsket på (Dalland, 2012).

Et eksempel på litteratur med inneholder både kvantitative og kvalitative forskningsdesign er forskningsartikkelen; "Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway"( Torp, Gudbergsson, Dahl, Fosså og Føtten, 2011). Den bruker både spørreskjema med faste svaralternativer og kvalitative intervjuer (Dalland, 2012). Artikkelen "Træthed hos

ynge færdigbehandlede brystkræftpatienter” ( Hjøllund, Nørby og Jørgensen, 2004) inneholder kvalitativt studiedesign fordi den inneholder intervjuer der man legger vekt på å få frem subjektive meninger ( Dalland, 2012).

Oppgaven min har også med både primærstudier og sekundærstudier. Primærstudier er den opprinnelige utgaven av en tekst eller senere opptrykk av den (Dalland, 2012). Eksempler på dette er artikkelen; ”Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway” som er en originalartikkel (Torp, 2011). Eksempler fra pensumlitteraturen er boka ”Kreftoverlevende” som er et senere opptrykk (2. utgave) av den opprinnelige kilden Loge, Dahl, Fosså og Kiserud, 2013). Sekundærstudier viser til forskning som benytter data fra allerede eksisterende primærstudier, og der data fra disse reanalyseres (Dalland, 2012). Et eksempel på dette er artikkelen, ”Rehabilitation of Breast cancer patients” som inneholder 46 randomiserte studier som er reanalysert av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ( Juvet et al, 2009).

### 2.3.1 Presentasjon av litterære kilder

Jeg har brukt aktuell pensumlitteratur og de pensumbøkene jeg har brukt mest er ; ”Kreftsykepleie”, ”Kreftsykdommer” og ”Kreftoverlevende”. Disse tre bøkene er redaktørverk (Dalland, 2012). Et redaktørverk er ei bok som har kapitler fra mange ulike forfattere (Dalland, 2012). Grunnen til at jeg har brukt disse bøkene mest er fordi de favner mye av den tematikken jeg har knyttet opp mot problemstillingen min.

Jeg har brukt Antonowskys`tankegang om salutogenese sentralt i oppgaven min fordi han skriver om salutogensen som legger fokus på pasientens ressurser i et helsefremmende perspektiv i stedet for å fokusere på sykdom og behandling av den (Antonowsky, 2013). En salutogenetisk tankegang er sentral i en rehabiliteringsprosess for å ta i bruk pasientens ressurser og fremme helse (Tveiten, 2012).

Jeg har funnet selvvalgt litteratur ved å gjøre et søk i databasen Oria med søkeordet Kreftoverlevende, ved å sjekke referanser i tidligere avhandlinger og ved å søke på aktuelle nettsteder. Jeg har søkt etter fagstoff som handler om rehabilitering av kreftoverlevende, tverrfaglighet og fatigue opp mot sykepleie. De nettstedene jeg har søkt på er Kunnskapssenteret.no, Helsedirektoratet.no, Helsebiblioteket.no, Forskning.no, Kreftregisteret.no og kreftforeningen.no.

### 2.3.2 Presentasjon av forskningskilder

Forskningsartiklene er valgt ut fra den tematikken som er relevant for problemstillingen min som omhandler rehabilitering, tverrfaglighet, sykepleie, fatigue og søkeordene mine gjenspeiler dette. Se under punkt 2.2.

Jeg fant seks forskningsartikler som jeg valgte å bruke i oppgaven.

### 2.3.3 Presentasjon av forskningsfunn

Jeg skal kort presentere forskningsfunnene mine. Ellers henviser jeg til litteratormatrisene som er med som vedlegg nummer 3.

Artikkel nr 1; *"Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway"* omhandler hvordan kreftoverleverne opplevde støtte fra kollegaer og ansatte på arbeidsplassen sin og hvor mange det var av kreftoverleverne som fortsatt jobbet 15-39 mnd etter første kreftbehandling. Studien så også på om kreftoverleverne klarte å ha samme jobb som før de ble kreftsyke og hvor villig arbeidsplassen var til å tilrettelegge for kreftoverleverne. Undersøkelsen viste at 84% av kreftoverleverne var i arbeid etter 15-39 mnd etter første behandling og at de ble godt ivaretatt av kollegaer og sjefer også når det gjaldt tilrettelegging på arbeidsplassen.

Artikkel nr. 2; *"Træthed hos yngre færdigbehandlede brystkræftpatienter"* ønsker å belyse hvordan cancerrelatert tretthet hos ferdigbehandlede pasienter i yrkesaktiv alder griper inn i hverdagen deres i håp om at temaet blir vist mer interesse. Resultatene viser at den psykiske fatigue er verst. Trettheten kan komme plutselig og hvis deltakerne selv kan bestemme hva de skal gjøre når trettheten kommer, så kom de seg lettere gjennom hverdagen sin. De opplevde at jobben ikke var villige til å tilrettelegge for dem.

Artikkel nr 3; *"Evaluation of a Comprehensive Rehabilitation Program for Post- Treatment Patients with Cancer"*. Hensikten med studiene er å evaluere effekten av rehabiliteringsprogrammer hos pasienter som har fullført kreftbehandling. Det er med 36 deltakere som har hatt behandling for kreft, 27 av dem har hatt behandling for brystkreft. Rehabiliteringsprogrammet består av et 12 ukers program som inneholdt fysioterapi som ble

ledet av en fysioterapeut, psykoedukasjon som ble ledet av en spesialsykepleier og inneholdt informasjon om kreftrelaterte temaer, og individuell rådgivning. Resultatene viste god effekt på den psykiske og fysiske funksjonen som blant annet var bedring i den fysiske utholdenheten og de fikk redusert opplevelse av fatigue. Konklusjonen var at tverrfaglig rehabilitering bør bli en del av behandlingsplanen for de med kreft.

Artikkel nr 4; *"Rehabilitation of Breast cancer patients"*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ser på hva faggrunnet for rehabilitering av brystkreftpasienter bør inneholde ettersom midt- Norge skal bygge et rehabiliteringssenter som bygger på kunnskapsbasert praksis. 46 randomiserte studier ligger til grunn for resultatet som sier at fysisk aktivitet etter kreftbehandling reduserer fatigue.

Artikkel nr 5; *"Interventions to enhance return- to- work for cancer patients"*. Hensikten var å finne ut hvordan pasienter som har hatt brystkreft kommer seg raskest tilbake til jobb igjen. Studien viste at et tverrfaglig samarbeid som bestod av et fysisk,- psykologisk,-yrkesfaglig og medisinsk komponent gjorde at pasienter med brystkreft kom raskere tilbake til jobben igjen enn ved vanlig omsorg.

Artikkel nr 6; *"Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors"*. Hensikten med studien er å vurdere effektiviteten av flerdimensjonale rehabiliteringstilbud til kreftoverlevende for å lette utviklingen av evidensbaserte kreft rehabiliteringsprogrammer. Det er prostata,- og brystkreftpasienter som er inkludert. Rehabiliteringsprogrammet består av et fysisk ( utholdenhetstrening, vektkontroll, ernæring, symptomkontroll) og et psykososialt ( selvkontroll, måling av livskvalitet, angst, depresjon) komponent. Den flerdimensjonale rehabiliteringen hadde best effekt på den fysiske funksjonen. Den mest effektive behandlingsmåten var ansikt til ansikt kontakt med en profesjonell behandler supplert med minst en oppfølgingssamtale. Konklusjonen ble at flerdimensjonale rehabiliteringstilbud til kreftoverlevende har effekt.

## 2.4 Kildekritikk

Dalland (2012) sier at kildekritikk betyr å vurdere relevans og gyldighet på den litteraturen som er brukt som grunnlag i oppgaven. Når det gjelder forskning bør man også søke etter

forskning høyt oppe i kunnskapspyramiden fordi den forskningen er som hovedregel kvalitetsvurdert og oppsummert forskning (Nortvedt et al, 2012). Kildene nederst i kunnskapspyramiden er som regel enkeltstudier og da må man ha kunnskap om forskning, fortolkning og analyse for å vurdere troverdigheten av forskningen før man kan ta i bruk artiklene (Nortvedt et al, 2012). Artiklene som er nederst i pyramiden kan allikevel være en fordel å ha med i et litteraturstudie fordi de kan være originalartikler som ingen har reanalysert og evt. misforstått (Dalland, 2012, Nordtvedt et al, 2012) og de kan være av nyere dato og dermed av nyere forskningsfunn enn de oppsummerte forskningsartiklene (Dalland, 2012, Nordtvedt et al.). Derfor har jeg søkt i databaser som Cinahl og Svemed for å finne enkeltstudier og i Cochrane Library for å finne oversiktsartikler som omfavner mer i bredden. Jeg ser på det som en styrke på kvaliteten på litteraturen at jeg har med forskningsartikler som er systematiske oversiktsartikler (systematic reviews) fordi de skal oppsummere og sammenstille resultater av alle relevante studier som er gjort om temaet og setter det sammen og vurderer det i en artikkel (Nortvedt et al, 2012, Dalland, 2012). Derfor får jeg mange deltakere og mange forskningsartikler samlet i en artikkel. Hvis en systematisk oversiktsartikkel er riktig utført, skal den være tilnærmet objektiv (Dalland, 2012). Oversiktsartikler er sekundærstudier fordi det inneholder en tolkning av andres arbeider (Dalland, 2012). Jeg har funnet to systematiske oversiktsartikler i Cochrane Library. Cochrane Library er en database som lager systematiske oversikter om effekter av virkemidler i helsetjenesten og databasen ligger høyt oppe i kunnskapspyramiden (Nortvedt et al, 2012). Det som er svakheten med å bruke sekundærstudier er at det er andre som har tolket artiklene og kan ha misforstått innholdet. Jeg brukte ikke søkeordet nursing for å få økt fokus på kreftsykepleiens rolle da jeg søkte etter artikler i Cochrane Library. Jeg valgte allikevel å ta med artiklene fra Cochrane Library ettersom det er systematiske oversikter med mange deltakere som belyser problemstillingen min om hvordan rehabiliteringen til kreftoverlevende skal være.

Jeg har forsøkt å være bevisst på å velge forskning som er fra land som har lik kultur som Norge og som kan sammenstilles med det norske helsevesenet. Dette er land som Brussel, USA, England og Danmark fordi de tilhører den vestlige verden og har lik tenkemåte som Norge når det gjelder synet på sykdom og behandlingen av den.

To av forskningsartiklene viser et ulikt resultat på hvordan brystkreftoverlevende blir møtt og ivare tatt på jobben (Torp, Gudbergsson, Dahl, Fosså og Fløtten, 2011 og Hjöllund, Nørby og



Jørgensen, 2004). Den ene studien er liten med bare fem deltakere, men alle sammen er brystkreftoverlevende (Hjøllund, et al, 2004). Den andre undersøkelsen er på 1343 deltakere, men den inneholder ulike krefttyper (Torp, et al, 2011). Det kan være at studien med bare fem deltakere ikke er representativ fordi det er så få deltakere (Nordtvedt et al, 2012). Men samtidig inneholder den kun brystkreftoverlevende og i følge Fugelsnes, sier Dahl (2012) at kvinner med kreftrelatert fatigue opplever over tid redusert arbeidsevne og at de trenger ekstra med oppfølging i arbeidslivet (Fugelsnes, 2012). Ufra det Dahl sier i Fugelsnes (2012) kan det være at det er vanskeligere å tilrettelegge for brystkreftoverlevende og at det derfor er ulikt svar i undersøkelsene.

