

BACHELOROPPGAVE  
SPL 3903

SYKEPLEIERS UNDERVISENDE OG  
VEILEDENDE FUNKSJON I MØTE MED  
KREFTOVERLEVENDE I  
HJEMMESYKEPLEIEN.

FORFATTERE:

INGEBORG HOLLUM SKOGÅS - 470630

SYNNØVE SCHJØLBERG - 470676

INGA-SIGRID LANGDERAG - 470626

Dato: 17. mai 2018

NTNU Gjøvik  
Avdeling helse, omsorg og sykepleie  
Seksjon for sykepleie  
Våren 2018

## SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon i møte med kreftoverlevende i hjemmesykepleien.</u>	Dato : 17.05.18
Deltakere:	<u>Ingeborg Hollum Skogås</u> <u>Synnøve Schjølberg</u> <u>Inga-Sigrid Langedrag</u>	
Veileder:	<u>Nina Beate Andfossen</u>	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord	<u>Livskvalitet, Fatigue, Kreftoverlevende, Hjemmesykepleie.</u>	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg:	Publiseringsavtale inngått: Ja
46/9718		
<p>Bakgrunn: En stor andel eldre i Norge mottar hjemmesykepleie. Undervisning og veiledning er en del av sykepleiers ansvar- og funksjonsområde. I Norge oppdages det årlig over 30 000 nye tilfeller av kreft. 72% overlever. Fatigue er en vanlig seneffekt etter kreftbehandling, og medfører ofte redusert livskvalitet.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan undervisning og veiledning kan bidra til å redusere fatigue og øke livskvalitet for kreftoverlevende i hjemmesykepleien.</p> <p>Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Det er blitt utført systematiske søk etter forskningsartikler i tre databaser. Seks artikler er inkludert, og kritisk vurdert.</p> <p>Resultat: Basert på funnene i artiklene har vi identifisert to hovedtema for undervisning og veiledning: fysisk aktivitet og egenmestring. Artiklene viste at undervisning og veiledning fra sykepleier med fokus på egenmestring, kan bidra til å forbedre fatigue og livskvalitet.</p> <p>Konklusjon: Undervisning og veiledning fra sykepleier med fokus på egenmestring kan bidra til å øke livskvalitet og redusere fatigue blant kreftoverlevende. Fysisk aktivitet kan føre til redusert fatigue. Samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, kan bidra til økt kunnskap om fatigue blant sykepleiere i hjemmesykepleien. For å stadfeste hvilke tiltak som fungerer best for å redusere fatigue og øke livskvalitet blant kreftoverlevende, er det nødvendig med mer forskning. Gruppeintervensjon kan være et alternativ til tradisjonell hjemmesykepleie for å redusere fatigue og øke livskvalitet.</p>		

## ABSTRACT

Title:	Nursing counselling and education as an intervention among cancer survivors in home health care nursing.	Date : 17.05.18
Participants:	Ingeborg Hollum Skogås	
	Synnøve Schjølberg	
	Inga-Sigrid Langedrag	
Supervisor:	Nina Beate Andfossen	
Employer:		
Keywords	Quality of Life, Fatigue, Cancer Survivors, Home Health Care Nursing.	
Number of pages/words:	Number of appendix:	Availability: open
46/9718		
<p>Background: A large amount of elderly people in Norway receive services through home health care nursing. Education and counselling is integrated in the nursing field of operations. More than 30 000 people in Norway have cancer each year. 72 percent survive. Fatigue is a common late effect among cancer survivors, and often lead to decreased quality of life.</p> <p>Aim: The aim of this study is to examine how nursing counselling and education can be used to reduce fatigue and increase quality of life among cancer survivors in home health care nursing.</p> <p>Method: This study is a literature study. It's been conducted systematically research for scientific articles in three databases. Six articles have been included and critically examined.</p> <p>Results: Based on findings in the articles, we identified two major themes for education and counselling: physical activity and self-management. The articles showed that nursing counselling and education focusing on self-management could contribute in improving cancer related fatigue and quality of life.</p> <p>Conclusion: Nursing counselling and education focusing on self-management can contribute in increasing quality of life and reduce fatigue among cancer survivors. Physical activity can lead to decreased levels of fatigue. Cooperation between primary health care and spesialists can be contributory to increased knowledge among nursing practitioners in home health care nursing in cancer related fatigue. To identify the best initiative to decrease fatigue and increase quality of life among cancer survivors, more research is required. Group interventions as an intervention to decrease fatigue and increase quality of life, could be an option to traditional home health care nursing.</p>		

## Innholdsfortegnelse

<b>INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS.....	5
<b>BAKGRUNN .....</b>	<b>6</b>
VEILEDNING OG UNDERVISNING .....	6
HVA ER HJEMMESYKEPLEIE? .....	7
HVA ER KREFT? .....	7
SENEFFEKTER ETTER KREFTBEHANDLING.....	7
STRESS OG MESTRING.....	9
SALUTOGENESEN .....	10
OREMS EGENOMSORGSTEORI .....	11
LIVSKVALITET .....	12
HENSIKT MED OPPGAVEN .....	12
PROBLEMSTILLING .....	13
<i>Forskningsspørsmål</i> .....	13
<b>METODE .....</b>	<b>13</b>
SØKESTRATEGI .....	13
<i>PICO- skjema</i> .....	14
<i>Tabell for artikkelsøk</i> .....	15
ANALYSE.....	18
<b>RESULTATER.....</b>	<b>19</b>
LITTERATURMATRISER .....	19
SAMMENFATNING AV RESULTATER .....	25
<i>Hva bør man undervise og veilede om?</i> .....	25
<i>Hvorfor undervise og veilede?</i> .....	26
<i>Hvordan undervise og veilede?</i> .....	27
<b>DISKUSJON .....</b>	<b>29</b>
HVA BØR SYKEPLEIER UNDERVISE OG VEILEDE OM FOR Å REDUSERE FATIGUE OG FORBEDRE LIVSKVALITET? .....	29
HVORFOR BØR SYKEPLEIER UNDERVISE OG VEILEDE FOR Å REDUSERE FATIGUE OG FORBEDRE LIVSKVALITET? .....	30
HVORDAN BØR SYKEPLEIER UNDERVISE OG VEILEDE FOR Å REDUSERE FATIGUE OG FORBEDRE LIVSKVALITET? .....	35
METODISKE OVERVEIELSER.....	38
<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>41</b>
<b>REFERANSELISTE.....</b>	<b>42</b>

## **Innledning**

Temaet for denne studien er sykepleiers undervisende og veiledende funksjon, samt livskvalitet til pasienter i hjemmesykepleien med seneffekten fatigue etter kurativ kreftbehandling.

Utøvelse av sykepleie foregår til pasienter i ulike livssituasjoner, med ulike helsemessige utfordringer og ulik grad, og varighet av hjelpebehovet. En sykepleier må inneha kunnskap om sykdom, samt å kunne videreformidle dette til pasienten. Samtidig må sykepleieren ha forståelse for, og kunnskap om pasientens livssituasjon. Hesook Suzie Kim har utarbeidet en liste over grunnlaget for utøvelse av sykepleie. Der trekker hun blant annet frem at sykepleie skal være målrettet, overveid og handlingsorientert (Kim, 2015).

### **Sykepleiefaglig relevans**

Årlig oppdages over 30 000 nye tilfeller av kreft. Antall nye krefttilfeller i 2016 var nesten 33 000, og overlevelsesprosenten var 72 % (Larsen, 2017; Hjemås & Lunde, 2018).

Kreftrisikoen øker med alderen, og den største andelen krefttilfeller oppstår hos eldre (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016). 40 % av alle som behandles i spesialisthelsetjenesten er pasienter over 70 år som mottar kreftbehandling (Hjemås & Lunde, 2018). I følge Statistisk sentralbyrå, hadde 32 % av innbyggerne over 80 år hjemmetjenester i 2016 (Abrahamsen, Allertsen & Claus, 2017). Antall eldre i befolkningen vil vokse fram til 2050. Det innebærer en økning av sykdom. I fremtiden vil flere få kreft, og flere vil leve lenger med kreftsykdom (Meld. St. 47 (2008-2009)).

I Norge har vi nasjonale, standardiserte pakkeforløp for ulike typer kreft. I pakkeforløpene beskrives blant annet oppfølging, kontroll og seneffekter. Ansvar for oppfølgingen kan ligge både hos spesialisthelsetjenesten og hos primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016).

Uavhengig av hvem som har ansvar for oppfølgingen, vil vi likevel møte pasienter i hjemmesykepleien som har seneffekter etter kreftbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Meld. St. 47 (2008-2009)).

Det har vært en sterk økning i brukere av hjemmesykepleie de siste årene (Birkeland & Flovik, 2016). Samhandlingsreformen presiserer at en del helsetjenester mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten må løses gjennom faglig kompetanse i lokale forhold, for en fremtidig ny kommunerolle. En ny kommunerolle med økt fokus på pasientforløp, innebærer blant annet tilrettelegging av helsetjenester til brukere i hjemmesykepleien med kroniske sykdommer. Dette medfører en helhetlig tenkning med tidlig intervensjon og forebygging, der pasientens egenmestring står i fokus (Meld. St. 47 (2008-2009)).

I følge International Council of Nurses (2018) innebærer sykepleie å fremme helse, forebygge sykdom og behandle syke, skadde og døende personer. Sykepleieryrket består av flere områder, som utgjør sykepleierens ansvars- og funksjonsområde (Kristoffersen, Skaug, Nortvedt, 2011). Rammeplan for sykepleierutdanning (2008) identifiserer undervisning og veiledning som et av sykepleierens ansvarsområder. En sykepleier skal ha kompetanse til å “informere, undervise og veilede pasienter og pårørende om problemer og behov som oppstår ved sykdom, lidelse og død” (Rammeplan for sykepleierutdanning, 2008, s. 6).

Som sykepleier er det viktig å inneha nok kunnskap om hva det innebærer å ha overlevd kreft, og hvilke belastninger dette har påført pasientene. Med mer kunnskap om diagnosen, kan vi som sykepleiere hjelpe pasienter å mestre hverdagen etter sykdommen (Helsedirektoratet, 2017). På bakgrunn av dette ønsker vi å finne ut hvordan sykepleier i hjemmesykepleien ved hjelp av informasjon og veiledning kan fremme livskvalitet hos kreftoverlevende med fatigue.

## **Bakgrunn**

### **Veiledning og undervisning**

Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon er viktig for all sykepleie. Samtidig kan sykepleie til eldre by på utfordringer, og det blir derfor viktig med målrettet sykepleieveiledning. For tilrettelagt sykepleie, må sykepleieren inneha kunnskap om, og forståelse av sykdom hos eldre. Sykepleieren må kunne undervise og veilede pasienten, tilpasset pasientens situasjon, tidligere erfaringer og behov (Kirkevold, 2014).

