

Ann Sofie Rekslen

# Tilbake til jobb etter kurativ kreftbehandling

Masteroppgave i klinisk sykepleie

Veileder: Bente Hamnes

Mai 2021



Ann Sofie Rekslen

# Tilbake til jobb etter kurativ kreftbehandling

Masteroppgave i klinisk sykepleie  
Veileder: Bente Hamnes  
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden



## **Forord**

Etter flere år som palliativ sykepleier og kreftkoordinator i kommunehelsetjenesten med stort fokus på ivaretagelse av palliative pasient og livets siste dager ble jeg nysgjerrig på hvordan kurative kreftpasienter blir ivaretatt og hvordan deres retur tilbake til hverdagen og det «normale» liv fungerer. Tidlig diagnostisering og effektive behandlingsmetoder har økt mulighetene for å overleve en kreftdiagnose. Jeg opplever det viktig at disse blir ivaretatt og fulgt opp på en hensiktsmessig måte for å kunne få tilbake livskvalitet og trygghet. Arbeid er for de fleste mennesker i yrkesaktiv alder av stor betydning. Retur tilbake til arbeid etter kreftsykdom- og behandling ble derfor noe jeg ønsket bedre innsikt i.

Jeg ønsker å takke deltakere som deltok i de fokusgruppeintervjuene som ble gjennomført i forbindelse med studien. De delte sine faglige og erfaringsbasert opplevelser om temaet retur tilbake til arbeid. En stor takk til dere.

Videre vil jeg rette en stor takk til veileder Bente Hamnes for god faglig veiledning, konstruktive tilbakemeldinger, motiverende ord og tilstedeværelse gjennom hele studien. Jeg har satt stor pris på din tilstedeværelse og veiledning.

Til slutt må jeg takk arbeidsplassen min for tilrettelegging og støtte, og familie som har «heiet» meg frem, støttet meg og skapt «rom» for at jeg skal fullføre studien.

Gjøvik, mai 2021

Ann Sofie Rekslen

## **SAMMENDRAG**

**Introduksjon:** I 2019 fikk nær 35 000 mennesker en kreftdiagnose i Norge. Tre av fire som overlever sin kreftdiagnose skal returnere tilbake til sin hverdag og arbeid. Sykepleiere i kreftpoliklinikk har en viktig funksjon i møte med denne pasientgruppen. Hensikten med studien er å se på sykepleiers erfaringer med tanke på informasjon til denne pasientgruppe om tilbakeføring til arbeid.

**Metode:** Studien benytter ett kvalitativt beskrivende design med fokusgruppeintervjuer. Det er sju deltakere fra tre ulike kreftpoliklinikker. Det er benyttet tematisk analyse.

**Resultat:** Deltakerne i studien opplever at temaet retur til arbeid er viktig. Det er integrert i deres sjekklister for informasjon som skal gis tidlig i forløpet. Deltakerne opplever at denne informasjonene ofte uteblir til fordel for annen viktig og relevant informasjon. Informasjonen om retur til arbeid blir ofte mer aktuelt lengre ut i behandlingsforløpet, og gjerne mot slutten av behandlingen. Deltakerne opplever seg ofte som «sluse» til profesjoner som jobber mer målrettet med tilbakeføring til arbeid.

**Konklusjon:** Det finnes ikke noen konkret prosedyre for informasjon om retur til arbeid etter kurativ kreftbehandling i kreftpoliklinikk. Temaet er allikevel integrert i deres sjekklister for viktig informasjon. Funn viser at dette er et tema deltakerne opplever at de ivaretar, men at det ikke er noe fast tidspunkt i forløpet at temaet kommer opp

Nøkkelord: Sykepleie, pasientinformasjon, kurativ kreft, retur til arbeid

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Nearly 35 000 people was diagnosed with cancer in Norway in 2019.

Approximately 3 out of 4 survive their cancer diagnosis and will return to their everyday life and work. Nurses in a cancer outpatient clinic have an important function facing this group of patients. The purpose of the study is to investigate the nurses experience towards information to this patient-group regarding return to work.

**Method:** The study uses a qualitative descriptive design with focus group interviews. There are 7 participants from 3 different cancer outpost clinics. Thematic analysis has been used.