Svakheten med kvaliteten på noen av forskningsartiklene mine er at det finnes begrenset med dokumentasjon om effekten av rehabilitering av brystkreftpasienter og at det er publisert små studier om brystkreft og rehabilitering (Juvet et al.,2009). Noen av artiklene jeg bruker i oppgaven inneholder et lite utvalg pasienter. Det er nevnt i flere av forskningsartiklene at det er forsket for lite på hvor utbredt seneffekten fatigue er hos brystkreftpasienter og hvordan man best mulig skal rehabilitere denne pasientgruppen (Hjøllund et al, 2004, Juvet et al, 2009, Hanssens et al, 2011).

Cochrane Library har gjort uttømmende elektroniske søk fra langt tilbake i tid (bl.a helt tilbake til 1947). Jeg mener at mye har skjedd med den norske behandlingen etter 1947. Jeg har allikevel valgt å ta med disse to forskningsartiklene fordi det er store undersøkelser som inkluderer mange studier og mange pasienter. I tillegg er de uttømmende søkene utført fram til år 2012 og da har de fått med seg ny forskning også i resultatet sitt (Se litteratormatrisene som er vedlegg nummer 3 ).

Jeg har valgt å belyse hva kunnskapsbasert sykepleie er gjennom modellen til Skau (2011) fordi jeg synes hun legger vekt på flere aspekter rundt teoretisk kunnskap enn det Nordtvedt et al. gjør (2012). Skau (2011) sier at en sammensetning av fagstoff, lover, forskning, prosedyrer og hva andre kollegaer har sagt til deg og som jeg betrakter som en sannhet er med på å danne en teoretisk fundament. Det som Skau (2011) ikke nevner er viktigheten av brukermedvirkning i utøvelsen av kunnskapsbasert sykepleie. Der har jeg støttet meg til Nordtvedt et al. (2012).

Jeg har brukt en oversatt bok til norsk om Antonowsky og salutogenesen og jeg er klar over at oversetteren kan ha misforstått det Antonowsky har skrevet, men valgte allikevel å bruke den fordi den var på morsmålet mitt.

Styrken til min egen framgangsmåte er jeg har fått hjelp av en bibliotekar til det første søket i databaser. Det ser jeg på som er styrke fordi hun fortalte meg gode søkeord, hvordan bruke MESH-ord og hvilke databaser det var lurt å søke i. Det gjorde at jeg ble flinkere til å gjøre gode søk. Svakheten til min egen framgangsmåte er at jeg har norsk som morsmål og jeg har ikke så mye erfaring i å lese engelske forskningsartikler og de fleste forskningsartiklene er på engelsk. Det gjør at jeg kan misforstå innholdet i artiklene.

## 2.5 Ethiske overveielser

Noen av bøkene jeg har brukt er redaktørverk (Dalland, 2012). Det er redaktøren av boka som har valgt ut de ulike forfatterne utfra hvilke forfattere redaktøren syntes var viktig å ha med selv om det kan være andre forfattere med like eller andre synspunkter om emnet. Når jeg har brukt redaktørverk har jeg henvist til den som har skrevet kapittelet for å være tro mot kildene og for å bruke den nyeste kunnskapen om emnet (Dalland, 2012).

Henvisningene er gjort etter APA-standard.

Jeg har ikke nevnt navn på rehabiliteringsinstitusjoner eller på pasienter etter krav om anonymisering i Helsepersonelloven, § 21 (2013).

Mitt eget faglig ståsted som sykepleier, snart kreftsykepleier, vil påvirke innholdet i oppgaven fordi jeg har ”sykepleierbriller på”. Grunnen til at jeg mener det er at som sykepleier har man en litt annet fokus rundt sykdom, behandling og rehabilitering enn det andre yrkesprofesjoner kan ha, slik som for eksempel en ergoterapeut eller en fysioterapeut.

### 3. Teoretisk fundament

#### 3.1 Brystkreft

Brystkreft (cancer mammae) er den hyppigste kreftformen hos norske kvinner og utgjør 23% av alle krefttilfeller hos kvinner (Kåresen og Wist, 2012). Nye tilfeller av brystkreft i 2011 var 3094 kvinner (Kreftregisteret, 2011). Prognosen er god og 88,7% av alle pasienter som har fått brystkreft har overlevd fem år etter at de fikk diagnosen (Kreftregisteret, 2011).

##### 3.1.1 Årsaker

Det kan være flere årsaker til at man får brystkreft (Kåresen og Wist, 2012). En av dem kan være hvis man har blitt eksponert av østrogen over lengre tid (Kåresen og Wist, 2012). Eksempler på dette kan være hvis kvinnen får menstruasjon tidlig og kommer i overgangsalderen sent (Kåresen og Wist, 2012). Andre årsaker til å utvikle brystkreft kan være lite mosjon, overvekt, høyt forbruk av alkohol ( mer enn to glass rødvin hver dag), røyking, økende alder, har hatt brystkreft tidligere eller er arvelig belastet (Kåresen og Wist, 2012). Familiær opptreden ser man i 15-20% av tilfellene og det er en mutasjon i BRCA1 eller BRCA2 genet som da forårsaker brystkreften (Kåresen og Wist, 2012).

De to dominerende faktorene som avgjør prognoser og behandling av brystkreften er størrelsen på primærsvulsten og om det er noen spredning til lymfeknutene (Kåresen og Wist, 2012). For å få til en mest mulig riktig behandling har Helsedirektoratet, (Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft <Helsedirektoratet>, 2014) delt inn brystkreften etter størrelse på primærtumoren og hvor mye spredning det er til lymfeknutene. Inndelingen er en TNM klassifikasjon som består av fire ulike stadier utfra alvorlighetsgraden (Helsedirektoratet, 2014). Stadium 1 er operabel og består av en kul i brystet som er mindre enn 2 cm i diameter. Det er ingen spredning til lymfeknuter (Helsedirektoratet, 2014). I stadium 2 er tumoren mindre enn 5 cm i diameter og det er bevegelige axillære lymfeknutemetastaser (Helsedirektoratet, 2014).

I klasse 3 og 4 er kreften inoperabel (Helsedirektoratet, 2014). I klasse 3 trenger det ikke å være noen erkjent primærtumor. Tumoren kan ha direkte innvekst i hud eller brystvegg. Det kan være spredning til regionale lymfeknuter under axillen eller Clavivula.. Det er ingen fjernspredning (Helsedirektoratet, 2014).

I stadium 4 er det påvist fjernmetastasering (Helsedirektoratet, 2014).

I stadium 1 er overlevelsen på 96,1 % mens den i stadium 4 er på 21,1 % (Møller, Langmark, 2013).

Grunnen til at jeg beskriver disse stadiene er for å vise hva som skiller stadiene fra hverandre og hva stadium 1 og 2 innebærer ettersom det er pasienter som har hatt brystkreft i de to stadiene som jeg har med i oppgaven.

### 3.1.2 Symptomer

Symptomer på brystkreft kan være en kul i brystet, sekresjon fra brystvorten (blank eller blodtilblandet væske), inntrukket brystvorte eller forandringer i huden (appelsinhud eller rødflamme hud) (Kåresen og Wist, 2012).

### 3.1.3 Utredning og diagnostisering

Utredningen og diagnostiseringen foregår ved at det blir utført en trippeldiagnostikk som først består av palpasjon av brystene, aksillen og supraklavikulærregionen. Deretter er det billeddiagnostikk som blir utført ved hjelp av mammografi, ultralydundersøkelse og i noen tilfeller MR mammae (Kåresen og Wist, 2012). Den siste undersøkelsen i en trippeldiagnostikk er finnålsaspirasjonsscytologi (FNAC) eller grov nålsbiopsi der man tar en vevsprøve av tumoren for å se om det er maligne celler i den (Kåresen og Wist, 2012).

### 3.1.4 Behandling

Det er legen som bestemmer hvilken behandling som skal gis ut fra tumorstørrelse, spredningsmønster og hvilken type tumor det er (Kåresen og Wist, 2012) i samarbeid med pasienten som har medbestemmelsesrett (Pasientrettighetsloven, 2004).

I kurativ behandling er kirurgi førstevalget for å fjerne svulsten. Noen får utført mastektomi som er å fjerne hele brystet mens andre får brystbevarende kirurgi som vil si å ta vekk svulsten og det affiserte vevet mens resten av brystet blir bevart (Kåresen og Wist, 2012). For å redusere tilbakefall av sykdommen etter operasjonen blir det gitt en tilleggsbehandling som blir kalt adjuvant behandling (Kåresen og Wist, 2012). Det kan gis i form av cytostatikabehandling. Da er det kuren FEC som blir brukt som kurativ behandling. FEC består av tre stoffer, 5-fluorouracil, epirubicin og cyklofosfamid. Derav navnet FEC som er den første bokstaven i hvert virkestoff (Kåresen og Wist, 2012).

En annen adjuvant behandling er til kvinner som har tumorer som er hormonreseptorpositive (ER,- og/eller PgR-positive). De får tilbud om endokrin behandling med antiøstroget Tamoksifen over en fem års periode (Kåresen og Wist, 2012).

Den siste behandlingen som brystkreftpasienter kan få er strålebehandling.

Strålebehandlingen i kurativ hensikt blir gitt mot det området som har vært affisert av svulsten for å gi skader på DNA i kreftcellene slik at de vil dø (Kåresen og Wist, 2012).

Strålebehandlingen vil også gi skader på friskt vev, men de friske cellene har bedre evne til å reparere seg fordi de har reparasjonsmekanismene intakt. Hos kreftcellene er disse ødelagte eller fraværende (Kåresen og Wist, 2012). I kurativ behandling etter et operert bryst gis det 50 GY fordelt på 25 behandlinger med en stråledose på 2 GY per gang. Hos kvinner under 50 år gis det en tilleggsbehandling på 16 GY, som er 8 behandlinger (Kåresen og Wist, 2012).

Behandlingen tar 5 til 6,5 uker (Helsedirektoratet, 2014).

Etter at behandlingen er ferdig går pasientene til etterkontroller for å følge med på om det oppstår lokoregionalt residiv i det opererte brystet, ny tumor eller for å følge med på symptomgivende fjernmetastaser (Helsedirektoratet, 2014, Kåresen og Wist, 2012).

### 3.2 Kreftoverlevende

Kreftoverlevende er et sentralt begrep i oppgaven min. Det er et relativt nytt begrep fordi stadig flere overlever kreft dels fordi det er bedre kreftbehandling og fordi det er mer kreftbehandling å velge mellom (Møller, Langmark, 2013). Definisjon av kreftoverlevende er pasienter som har fått diagnosen kreft og som fortsatt er i live (Møller, Langmark, 2013). Kreftoverlevende etter brystkreft, brystkreftoverlevende, blir inndelt i kategorier etter hvor lenge de har levd etter at diagnosen ble stilt. Hvis man ser på brystkreft i alle stadier samlet er 96,9

% i live etter et år, etter fem år er 88,7 % i live og etter 10 år er 82% i live (Kreftregisteret, 2011). Over en fem års periode etter at diagnosen ble stilt er 98,9% i live i stadium 1, 89,1% i stadium 2, 72,2% i stadium 3 og 23,4% i stadium 4 (Kreftregisteret, 2011).

Kreftoverleverer er utsatt for bivirkninger etter den kurative behandlingen og det skilles mellom akutte bivirkninger som oppstår under og rett etter behandling og som avtar etter 3- 6 måneder etter avsluttet behandling, eller sene bivirkninger, seneffekter, som kan vedvare eller inntreffe flere måneder eller flere år etter at behandlingen er avsluttet (Fosså, Hølmekbakk, Smeland, Fosså, 2013). En av disse seneffektene er fatigue (Loge, 2013).