### **Hva er hjemmesykepleie?**

Hjemmesykepleie innebærer at helsepersonell kommer hjem til pasienten for utførelse av helsetjenester. Fokuset er på praktisk, og grunnleggende sykepleie (Birkeland & Flovik, 2016). Målet for pasientene i hjemmesykepleien er å mestre dagliglivet hjemme så lenge de ønsker. Helsepersonellet i hjemmesykepleien må fokusere på alle elementer, for å danne et helhetlig bilde av brukernes helsetilstand. Utførelsen av helsetjenesten krever kompetanse. Dette er lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 1-3 (1999);(Birkeland & Flovik, 2016).

I hjemmesykepleien vil man møte pasienter med ulike sykdommer. Ofte er plagene komplekse, og påvirker pasientens liv på flere områder. Ved opplevelse av god helse, tenker vi lite over oss selv og helsen vår. Ved fatigue, kan helseutfordringen endre opplevelsen av seg selv og relasjoner i omgivelsene (Eriksen, 2015).

### **Hva er kreft?**

Kreft er en vanlig sykdom. Halvparten av diagnostiserte kreftpasienter i Norge, blir friske av behandlingen. Malign neoplasme er det samme som kreft. Neoplasme betyr vekstforstyrrelse. Det er en gruppe celler med ukontrollert vekst, som kan fortsette å vokse gjennom celledeling, selv om den utløsende faktoren fjernes. Neoplasmene kontrolleres ikke av organismens regulering av cellevekst. Slik kan de dele seg kontinuerlig. Neoplasme inndeles i benign og malign. Med kreft mener vi malign type, som er en samling celler som kan dele seg uten organismens kontroll (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016).

### **Seneffekter etter kreftbehandling**

Utvikling i behandlingsmetoder, gjør at flere kreftpasienter blir friske nå enn tidligere. Dette øker forekomsten av seneffekter. Seneffekter innebærer vedvarende symptomer, som kan oppstå over kort eller lengre tid etter kurativ kreftbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Lorentsen & Grov (2016) hevder at kreftpasienter generelt med god kurativ prognose, ofte må akseptere bivirkninger av kreftbehandling for å bli friske. Senskadene kan variere, og kan også skyldes ettervirkninger av selve kreftsykdommen (Helsedirektoratet, 2017).

Oppbygging av kompetanse om seneffekter i alle deler av helsetjenesten er nødvendig. Kreftoverlevende trenger informasjon om utvikling av seneffekter. Slik kan de selv få kunnskap til å forebygge seneffekter og søke hjelp tidlig ved utbrudd av symptomer. Mange seneffekter er også lite forsket på. Det øker behovet for kunnskap på dette området (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Den nyeste kreftstrategien, *Leve med kreft* (2018), har målsetting om høy kompetanse om seneffekter både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne bidra til å nå målet om oppfølging og behandling på beste effektive omsorgsnivå. Kreftstrategien trekker frem behovet for mer tilpasset informasjon og forskning på seneffekter hos kreftoverlevende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

### **Fatigue**

Fatigue er en subjektiv tilstand sammensatt av flere symptomer. Fatigue betyr utmattelse og virker inn på pasientens livskvalitet, samt reduksjon av livsutfoldelse i pasientenes hverdag (Lerdal, 2011; Ranhoff, 2014; Lorentsen & Grov, 2016). Hvile og søvn har liten effekt på fatigue, da evnen til restitusjon ofte mangler (Lorentsen & Grov, 2016). Fatigue innebærer konsentrasjonsvansker og redusert hukommelse, samt fysisk tretthet (Lorentsen & Grov, 2016; Helsedirektoratet, 2017). Man skiller mellom akutt og kronisk fatigue (Lorentsen & Grov, 2016). Vi fokuserer på kronisk fatigue.

Kronisk fatigue er utmattelse som har vært til stede i over seks måneder. (Lerdal, 2011). Fatigue er en vanlig seneffekt, som kan oppstå av ulike årsaker, både under og etter avsluttet kreftbehandling (Helsedirektoratet, 2017; Reinertsen et al, 2017; Lerdal, 2011). Symptomene ligner depressive symptomer, og derfor er depresjon og fatigue vanskelige å skille (Lorentsen & Grov, 2016). Tilstandene påvirker også hverandre, som gjør eventuell kartlegging og iverksetting av tiltak, utfordrende (Lerdal, 2011, 184).



Utfordringen her er at pasienten ofte tilpasser seg fatigue ved å redusere aktivitetsnivået. Energikapasiteten reduseres mer, jo mindre aktiv pasienten er. Ved å innsette intervensjoner tidlig, kan fatigue reduseres og pasienten opprettholder energinivået. Sykepleieren skal ivareta pasientens ressurser for helsefremming. Kortsiktig kan økt aktivitetsnivå øke utmattelsen, mens på det langsiktige plan, kan energinivået øke. Det resulterer i at opplevelsen av fatigue minskes. Det bør nevnes at dette er individuelt og sykepleieren bør ta hensyn til motsetningsforholdene. Høyere aktivitet enn energinivået tilsier, bryter ned energikapasiteten, og motsatt. Det er om å gjøre å finne en likevekt i aktivitetsnivå og avslapning (Lerdal, 2011).

### **Stress og mestring**

I møte med stress opplever mennesket utfordringer grunnet en brist i mening, forståelse og menneskets vanlige funksjoner. Stress og mestring er motsetninger av hverandre. Stress utfordrer menneskets ressurser, mens man gjennom mestring bruker sine ressurser til å håndtere stress. Kronisk sykdom over en lengre periode kan føre til aspektet stress, men det kan også medføre mestring av ny livssituasjon. Kunnskap om sammenhengen av blant annet sykdom, fysisk aktivitet og stress, kan skape økende kontroll over sykdommen og føre til mestring (Reitan, 2011). Pasienter som sliter med seneffekter av kreftbehandling, har redusert livsutfoldelse. Høyere aktivitet enn energinivået tilsier, bryter ned energikapasiteten. Det er nyttig å finne en likevekt mellom aktivitetsnivå og avslapning. (Lerdal, 2011) Langvarig stress kan komme av informasjon om forventede seneffekter. For å mestre stresset, er det av betydning hvordan man individuelt tolker stress, og hvilke mestringsstrategier som blir benyttet (Reitan, 2011). Mestring er ifølge Lazarus og Folkman “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, 2011, s. 78).

Mestring er en prosess. Mestringsstrategier handler om hvordan man takler utfordringer og hvordan man opprettholder personlig kontroll over ytre og indre krav. Gjennom mer informasjon og kunnskap kan man få emosjonell, kognitiv og atferdsmessig kontroll, som medfører bedre oversikt over situasjonen sin. Lazarus og Folkman skiller mellom problemorientert- og emosjonsorientert mestring. Ved problemorientert mestring går individet

direkte til kjernen, for å løse problemet. Emosjonsorientert mestring går mer ut på å endre opplevelsen av den utfordrende situasjonen. Det betyr ikke å endre selve situasjonen. Strategiene tar sikte på å minske den emosjonelle intensiteten ved å endre situasjonens besvær. Individet får kontroll både over seg selv og situasjonen (Reitan, 2011).

### **Salutogenesen**

Sosiologen Aron Antonovsky introduserte salutogenesen. I stedet for å fokusere på hva som gir sykdom, fokuserer salutogenesen på hvilke faktorer og ressurser som skaper god helse. Antonovsky tegnet helse på en horisontal linje der mennesket befinner seg et sted på kontinuumet, og beveger seg mellom helse og uhelse. God helse innebærer å kunne takle usikkerhet, og ha tiltro til at livet ordner seg (Lindstrøm & Eriksson, 2015).

Antonovsky mener opplevelsen av sammenheng er av betydning for hvordan man mestrer utfordrende situasjoner. Gjennom forståelse, mening og eventuelle funn av løsninger, skapes opplevelse av sammenheng (Reitan, 2011; Lindstrøm & Eriksson, 2015). Disse tre faktorene påvirker hverandre, men den mest avgjørende er at livet må oppleves meningsfullt. Når man opplever mening, styrkes evnen til å forstå og finne løsninger, og dermed blir livet mer forståelig og håndterbart (Lindstrøm & Eriksson, 2015).

Antonovskys salutogenese-modell fokuserer på bruk av motstandsressurser, samt mestringsiltak som fremmer helse og empowerment. Empowerment er en prosess der mennesket gjennom indre eller ytre ressurser, styrker sine evner til å styre eget liv (Reitan, 2011; Tveiten, 2017).

Faktorer som påvirker helse, kalles stressorer. Hver dag utsettes mennesket for stressorer. Hvordan disse håndteres avhenger av mestringsressurser og hvordan ressursene benyttes (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Mestringsressurser er noe alle har, og omfatter indre eller ytre faktorer som hvert individ kan benytte for å håndtere stressorer (Reitan, 2011; Lindstrøm & Eriksson, 2015). Disse er gjensidig avhengig av hverandre (Reitan, 2011). Ved å benytte mestringsressurser kan man gi stressorene mening, og bevege seg i retning helse. Dersom man ikke klarer å håndtere stressorene vil helsen påvirkes negativt. Mennesket kan ha flere negative og positive helsekomponenter samtidig, som påvirker bevegelsene på kontinuumet mellom helse og uhelse (Lindstrøm & Eriksson, 2015).

Pasienter som har gjennomgått kreftbehandling og som i ettertid opplever senkomplikasjoner som påvirker helsen, klarer seg bedre og tåler belastningene som medføres, dersom de lever etter et salutogent helseperspektiv (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Sykepleier kan hjelpe pasienten å mestre utfordringer, gjennom å fokusere på hvilke mestringsressurser pasienten har (Reitan, 2011).

### **Orems egenomsorgsteori**

Dorothea Orems egenomsorgsteori defineres som «En kontinuerlig, målrettet aktivitet som har til mål å opprettholde, gjenopprette og/eller bedre ens helse og velvære» (Orem, Taylor & Renpenning, 2001; Kirkevold, 2014, s. 113). Mennesker er selvstendige individ, men at de fra tid til annen, også i lengre tidsrom, har behov for sykepleie for ivaretagelse av grunnleggende behov (Orem, Taylor & Renpenning, 2001). Evnen til egenomsorg avhenger av å gjenkjenne behovet, vurdere hvordan utfordringen kan mestres, samt å benytte mestringsressursene hensiktsmessig. Disse tre ferdighetene er gjensidig avhengig av hverandre (Orem, Taylor & Renpenning, 2001).

Egenomsorgsevnen er avhengig av situasjon. Egenomsorg omfatter en balanse av indre og ytre ressurser og inkluderer motivasjon, kunnskap og ferdigheter. Ytre ressurser involverer tilgang til sykepleietjeneste og tilrettelegging av miljøet. Indre ressurser kan styrkes gjennom undervisning og veiledning (Kirkevold, 2014).

Sykepleiers funksjon innebærer å styrke brukerens evne til egenomsorg (Kirkevold, 2014). Et krav for sykepleieren er å ha god kunnskap om de sentrale elementene i utførelsen av egenomsorg (Orem, Taylor & Renpenning, 2001). Forutsetningen for effekt gjennom sykepleieintervensjoner med fokus på egenomsorg, er at mennesket er motivert for å kunne ta hånd om seg selv. Forutsetninger for å yte egenomsorg, som kunnskap og ressurser, varierer og påvirkes av pasientens miljø (Kirkevold, 2014).