### 3.3 Fatigue

Fatigue er en av de hyppigste seneffektene som brystkreftpasienter opplever (Loge, 2013).

Fatigue stammer fra latin og brukes i engelsk dagligtale i betydningen trøtthet, utmattelse eller svekkelse ( Loge, 2013). Ordet har etter hvert kommet inn i norsk språk spesielt når man snakker om kreftpasienter.

Det finnes ikke objektive mål på fatigue og det er pasientens subjektive opplevelse av å være trøtt og mangle energi som legges til grunn når man skal definere fatigue (Loge, 2013).

Fatigue deles inn i to kategorier som er fysisk fatigue og mental fatigue (Loge, 2013).

Fysisk fatigue er opplevelsen av å være kroppslig sliten og mangle fysisk energi, en følelse av utmattelse (Loge, 2013).

Mental fatigue er den subjektive opplevelsen av å ha dårlig konsentrasjonsevne og sviktende hukommelse (Loge, 2013). I følge forskning er det den mentale fatigue som blir oppfattet som den verste typen av fatigue å ha blant kreftoverleverne fordi den er så framtrødende i form av for eksempel konsentrasjonsvansker og ordletingsvansker (Hjøllund et al, 2004).

Fatigue kan også inndeles etter når den startet og varigheten av den (Loge, 2013). Akutt fatigue kan man få under behandlingen av kreften eller like etterpå. Den vil reduseres ved hvile og den vil gradvis avta i styrke (Loge, 2013). Varigheten av fatigue er vanligvis fra 6- 18 måneder, men hos noen kan den vare over flere år (Loge, 2012). Hvis fatigue har varighet på seks måneder eller lengre blir det kalt kronisk fatigue og på den typen hjelper det ikke kun å hvile for å redusere fatigue (Loge, 2013). Det er vanlig at pasienter med kronisk fatigue har hypersomni, som vil si at søvnlegden er økt, og at de har en følelse av slitenhet etter

oppvåkning (Loge, 2013). I følge Fugelsnes, sier Dahl (2012) at kvinner rammes oftere av fatigue enn det menn gjør uten at man vet årsaken til det.

Årsakene til fatigue er ukjente (Schjølberg, 2010). Men det kan være en sammenheng mellom opphopning av intercellulære avfallsstoffer og nedbrytningsprodukter fra tumor som hoper seg opp i kroppen og gir fatigue (Schjølberg, 2010). En annen teori kan være at en kombinasjon av ulike faktorer som for lite ernæringsinntak, bekymringer, stress, endring i livssituasjon, søvnkvalitet og nedsatt immunforsvar som følge av behandlingen kan bli så mye tilsammen at kroppen reagerer med fatigue (Schjølberg, 2010).

Loge (2013) har en teori på at pasienter som har lett for å bli bekymret, er engstelige av natur eller har nedsatt stemningsleie lettere kan få en opplevelse av fatigue.

En tidsskriftartikkel hevder at helsepersonell vet for lite om kreftrelatert fatigue og at det gjør at pasienter som har fått kreftbehandling får for lite informasjon om det (Balci, 2012). Det skaper frykt og unødvendige bekymringer (Balci, 2012). Et undervisningsopplegg med informasjon spesielt rettet mot kreftrelatert fatigue gav mindre tretthet enn hos de pasientene som mottok vanlig generell informasjon (Balci, 2012).

### 3.4 Mestringsbegrepet.

Når en pasient har en opplevelse av fatigue etter en brystkreftbehandling kan vedkommende ha behov for å lære nye mestringsteknikker for å klare å redusere opplevelsen av fatigue (Reitan, 2010).

Reitan (2010) sier at Lazarus og Folkman ser på mestringsbegrepet som;

*”Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/ eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet” ( Reitan, 2010, s 84).*

Reitan (2010) sier at Lazarus mener at når en person står ovenfor en mestringsutfordring blir situasjonen vurdert utfra tre nivåer (Reitan 2010). Lazarus i Reitan (2010) sier at det første nivået er en primærvurdering som skjer umiddelbart og følelsene man får kommer an på hvordan situasjonen oppleves i forhold til ens velvære, selvfølelse, verdier og mål(Reitan, 2010).

Sekundærvurderingen er i følge Lazarus i Reitan (2010); hvilke ressurser personer har for å klare å mestre situasjonen og hvilke følelser som oppstår i forhold til den utfordringen man står ovenfor (Reitan, 2010). Det tredje nivået er revurderingen som blir gjort etter at mestringsforsøket er gjennomført. Da blir det gjort opp en totalvurdering om mestringsstrategien var vellykket eller ikke; i følge Lazarus i Reitan, (2010).

De mestringsstrategiene som i følge Lazarus og Folkman blir brukt er en problemorientert mestring og en emosjonsorientert mestring ( Reitan, 2010). I den problemorienterte mestringen går personen aktivt inn i problemet og forsøker å løse det mens i den emosjonsorienterte mestringen prøver personen heller å endre opplevelsen av situasjonen enn å endre selve situasjonen (Lazarus og Folkman i Reitan, 2010).

Alle mestringsstrategier et menneske bruker, har som formål å hjelpe personen til å bevare sitt selvbilde, finne mening og oppleve kontroll på de ytre og indre kravene man står ovenfor (Antonowsky, 2013). Denne tankegangen gjenspeiler seg i Antonowskys salutogense modell der det blir fokusert på det friske i mennesket og på faktorer som fremmer helse, som for eksempel å se på hvilke ressurser personen selv har, fremfor å fokusere på sykdommen og faktorer som forårsaker sykdom som er et patogenetisk syn (Antonowsky, 2013).

Antonowsky (2013) mener mestringsbegrepet består av begripelighet som vil si at det er helt avgjørende at mennesket må forstå situasjonen. Mestringsbegrepet skal være håndterbart som vil si at personen skal føle kontroll over situasjonen ved at den har tilstrekkelig med ressurser til å takle utfordringen. Og mestringsbegrepet skal bestå av mening for at personen skal føle seg deltakende i de prosessene som omfatter vedkommende og for å få en opplevelse av sammenheng (Antonowsky, 2013). Forskingen understøtter viktigheten av disse tre komponentene i mestringsbegrepet ( Hanssens et al, 2011).

### 3.5 Veiledning

For å oppnå mestring hos en brystkreftoverlever med en opplevelse av fatigue må det noen ganger til en veiledningsprosess som er en av kreftsykepleierens kompetanseområder (Tveiten, 2012 og Rammeplan for videreutdanning i kreftsykepleie, 2005). Veiledning er en form for samhandling via en dialog mellom en yrkesutøver ,kreftsykepleieren, og pasienten der hensikten med veiledningen er å styrke pasientens kompetanse til mestring over egen



helse ved å styrke pasientens ressurser (Tveiten, 2012). Veiledning er ikke en uformell samtale, men en pedagogisk samtale som gis av en profesjonell yrkesutøver og innebærer at pasienten skal få assistanse til å mestre noe gjennom å fremme læring og utvikling (Tveiten, 2010). Veiledningen er basert på at pasienten selv har løsningen, men at kreftsykepleieren skal legge til rette for at pasienten finner ut hvilke ressurser, muligheter og hvordan brystkreftoverleveren skal ta i bruk dem for å oppnå bedre helse (Tveiten, 2012). Det er også mulig at kreftsykepleieren må tilføre ny kunnskap til pasienten gjennom veiledning for at det skal skje en mestringsprosess (Tveiten, 2012). Et viktig begrep i veiledningen er medbestemmelse der tanken er at pasienten er ekspert på seg selv og vet hvor ”skoen trykker” (Tveiten, 2012). Medbestemmelse handler om en maktfordeling der pasienten skal ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse for å oppnå mestring (Tveiten, 2012). Pasientens medbestemmelsesrett er også nedfelt i Pasientrettighetsloven, 2014 og Helsepersonelloven, 2014).

I en veiledningsprosess bør kreftsykepleieren vise at hun er aktivt lyttende ved å vise at hun er interessert i det pasienten sier og stiller relevante spørsmål for på den måten å skape rom for en samtale preget av nærhet, tillit, respekt og tid for å få til et samarbeid (Tveiten, 2012). Samtalen som foregår som en dialog bør inneholde utvekslinger om pasientens situasjon, symptomer, behandling og erfaringer (Tveiten, 2012). Samtalen bør være basert på kunnskap fra sykepleierens side for at pasienten skal få en bevisstgjøring, oppnå utvikling og læring (Tveiten, 2012). Kunnskapen fra sykepleieren kan være fagkunnskap om sykdommen, behandlingen eller en situasjonsforståelse (Tveiten, 2012). Veiledningen foregår ofte i små grupper eller i en- til – forhold (Reitan, 2010). I følge forskningen har veiledning gitt ansikt til ansikt av en profesjonell pleier supplert med minst en oppfølgingsamtale god effekt på mestringsfølelsen (Mills et al, 2009).

### 3.6 Kreftsykepleierens fundament.

Som kreftsykepleier skal man arbeide etter de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som ligger i bunnen av all sykepleie (2013). De yrkesetiske retningslinjene sier blant annet at; ”Sykepleie skal bygge på omsorg, barmhjertelighet, respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert” (YES, 2013, s 7).

For at sykepleien skal være kunnskapsbasert har kreftsykepleieren et faglig, juridisk og etisk ansvar som tilsammen inneholder kreftsykepleierens fundament, i følge rammeplanen for

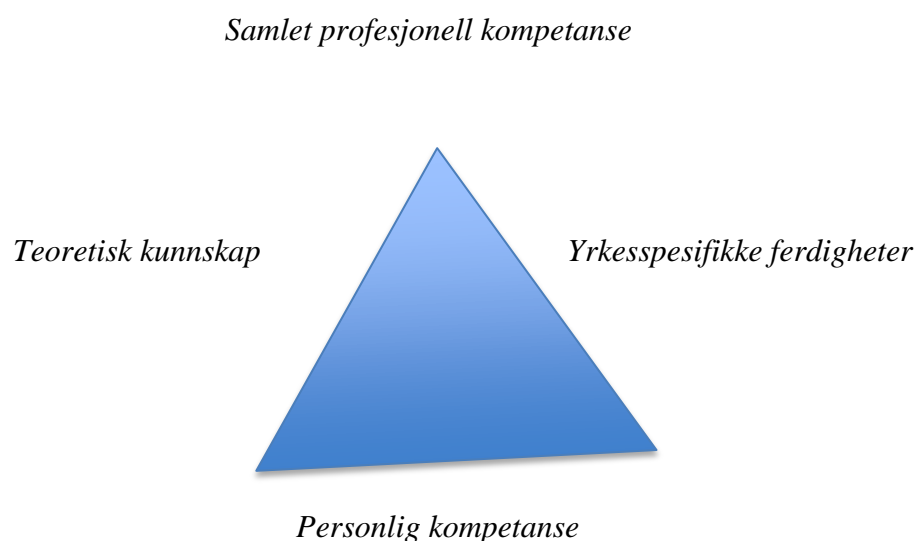
videreutdanning i kreftsykepleie (2012-2014) som igjen bygger på kravene fra utdannings,- og forskningsdepartementet (2005) og de yrkesetiske retningslinjene (2013).

På den måten kan kreftsykepleieren være kritisk reflekterende, evaluere og kvalitetssikre sitt eget arbeid (YES, 2013). Det vil føre til at kreftsykepleieren videreutvikler den personlige og faglige kompetansen som kreftsykepleier og kan ivareta pasienten på en best mulig måte utfra forsvarlighetskrav (Helsepersonelloven, 2013 og YES, 2013). Forsvarlighetskravene innebærer at helsepersonell skal bruke forskning og oppdatert kunnskap for å øke kvaliteten og troverdigheten på tjenesten (Nortvedt et al, 2012) og for at pasienten skal kunne få det nyeste og beste innen behandling (Helsepersonelloven 2013).

En god kreftsykepleier arbeider med hodet, hjertet og hånden, sier Karoliussen, (2011). Da bruker kreftsykepleieren den kunnskapen hun besitter tilpasset den aktuelle pasientsituasjonen, hun arbeider med hjertet ved å bruke empati og medfølelse og hun bruker hendene riktig i arbeidet sitt for å vise omsorg. Derav uttrykket; ”Et godt håndlag” (Karoliussen, 2011). Disse tre komponentene bygger på kunnskapsbasert sykepleie og kan belyses i en modell laget av Skau (2011) .

Modellen, samlet profesjonell kompetanse, består av tre sider som er; *teoretisk kunnskap*, *yrkesspesifikke ferdigheter* og *personlig kompetanse*.

Figur nr 1.



(Skau, 2011, s 58).

### 3.6.1 Teoretisk kunnskap

Teoretisk kunnskap består av all kunnskap man har som kreftsykepleier gjennom fagstoff, prosedyrer, forskning, lovverk eller det kan være hva kollegaer har sagt til deg og som du betrakter som en sannhet (Skau, 2011). Teoretisk kunnskap foreldes raskt og som kreftsykepleier må man hele tiden lete etter det nyeste innen forskningen for å holde seg faglig oppdatert (Skau, 2011).

### 3.6.2 Yrkesspesifikke ferdigheter

Yrkesspesifikke ferdigheter dreier seg om praktiske ferdigheter, teknikker og metoder man bruker innenfor sykepleien (Skau, 2011). Kreftsykepleieren kan ha en behandlende,-, lindrende,- rehabiliterings,- forebyggende,-veilednings,- eller en undervisningsfunksjon overfor pasienter, pårørende eller kollegaer (Utdannings,- og forskningsdepartementet, 2005).

Teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter er de to begrepene som fagkunnskap består av (Skau, 2011). Kreftsykepleieren må ha nok fagkunnskap for å klare å ta seg av pasienten med kreft og dens behov på en forsvarlig måte for å jobbe kunnskapsbasert (Helsepersonelloven, 2013, Nordtvedt et al, 2012). I tillegg til fagkunnskap handler også kunnskapsbasert praksis om brukermedvirkning (Nordtvedt et al, 2012) Brukermedvirkning betyr at kreftsykepleieren skal legge til rette for å møte individuelle behov og gjøre gode beslutninger i samarbeid med pasientene fordi det er pasientene det handler om (Nordtvedt et al, 2012, Helsepersonelloven, 2013).

Kreftsykepleieren har også taushetsplikt, dokumentasjonsplikt over observasjoner og behandling som er utført og plikt til å ta hensyn til pasientens medbestemmelsesrett som går innunder den juridiske funksjonen (Helsepersonelloven, 2013).

Det som kjennetegner en dyktig kreftsykepleier som fagperson, i følge Karoliussen (2011) er en kreftsykepleier som er kunnskapsrik, selvbevisst, selvstyrt, handlekraftig, lydhør, lyttende, nær og personlig. Men det innebærer ikke at kreftsykepleieren er utlært, selvgod, egenrådig, overstyrende, underdanig, tafatt, påtrengende eller privat (Karoliussen, 2011).

### 3.6.3 Personlig kompetanse

Personlig kompetanse er den siste begrepet på modellen til Skau (2011) og den handler om hvem vi er som personer, både overfor oss selv og i samspillet med andre personer. Hvordan vi opptrer tar utgangspunkt i personligheten vår og erfaringer vi har gjort oss (Skau, 2011). Her kommer evnen til å vise empati inn, innlevelse og graden av oppmerksomhet i pasientsituasjoner (Skau, 2011) Kreftsykepleieren skal vise respekt for pasientenes ressurser, opplevelse av å ha en kreftsykdom og gjennomgå behandling av denne (Utdannings,- og forskningsdepartementet, 2005). Det er den etiske funksjonen (Skau, 2011) og den samsvarer med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleierne (2013) der det heter at; *”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet”* ( YES, 2013, s 7).

### 3.7 Rehabilitering.

Det overordnede målet for all rehabilitering er å bidra til at pasienten kan klare seg lengst mulig hjemme og kunne være en aktiv deltaker i dagliglivet, arbeidslivet og i samfunnslivet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator <Helse,- og omsorgsdepartementet>, 2011)

Hvis brystkreftoverleveren har mangel på ressurser og kunnskaper for å redusere redusere opplevelsen av fatigue må det til en rehabiliteringsprosess (Gudbergsson, 2010).

Rehabiliteringsprosessen er tidsrommet fra en person får en sykdom til hun er kurert og er tilbake igjen i hverdagen og i arbeids, og familielivet (Gudbergsson, 2010). Selv om medisinsk behandling har ført til kurasjon kan man fortsatt ha nedsatt funksjonsevne både fysisk, psykisk og sosialt på grunn av gjennomgått behandling etter sykdom (Gudbergsson, 2010). Med helhetlig rehabilitering forstås det som:

*Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for oppnå best mulig funksjons,- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i samfunnet ( Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2011 s 2).*

Tilbudet må tilpasses den enkelte pasient og i enkelte situasjoner kan det være aktuelt med veiledning fra flere aktører i et tverrfaglig samarbeid for å rehabilitere pasienten (Gudbergsson, 2010).

### 3.7.1 Tverrfaglig samarbeid.

Rehabiliteringen kan gjøres tverrfaglig som vil si at flere yrkesgrupper jobber sammen i et fellesskap mot en syntese på tvers av faggransene med en basis i felles plan og målsetting (Gudbergsson, 2010). Hvilke faggrupper som deltar i et tverrfaglig samarbeid er avhengig av pasientens behov til enhver tid (Gudbergsson, 2010). Det kan for eksempel være en fysioterapeut og en kreftsykepleier som samarbeider for å redusere opplevelsen av fatigue hos en brystkreftoverlever. Forskningen viser at et tverrfaglig samarbeid har god effekt på å redusere opplevelsen av fatigue hos brystkreftoverlevende ( Juvet et al, 2009, Mills et al, 2009, De Broer et al, 2010, Hanssens et al, 2011).

I et tverrfaglig samarbeid er det for eksempel kreftsykepleieren, som har primæransvaret for pasienten og koordinerer samarbeidet mellom faggruppene aktivt. Alle i samarbeidsgruppen holdes orientert og forholder seg til de felles mål og planer som er avklart som utgangspunkt for samarbeidet til enhver tid (Gudbergsson, 2010). Dette samarbeidet kan bli skrevet ned i en individuell plan for å kvalitetssikre arbeidet (Gudbergsson, 2010).

### 3.7.2 Individuell plan.

I Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) står det at pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse,- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan og helsepersonell har plikt til å delta i arbeidet med individuell plan hvis pasienten har behov for det (Pasientrettighetsloven ,2013, Helsepersonelloven, 2014, lov om kommunale helse,- og omsorgstjenester, 2014).

Det er ingen definisjon på hva langvarige behov er, men Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011) antyder et tidsaspekt på 2 mnd eller mer, men det er igjen behovet for koordinering som bestemmer.

Formålet med en individuell plan er å bidra til at pasienten får et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud samtidig som pasientens brukermedvirkning blir ivaretatt fordi pasienten er med på å avklare de behovene og målene vedkommende har (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, Gudbergsson, 2010, Slettebø og Madsen, 2012). Individuell plan skal også bidra til å øke samhandlingen og ansvarliggjøre tjenesteyterne rundt pasienten samtidig som pasienten vet hvem som har ansvaret for hva (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, Slettebø og Madsen, 2012, Gudbergsson, 2010).

Pasienten skal samtykke i at det skal utarbeides en individuell plan og vedkommende har rett til å være med å utarbeide den fordi det er pasientens plan (Pasientrettighetsloven, 2013, forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Det er koordinerende enhet i kommunen som har overordnet ansvar både for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning med koordinator (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, Lov om kommunale helse,- og omsorgstjenester , 2014).

En individuell plan skal inneholde en oversikt over pasientens mål, ressurser og hvilke behov vedkommende har. Det skal være en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen og hvem som er koordinator. Det skal være en oversikt over hva pasienten, evt. pårørende og tjenesteyterne skal bidra med og hvem som har ansvaret for hvert tiltak, Det skal være en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres og innenfor hvilket tidsrom det skal skje. Det skal også fastsettes en evalueringsdato på innholdet i den individuelle planen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, Gudbergsson, 2010).

Det påpekes fra Helsedirektoratet ( Rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft- kartlegging og anbefalinger <Helsedirektoratet>, 2012) at individuell plan ikke blir benyttet så mye som det burde når det jobbes med tverrfaglig rehabilitering.

#### 4. Drøfting: Hvordan kan kreftsykepleieren i et tverrfaglig samarbeid bidra til å utvikle nye mestringsstrategier hos en brystkreftoverlever for å redusere opplevelsen av fatigue?

I følge Kreftregisteret fra 2011 var det 3094 kvinner i Norge som fikk nyoppdaget brystkreft. Den pasientgruppen jeg skriver om er mellom 55-65 år og var i en yrkesaktiv alder inntil de fikk en opplevelse av fatigue som en seneffekt etter brystkreftbehandlingen.

I alderen 55-59 år var det 353 nye brystkrefttilfeller i året og i alderen 60-64 år var det 423,6 nye brystkrefttilfeller i året (Kreftregisteret 2008-2012). I brystkreft, stadium 1 er 98,9% i live fem år etter at diagnosen ble stilt og i brystkreft stadium 2 er 89,1% i live fem år etter de fikk diagnosen brystkreft (Kreftregistret, 2011).

Det vil si at de fleste som får brystkreft i stadium 1 eller 2 overlever sykdommen og blir en brystkreftoverlever (Møller, Langmark, 2013). Brystkreftbehandlingen kan gi seneffekter og en av de hyppigste seneffektene er fatigue (Loge, 2013). Det er lite med forskning på hvor mange brystkreftoverlevende som rammes av fatigue og det er lite med dokumentasjon på hvor mange brystkreftoverlevende som har behov for rehabilitering (Helsedirektoratet, 2012).

Men det er anslått at ca 30-40% av alle kreftoverlevende har et udekket behov for tverrfaglige eller individuelle rehabiliteringsforløp (Helsedirektoratet, 2012). Rehabiliteringen kan foregå inne på en rehabiliteringsinstitusjon som er mitt arena og som jeg har tenkt å bruke som utgangspunkt i drøftingen min.

Ettersom det ikke er dokumentert sikre årsaker på hva fatigue kommer av er det ikke så enkelt å sette inn behandling, men forskningen jeg har funnet tilsier at tverrfaglig rehabilitering er den beste fremgangsmåten på å redusere opplevelsen av fatigue hos brystkreftoverlevende slik at de kanskje kan klare å komme tilbake til yrkeslivet igjen (De Broer et al, 2010, Mills et al, 2009, Juvet et al, 2009, Hanssens et al, 2011). Grunnen til at forskningen jeg har funnet har kommet fram til det svaret er at i tre av artiklene var det utført randomiserte studier som så på resultatene fra den gruppa som fikk tverrfaglig rehabilitering kontra den gruppen som mottok tradisjonell behandling. Det viste seg at den gruppa som mottok tverrfaglig rehabilitering oppnådde best effekt på å redusere opplevelsen av fatigue (Juvet et al, 2009, De Broer et al, 2010, Mills et al, 2009)

Drøftingsdelen min er delt inn i fire deler. Punkt 4.1 innebærer hvem som kan være med i et tverrfaglig samarbeid overfor gruppen brystkreftoverleverer og hvorfor jeg mener det.