Mange eldre ønsker å bo hjemme og være selvhjulpen, også ved plagsomme symptomer. Symptomene har negativ innflytelse på mestring og livskvalitet, som skaper helsemessige problemer. Eldre kan dermed ha behov for helsetjenester for å håndtere utfordringen. Dette tydeliggjør grunnlaget for økt forståelse av kroniske symptomer hos sykepleiere i hjemmetjenesten (Kirkevold, 2014).

### **Livskvalitet**

Å fremme livskvalitet er en viktig målsetting i sykepleien. Særs viktig er det hos pasienter med sykdomsforløp som setter sine begrensninger i dagliglivet (Rustøen, 2011). For kreftoverlevende med fatigue vil det være utfordringer knyttet til livskvalitet (Rustøen, 2011; Lerdal, 2011; Birkeland og Flovik, 2014). Ved at pasienter får bo hjemme, kan livskvaliteten ivaretas gjennom at de opprettholder en grad av selvstendighet i livet (Birkeland & Flovik, 2014).

Carol Ferrans definerer livskvalitet som “en persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktig for en” (Rustøen, 2011, s. 33). Ferrans deler livskvalitet inn i 4 dimensjoner: helse og fysisk funksjon, psykisk/åndelig, sosioøkonomisk og familie. Helse og fysisk funksjon omhandler blant annet aktivitet og hvile, samt somatiske plager. Den psykiske/åndelige dimensjonen omhandler blant annet følelser, usikkerhet og stress. Den sosioøkonomiske dimensjonen inkluderer blant annet økonomi og sosial støtte. Familiedimensjonen rommer familiære forhold. Ut ifra definisjonen kan man ha god livskvalitet, på tross av somatiske plager, da man anser andre områder i livet som viktigere (Rustøen, 2011).

### **Hensikt med oppgaven**

En bacheloroppgave skal gi kunnskap, erfaring og innsikt i problemstillingen (Thidemann, 2017). Et av sykepleierens funksjons- og ansvarsområder er undervisning og veiledning. I vår bacheloroppgave ønsker vi å finne ut hvordan sykepleier i hjemmesykepleien ved hjelp av undervisning og veiledning kan fremme livskvalitet hos kreftoverlevende.

## **Problemstilling**

Hvilke faktorer er viktige når sykepleier i hjemmesykepleien, ved hjelp av undervisende og veiledende funksjon, skal bidra til livskvalitet hos kurativt behandlede kreftpasienter med fatigue?

## **Forskningsspørsmål**

- Hvorfor undervise og veilede?
- Hvordan undervise og veilede?
- Hva bør man undervise og veilede om?
- Hvilke tiltak kan iverksettes?

## **Metode**

Metode innebærer hvordan vi har gått frem for å samle inn og analysere data i studien (Thidemann, 2017). Bacheloroppgaven vår er en litteraturstudie. Vi vil redegjøre for litteraturstudie som metode, samt presentere søkestrategi og hvordan vi har gått frem for å velge og analysere artikler.

En litteraturstudie er: "the comprehensive study and interpretation of literature that relates to a particular topic" (Aveyard, 2014, s. 2). I denne oppgaven setter vi oss inn i data samlet inn av andre, og organiserer forskningen. Vi går kritisk gjennom forskningen, og diskuterer opp mot relevant teori, før vi sammenfatter diskusjonen (Thidemann, 2017).

## **Søkestrategi**

Vi velger å benytte oss av et PICO-skjema. I PICO-skjemaet deler vi opp problemstillingen, slik at den blir mer synlig og formålet blir tydeliggjort. Slik får vi spesifiserte søkeord, noe som forenkler utviklingen av søkestrategi (Thidemann, 2015).

## PICO- skjema

Patients/population/problem HVEM?	Intervention/ initiativ/action HVA?	Comparison ALTERNATIVER ?	Outcome RESULTAT/EFFEKT ?	
<b>P: Hvilke typer pasienter?</b>	<b>I: Hvilke tiltak vurderes?</b>	<b>C: Skal tiltaket sammenlignes med et annet tiltak: hvilket?</b>	<b>O: Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?</b>	O R
Voksne over 18 år  Kurativt behandlet for cancer  Kreftoverlevende med fatigue  Begge kjønn, men kan bruke artikler som inkluderer bare et kjønn, dersom vi ser at disse er overførbare.	Undervisning  Veiledning		Økt livskvalitet  Mestring  Redusert fatigue	
<b>AND</b>				

For å utvikle en god søkestrategi har vi tatt utgangspunkt i emneord som passer til vår problemstilling. Vi benytter emneord som søkeord i databasene, da emneord beskriver artikkelinnholdet. For å få best mulig treff i en database, er det en fordel å anvende emneordene i databasens emneordsystem (Thidemann, 2017).

Formålet med artikkelsøking er å finne relevante forskningsartikler. Ved søk i databasene bruker vi operatoren OR, for å kombinere synonyme søkeord, noe som øker sjansene i avgrensning eller utviding av relevante artikler. Ved å bruke operatoren OR får vi treff på et eller to, ingen eller alle søkeordene. Operatoren AND bruker vi for å avgrense søket ved å kombinere ulike søkeord. Vi får da få treff som favner alle søkeordene (Thidemann 2017).

Vi foretar oss litteratursøk i databasene PubMed, Cinahl og SweMed+. Vi har foretatt søk i perioden 24. januar 2018 til 24. april 2018. Felles for disse databasene er at de er spesifisert

på helsefaglig kunnskap. Ved å dokumentere søkehistorikken, viser vi hvordan vi har funnet forskningsartiklene som er anvendt i bacheloroppgaven (Thidemann, 2017).

**Tabell for artikkelsøk**

Søkeord	Database	Avgrensning	Kombinasjoner	Antall treff
<b>1. Home health care/Home health nursing</b> <b>2. Quality of life</b> <b>3. Patient education</b> <b>4. Neoplasms</b> <b>5. Cancer survivors</b> <b>6. Cancer</b> <b>7. Nurse practitioners</b> <b>8. Primary health care</b> <b>9. Nursing care</b> <b>10. Cancer fatigue</b> <b>11. Colonic neoplasm</b>	Cinahl	Academic journals + English	2 AND 3 AND 5	41
			5 AND 7 AND 8	9
		2 AND 3 AND 9 AND 10	5	
		Academic journals	2 AND 3 AND 9 AND 11	2
		Academic journals		
	PubMed	Full tekst <5 år Humans	1 AND 2 AND 3 AND 4	10
	SweMed +	Artikkel Patient education as topic	3 AND 6	61

For å konkretisere letingen etter artikler som belyser problemstillingen vår, benytter vi inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kriteriene tydeliggjør innholdet vi søker etter i forskningsartiklene. IMRAD-struktur viser oppbyggingen av vitenskapelige forskningsartikler, og står for introduksjon, metode, resultater og diskusjon (Thidemann,

2017). Fagfelle vurdering innebærer kvalitetssikring av forskningen gjennom spesifikke kriterier, før artikkelen blir publisert i tidsskrifter (Svartdal, 2014). Forskning er dynamisk, noe som vil si at forskning er i stadig endring. Dermed kan forskningsartikler publisert for noen år tilbake, allerede være utdatert, og må tas med i betraktningen når man leter etter artikler (Graverholt, Jamtvedt & Nortvedt, 2015).



Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Sykepleie	Palliasjon
Cancer	Pårørende
Psykososiale behov	Barn
Livskvalitet	Smertelindring
Kurativt behandlet for cancer	Artikler som ikke er overførbare til norsk helsevesen
Undervisning	
Veiledning	
Mestring	
Begge kjønn	
Fatigue, kronisk utmattelse	
Fagfellevurdert	
IMRAD-struktur	
Artikler overførbare til norsk helsevesen	
Språk: norsk, engelsk	

Vi ønsker å finne både kvalitative- og kvantitative forskningsartikler. Kvalitative artikler baseres på humanvitenskap og har som hensikt å finne meningssammenhenger og dybdekunnskap rundt emnet de tar for seg. Få individer er med i forskningen, og innsamlingen av data skjer ved intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse. Kvantitative artikler baseres på naturvitenskap. Metoden benytter observasjoner og målbare data, som anvendes godt for generalisering av datafunnene. Dermed kan man finne klare mønstre og sammenligninger. Metoden egner seg godt for å få breddekunnskap om et spesielt emne (Thidemann, 2017).

Vi anvender litteraturmatiser, for å få oversikt over innhold og informasjon i aktuelle artikler. Litteraturmatisen vil også være et godt hjelpemiddel når innholdet av artiklene skal sammenfattes (Thidemann, 2017). Vi benytter sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler (Folkehelseinstituttet, 2014a; folkehelseinstituttet, 2014b).

### **Analyse**

I analyseprosessen gjør vi en grundig og systematisk gjennomgang av den aktuelle teksten. Slik skaffer vi oss et detaljert og helhetlig inntrykk, og skiller mellom relevant og urelevant informasjon. Da får vi et overblikk av utvalgt innhold som er trukket frem, som er aktuelt for å avklare problemstillingen (Thidemann, 2017).

Vi velger å anvende forskningsspørsmålene “Hvorfor undervise og veilede?”, “Hvordan undervise og veilede?”, “Hva bør man undervise og veilede om?”, “Hvilke tiltak kan iverksettes?”. Forskningsspørsmålene belyser områdene rundt problemstillingen, og setter føringer for analysen (Thidemann, 2017). Når vi analyserer artiklene, kategoriserer vi resultatene ut i fra hvilke forskningsspørsmål de besvarer. Kategoriseringen er et godt hjelpemiddel for forståelse og for å skaffe oversikt over innholdet i artiklene. Oversikten bidrar til å avdekke ulikheter, likheter og sammenhenger.

## Resultater

### Litteraturmatriser

<b>Forfatter(e)</b> <b>Publiseringsår</b> <b>Tidsskrift</b> <b>Land</b>	Maura C. Schlairet Melissa J. Benton 2011 J Canc Educ/Springer USA
<b>Tittel</b>	<i>Quality of Life and Perceived Educational Needs among Older Cancer Survivors</i>
<b>Hensikt med studien</b>	Å øke forståelse for fysiske og praktiske problemer kreftoverlevende over 60 år møter, gjennom å se på hvilken opplevelse de selv har av behov for undervisning om livsstiltilpasninger.
<b>Metode</b>	Kvantitativ metode. Studien er en analyse av data samlet inn til en overordnet forskningsstudie. Datainnsamlingen baserer seg på en modell som deler kreftoverlevendes behov inn i fire kategorier av livskvalitet. Deltakerne ble rekruttert fra et kreftsenters. Når pasientene kom til oppfølging, fikk de som var kvalifisert for studien utdelt studiepakker og ble invitert til å delta. Over en periode på 16 uker ble 826 undersøkelser delt ut, og 307 ble returnert. 62% av disse var kvalifisert for studien.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Kreftoverlevende som har hatt ulike typer kreft. Alder: 60-94 år. 62% damer. Jevn aldersfordeling mellom menn og kvinner, gjennomsnittsalder ca 70 år.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Ingen signifikante forskjeller mellom menn og kvinner. Minst halvparten svarer at de har utfordringer som påvirker livskvalitet, deriblant fatigue. På tross av selvrapporterte utfordringer knyttet til fatigue, gjenkjenner ikke flesteparten av respondentene et behov for undervisning angående fysisk aktivitet. Studien antyder at eldre kreftoverlevende ikke gjenkjenner behov for undervisning og veiledning, på tross av at de opplever utfordringer knyttet til fatigue.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	IMRAD-struktur Fagfellevurdert

<b>Forfattere</b>	Joanna M. Cooper Susan J. Loeb Carol A. Smith
<b>Publiseringsår</b> <b>Tidsskrift</b> <b>Land</b>	2010 American Academy & Nurse practitioners USA
<b>Tittel</b>	<i>The primary care nurse practitioner and cancer survivorship care</i>
<b>Hensikt med studien</b>	Å undersøke rollen sykepleiere i primærhelsetjenesten har for å bidra til oppfølging og opprettholdelse av helse for kreftoverlevende etter bryst-, prostata- og tarmkreft.
<b>Metode</b>	Oversiktsartikkel. Brukt Medline, Cinahl, MD-Consult og Cochrane's databaser. Søkt fra 1995-2008. Søkeord: Cancer survivor, survivorship, NP, primary care, and model of care.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Voksne kreftoverlevende.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Kreftoverlevende opplever endringer i pleiens fokus når fokus endres fra kreftbehandling til behandling av seneffekter. Studien antyder at kontinuiteten ikke er bra nok. Samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan styrkes for å yte en bedre helsetjeneste.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Fagfellevurdert.

<b>Forfattere</b>	Doris Howell Tamara Harth Judy Brown Cathy Bennett Susan Boyko
<b>Publiseringsår</b> <b>Tidsskrift</b> <b>Land</b>	2017 Support Care Cancer Canada
<b>Tittel</b>	<i>Self-management education interventions for patients with cancer: a systematic review</i>
<b>Hensikt med studien</b>	Å identifisere komponenter i utdanningsintervensjoner, og støtte kreftpasienter til å utvikle ferdigheter for effektiv selvstyring av kreftsykdommen og de akutte, langsiktige og senskadelige effekter av behandlinger.
<b>Metode</b>	Artikkelen er en systematisk oversiktsartikkel som tar utgangspunkt i RCT-studier. Søkt i databasene OVID Medline, Cinahl, Cochrane Database, Embase og PsychInfo. Studien er basert på 42 RCT-studier publisert mellom 2005-2015.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Målpopulasjonen er voksne over 18 år og eldre i aktiv behandling eller overlevelsesfase etter kreftbehandling. Gjennomsnittlig alder av forsøksdeltakere varierer fra 42,3 år til 65,6 år. Begge kjønn er inkludert.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	10 av studiene viser at fatigue utgjør en stor del av symptomene til studiens kreftpasienter. Det blir funnet generelle forbedringer i fatigue ved å følge en diett- og treningsintervensjon. 16 studier undersøker håndtering eller livskvalitet som endepunkter for intervensjonene. Samlet sett oppdager 10 av de 16 studiene betydelig forbedring i mestring og livskvalitet.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	IMRAD-struktur Fagfellevurdert

<b>Forfatter(e)</b>	Ausanee Wanchai Jane M. Armer Bob, R. Stewart
<b>Publiseringsår</b>	2011
<b>Tidsskrift</b>	Clinical Journal of Oncology Nursing
<b>Land</b>	Sinclair School of Nursing, University of Missouri, Columbia
<b>Tittel</b>	<i>Nonpharmacologic Supportive Strategies to Promote Quality of Life in Patients Experiencing Cancer-Related Fatigue.</i>
<b>Hensikt med studien</b>	Formålet med denne artikkelen er å kritisk gjennomgå litteraturen relatert til ikke-medisinsk støttende strategier for å forbedre livskvaliteten blant pasienter med brystkreft som opplever fatigue
<b>Metode</b>	Systematisk oversiktsartikkel. 75 % av studiene baserer seg på RCT-studier. Søkt i Medline og CINAHL, i perioden 2000-2010. Søkt etter artikkel på engelsk. Søkeord: Breast cancer patient, oncology patient, fatigue, cancer-related fatigue, quality of life, health-related quality of life, physical activity, exercise.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Pasienter med brystkreft under og etter behandling.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Trening, utdanning og rådgivning er mulige effektive, støttende tiltak for å forbedre livskvalitet hos pasienter med brystkreft som lider av fatigue. Grunnet metodologiske begrensninger i tidligere studier er det nødvendig med mer randomisert forskning. Resultater viser at trening og undervisning er effektive ikke-medisinske metoder for å styrke livskvaliteten. Derfor må sykepleiere vurdere ulike ikke-medisinske øvelser for brystkreftrammede pasienter som har svekket livskvalitet.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	Fagfellevurdert

<b>Forfattere</b>	Carolina Godino Lina Jodar Ángela Durán Isabel Martínez Anna Schiaffino
<b>Publiseringsår</b>	2006
<b>Tidsskrift</b>	European Journal of Oncology Nursing
<b>Land</b>	Barcelona, Spania
<b>Tittel</b>	<i>Nursing education as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients.</i>
<b>Hensikt med studien</b>	Målet med studien er å undersøke om undervisning fra sykepleier reduserer opplevelsen av fatigue hos pasienter med mage- eller tarmkreft.
<b>Metode</b>	RCT-studie. Studien ble gjennomført på et kreftsenter i Barcelona. Pasientene ble tilfeldig fordelt i to grupper, en eksperimentell, og en kontrollgruppe. Deretter ble pasientene lagdelt i hver gruppe basert på diagnose og behandling. Sykepleieintervensjonen knyttet til fatigue vurderes gjennom spørreskjema.
<b>Utvalg/populasjon</b>	Pasienter med mage- og tarmkreft. Begge kjønn er inkludert. Pasienter mellom 30 og 75 år.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Kreftrelatert fatigue er et komplekst symptom som påvirker pasientens livskvalitet. Det blir observert tydelig reduksjon i fatigue hos pasienter med mage- eller tarmkreft som har fått sykepleieundervisning under behandling. Forskningen viser at undervisning fra sykepleier om fatigue reduserer opplevelsen av fatigue. Pasientene føler de fikk hjelp til å takle stresset.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	IMRAD-struktur Fagfelleverdert

<b>Forfattere</b>	Ragnhild Johanne Tveit Sekse Ingjerd Buestad Margrethe Elin Vika
<b>Publiseringsår</b> <b>Tidsskrift</b> <b>Land</b>	2014 Vård i Norden/Sage journals Norge
<b>Tittel</b>	<i>Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft. En hjelp i rehabiliteringen?</i>
<b>Hensikt med studien</b>	Formålet med artikkelen er å beskrive en sykepleierstyrt gruppeintervensjon og å vurdere i hvilken grad intervensjonen er nyttig for deltakerne i oppfølging etter gynekologisk kreftbehandling. Målet er å sammenligne og vurdere bruk av undervisning- og veiledningsgrupper, for endringer i livskvalitet og mestring både under og etter kreftbehandling.
<b>Metode</b>	To intervensjonsgrupper og en kontrollgruppe. Seks grupper, med fem til åtte deltakere gjennomførte intervensjonen i perioden 2009–2012.
<b>Utvalg/populasjon</b>	45 kvinner, ferdigbehandlet for inntil tre år, residivfrie, over 18 år og mestrer norsk godt skriftlig og muntlig. Gjennomsnittsalderen er 57 år.
<b>Hovedfunn/resultater</b>	Kvinnene er fornøyd med gruppeintervensjon, som synes å tilfredsstillende behovet for kunnskap og informasjon om ulike emner relatert til livet etter kreft. Å dele erfaringer med hverandre og være i dialog med eksperter og mentorer som anerkjente kvinner, bekreftet deres usikkerhet og gav svar på deres spørsmål, var viktig for utfallet av intervensjonen. Sykepleierledet gruppeintervensjon synes å være nyttig for kvinner behandlet for gynekologisk kreft. Intervensjonen kan være et viktig bidrag til å forbedre oppfølging etter kreftbehandling, og dermed til kvinners mestringsressurser.
<b>Kvalitetsvurdering</b>	IMRAD-struktur Fagfellevurdert



### **Sammenfatning av resultater**

Vi velger å presenterer kun resultater vi anser som relevante for vår problemstilling. De ulike funnene fra artiklene presenteres sammen ut i fra hvilke forskningsspørsmål som besvares.

#### **Hva bør man undervise og veilede om?**

I Schlairet & Benton (2011) rapporterte 50 % av deltakerne fysiske, sosiale og emosjonelle behov, noe som påvirker livskvaliteten. Dette kan være dårlig appetitt, vektendring, utfordring med stressmestring, vansker med å opprettholde husholdsaktiviteter og fatigue.

I Godino et al (2006) fikk forsøksgruppa rådgivning og informasjon om fatigue, og en dagbok, hvor pasientene kunne skrive dagliglivets følelser tilknyttet tilstanden. De fikk også veiledning av sykepleiere om ernæring, aktivitet, hvile, stress og tilpasninger i livsstilsendringer. Resultatene viste nedgang av fatigue hos pasientgruppa, som mottok undervisning underveis i behandlingen. Gruppa som ikke deltok i undervisningsintervensjonen, viste økning av fatigue gjennom behandlingen. Intervensjonen gav individuell veiledning og kunnskap, som et godt verktøy for å håndtere fatigue. Resultatene antyder at den undervisende sykepleieintervensjon kombinert med kontinuerlig, individuell støtte fra sykepleieren, bidro til at pasientene fikk oppklart usikkerheten de hadde relatert til behandlingen og sykdommen, og reduserte tydelig pasientens opplevelse av fatigue (Godino et al, 2006).

Wanchai, Armer & Stewart (2011) viser til funn på at trening, både for pasienter under og etter behandling, gir redusert fatigue og bedre livskvalitet. De viser også at kampsport kombinert med gåing, ikke viser betydelig effekt på fatigue. Restorativ yoga ble også benyttet for å teste effektene mot fatigue. Deltakerne som startet yogaen med lavt emosjonelt velvære, hadde større effekt av intervensjonen sammenlignet med kontrollgruppa.

Kvinnene i studien av Sekse, Buestad & Vika (2014) rapporterte at de viktigste temaene som ble tatt opp i gruppene var kroppslige endring, fatigue og ernæring, veien videre, mestring- og mestringsstrategier. En tredjedel av deltakerne fremhevet at kunnskap og informasjon om prosessen de hadde vært gjennom, samt konsekvenser for livet videre, hadde stor nytte (Sekse, Buestad & Vika, 2014).

Cooper, Loeb & Smith (2010) viser at informasjon til kreftoverlevende, kan bidra til at de bedre forstår seneffektene og viktigheten av å iverksette tiltak. Dette kan resultere i at pasientene engasjerer seg mer for å gjøre tiltak mot fatigue.