Punkt 4.1.1 inneholder bruk av individuell plan for å kvalitetssikre arbeidet etter Pasientrettighetsloven, ( 2013) og Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011).

Punkt 4.1.2 Handler om fysisk aktivitet og punkt 4.1.3 handler om veiledning fra kreftsykepleieren.

Til slutt i drøftingsdelen ønsker jeg å belyse de ekstra utfordringene det kan se ut som brystkreftoverleverer med fatigue har med å komme tilbake til arbeid (Fugelsnes i Dahl, 2012). Grunnen til at jeg vil gjøre det er fordi det er et aktuelt tema i samfunnet vårt ettersom de fleste som blir rammet av brystkreft er i yrkesaktiv alder (Kreftregisteret, 2008-12, Kåresen og Wist, 2012) og 89,1%- 98,9% av de pasientene som blir behandlet for brystkreft i stadium 1 og 2 overlever fem år etter at diagnosen ble stilt (Kreftregisteret, 2011). Og fatigue er en av de vanlige seneffektene etter brystkreftbehandling (Loge, 2013). Derfor er det viktig at de brystkreftoverlevererne som har behov for bistand får oppfølging av helsepersonell i form av rehabilitering for å klare å komme tilbake i arbeidet sitt (Fugelsnes, 2012).

#### 4.1 Tverrfaglig samarbeid

Et tverrfaglig samarbeid skal bestå av flere profesjonelle aktører som skal samarbeide om å rehabilitere brystkreftoverleveren (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Målet med rehabiliteringen er ikke å gjøre brystkreftoverleveren frisk av fatigue fordi fatigue kan vare i flere år (Loge, 2013). Målet blir å redusere fatigue ved å ta i bruk nye mestringsstrategier (Gudbergsson, 2010). På sikt kan det medføre at brystkreftoverleveren klarer å komme tilbake til yrkeslivet (Gudbergsson, 2010). Å utvikle nye mestringsstrategier kan gjøres ved å mobilisere brystkreftoverleverens egne ressurser og ved å tilføre nye ressurser utenfra i form av bevisstgjøring eller å tilføre nye kunnskaper (Gudbergsson, 2010). Eksempler på dette kommer jeg tilbake til senere i drøftingsdelen.

Litteraturen (Loge, 2013), forskningen (Hanssens et al, 2011, Mills et al, 2009, Juvet et al, 2009 ) og Helsedirektoratet (2012) er samstemte når de nevner at fysioterapeuten og kreftsykepleieren i et tverrfaglig samarbeid har best effekt på å redusere opplevelsen av fatigue hos en brystkreftoverlever. Fysioterapeuten kan tilby utholdenhetstrening og kreftsykepleieren bruker sin faglige innsikt og holdning til å veilede brystkreftoverleveren



med å definere behovet sitt, ressurser sine og til å oppnå nok kunnskap og ferdigheter til å løse det (Reitan, 2010).

For å få til dette kan det være en fordel å bruke individuell plan ( Gudbergsson, 2010).

#### 4.1.1 Individuell plan

Hvis brystkreftoverleveren skal ha langvarige og koordinerte tjenester har hun rett på en individuell plan og helsepersonellet har plikt til å være med å utarbeide den (Pasientrettighetsloven, 2013, Helsepersonelloven, 2014, lov om kommunale helse,- og omsorgstjenester, 2014 og forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Hva som betegnes som langvarig er ikke beskrevet, men det er antydning et tidsaspekt på 2 måneder eller mer som kan betegnes som langvarig (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

Kronisk fatigue kan vare over mange måneder og opptil år (Loge, 2013). I tillegg har brystkreftoverleveren behov for koordinerte tjenester av en fysioterapeut og en kreftsykepleier (Loge, 2013) Derfor er både tidsaspektet og koordinerte tjenester innenfor kriteriene ved å opprette og ta i bruk individuell plan (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). En individuell plan er pasientens plan og selv om den individuelle planen blir opprettet inne på en rehabiliteringsinstitusjon kan brystkreftoverleveren ta med seg den hjem og benytte den der (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011).

En individuell plan vil også kvalitetssikre tjenesten som blir gitt til brystkreftoverleveren ved at alle parter blir ansvarliggjort på arbeidsoppgavene sine, pasienten vet hvem hun skal forholde seg til, det blir skrevet ned et mål for rehabiliteringen, kartlagt hvilke ressurser pasienten har og satt i gang tiltak med en evalueringsdato (Gudbergsson, 2010).

For at en individuell plan skal fungere er det avhengig av at pasienten har tillit til de som er med i den individuelle planen for at det skal foregå en samhandling mot felles mål og at tjenesteyterne i den individuelle planen snakker til pasienten på et forståelig språk slik at vedkommende blir inkludert og vet hva det er snakk om (Slettebø og Madsen, 2012).

En individuell plan er pasientens plan og den må ønskes av pasienten før den opprettes (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Brystkreftoverleveren må samtykke i at

hun er enig i at det opprettes en individuell plan og hun har rett til å være med på å utvikle den ettersom det er hennes personlig plan (Pasientrettighetsloven, 2013, Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Ved å bruke individuell plan blir pasientens medbestemmelsesrett ivarettatt (Pasientrettighetsloven, 2013) Det er brystkreftoverleveren som vet ”hvor skoen trykker” og rehabiliteringen blir ikke vellykket hvis ikke yrkesutøverne og brystkreftoverleveren har samme oppfatning av hva som er målet og hvordan man skal nå det (Gudbergsson, 2010).

Hvis kreftsykepleieren og fysioterapeuten i det tverrfaglige samarbeidet lar brystkreftoverleveren ha brukermedvirkning i den individuelle planen som omfatter henne vil det også føre til mestring fordi da blir rehabiliteringen begripelig fordi pasienten forstår hva som skal skje ettersom hun har vært med på å utvikle målene (Antonowsky, 2013). Planen blir håndterbar fordi brystkreftoverleveren har sagt i fra hvilke behov og ressurser hun har (Antonowsky, 2013). Og planen gir mening når brystkreftoverleveren har vært deltakende i å bestemme hvordan rehabiliteringen skal være (Antonowsky, 2013). Det vil gi mestring fordi da vil hun ha tro på at hun klarer å gjennomføre målene, endre atferd og lykkes med rehabiliteringen (Antonowsky, 2012).

De kartleggingsområdene hos brystkreftoverleveren som kreftsykepleieren kan se på i arbeidet med å opprette en individuell plan er behovene, ressursene, målene og tiltak (Gudbergsson, 2010).

Når det gjelder behovet kan kreftsykepleieren spørre brystkreftoverleveren når opplevelsen av fatigue er størst og om den varierer i løpet av døgnet? (Loge, 2013).Hva er det som gjør at fatigue er størst da og er det noen energityver det kan gjøres noe med? (Loge, 2013). Det kan være en fordel å oppfordre pasienten til å skrive dagbok der hun registrerer når hun blir sliten, hva hun gjorde like før hun ble sliten og hvordan hun løste det når hun ble sliten (Schjølberg, 2010). Det øker bevisstheten rundt årsakene til når fatigue kommer og hvordan hun mestrer fatigue (Schjølberg, 2010).

Deretter kan kreftsykepleieren se på hvilke ressurser brystkreftoverleveren har og hvilke hun mangler (Gudbergsson, 2010). Hvordan løser brystkreftoverleveren fatigue når den er fremtredende? (Loge, 2013).

Det siste kartleggingsområdet er pasientens mål og tiltak i henhold til målet (Gudbergsson, 2010). Målet her er å redusere opplevelsen av fatigue. Det kan være kortsiktige mål som går

på hva pasienten må eller ønsker å gjøre i løpet av en dag, eller det kan være langsiktige mål som kan vente til pasienten har energi og vilje til å gjennomføre dem (Schjølberg, 2010). Det er viktig at målene er gjennomførbare og realistiske for at pasienten ikke skal oppleve skyld, stress eller utmattelse hvis hun ikke klarer å realisere dem (Schjølberg, 2010).

Tiltaket blir å utvikle nye mestringsstrategier. For å få til det kan brystkreftoverleveren komme inn på en rehabiliteringsinstitusjon for å få en tverrfaglig oppfølging. Fordi i følge forskning (De Broer et al, 2010, Mills et al, 2009, Hanssens et al, 2011 og Juvet et al, 2009) og litteraturen har et tverrfaglig samarbeid bestående av en fysioterapeut og en kreftsykepleier best resultat på å redusere opplevelsen av fatigue (Loge, 2013 og Schjølberg, 2010).

#### 4.1.2 Fysisk trening.

Det som fysioterapeuten kan bidra med er fysisk trening, spesielt utholdenhetstrening har god effekt på å redusere opplevelsen av fatigue (Schjølberg, 2010). Eksempler på utholdenhetstrening er sykling, aerobic, svømming og turgåing (Schjølberg, 2010). Det har bedret pasientens fysiske funksjon og redusert opplevelsen av fatigue, (Schjølberg, 2010). Treningen bør foregå over flere måneder, men i følge Loge, (2013) er det usikkert om treningen er effektiv om den går over lengre tid enn noen måneder fordi det er små og kortvarige studier som er utført på denne gruppe pasienter. Dette er også forskningen jeg har funnet enig i ,(Juvet, et al, 2011 og Hanssens et al, 2011). Den ene studien jeg har funnet går over 12 uker og bestod av aerobic trening og styrketrening (Hanssens et al, 2011). ). Den fysiske treningen ble utført tre ganger i uka med en varighet på 60 min hver gang og treningen bidro til å redusere opplevelsen av fatigue (Hanssens et al, 2011).

Grunnen til at treningen bør ledes av en fysioterapeut er at treningen bør tilpasses individuelt slik at brystkreftoverleverne kan gjennomføre hele programmet uten å få en symptomforverring i etterkant av treningen eller at pasientene må avbryte programmet midtveis (Loge, 2012). Hvis det skjer er treningen like nedbrytende som det fatigue i seg selv er (Loge, 2013). Etter treningen kan pasientene sette seg ned for å hvile, men de skal ikke legge seg for å sove fordi det er viktig å opprettholde en jevn døgnrytme for å redusere fatigue (Loge, 2012).

For at kreftsykepleieren skal samarbeide med fysioterapeuten i et tverrfaglig samarbeid kan hun motivere, støtte og informere om viktigheten av å trene for å redusere opplevelsen av fatigue (Tveiten, 2012). Det kan gjøres gjennom en veiledning fra kreftsykepleieren (Tveiten, 2012).

#### 4.1.3 Veiledning

Veiledningen som blir utført av kreftsykepleieren bygger på kunnskapsbasert praksis (Skau, 2011). Kreftsykepleieren bør veilede utfra det nyeste innenfor forskning og gjennom litteraturen fordi teoretisk kunnskap foreldes raskt (Nordtvedt et al, 2012). Det kan bety at når kreftsykepleieren skal tilføre ny kunnskap til brystkreftoverleveren bør kreftsykepleieren ha lest seg opp på det nyeste innenfor forskning, for eksempel at utholdenhetstrening er den beste aktiviteten for å redusere opplevelsen av fatigue (Hanssens et al, 2011).

Veiledningen kan være utfra en støttende funksjon, motiverende funksjon eller informativ funksjon (Tveiten, 2012). Det kommer an på hva pasientene trenger (Tveiten, 2012).