### **Hvorfor undervise og veilede?**

I studien til Schlairet & Benton (2011) var det ingen signifikant forskjell mellom kjønn blant respondentene. Til tross for fatigue, vekttap og dårlig appetitt, opplevde ikke respondentene behov for veiledning innen kosthold eller fysisk aktivitet. I underkant av halvparten av respondentene etterspurte informasjon om ernæring, og om lag en tredjedel ønsket treningsråd. Studien antyder at respondentene ikke gjenkjenner behovet for undervisning og veiledning, selv om behovet er tilstede (Schlairet & Benton, 2011).

Cooper, Loeb & Smith (2010) skriver i studien at det ofte er rapportert store distanser i kreftomsorgen mellom utøvere i primærhelsetjenesten og onkologer i spesialisthelsetjenesten. Distansen på kunnskap påvirker kontinuiteten i helsetjenesten negativt. Samarbeid mellom hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å sikre effektiv og standardisert pleie. Økt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan tette noen av forskjellene i helsetjenesten ved samarbeid og omfattende pleie. Tverrfaglig samarbeid mellom primære sykepleieutøvere og kreftsykepleiere gir god kvalitet på helsehjelpen, og øker langsiktig, positiv utvikling. Kreftoverlevende bør ha en kreftoverlevelsplan som både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har innsikt i, eller samarbeid om. Gjennom en slik plan kan sykepleiere som ikke er direkte involvert i hele forløpet, få tilgang informasjon om blant annet sykdomsforløp og informasjon om seneffekter (Cooper, Loeb & Smith, 2010).

Et dynamisk element som ofte undervurderes i oppfølgingsprosessen, er fokuset på livskvalitet. Sykepleiernes funksjon i primærhelsetjenestens kan utvikle seg gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at sykepleiere er godt forberedt i møtet med kreftoverlevende pasienter. Sykepleiere som anerkjenner sin rolle sykepleie til kreftoverlevende, kan bidra til tiltak hos pasienten som reduserer seneffekter. Seneffektene Wanchaikan oppstå flere år etter behandling, noe som styrker argumentasjonen for at det er noe sykepleier i hjemmesykepleien må observere (Cooper, Loeb & Smith, 2010).

Deltakelsen i studien av Sekse, Buestad & Vika (2014) var en svært positiv opplevelse, da deltakerne møtte likesinnede, som de kunne dele tanker og erfaringer med. Kurset bevisstgjorde holdninger og refleksjon hos deltakerne. En tredjedel av kvinnene fremhevet at det var nyttig å få mer kunnskap og informasjon om konsekvensene av kreftbehandling, satt i perspektiv med livet i ettertid (Sekse, Buestad & Vika, 2014).

### **Hvordan undervise og veilede?**

Wanchai, Armer & Stewart (2011) gjorde funn i studien sin på at ikke-medisinske tiltak for bedring i livskvalitet grunnet kreftrelatert fatigue, gav resultater. Tiltakene var for eksempel hjemmebasert eller veiledet trening, utdanning, rådgivning, søvnterapi og komplementær terapi. Wanchai, Armer & Stewart (2011) fant ut at disse intervensjonene kan benyttes i tillegg til medisinske tiltak for å forbedre livskvaliteten. Trening var fordelaktig både under og etter kreftbehandling hos pasienter som lider av fatigue. Veiledet trening økte signifikant livskvaliteten og reduserte fatigue. Forskningen er tilstrekkelig og ingen skadelige effekter ble rapportert. 90 minutters hjemmebasert trening mer enn tre dager i uka, gav pasientene høyere funksjonsevne og livskvalitet, og mindre fatigue enn deltakerne som var mindre aktive. Strategier for å fremme treningen var skritteller, treningsinformasjon, samt en veiledende treningspartner, for psykoedukativ intervensjon. Brystkreft-spesifikke treningsanbefalinger kombinert med bruk av skritteller viste seg å gi betydelig forbedret livskvalitet og redusert fatigue, for pasienter som hadde hatt brystkreft. Telefonbasert treningsveiledning gjennom 12 uker, økte aktivitetsnivået og dermed livskvaliteten hos kreftpasientene. Fatiguen ble redusert. Effektene av denne metoden, ble opprettholdt i 24 uker. Studien til Wanchai, Armer & Stewart (2011) viser også til funn der veiledet trening fører til forbedring av livskvalitet, men ikke reduksjon av fatigue. Den systematiske oversiktsartikkelen konkluderer med at trening i hjemmet underveis og etter endt behandling, bør anbefales for kreftpasienter i behandling for å redusere fatigue og forbedre livskvalitet (Wanchai, Armer & Stewart, 2011).

Wanchai, Armer & Stewart (2011) viser at kunnskap og rådgivning om strategier og håndtering av kreftrelatert fatigue, gir effekt. Det oppnås blant annet gjennom telefonrådgivning over seks uker. Telefonrådgivningen satte fokus på mestringsstrategier og fysisk aktivitet som tiltak for å øke livskvaliteten og forbedre tretthet. Et annet tiltak for å redusere intensiteten av fatigue kan være bruk av undervisning for forberedende opplæring og støtte. Deltakere som deltok i undervisende og veiledende gruppeintervensjon med fokus på aktive mestringsstrategier og fysisk aktivitet, viste større forbedring knyttet til fatigue ved 3-måneders oppfølging, og fysisk livskvalitet etter intervensjonen, enn kontrollgruppen. Den korte gruppeintervensjonen kombinerte stresshåndtering, psykoedukasjon (Wanchai, Armer & Stewart, 2011).

I studien av Sekse, Buestad & Vika (2014) ble læringsmetoden “Være i dialog med fagpersoner” vurdert som mest nyttig. Deretter kom “Høre andres erfaringer”, “Samtaler i gruppen”, “Få tips og gode råd”, “Dele erfaringer” og “Sosialt samvær”. Det var betydelig å individualisere og konkretisere informasjonen til hver enkelt. Sykepleierens funksjon ble uttrykt som en viktig del av tjenesten. Deltakerne uttrykte at sykepleierne hadde god kompetanse og kunnskap om de ulike temaene, samt at de så, lyttet og ivaretok dem. Følelsen av å være i trygge omgivelser, med veiledere som fokuserte positivt på mestring, ble også bemerket. Vurderingen av god kompetanse, erfaring og kunnskap rundt emnet, ble satt høyt hos deltakerne i studien (Sekse, Buestad & Vika, 2014).

Howell et al (2017) presenterer funn på betydelige reduksjoner i fatigue ved bruk av selvadministrerte utdanningsintervensjoner, samt forbedringer i kosthold, appetitt, og fysisk funksjon når det gjelder kapasitet og selvtillit. Over halvparten av respondentene hadde forbedring i livskvalitet, kognitiv mestring, mellommenneskelige relasjoner og sosialt og funksjonelt velvære ved bruk av selvadministrerte utdanningsintervensjoner (Howell et al, 2017).

## **Diskusjon**

### **Hva bør sykepleier undervise og veilede om for å redusere fatigue og forbedre livskvalitet?**

Sykepleier bør undervise og veilede kurativt behandlede kreftpasienter med fatigue om trening, da pasientens energikapasitet reduseres dersom pasienten er lite aktiv (Lerdal, 2011). Innen området helse og fysisk funksjon, i Ferrans' definisjon av livskvalitet, inngår blant annet aktivitetsnivå og fysiske symptomer (Rustøen, 2011). Fatigue er et fysisk symptom som gir utmattelse, noe som gjør det vanskelig for pasienten å opprettholde sitt normale aktivitetsnivå (Lerdal, 2011). Redusert fatigue vil dermed kunne føre til økt livskvalitet.

Schlairet & Benton (2011) og Sekse, Buestad og Vika (2014) viser til at kreftoverlevende opplever fysiske, emosjonelle og sosiale utfordringer, blant annet fatigue og utfordring i stressmestring. Studien til Godino et al (2006) viser at veiledning om aktivitet medvirker til redusert fatigue. Intervensjonen var individuell rådgivning og informasjon om aktivitet, hvile og stress. Dette samsvarer med Wanchai, Armer og Stewart (2011) som viser at spesielt tilpasset treningsinformasjon, samt trening fører til redusert fatigue blant kreftpasienter både under og etter behandling. Cooper, Loeb og Smith (2010) belyser at tilpasset informasjon kan bidra til at pasienten får bedre forståelse og engasjerer seg mer i mestring av fatigue.

Regelmessig trening bidrar til redusert fatigue og mer overskudd, både under og etter behandling (Lerdal, 2011). Dette fører til mestring og bedre livskvalitet. Av den grunn mener Helse- og omsorgsdepartementet (2018) at trening bør være mer sentralt i behandlingen av kreftpasienter. Helse- og omsorgsdepartementet (2018), skriver at et delmål i kreftomsorgen er tilpasset, individuell informasjon om seneffektsrisiko etter behandling. Målet er at informasjonen skal føre til behandling og forebygging av seneffekter.

Den systematiske litteraturgjennomgangen til Wanchai, Armer & Stewart (2011) viser til to studier der fysisk aktivitet ikke gir betydelig forandring i fatigue. Samtidig viser litteraturgjennomgangen til at det kan ha oppstått feil ved testingene i en av disse undersøkelsene (Wanchai, Armer & Stewart, 2011). På den ene siden kan man få økt fatigue når man begynner å trene. Samtidig kan dette endre seg, og over tid kan trening gi redusert fatigue (Lerdal, 2011). Lerdal (2011) viser til at trening må tilpasses den enkeltes energikapasitet for å unngå økt fatigue av for intensiv trening. Wanchai, Armer & Stewart (2011) sin forskning på om ikke-medisinske tiltak gir bedring i fatigue, konkluderer med at trening bør anbefales til kreftpasienter.

Noe av forskningen viser motstridende resultater i tillegg til at det er forsket på ulike intervensjoner og med ulike resultatmål. Det er ingen målinger som indikerer kvaliteten på helsehjelp som ytes til kreftoverlevende med seneffekter. For å øke kvaliteten, er det nødvendig å vite noe om kvaliteten på tjenesten som allerede gis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dermed trengs mer forskning for å konstatere hvilke tiltak som best bidrar til redusert fatigue og økt livskvalitet.

### **Hvorfor bør sykepleier undervise og veilede for å redusere fatigue og forbedre livskvalitet?**

Fatigue er en av de vanligste seneffektene etter kreftbehandling (Reinertsen et al, 2017). Mange kreftoverlevende opplever å ha redusert livskvalitet grunnet fatigue (Denieffe mfl, 2013; Grov og Ulstein, 2012; Skaali, 2017; Lorentsen & Grov, 2016). Derfor trenger kreftoverlevende undervisning og veiledning rettet mot å redusere fatigue og øke livskvalitet. Pasienter som er inaktive, vil få mindre energikapasitet, altså økt fatigue. For å redusere fatigue kan tidlig sykepleieintervensjon med undervisning og veiledning iverksettes slik at pasienten øker aktivitetsnivået. Samtidig kan for høyt aktivitetsnivå også gi forverret fatigue. Derfor kan det være nyttig for pasienten å få undervisning og veiledning fra sykepleier i hjemmesykepleien for å finne en optimal balanse mellom aktivitet og hvile (Lerdal, 2011).

Hjelpemidlene mennesker har for å yte egenomsorg varierer avhengig av miljøet rundt (Kirkevold, 2014). Sykepleier i hjemmesykepleien kan være en miljøfaktor som fungerer som en ytre ressurs. Gjennom undervisning og veiledning fra sykepleier, får pasienten økt kunnskap, noe som bidrar til å styrke pasientens indre ressurser slik at pasienten blir bedre til å yte egenomsorg (Kirkevold, 2014; Lerdal, 2011; Eriksen, 2015).

Flere studier støtter opp om påstanden om at kreftoverlevende med fatigue trenger undervisning og veiledning. Howell et al (2017) viser til forskning der undervisning med fokus på egenmestring bidrar til redusert fatigue og bedre livskvalitet. Dette samsvarer med funn i andre studier som viser at veiledende og undervisende sykepleieintervensjon bidrar til redusert fatigue, samt økt kunnskap om egen helsetilstand (Godino et al, 2006; Sekse, Buestad & Vika, 2014). I studien til Sekse, Buestad og Vika (2014) rapporterte også deltakerne om at intervensjonen opplevdes nyttig, fremmet refleksjon og gjorde dem mer bevisste på egne holdninger.

For kreftoverlevende kan informasjon om mulige seneffekter føre til stress over tid. Stresshåndtering er individuelt, da atferd påvirkes av livserfaring (Reitan, 2011). Mennesker har ulik grad av opplevelse av sammenheng, og ulike evner til å nyttegjøre seg generelle motstandsressurser. Ved sterk opplevelse av sammenheng og god evne til å nyttegjøre seg generelle motstandsressurser kan man bekjempe stress, og bevege seg i positiv retning på Antonovskys helsekontinuum (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Dette samsvarer med Orems egenomsorgsteori, da individets egne ressurser styrkes (Orem, Taylor & Renpenning, 2001). Undervisning og veiledning som får kreftoverlevende til å trene vil fungere som problemorientert mestring, i form av at problemet tas direkte tak i og energinivået øker (Lerdal, 2011; Reitan, 2011). I tillegg fungerer undervisning og veiledning som støtter kreftoverlevendes egenomsorg som en form for emosjonsorientert mestring, da kunnskap fører til at situasjonen blir mer håndterbar (Reitan, 2011). Ved å få kunnskap om hvorfor man er så sliten, skapes mening. Meningen styrker opplevelse av sammenheng, og situasjonen blir mer begripelig og håndterbar for den kreftoverlevende. Dermed styrkes igjen evnen til problemorientert mestring. Pasienten får ressurser til å gjøre noe med fatiguen, og kan bruke disse til å bevege seg i salutogen retning på helsekontinuumet og øke livskvaliteten (Reitan, 2011; Lindstrøm & Eriksson).

Sykepleiere i hjemmesykepleien trenger kunnskap og kompetanse for å undervise og veilede kurativt behandlede kreftpasienter med fatigue. Veldig mange mennesker ønsker helst å bo hjemme selv om de har helserelaterte plager (Kirkevold, 2014). Å bo hjemme bidrar til økt livskvalitet (Birkeland & Flovik, 2016). Samtidig kan fatigue gjøre at pasienten får redusert livskvalitet. Da kan sykepleier bidra med undervisning og veiledning for at pasienten skal mestre situasjonen (Kirkevold, 2016). Pasienter i hjemmesykepleien er ofte eldre mennesker med sammensatte plager (Eriksen, 2015). Hesook Suzie Kim har utarbeidet en oversikt over grunnlaget for sykepleieutøvelse. Hun trekker blant annet frem at sykepleie skal være målrettet, overveid og handlingsorientert (Kim, 2015). Derfor forutsetter individuelt tilpasset sykepleie til kreftoverlevende med fatigue, at sykepleier har tilstrekkelig forståelse for, og kunnskap om pasientens helsetilstand (Kim, 2015; Kirkevold, 2014).

I Sekse, Buestad og Vika (2014) trekker deltakerne i gruppeintervensjonen frem at sykepleiers funksjon bidrar til utbytte av intervensjonen. Dette på grunn av at sykepleierne tok seg tid til å ivareta deltakerne, samt at de gav inntrykk av å inneha relevant kunnskap og kompetanse (Sekse, Buestad & Vika, 2014). Schlairet & Benton (2011) viser at kreftoverlevende sliter med fatigue, men at de ikke synes de har behov for undervisning og veiledning. Her synliggjøres viktigheten av sykepleiers kunnskap og kompetanse. Det blir opp til sykepleier og ta initiativ, siden pasienten selv ikke opplever behov for undervisning og veiledning. Ved at pasienten mottar undervisning og veiledning, kan pasientens evne til empowerment styrkes. Dermed får pasienten kunnskap som kan føre til at pasienten iverksetter tiltak for å redusere fatigue (Reitan, 2011; Eriksen, 2015).

Undervisning og veiledning kan hjelpe kreftoverlevende å mestre livet med fatigue (Reitan, 2011). Cooper, Loeb & Smith (2010) finner viktigheten av at sykepleiere er godt forberedt til å undervise og veilede for å redusere fatigue hos kreftoverlevende, noe som forutsetter relevant kunnskap og kompetanse. Dette harmonerer med Reitan (2011).

Cooper, Loeb & Smith (2010) belyser også at sykepleier må kunne observere seneffekter da disse kan oppstå lenge etter endt behandling. Dermed kan det være at sykepleier i hjemmesykepleien kan være den første til å oppdage fatigue, dersom pasienten likevel har hjemmesykepleie. Sykepleier i hjemmesykepleien trenger da å vite hva fatigue er, hvordan det utvikler seg og hva man kan gjøre med tilstanden.



En av målsettingene med undervisning og veiledning i sykepleieutøvelsen er å bedre pasientens evne til egenomsorg (Kirkevold, 2014). For at sykepleier i hjemmesykepleien skal kunne hjelpe kreftoverlevende med fatigue er det nødvendig å ha kunnskap om egenomsorg (Orem, Taylor & Renpenning, 2001). I henhold til Orem vil undervisning og veiledning med fokus på egenomsorg, bidra til at kreftoverlevende får styrket sine ressurser (Orem, Taylor & Renpenning, 2001).

Helsepersonelloven §4 (1999) stadfester at sykepleier skal yte sikker hjelp ut i fra generell forventet sykepleiekompetanse. Ut i fra rammeplanen for sykepleierutdanning (2008) kan man blant annet forvente at sykepleiere i hjemmesykepleien har kompetanse til å undervise og veilede kreftoverlevende med fatigue. Dette samsvarer med Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999), som i overført betydning sier at kreftoverlevende har krav på opplysninger om fatigue for å bedre forstå egen helse. Flere kreftpasienter enn tidligere blir friske, dermed møter vi flere kreftoverlevende i hjemmesykepleien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; Meld. St. 47 (2008-2009)). Siden undervisning og veiledning hjelper mot fatigue, er det derfor viktig at sykepleier i hjemmesykepleien har nødvendig kompetanse og kunnskap om fatigue (Kirkevold, 2014).

Cooper, Loeb & Smith (2010) viser til at det er store ulikheter i kunnskap mellom spesialist- og primærhelsetjenesten når det kommer til sykepleie til kreftoverlevende. Studien viser til at samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste kan styrke funksjonen til sykepleier i primærhelsetjenesten. Et tiltak som foreslås er en modell som forutsetter lav terskel for direkte kommunikasjon mellom sykepleier i hjemmetjenesten og onkolog, der sykepleieren har ansvaret for pasientens helhetlige hjelpebehov (Cooper, Loeb & Smith, 2010). Gjennom samarbeid kan sykepleier i primærhelsetjenesten lære av kunnskapen fra spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet kan bidra til utjevning av ulikheter.

I samhandlingsreformen er det en målsetting om at helsehjelp skal kunne ytes kommunalt, så lenge dette er til det beste for pasienten (Meld. St. 47 (2008-2009)). Da det er sykepleier i hjemmesykepleien som møter pasienten, blir det sykepleier i hjemmesykepleiens oppgave å fange opp og bedre fatigue (Lorentsen & Grov, 2016). Sykepleier bør være forberedt i møte med kreftoverlevende med fatigue, noe som er avgjørende for å kunne hjelpe pasienten (Cooper, Loeb & Smith, 2010). Gjennom veiledning fra spesialisthelsetjenesten, kan indre ressurser hos sykepleier i hjemmesykepleien styrkes ved at de får økt kunnskap om tiltak for å redusere fatigue. Sykepleier i hjemmesykepleien vil da få styrket sine ressurser til å utøve målrettet sykepleie til kreftoverlevende med fatigue. Dermed kan sykepleier undervise om tiltak som hjelper mot fatigue og slik kunne bidra til å styrke pasientens problemorienterte mestring. Pasienten vil da få styrket sine ressurser for å redusere fatigue, bevege seg i salutogen retning på helsekontinuumet og øke livskvalitet.

Cooper, Loeb & Smith (2010) viser at pasienter opplever ulikt fokus på pleien i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det kan virke som oppfølgingen og veiledningen knyttet til seneffekter ikke er tilfredsstillende over tid. Også samhandlingsreformen belyser ulik målforståelse i mellom tjenestenivåene som en faktor som kan skape utfordringer i samarbeidet. Når samhandlingen er dårlig, blir også tjenesten som ytes svekket (Meld. St. 47 (2008-2009)). Studien til Cooper, Loeb & Smith (2010) antyder at det burde innføres samarbeid om pleieplaner. Et av forslagene i studien er en pleieplan som både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har tilgang til, og som blant annet inkluderer informasjon om mulige seneffekter (Cooper, Loeb & Smith, 2010). Dette vil kunne styrke kontinuiteten, siden alle har tilgang til samme informasjon, uavhengig av hvilke "områder" i pleien de er involvert i. Hjemmesykepleien får da innsikt i pasientens sykdomsforløp, samtidig som sykepleieren får tilgang på informasjon om fatigue.

## **Hvordan bør sykepleier undervise og veilede for å redusere fatigue og forbedre livskvalitet?**

Veiledning, utdanning og rådgivning med fokus på mestringsstrategier og fysisk aktivitet kan benyttes for å forbedre livskvaliteten til kurativt behandlede kreftpasienter med fatigue. Ved å styrke pasientens ressurser, vil pasientens evne til å skape en opplevelse av sammenheng styrkes (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Orems egenomsorgsteori kan benyttes for å forklare hvordan motivasjon, kunnskap og ferdigheter kan styrke indre og ytre ressurser til mestring, gjennom undervisning og veiledning (Orem, Taylor & Renpenning, 2001; Kirkevold, 2014). For å få kontroll over sin situasjon må kreftoverlevende mestre både den fysiske funksjonen og det psykiske området ved livskvalitet (Rustøen, 2011).