Veiledningen består av en pedagogisk samtale der samtaleformen er en dialog (Reitan, 2010). Veiledningen tar utgangspunkt i at pasienten selv har løsningen, men at kreftsykepleieren skal hjelpe pasienten med å se løsningen gjennom en læringsprosess (Tveiten, 2012).

Veiledningen kan foregå i små grupper eller som en til en veiledning (Tveiten, 2012).

Forskningen sier at den mest effektive behandlingsmåten er en til en veiledning supplert med minst en oppfølgingssamtale (Mills, et al, 2009).

I veiledningen er det viktig med en god relasjon mellom kreftsykepleier og pasient som er preget av tillit og trygghet gjennom å vise at man er lyttende og interessert i det pasienten har å fortelle (Reitan, 2010, Tveiten, 2012 og Karoliussen, 2011). Samtalen skal også bære preg av at kreftsykepleieren har tid for at pasienten skal åpne seg og at kartleggingen av pasientens ressurser, behov, mål og tiltak skal bli tilfredsstillende (Reitan, 2010, Tveiten, 2012).

Kreftsykepleieren må stille åpne og utdypende spørsmål som får pasienten til å fortelle (Reitan, 2010).

Veiledningsområdene som brystkreftoverleveren trengte veiledning på av en kreftsykepleier ble kartlagt i den individuelle planen i samarbeid med brystkreftoverleveren utfra hvilke behov, ressurser, mål og tiltak pasienten har (Gudbergsson, 2010). Her var målet å redusere opplevelsen av fatigue og tiltaket ble å utvikle nye mestringsstrategier.

Det som viser seg å ha god effekt på fatigue hos brystkreftoverleverne var å tilføre nye kunnskaper om blant annet hva fatigue er og viktigheten av å trene for å redusere fatigue ( Hanssens et al, 2011). Det gjorde at brystkreftoverleverne skjønnte at det ikke var en forverring av sykdommen eller at de ikke var i ferd med å utvikle demens som gjorde dem så utmattet og ukonsentrerte (Hanssens et al, 2011).

Jeg har et erfaringsbasert eksempel som omhandler en brystkreftoverlever med psykisk fatigue og som hadde problemer med å konsentrere seg og glemte lett ting. Hun hadde derfor fått et råd om at hun skulle skrive ned på en lapp det hun ikke skulle glemme. Hun gjorde som hun ble bedt om og skrev ned det som hun ikke skulle glemme på en lapp. Men da hun skulle finne igjen lappen, så husket hun ikke hvor hun hadde lagt den. Hun ble redd for at hun var i ferd med å utvikle demens fordi hun hadde for lite kunnskaper om hva fatigue er.

I litteraturen er det nevnt at sykepleiere undervurderer graden av fatigue og problemene knyttet til dem (Schjølberg, 2010). Det resulterer i at brystkreftoverleverne får for lite informasjon fra kreftsykepleiere om hva fatigue er (Schjølberg, 2010). Dette blir også bekreftet av tidsskriftartikkelen, ”Sliter i lang tid etter kreftbehandling”(Balci, 2012). Det kan resultere at de prøver seg på jobb for tidlig og blir raskt sykemeldt igjen i lang tid (Balci, 2012).

Dette stemmer også med egenerfaringen min da jeg opplevde at en pasient ble deprimert fordi hun klarte ikke jobben sin lengre. Hun hadde konsentrasjonsproblemer og ble raskt sliten så hun måtte sykemelde seg igjen. Hun skjønnte ikke hvorfor formen hennes var så dårlig ettersom hun var ferdigbehandlet av brystkreften for flere måneder siden. Hun gikk etter hvert til legen sin og fikk beskjed om at hun hadde fatigue.

I tillegg til å informere om hva fatigue er og viktigheten av fysisk trening kan kreftsykepleieren veilede pasientene om viktigheten av praktisk organisering av hverdagen sin (Loge, 2012). Det kan være å legge opp til arbeidsoppgaver på den tiden av døgnet man har mest overskudd, sortere hvilke oppgaver som haster den dagen og hvilke som kan vente til pasienten er mer opplagt (Loge, 2012).

Brystkreftoverleverne bør også få informasjon fra kreftsykepleieren om viktigheten med regelmessig søvn og ernæring (Loge, 2012). Mange kreftpasienter med fatigue har forstyrret søvnmønster og for å klare å redusere fatigue er det viktig å stå opp og legge seg til samme

tid hver dag, unngå for mye aktiviteter før leggetid og kun ha en kort hvil midt på dagen (Loge, 2012).

Hvis pasientene har nedsatt appetitt og redusert inntak av mat kan det også resultere i mangel på krefter og nedsatt energi (Loge, 2012). Det anbefales å spise regelmessig og sunn mat (Loge, 2012). Forskningen sier at veiledning om ernæring og symptomkontroll gav gode resultater i form av mindre fatigue (Mills et al, 2009).

For at veiledningen fra kreftsykepleieren og motivasjonen til å drive med fysisk aktivitet fra fysioterapeuten skal gi brystkreftoverleveren nye mestringsstrategier til eventuelt å komme tilbake til jobb må behandlingen være begripelig, håndterbar og gi mening (Antonowsky, 2013). Situasjonen blir begripelig når kreftsykepleieren og fysioterapeuten forklarer viktigheten av fysisk trening, balanse mellom aktivitet og hvile på et nivå som brystkreftoverleveren forstår utfra sine ressurser (Antonowsky, 2013). Situasjonen blir håndterbar når brystkreftoverleveren har fått tilført nok ressurser eller en bevisstgjøring på ressursene sine til å klare å redusere opplevelsen av fatigue (Antonowsky, 2013). Den gir mening når pasienten er deltakende og får være med å bestemme hva og hvordan behandlingen skal foregå (Antonowsky, 2013).

Når brystkreftoverleverne har utviklet nye mestringsstrategier for å redusere opplevelsen av fatigue er et av målene å komme tilbake til yrkeslivet.

Loge (2013) hevder at forskningen viser at mer enn 67% av alle kreftoverleverne er tilbake i arbeid etter 4-18 mnd etter avsluttet primærbehandling, men at det ser ut til at brystkreftoverleverne med fatigue har en ekstra utfordring med å komme tilbake til arbeidslivet (Fugelsnes i Dahl, 2012).

I følge forskningen opplever brystkreftoverleverne ulik samarbeidsvilje fra arbeidsplassen sin når det gjelder tilrettelegging. Her er forskningen jeg har funnet uenige med hverandre. Den ene studien sier at deltakerne i studien opplevde at det var lite samarbeidsvilje fra sjefene sine om å få det tilrettelagt på arbeidsplassen sin (Hjøllund et al, 2004). De teknikkene de brukte hjemme med å ta seg pauser, redusere oppmerksomhetskrevede aktiviteter og redusere krav når de fikk mer opplevelse av fatigue lot seg ikke gjennomføre på jobben (Hjøllund et al, 2004). De fikk heller ikke flexi- tid, kortere arbeidstider, flere pauser eller en omstrukturering i arbeidshverdagen (Hjøllund et al, 2004). Men derimot i en annen studie sier 84% av deltakerne at de er fornøyd med støtten fra arbeidsgiveren sin (Torp et al, 2011).

Deltakerene opplevde at arbeidsgiveren tilrettela eller omstrukturerte arbeidet deres slik at de kunne fortsette å jobbe og 84% av deltakerne er tilbake i jobb igjen 15- 39 måneder etter første behandling (Torp et al, 2011). Det var kun 5 % som hadde falt utenfor arbeidslivet (Torp et al, 2011). De resterende som ikke var på jobb var på rehabilitering, hadde førtidspensjonert seg eller hadde uførhetstrygd (Torp et al, 2011).

Helsedirektoratet (2012) sier at i noen yrker kan det være lettere å tilrettelegge for brystkreftoverleverne enn i andre yrker. Utfra min mening kan det være lettere å tilrettelegge for en brystkreftoverlever som har en kontorjobb enn for en brystkreftoverlever som jobber i helsevesenet. Jeg erfarte at en brystkreftoverlever som jobbet i helsevesenet ikke fikk tilrettelagt på arbeidsplassen sin fordi i en jobb med pasienter er det ikke lett å ta seg pauser når brystkreftoverleveren har behov for det eller gå hjem tidligere hvis hun er veldig sliten av fatigue.

## 5. Konklusjon

I følge all forskning som jeg har funnet om tverrfaglig samarbeid til brystkreftoverleverer for å redusere opplevelsen av fatigue er det fysisk aktivitet og veiledning fra en kreftsykepleier den beste måten å redusere opplevelsen av fatigue på (Juvet et al, 2009, Hanssens et al, 2011, Mills et al, 2009, De Broer et al, 2010).

Med veiledning fra en kreftsykepleier får brystkreftoverleverne aktuell informasjon utfra sine behov som er kartlagt i en individuell plan. Det kan være å få informasjon om hva fatigue er, viktigheten med god ernæring og balanse mellom søvn og hvile. Eller det kan være å få veiledning til en bevisstgjøring om hva de bruker energien sin på i løpet av dagen og hvordan de kan omstrukturere dagen utfra dagsformen. Kreftsykepleieren støtter også fysioterapeuten i det tverrfaglige samarbeidet om viktigheten med utholdenhetstrening med å motivere brystkreftoverleverne til å trene.

Denne veiledningen fra kreftsykepleieren i et tverrfaglig samarbeid vil gi økte ressurser til brystkreftoverleveren fordi hun vet hva hun kan gjøre når hun får en opplevelse av fatigue. Brystkreftoverleveren har med andre ord fått nye mestringsstrategier til å redusere opplevelsen av fatigue.

Denne rehabiliteringsprosessen jeg har skrevet om er overførbart til hjemmerehabilitering. Grunnen til at jeg mener det er fordi brystkreftoverleveren er forholdsvis ung og trenger ikke hjelp av det offentlige til noe annet enn å lære nye mestringsstrategier til å redusere opplevelsen av fatigue gjennom et tverrfaglig samarbeid. Et hjemmerehabiliteringsteam består som regel av en kommunefysioterapeut og en ergoterapeut (Bøhn, 2000). Dette rehabiliteringsteamet kan samarbeide med kreftsykepleieren i kommunen om nye mestringsstrategier (Bøhn, 2000).

Jeg valgte allikevel å se på rehabilitering på en institusjon fordi det er mitt arena og jeg er interessert i hvordan man skal gjøre det der, men jeg er klar over så spreke pasienter kan få hjemmerehabilitering.

Litteraturen sier også at brystkreftoverleverer med en opplevelse av fatigue kan ha ekstra utfordringer med å komme tilbake til yrkeslivet.



Forskningen er derimot sprikende på hvor enkelt det er for denne pasientgruppen å komme tilbake til yrkeslivet, noe som stemmer med erfaringen jeg har fra praksis.

Dette er også et viktig samfunnstema fordi flesteparten av pasientene som får brystkreft overlever og mange er yrkesaktive.

Flere steder i litteraturen og forskningen står det at det er utført små og lite med studier for å finne ut av hvor utbredt opplevelsen av fatigue er og hvor mange det er som trenger rehabilitering blant brystkreftoverlevende. Dette er områder det trengs forskning på.

## Litteraturliste til hovedoppgaven.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium- Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Balci, S. (2012). Sliter i lang tid etter kreftbehandling. Lokalisert på:  
[www.forskning.no/artikler/2012/november/340014](http://www.forskning.no/artikler/2012/november/340014). 2 sider.