Lazarus og Folkman presenterer to anvendbare mestringsstrategier. Problemorientert mestringsstrategi kan forbedre livskvaliteten til kreftoverlevende ved at fatigue reduseres (Reitan, 2011). Gjennom veiledende intervensjoner som får pasienten til å drive fysisk aktivitet, vil pasienten over tid oppleve mer energi, redusert fatigue og økt livskvalitet (Lerdal, 2011). Problemorientert mestringsstrategi angriper kjernen av problemet, men under en tilstand som fatigue, vil ikke situasjonen endre seg over kort tid (Reitan, 2011; Lerdal, 2011). Fatigue må reduseres gjennom tiltak, som trening over en lengre periode, ellers vil fatiguen forverres fordi energikapasiteten synker (Lerdal, 2011). Dette støttes av Wanchai, Armer & Stewart (2011). Studien presenterer funn som viser at veiledet trening over tid har positiv effekt på funksjonsevne, livskvalitet og fatigue hos kreftoverlevende. I tillegg kan emosjonsorienterte mestringsstrategier være et verktøy for å forbedre livskvaliteten til kreftoverlevende ved å øke pasientens kontroll over opplevelsen av fatigue (Reitan, 2011). I studien av Sekse, Buestad & Vika (2014) hadde sykepleier i gruppeintervensjonen fokus på individuelle mestringsressurser. Metoden støttes av Kirkevold (2014) som sier at undervisning og veiledning må tilpasses hver enkelt. Individuell tilpasning er en forutsetning for å oppfylle Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 slik at pasienter gjennom problemorientert mestring medvirker i utforming av eget tjenestetilbud (1999). Ved å spørre om hva som fungerte i negative situasjoner, og å trekke fram hva som gav positive situasjoner, ble deltakerne gjort oppmerksomme på sine mestringsressurser og evne til emosjonsorientert mestring (Sekse, Buestad & Vika, 2014). Slik ble deltakernes generelle motstandsressurser og evnen til å bruke dem styrket. Dette fører til en sterkere opplevelse av sammenheng, og gir kreftoverlevende bedre forutsetning for å mestre stressoren fatigue (Lindstrøm & Eriksson, 2015).

Howell et al (2017) og Wanchai, Armer og Stewart (2011) bekrefter dette med funn som viser at undervisning med fokus på egenmestring gir redusert fatigue, bedre livskvalitet og bedre utnyttelse av egne generelle motstandsressurser i form av indre ressurser. Godino et al (2006) viser også til at veiledning med sykepleier, knyttet til mestring av seneffekter, kombinert med gruppeintervensjon, førte til redusert fatigue. Gjennom å benytte en kombinasjon av problemorientert- og emosjonsorientert mestringsstrategi, skapes en intervensjon som samsvarer med salutogenesen og Orems egenomsorgstenkning (Reitan, 2011).

Hjemmebasert trening kan benyttes for å forbedre livskvaliteten til kurativt behandlede kreftpasienter med fatigue. Kreftoverlevende med fatigue kan være så utmattet, at terskelen for å komme seg ut, øker (Lerdal, 2011; Ranhoff, 2014). Prioritering av hva man velger å bruke energi på, kan derfor være nyttig (Lerdal, 2011).

Wanchai, Armer og Stewart (2011) viser til at hjemmebasert trening kan være gunstig. Deltakerne med fatigue som trente hjemme 1,5 time, tre ganger i uka, fikk redusert fatigue og bedre livskvalitet (Wanchai, Armer & Stewart, 2011). Ved å prioritere aktiviteter som kan gi redusert fatigue, for eksempel trening i hjemmet, kan man unngå energibruk for å dra et sted og trene. Da kan energien prioriteres på selve treningen (Lerdal, 2011). Tilrettelegging for prioritering av energibruk kan styrke pasientens egenomsorg, da den tar hensyn til at egenomsorgsbehovet endres grunnet fatigue (Kirkevold, 2014).

Gjennom opplæring styrkes deltakernes egenomsorgsevne ved at de får undervisning for å utøve treningen riktig (Orem, Taylor & Renpenning, 2001). Dette bekreftes av Wanchai, Armer & Stewart (2011) som viser at undervisning og veiledning om trening gir redusert fatigue og økt livskvalitet. Ved å styrke evnen til egenomsorg styrkes generelle motstandsressurser (Reitan, 2011; Kirkevold, 2014; Lindstrøm & Eriksson, 2015). Evnen til å benytte generelle motstandsressurser er grunnleggende for å håndtere fatigue, og bevege seg i salutogen retning på helsekontinuumet (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Ved å fokusere på å prioritere egenomsorgsområder som er viktige for pasienten, vil man kunne oppnå økt livskvalitet (Rustøen, 2011; Orem, Taylor & Renpenning, 2001).

Gruppeintervensjon kan benyttes for å forbedre livskvaliteten til kurativt behandlede kreftpasienter med fatigue. Ut i fra Carol Ferrans' definisjon av livskvalitet vektlegges kreftoverlevendes egne opplevelser av tilfredshet med livet (Rustøen, 2011). Sekse, Buestad & Vika (2014) viser at samtaler i gruppe og det å få innsikt i andre sine erfaringer er nyttig for å bedre livskvalitet og fatigue hos kreftoverlevende. Kreftoverlevende kan gjennom innsikt i andre sin situasjon få hjelp til å mestre egne følelser og usikkerhet relatert til fatigue, noe som kan styrke den psykiske/åndelige dimensjonen ved livskvalitet.

Godino et al (2006) tester ut undervisende intervensjoner i kombinasjon med gruppediskusjon som tok utgangspunkt i deltakernes dagboknotat om endringer i pasientenes oppfatning av fatigue i løpet av behandlingen. Dette resulterte i redusert fatigue blant deltakerne. Godino et al (2006) brukte en kombinasjon av elementer fra veiledet selvhjelp og selvorganisert selvhjelp. En slik intervensjon utnytter generelle motstandsressurser som ytre ressurser i form av andre kursdeltakere og veiledende sykepleier. Gjennom å reflektere ut i fra dagboknotatene, bevisstgjorde og styrket deltakerne sine indre ressurser, noe som styrket evnen til egenmestring gjennom selvhjelp (Helsedirektoratet, 2014; Kirkevold, 2014; Lindstrøm & Eriksson, 2015; Reitan, 2011). Dette kan tyde på at deltakerne gjennom refleksjon fikk styrket sin emosjonsorienterte mestringsstrategi slik at deres problemorienterte mestring ble bedre og fatigue ble redusert (Reitan, 2011). Også Wanchai, Armer og Stewart (2011) støtter at undervisende og veiledende gruppeintervensjon, med fokus på mestringsstrategier, kan gi redusert fatigue og bedre livskvalitet.

Den sosioøkonomiske dimensjonen i Ferrans' definisjon fremhever blant annet sosial støtte som en faktor for livskvalitet. I Sekse, Buestad & Vika (2014, s. 12) ble læringsmetodene "Dele erfaringer" og "Sosialt samvær" rangert sist av læringsmetodene ut i fra opplevd nytte. Samtidig sier ikke studien at metodene var unyttige, men at det var andre faktorer som hadde større effekt på fatigue og livskvalitet. I datainnsamlingen var det et åpent felt for kommentarer. Her rapporterte en stor andel av deltakerne at det å treffe likesinnede og utveksle erfaringer var hensiktsmessig. Anerkjennelse fra veiledende sykepleier var også gunstig (Sekse, Buestad & Vika, 2014). Her utnyttes ytre ressurser gjennom at man mottar råd og erfaringer fra sykepleier og meddeltakere, slik at indre ressurser styrkes i form av at man får ny kunnskap.

Dersom deltakerne i gruppeintervensjonen opplever at intervensjonen er meningsfull kan generelle motstandsressursene styrkes. Å leve med fatigue vil bli mer håndterbart og begripelig, og opplevelse av sammenheng styrkes. Evnen til egenmestring vil da øke, og man beveger seg i salutogen retning på helsekontinuumet. Emosjonsorientert mestring bidrar til at pasienten tilpasser seg livet med fatigue. Ved å utnytte tilegnet kunnskap får pasienten kompetanse til å utøve problemorientert mestring, og dermed redusere fatigue. Summen av dette gir økt livskvalitet (Reitan, 2011; Kirkevold, 2014; Lindstrøm & Eriksson, 2015).

Sykepleier må legge til rette for egenomsorg ved å motivere kreftoverlevende til å utnytte sine generelle motstandsressurser (Meld. St. 16 (2010–2011); Helsedirektoratet, 2014). Ved å legge til rette for gruppeintervensjoner med fokus på selvhjelp/mestringsstrategier, kan sykepleier bidra til økt livskvalitet for kreftoverlevende med fatigue. Helsedirektoratet (2014) argumenterer for at helsepersonell skal inkludere selvorganisert selvhjelp i sitt arbeid. Ut i fra drøftingen av studiene i lys av klinisk relevante teorier, er vi delvis enig i dette. Ved å benytte elementer fra veiledet selvhjelp og selvorganisert selvhjelp mener vi at sykepleier kan bidra til økt egenmestring. Tradisjonell hjemmesykepleie er individrettet og foregår i pasientens hjem (Birkeland & Flovik, 2016). For å kunne innføre gruppeintervensjon som et vedtak i hjemmesykepleien, trengs det mer forskning. Kanskje kan det være tilstrekkelig at sykepleier kjenner til slike grupper, i regi av andre, som de kan henvise pasientene til.

### **Metodiske overveielser**

Vi har brukt sjekklister for vurdering av forskningsartikler fra Folkehelseinstituttet (2014). Noen av de inkluderte studiene har små metodiske svakheter, men vi har inkludert dem på bakgrunn av en helhetlig vurdering, da de gir relevante funn for vår problemstilling.

I følge Helsinkideklarasjonen (2013) skal forskning som inkluderer mennesker innhente frivillig, informert samtykke. Dette er gjort i alle de tre enkeltstudiene vi inkluderer (Godino et al, 2006; Schlairet & Benton, 2011; Sekse, Buestad & Vika, 2014). Når man utfører forskning som omhandler mennesker, anbefales det å følge Helsinkideklarasjonen (2013). Deklarasjonen har blitt utviklet for å overholde etiske prinsipper innen medisinsk forskning som inkluderer mennesker.

I følge Helsinkideklarasjonen (2013) skal forskning godkjennes av etiske komiteer. Sekse, Buestad & Vika (2014, s. 12) sin studie som er utført i Norge, er godkjent av Regional Etisk Komité for Medisinsk Forskningsetikk, Vest-Norge. Flere av studiene utført i utlandet, er godkjent av tilsvarende etiske komiteer (Godino et al, 2006; Schlairet & Benton, 2011). Helsinkideklarasjonen (2013) belyser også at forskningsresultatet ikke skal påvirkes av hvem som finansierer forskningen. Oversiktsartiklene vi inkluderer har ikke kommersiell bias (Wanchai, Armer & Stewart, 2011; Cooper, Loeb & Smith, 2010; Howell et al, 2017).

En av våre studier er gjennomført i Norge, og er skrevet på norsk (Sekse, Buestad & Vika, 2014). De resterende studiene er gjennomført i andre land (Godino et al, 2006; Cooper, Loeb & Smith, 2010; Wanchai, Armer & Stewart, 2011; Schlairet & Benton, 2011; Howell et al, 2017). Vi har likevel inkludert disse studiene, da vi anser resultatene som overførbare til norske forhold.