\* Bøhn, M (2000). *Rehabiliteringsomsorg for kreftpasienter. Motivasjon og livsmot på veien videre*. Oslo: Kommuneforlaget AS. 4 sider.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter. (5.utg.)* Oslo: Gyldendal akademiske.

\*De Boer AGEM., Taskila, T., Tamminga, SJ., Frings-Dresen MHW., Feuerstein, M., Verbeek, JH. ( 2011). Interventions to enhance return- to- work for cancer patients (Review). *The Cochrane Collaboration*. 2: CD007569. 64 sider.

\* Forsberg, C, Wengstrøm, Y. ( 2008). *Att gora systematiska litteraturstudier*. Stockholm; Forfattarna och Bokforlaget Natur och Kultur. 8 sider.

\* Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator etter Helse,- og omsorgsdepartementet ( 2004-12-23-1837). Lokalisert på:  
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>. 8s.

Fosså, A., Hølmekbakk, T., Smeland, S., Fosså, S. (2013). Loge, Jon.Håvard., Dahl, Alv. A., Fosså, Sophie. D., Kiserud, Cecilie. E. (Red). *Kreftoverlevere- ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Fugelsnes, E. (2012). Kreftoverlevere klarer seg bra i arbeidslivet. Lokalisert på;  
[www.forskning.no/artikler/2012/juli/326928](http://www.forskning.no/artikler/2012/juli/326928) 3 sider.

Gudbergsson, S. B. (2010). Rehabilitering av pasienter med kreft. Reitan A. M. & Schjølberg T. K. (Red). *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe AS.

Gudbergsson, S. B. (2013). Kreftoverlevende og rehabilitering. Loge, Jon.Håvard., Dahl, Alv. A., Fosså, Sophie. D., Kiserud, Cecilie. E. (Red). *Kreftoverlevende- ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Hanssens, S., Luyten, R., Watthy, C., Fontaine, C., Decoster, L., Baillon, C., Trullemans, F., Cortoos, A., De Greve, J. (2011). Evaluation of a Comprehensive Rehabilitation Program for Post- Treatment Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 38 (6). 7 sider.

\*Helsedirektoratet (2014). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft. Lokalisert på;  
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-pasienter-med-brystkreft/Publikasjoner/IS-2169-Nasjonalt-handlingsprogram-brystkreft.pdf> 132 sider.

\*Helsedirektoratet (2012). Rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft. Kartlegging og anbefalinger. Avdeling Rehabilitering og sjeldne tilstander (Rapport IS-1976, 2012)  
Lokalisert på; <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/rehabiliteringstilbudet-til-pasienter-med-kreft/Publikasjoner/rehabiliteringstilbudet-til-pasienter-med-kreft.pdf>. 39 sider.

\* Helsepersonelloven. LOV- 2013-06-21-82. § 4, § 5, §10, § 21-23, §39. (2013).

Lokalisert på; <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>. 5 sider.

\*Hjöllund, NH., Nørby, H., Jørgensen, AM. (2004). Træthed hos yngre færdigbehandlede brystkræftpatienter. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*. 82: 1171-8. 7 sider.

\* Juvet, L.K, Elvsaa, I-K.,Ø, Leivseth, G., Anker G., Bertheussen, G. F., Falkmer, U., Fors, EA., Lundgren, S., Oldervoll, LM., Thune, I., Norderhaug, I. N. (2009). Rehabilitation of breast cancer patients. Rapport fra Kunnskapssenteret. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. 02- 2009. 90 sider.

\*Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv – ny forståelse. Sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. S 139- 191. 52 sider.

\*Kreftregisteret (s.a.). Lokalisert på;

<http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>.

Kåresen, R., Wist, E. (2012). Svulster i mamma. Kåresen, R., Wist, E. (Red.). *Kreftsykdommer- en basisbok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Loge, J., H., (2012). *Trøtthetsfølelse (fatigue) før, under og etter kreftbehandling*. Lokalisert på;

<http://oncolex.no/no/Bryst/Prosedyre katalog/OPPFOLGING/Fatigue.aspx?lg=procedure&chapter=1>. 4 sider.

Loge, J., H. ( 2013). Fatigue. Loge, Jon.Håvard., Dahl, Alv. A., Fosså, Sophie. D., Kiserud, Cecilie. E. (Red). *Kreftoverlevende- ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.

\* Lov om kommunale helse,-og omsorgstjenester m.m. (helse,- og omsorgstjenesteloven). LOV- 2013-06-21-82. § 3-1- 3-10, § 5-1-5-10. (2013). Lokalisert på:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011/4.html?id=638746>. 173 sider.

\*Mills, M., Black, A., Campbell, A., Cardwell, CR., Galway, K., Donnelly, M ( 2009). Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors (Protocol). *The Cochrane Collaboration*. CD007730. 8 sider.

Møller, B., Langmark, F. (2013). Kreftoverlevelse i tall. Loge, Jon.Håvard., Dahl, Alv. A., Fosså, Sophie. D., Kiserud, Cecilie. E. (Red). *Kreftoverlevende- ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nortvedt, M. W, Jamtvedt, G, Graverholt, B, Nordheim, L. V, Reinart, L. M (2012). *Jobb kunnskapsbasert!- en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

\*Pasient,- og brukerrettighetsloven, LOV-2013-06-21-79. § 2, § 3 og § 4 (2013). Lokalisert på:

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>. 4 side

Reitan, A.,M (2010). Kommunikasjon. Reitan A. M. & Schjøllberg T. K. (Red). *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe AS.

Reitan, A., M (2010). Krise og mestring. Reitan A. M. & Schjøllberg T. K. (Red). *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe AS.

Rene, B og Larsen T (2012). ). Helsefremming, rehabilitering og brukervedvirkning. Gammersvik, Å., Larsen, T. (Red.). *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Schjøllberg, T.K (2010). Fatigue. . Reitan A. M. & Schjøllberg T. K. (Red). *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe AS.

\* Slettebø, Å., Madsen, V.H. (2012). Individuell plan som arbeidsmetode i rehabiliteringsprosesser. Solvang, P.K & Slettebø, Å. (Red). *Rehabilitering*. Oslo; Gyldendal akademisk. 13 s.

\* Torp, S., Gudbergsson, S. B., Dahl, A. A., Fosså, S. D., Fløtten, T. (2011). Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health* 39; (6). 11 sider.

Tveit, K. M (2012). Kåresen, R. & Wist, E. (Red.). *Kreftsykdommer: en basisbok for helsepersonell*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk. S 240- 252. 12s.

Skau, G., M., (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Latvia; Cappelen Damm AS.

Tveiten, S (2012). Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmede arbeid. Gammersvik, Å., Larsen, T. (Red.). *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

\*Utdannings,- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan for videreutdanning i kreftsykepleie*. Lokalisert på; <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1387>.  
3 sider.

Wist, E (2010). *Brystkreft*. Reitan A. M. & Schjølberg T. K. (Red). *Kreftsykepleie: Pasientutfordring-handling*. Oslo: Akribe AS.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, YES, (2013) (Første gang 1983).

Lokalisert på:

<http://www.ks.no/PageFiles/11804/Yrkesetiske%20retningslinjer%20utvidet%20NSF.pdf>

11 Sider.

\*Selvvalgt litteratur er merket med stjerne.  
Antall sider: 628.

# Søketreff

Søkeord:	Databaser:	Antall treff:	Begrunnelse for eksklusjon:	Antal lest:	Antall inkludert:
Kreftoverlevende	Oria	4	En artikkel handlet om ernæring.	4	3
Cancer related fatigue	Svemed	4	To artikler var gamle, en handlet om prostata.	1	1
Cancer- fatigue - rehabilitation	Cochrane Library	8289. Tre av disse var review s og de plukket jeg ut.	En review handlet om annen sykdom.	3	2
Rehabilitering av brystkreft	Forskning.no	12	Handlet om hvor åpen man skulle være iht. brystkreft, generelt om fysioterapi, samhandling mellom helsetjenester, liten medbestemmelsesrett når det gjelder strålebehandling eller kirurgi som brystkreftbehandling , barn som toppidrettsutøver.	12	4 2 tidsskriftartikler, 2 forskningsartikler.
Cancer- fatigue- rehabilitation nursing	Cinahl	13 i fulltext.	Flere handlet om annen type kreft, studier var for små og ikke representative.	6	1
	<b>Søk i referanselister :</b>				
	<b>Søk i tidsskrifter:</b>				

P patient problem	I intervension	C comparsion	O outcome
Cancer	Nursing- care		Quality of life
Cancer related fatigue	Nurse- patients relations		Rehabilitation
Fatigue	Oncologic nursing		Rehabilitation nursing
Kreftoverlevere	Fatigue		Rehabilitering



Referanse:	Hensikt/Problemmstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode og utvalg:	Resultat/diskusjon/konklusjon:	Styrke/svakheter:
"Rehabilitation of Breast cancer patients"	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skulle bistå i utredningen av faggrunlaget for rehabilitering av brystkreftpasienter ettersom midt-Norge ønsket å bygge et rehabiliteringssenter som bygget på kunnskapsbasert praksis.	Artikkelen gjorde et søk i ulike baser t.o.m Sept 2008.	11 studier inneholdt fysisk aktivitet. De konkluderte med at fysisk aktivitet etter kreftbehandling reduserte fatigue.	Svakhet: Inkluderte studier er små og ulike. Vanskelig å sammenstille resultatene. Studien sier at det trengs mer forskning på hvilket innhold rehabiliteringen skal inneholde til kreftpasienter, tidspunkt i forløpet av kreftbehandlingen som rehabiliteringen bør komme og hva lengden på disse tiltakene skal være.
		Inklusjon: 46 randomiserte studier med høyt eller moderat kvalitet etter en sjekklister for randomiserte studier.  49	18 studier studerte effekten av informasjon eller opplæring av pasienter. Resultatene viste inkonsistente funn både på forbedring av livskvalitet, kreftrelatert engstelse og depresjon. Kognitiv terapi hadde effekt på livskvaliteten når den kognitive	

			terapien ble gitt etter kreftbehandlingen.	
Fra Kunnskapssementret No 2- 2009.		Det var kun plukket ut pasienter som hadde primær brystkreft og som hadde gjennomgått kirurgi, stråling, kjemoterapi eller hormonbehandling.	Sosial eller emosjonell støtte som tiltak hadde usikker effekt på livskvaliteten og på bedring av humørprofilen.	
Forfatter: Juvet et al.				
Funnet på Forskning.no Søk 11.02.14.				
Søkeord; "Rehabilitering etter brystkreft".				

Referanse:	Hensikt/Problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode og utvalg:	Resultat/diskusjon/konklusjon:	Styrke/svakheter:
"Interventions to enhance return-to-work for cancer patients"	Hensikten var å finne ut hvordan pasienter som har hatt brystkreft kommer seg raskest tilbake til jobb og hverdagen igjen.	Det ble utført 14 randomiserte kontrollerte studier (RCT) og fire før,- og etter studier (CBAS). Det ble til sammen 1652 deltakere.	Tverrfaglige intervensjoner som involverer fysiske (fysisk trening), psykologiske (rådgivning, mestring, utdanning, kognitiv adferdsterapi, problemløsende terapi), yrkesfaglige (tilrettelegging på arbeidsplassen, yrkesrettet attføring) og medisinske komponenter (hormonbehandling) førte til raskere tilbakekomst til arbeidet og hverdagen igjen enn ved vanlig omsorg.	Styrke; Studien er stor. Den inkluderer 1652 deltakere og har et godt utvalg.
De Broer et al (2010).		Inklusjon: Voksne over 18 år, var i jobb på diagnosetidspunktet, Pasienter med brystkreft, prostata og gyn. Cancer.		Svakhet: Studien legger mye vekt på yrkeskomponentene som går på tilrettelegging av arbeidsplassen og den legger mindre vekt på arbeidsoppgavene til sykepleieren.

				Studien har søkt tilbake til 1947, 1966 i enkelte databaser. Da blir gammel forskning inkludert. Mye har blitt forandret i kreftbehandlingen siden da.
Fra databasen ; Cochrane Library.		Studien har søkt i mange ulike databaser og det er varierende hvor langt tilbake i tid de har gått. De har søkt fram til 2010.		
Søk; 23.01.14.				
Søkeord; Cancer, fatigue, rehabilitering.				

Referanse:	Hensikt/Problemmstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode og utvalg:	Resultat/diskusjon/konklusjon:	Styrke/svakheter:
"Multidimensjonal rehabiliteringstilbud til kreftpasienter for å lette utviklingen av evidensbaserte kreft rehabiliteringsprogrammer"	Hensikten er å vurdere effektiviteten og merverdien av flerdimensjonale rehabiliteringstilbud til kreftpasienter for å lette utviklingen av evidensbaserte kreft rehabiliteringsprogrammer.	Studien er en randomisert kontrollert studie (RCT).	Rehabiliteringen består av et fysisk (utholdenhetstrening, vektkontroll, ernæring, symptomkontroll som å redusere smerter, tretthet) , - og et psykososialt (selvkontroll, måling av livskvalitet, angst, depresjon) komponent.	Styrke: Studien er stor med 1559 pasienter som er inkludert.
Mills et al, 2009.	Studien sorterer og systematisk vurderer den best tilgjengelige forskningen på hva som er effektiv flerdimensjonal rehabilitering hos voksne kreftoverlevende for å gjenoppbygge kreftoverleverens liv.	Inklusjonskriterier: Voksne over 18 år, kun de med primær kreft og som ikke har hatt spredning, avsluttet sin primære behandling (kirurgi, cellegift eller strålebehandling) og kun behandling som består av samhandling mellom flere yrkesgrupper.	Den flerdimensjonale rehabiliteringen hadde bedre effekt på den fysiske funksjonen enn den psykiske funksjonen.	Svakheter: Studien nevner at flere av studiene den har bygget sitt grunnlag på ikke er gode nok og at det trengs mer forskning for å teste effektiviteten av flerdimensjonale rehabiliteringstilbud til kreftpasienter i klinisk praksis.
Fra databasen; Cochrane Library.		Studien har søkt i ulike databaser som 53 Cochrane	Den mest effektive behandlingsmåten er ansikt-ansikt kontakt med en profesjonell	

		Library, Medline (146-2012), Embase (1988-2012), Cinahl (1981-2012), Psycinfo (1987-2012).	behandler supplert med minst en oppfølgingssamtale.	
		25824 artikler ble vurdert		
Søket ble utført den 23.01.14.		av studien. 12 studier ble inkludert som til sammen ble 1559 pasienter med brystkreft og prostatakreft .	De positive effektene av rehabiliteringsprogrammet flater ut etter ca 6 mnd.	
Søkeord; Cancer, fatigue, rehabilitering.		Det er flest deltakere fra USA, Danmark og England.	Studien konkluderer med at flerdimensjonale rehabiliteringstilbud til kreftpasienter er positivt for kreftoverlevelse.	

Referanse:	Hensikt/Problestilling og/eller forskningsspørsmål	Metode og utvalg:	Resultat/diskusjon/konklusjon:	Styrke/svakheter:
"Trøthet hos yngre ferdigbehandlede brystkræftpatienter".	Hensikten med studien var å belyse cancerrelatert tretthet hos ferdigbehandlede brystkreftpasienter som er i yrkesaktiv alder i håp om at temaet blir vist mer interesse.	Studien bygger på kvalitativ metode.	Resultatene av studien viser at det er den psykiske trettheten/fatigue som er den verste. Den kommer fram i form av konsentrasjonsvansker, ordleting og evnen til å ta vurderinger.	Styrke: Det er en kvalitativ studie og den får fram de subjektive meningene til deltakerne.
Funnet i databasen; Svemed.		Inklusjonskriterier; Kvinner 46-65 år, avsluttet behandling fra 1-15 mnd siden, Alle har gjennomgått mastectomi, kjemoterapi og strålebehandling.	Trettheten kan komme plutselig eller øke over tid. Humøret ble påvirket negativt når trettheten kom sigende innover deltakerene.	Svakheter: Det er en liten studie med fem deltakere. Kun fire av dem hadde tretthetsproblemer etter avsluttet behandling. Det står heller ingenting om bakgrunnen eller hvem det er som gjennomfører undersøkelsen.
Søket ble utført den 05.03.14.		Utvalg; Det er med fem kvinner.  55	Tiltak som deltakerene mener hjelper mot tretthet er; hvile, moderat med aktivitet, ikke ha oppmerksomhets krevende aktiviteter, planlegging av dagen.	

Søkeord; Cancer related fatigue.			Deltakerene sa det var viktig at de selv kunne bestemme hva de skulle gjøre når trettheten kom ved at de kunne få lov til å ha mental og fysisk hvile og få reduserte krav.	
Forfatter: Hjøllund et al.				
			Det viste seg at deltakerne klarte å tilrettelegge for hvile hjemme når trettheten kom, men de klarte ikke det på jobben. Grunnen til det var at de teknikkene de gjorde hjemme ikke lot seg gjennomføre på jobben fordi jobben var ikke flinke nok til å tilrettelegge for dem. I tillegg var det lite villighet blant lederne til å tilrettelegge for det. Det deltakerne ønsket seg var flere pauser, kortere arbeidsdager, flexitid.	



Referanse:	Hensikt/Problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode og utvalg:	Resultat/diskusjon/konklusjon:	Styrke/svakheter:
"Evaluation of a Comprehensive Rehabilitation Program for Post-Treatment Patients With Cancer".	Hensikten med studien var å evaluere effekten av rehabiliteringsprogrammer som legger vekt på å øke livskvaliteten hos pasienter som har fullført kreftbehandling.	Undersøkelsen utføres i Brussel og deltakerne blir spurt av onkologen sin om de vil være med i studien. Studien gjennomfører en fysisk test før oppstart av rehabiliteringsprogrammet og en ny fysisk test etter rehabiliteringsprogrammet. Sju ulike tester blir brukt i løpet av rehabiliteringsprogrammet.	Det 12 ukers rehabiliteringsprogrammet inneholdt fysisk trening (den ble ledet av en fysioterapeut), psykoedukasjon (det ble ledet av en spesialsykepleier) og individuell rådgivning som bestod av individuelle spørsmål fra deltakerne.	Styrke:
Funnet i databasen ; Cinahl.		Inklusjonskriterier: Fullført behandling for primærkreft. Deltakerne i undersøkelsen har et sprik mellom funksjonen deres før behandling og den funksjonen de har etter behandling.	Fysisk trening bestod av aerob trening og styrketrening som ble utført tre ganger i uka med varighet på 60 min hver gang.  Psykoedukasjon gikk ut på å forbedre selvtilliten og selvstendigheten og gi støtte til å mestre kreftdiagnosen og bivirkningene. Gjennom psykoedukasjonen fikk deltakerne informasjon om	Svakhet: Liten studie med kun 27 deltakere.

			<p>kreftrelaterte emner som for eksempel fatigue, nedsatt fysisk kapasitet, takle angst, stress og jobb integrering. Psykoedukasjon ble utført åtte ganger med en varighet på 90 minutter hver gang.</p> <p>Individuell rådgivning hadde en varighet på 10 minutter hver gang og tok opp spørsmål fra deltakerne.</p>	
Søket ble utført; 19.03.14.		Eksklusjonskriterier; Pasienter med langvarig hormonbehandling.	<p>Resultatene var at den psykiske og fysiske funksjonen forbedret seg etter 12 uker. Det var best resultater på livskvaliteten, den fysiske utholdenheten, deltakerne fikk mindre fatigue. Det var mindre framgang på stress og angst med det kunne også ha sammenheng med at deltakerne ble påvirket av prognostiske bekymringer.</p>	
Søkeord; Cancer, fatigue, rehabilita		Utvalg: 36 deltakere som har hatt behandling for kreft. 27 av dem for brystkreft.	Konklusjonen var at tverrfaglig rehabilitering bør bli en del av den totale	

tion nursing.		Alder: 28-75 år.	behandlingsplane n for pasienter med kreft.	
------------------	--	------------------	---	--

Referanse:	Hensikt/Problemtstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode og utvalg:	Resultat/diskusjon/konklusjon:	Styrke/svakheter:
Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway.	Hensikten var å finne ut hvordan kreftoverleverne opplevde støtte fra kollegaer og sjefer på arbeidsplassen og hvor mange det var som endret arbeidsplass eller fikk endringer på arbeidsplassen etter en kreftbehandling.	Det er en retrospektiv kohort studie som er en del av en kreft og levekår undersøkelse om leveforholdene til kreftoverleverne i yrkesaktiv alder i Norge. Undersøkelsen ble gjort 15-39 mnd etter første behandling.	84% av deltakerne opplevde god støtte fra arbeidsgiveren sin. 90% opplevde god støtte fra kollegaene. 84% av deltakerne var i arbeid 15-39 mnd etter første behandling. 9% var enten på rehabilitering, uføretrygdet eller førtidspensjonert. Kun 5% hadde falt utenfor arbeidslivet. Hver 3. Deltaker sa at de hadde endret sin hovedbeskjeftigelse etter at de fikk diagnosen. Hver 4. deltaker hadde gjennomført endringer helt eller delvis på grunn av kreftdiagnosen.	Styrke: Det er en originalartikkel. Da er det ingen andre som har tolket artikkelen. Det er ny forskning, mange deltakere. Noen av forskerne har skrevet boka; "Kreftoverlevende", og Gudbergsson har skrevet et kapittel i boka "Kreftsykepleie" som er pensumlitteratur. De er forskere som jobber ved universitetssykehuset i Vestfold og Oslo. Universitetssykehuset i Oslo har en nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling der noen av forskerne i undersøkelsen jobber.
		60	Det er brukt	Undersøkelsen
				Svakheter;

<p>Funnet på Forskning. no. Var en link til forskningsart ikkelen som er publisert i Scandinavian Journal of Public Health i 2011.</p>		<p>registrerte data, kvalitative intervjuer og sendte spørsmål som undersøkelses metode. 2848 mennesker ble plukket ut, men de fikk bare inn 1343 svar.</p>	<p>viser at kreftoverleverne blir godt ivaretatt av kollegaer og arbeidsgiver og får arbeidsplassen sin tilrettelagt.</p>	<p>Undersøkelse n handler om flere krefttyper enn bare brystkreft.</p>
<p>Søkeord; Rehabiliterin g etter brystkreft.</p>		<p>Inklusjonskrit erier; De var mellom 25-60 år og i jobb på diagnosetidsp unktet som var mellom 2005-2006, det er menn og kvinner, krefttypene er, colon, rectum, lunge, melanom, bryst, cervix, uterus, ovarie, prostata, testis, cantral nerve systemet, thyoidea, non- Hodkin lymfom, leukemi.</p>		
<p>Søkedato; 20.05.14.</p>				
<p>Forfattere; Steffen Torp, Sævar B. Gudbergsson, Alv A. Dahl, Sophie D. Fosså og</p>		<p>Ekskludert; pasienter som var for dårlige, ikke visste at de hadde diagnosen kreft.</p>		

Tone Fløtten.				