De fleste forskningsartiklene vi har inkludert har deltakere av begge kjønn (Godino et al, 2006; Cooper, Loeb & Smith, 2010; Wanchai, Armer & Stewart, 2011; Schlairet & Benton, 2011; Howell et al, 2017). I en inkludert studie har deltakere bare av ett kjønn, men vi har valgt å inkludere den da funnene er klinisk relevante uavhengig av pasientens kjønn (Sekse, Buestad & Vika, 2014). Flere av de inkluderte studiene forsker på deltakere med bestemte typer kreft (Godino, et al, 2006; Cooper, Loeb & Smith, 2010; Wanchai, Armer & Stewart, 2011; Sekse, Buestad & Vika, 2014). Vi anser dem likevel som overførbare, da fatigue ikke avhenger av type kreft (Helsedirektoratet, 2017; Reinertsen et al, 2017). I denne oppgaven har vi hovedsakelig sett på kreftoverlevende, men noen studier inkluderer også pasienter som er under behandling (Godino et al, 2006; Wanchai, Armer & Stewart, 2011; Howell et al, 2017). Vi har valgt å ta med disse studiene, da vi mener at resultatene er overførbare til etter behandling. Fatiguen til pasienter under behandling er ikke nødvendigvis kronisk, men sykdomsmekanismen er den samme (Helsedirektoratet, 2017; Reinertsen et al, 2017).

En av artiklene vi inkluderer belyser hvordan sykepleier gjennom bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten kan yte bedre sykepleie til kreftoverlevende med fatigue (Cooper, Loeb & Smith, 2010). Selv om dette ikke er hovedessensen i det vi spør etter, mener vi den er relevant. Dette fordi den belyser en mulig metode for hvordan sykepleier kan styrke sin kompetanse til å undervise og veilede (Cooper, Loeb & Smith, 2010).

I to av studiene kommer det frem at hovedvekten av deltakerne har høyere utdanning og høy inntekt. Artikkelforfatterne poengterer at dette kan ha påvirket utfallet. Vi har likevel valgt å ta de med, da det ikke vises skjevheter mellom forskningsgruppe og kontrollgruppe (Wanchai, Armer & Stewart, 2011; Sekse, Buestad & Vika, 2014). De fleste studiene vi har inkludert er nyere enn 10 år (Cooper, Loeb & Smith, 2010; Wanchai, Armer & Stewart, 2011; Schlairet & Benton, 2011; Sekse, Buestad & Vika, 2014; Howell et al, 2017). På tross av at en av studiene er relativt gammel, har vi valgt å inkludere den da vi anser den som sykepleiefaglig relevant (Godino et al, 2006).

Vi har inkludert en oversiktsartikkel (Cooper, Loeb & Smith, 2010). Dette er en styrke, da den gir mer pålitelige svar enn en enkeltstudie (Thidemann, 2017). En svakhet med denne artikkelen kan være at den ikke baserer seg på analyse av alle artikler med relevant problemstilling, slik en systematisk oversiktsartikkel gjør. (Thidemann, 2017). To av forskningsartiklene våre er systematiske litteraturoversiktsartikler (Wanchai, Armer & Stewart, 2011; Howell et al, 2017).

Ved å benytte Antonovskys salutogenesemodell, Orems egenomsorgstenking og Ferrans' definisjon av livskvalitet ser vi at disse teoriene er relevante og anvendbare for utøvelse av sykepleie. Lazarus og Folkmans inndeling av mestringsstrategier, supplerer de andre teoriene på en god måte, da de deler mestringsstrategien inn i ulike fokus, noe som kan gjøre problemet begripelig og håndterbart (Reitan, 2011). Styrker ved alle de nevnte teoriene er at de ser på helse eller livskvalitet i et helsefremmende perspektiv med fokus på menneskets indre og ytre ressurser (Reitan, 2011; Rustøen, 2011; Kirkevold, 2014; Lindstrøm & Eriksson, 2015).



## **Konklusjon**

Man kan konkludere med at individuelt tilpasset undervisning og veiledning med fokus på aktivitet og mestringsstrategier, er viktig for å fremme livskvalitet hos kreftoverlevende med fatigue. Denne slutningen kan trekkes basert på at undervisning og veiledning kan styrke pasientens mestringsressurser. Gjennom undervisning med fokus på mestringsstrategier, vil pasienten få bedre forutsetninger for å håndtere fatigue og mestre de faktorene som er viktige for sin livskvalitet. Et tiltak her kan være trening i hjemmet. Undervisning og veiledning om regelmessig trening og tilpasset aktivitetsnivå, vil gi pasienten kunnskap som kan benyttes for å redusere fatigue. Sykepleier kan iverksette veiledet trening, som et tiltak for å redusere fatigue.

Siden andelen kreftoverlevende øker, og fatigue er en relativt vanlig seneffekt, vil man møte kreftoverlevende med fatigue i hjemmesykepleien. Sykepleier i hjemmesykepleien kan øke sin kompetanse til å undervise kreftoverlevende med fatigue, gjennom styrket samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Basert på forskningsartiklene vi anvender i diskusjonen, kan vi konkludere med at det trengs mer forskning på faktorer som påvirker livskvalitet og fatigue. Gruppeintervensjon med fokus på mestringsstrategier kan være et supplement til tradisjonell hjemmesykepleie, men også her trengs mer forskning.

## Referanseliste

Abrahamsen, D.R., Allertsen, L.M. & Claus, G. (2017) *Omsorgstenester*. (SSB-rapport 06/2017). Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/pleie#relatert-tabell-5> (Hentet: 5. mai 2018).

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 3. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016) Svulster. I: Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 127 - 149.

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2016) *Sykepleie i hjemmet*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Cooper. J.M., Loeb. S.J & Smith. C.A. (2010) The primary care nurse practitioner and cancer survivorship care, *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 22(8), s. 394 – 402. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00528.x.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2013) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/> (Hentet: 16. mai 2018).

Eriksen, S. (2015) Menneskets psykososiale behov. I: Grov, E. K. & Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 887 - 907.

Folkehelseinstituttet (2014a) *Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste-oversikt-sr-2014.pdf> (Hentet: 5. mai 2018).

Folkehelseinstituttet (2014b) *Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie*. Tilgjengelig fra: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste\\_prevalensstudier\\_2006.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/sjekkliste_prevalensstudier_2006.pdf) (Hentet: 5. mai 2018).

Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning. *Forskrift 25. januar 2008 nr. 15 om rammeplan for sykepleierutdanning*. Tilgjengelig fra:

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf) (Hentet: 11. mai 2018).

Godino, C., Jodar. L., Duran. A., Martinez. I. & Schiaffino. A. (2006) Nursing education as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients, *European Journal of Oncology Nursing*, 10(2), s. 150 – 155. doi: [10.1016/j.ejon.2005.03.004](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2005.03.004)

Helsedirektoratet (2014) *Nasjonal plan for selvhjelp (2014–2018)* IS-2168. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-plan-for-selvhjelp-20142018> (Hentet: 11. mai 2018).

Helsedirektoratet (2016) *Pakkeforløp for kreft – Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-kreft-generell-informasjon-for-alle-pakkeforloepene-for-kreft/seksjon?Tittel=pakkeforlop-pa-kreftomradet-1375> (Hentet: 3. mai 2018).

Helsedirektoratet (2017) *Seneffekter etter kreftbehandling*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/seneffekter-etter-kreft> (Hentet: 7. mars 2018).

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) *Sammen - mot kreft (2013 - 2017)* I-1158 B. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen---mot-kreft/id728818/> (Hentet: 11. mai 2018).

Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Leve med kreft - Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)* I-1184 B. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/leve-med-kreft/id2598282/> (Hentet: 3. mai 2018).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 3. mai 2018).

Hjemås, G. & Lunde, E.L. (2018) *4 av 10 nordmenn innom sykehus hvert år*. (SSB-rapport 03/2018). Oslo: SSB. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/4-av-10-nordmenn-innom-sykehus-hvert-ar> (Hentet: 5. mai 2018).

Howell, D., Harth, T., Brown, J., Bennett, C. & Boyko, S. (2017) Self-management education interventions for patients with cancer: a systematic review, *Support Care Cancer*, 25(4), s. 1323 – 1355. DOI: 10.1007/s00520-016-3500-z.

International Council of Nurses (2018) *Definition of nursing*. Tilgjengelig fra: <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> (Hentet: 3. mai 2018).

Kalfoss, M.H. (2016) Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I: Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (red.) *Klinisk Sykepleie 2*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 453 - 479.

Kim, H. S. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I: Grov, E. K. & Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 142 - 154.

Kirkevold, M. (2014) Personsentrert og individualisert sykepleie. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 106 - 119.

Kristoffersen, N.J., Skaug, E-A. og Nortvedt, F. (2011) Om sykepleie. I: Nortvedt, F. (red.) *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske s. 15 - 29.

Larsen, I.K. (2017) *Kreft i Norge 2016. Nøkkeltall for utvalgte kreftformer*. Institutt for populasjonsbasert kreftforskning. Tilgjengelig fra: [https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2016/norsk\\_sammendrag\\_cin-2016.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2016/norsk_sammendrag_cin-2016.pdf) (Hentet: 16. mai 2018).

Lerdal, A. (2011) Tretthet og utmattelse. I: Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3. utg. Oslo: Akribe AS, s. 182 - 191.

Lindstrøm, B. & Eriksson, E. (2015) *Haikerens guide til salutogenese*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lorentsen, V.B. & Grov, E.K. (2016) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (red.) *Klinisk Sykepleie 1*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 397 - 436.

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie? I: Grov, E. K. & Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 107 - 140.

Meld. St. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (Hentet: 29. april 2018).

Orem, D.E., Taylor, S.G. & Renpenning, K.M. (2001). *Nursing: concepts of practice*. 6.utg. St. Louis: Mosby.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven> (Hentet: 3. mai 2018).

Ranhoff, A.H. (2014) Tretthet. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 360 - 366.

Reinertsen, K.V., Loge, J.H., Brekke, M. & Kiserud, C.E. (2017) Kronisk tretthet hos voksne kreftoverlevende, *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 137(21), doi: 10.4045/tidsskr.17.0040

Reitan, A.M. (2011) Mestring. I: Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3. utg. Oslo: Akribe AS, s. 74 - 107.

Rustøen, T. (2011) Livskvalitet og velvære. I: Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3. utg. Oslo: Akribe AS, s. 29 – 55.

Schlairet, M.C., & Benton, M.J. (2011) Quality of Life and Perceived Educational Needs among Older Cancer Survivors, *Journal of Cancer Education*, 27(1), s. 21-26. doi: 10.1007/s13187-011-0279-y.

Sekse, R.J.T., Buestad, I. & Vika, M.E. (2014) Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft. En hjelp i rehabiliteringen? *Vård i Norden*, 34(4), s. 10 - 14. doi: 10.1177/010740831403400403

Svartdal, F. (2014) Fagfelleevaluering, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/fagfelleevaluering> (Hentet: 7. april 2018).

Thidemann, I.J. (2017) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Tveiten, S. (2017) Empowerment og samfunnshelse, i Tellnes, G. (red.) *Helsefremmende samhandling - Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 47-55.

Wanchai, A., Armer, J.M. & Stewart, B.R. (2011) Nonpharmacologic Supportive Strategies to Promote Quality of Life in Patients Experiencing Cancer-Related Fatigue, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(2), s. 203-214. doi: 10.1188/11.CJON.203-214