**Results:** The participants of the study experience that the topic return to work is an important topic. It is integrated in their checklists about information given early in the process. The information about return to work are often more relevant the longer into den cancer care they proceed, and likely towards the end of treatment. Participants experience themselves as a navigator towards other professions working targeted towards return to work.

**Conclusion:** Findings show that there is no specific procedure for information about return to work after receiving curative cancer treatment in cancer outpost clinics. Nevertheless, the topic is covered as it is integrated in checklists for important information. Findings shows that participants experience that the topic are covered, but that there is no fixed time in the process where the topic are discussed.

Keywords: Nursing, patient information, curative cancer, return to work

## Innhold

1.0 Innledning.....	6
1.1 Begrepsavklaring .....	7
1.2 Studiens oppbygging .....	7
2.0 Teoretisk rammeverk .....	9
2.1 Kreft.....	9
2.1.1 Kurativ kreftbehandling.....	9
2.2 Retur til arbeid etter kreftdiagnose .....	9
2.2.1 Tilrettelegging.....	10
2.3 Sykepleierens funksjon- og ansvarsområde forankret til tema .....	10
2.3.1 Informasjonsplikt.....	11
2.3.2 Kunnskapsbaserte fagprosedyrer og rutiner.....	11
2.4 Sykepleierfaglig kompetanse.....	12
2.4.1 Sykepleierens møte med kreftpasient ved kreftpoliklinikk.....	12
2.5 Dagens praksis.....	12
2.6 Tverrprofesjonelt samarbeid.....	13
2.7 Arbeidsrettet rehabilitering.....	13
2.7.1 Kreftrehabilitering .....	14
2.8 Tidligere forskning.....	14
3.0 Formål, hensikt og problemstilling.....	16
3.1 Avgrensning av tema .....	16
4.0 Metode .....	17
4.1 Design .....	17
4.2 Utvalg .....	17
4.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	18
4.2.2 Rekrutteringsprosessen.....	18
4.2.3 Beskrivelse av deltakere.....	18
4.3 Datainnsamling.....	19
4.3.1 Intervjuguide .....	19
4.3.2 Gjennomføring av intervju .....	20
4.4 Dataanalyse .....	21
4.5 For forståelse av temaet .....	22
4.6 Troverdighet.....	22
4.7 Forskningsetikk.....	23
5.0 Resultater .....	25
5.1 Sykepleierens opplevelse av å bidra til kreftpasienters retur til arbeid.....	25



5.1.1 Sykepleierens kompetanse.....	26
5.1.2 Rutiner og prosedyrer .....	27
5.1.3 Informasjon .....	28
5.1.4 Psykososial støtte .....	29
5.1.5 Sykepleier som «sluse» .....	30
5.2 Ytre faktorer med betydning for kreftpasienters retur til arbeid .....	31
5.2.1 Tilrettelegging.....	32
5.2.2 Støtte og tilhørighet .....	33
6.0 Diskusjon .....	36
6.1 Sykepleierens funksjon.....	36
6.1.1 Sykepleiers kompetanse.....	37
6.1.2 Rutiner og prosedyrer .....	39
6.1.3 Informasjon .....	42
6.1.4 Psykososial støtte .....	44
6.1.5 Sykepleier som «sluse» .....	46
6.2 Ytre faktorer med betydning for kreftpasientens retur til arbeid.....	47
6.2.1 Tilrettelegging.....	49
6.2.2 Støtte og tilhørighet .....	50
6.3 Funnenes praktiske relevans .....	52
6.4 Metodediskusjon.....	53
6.5.1 Pålitelighet.....	54
6.5.2 Gyldighet .....	55
7.0 Konklusjon .....	56
Referanseliste.....	57
Vedlegg.....	64
Intervjuguide .....	64
Informasjonsskriv til deltakerne.....	67
Tematisk analyse basert på tankekart.....	70
Godkjenning NSD.....	71

## 1.0 Innledning

I 2019 var det 34 979 nye krefttilfeller i Norge. 18 706 av disse var menn og 16 273 kvinner. Det diagnostiseres tre ganger så mange tilfeller nå sammenlignet med for 50 år siden. At flere blir friske av kreft og at de som har en kreftdiagnose lever lengre med sin sykdom betyr at antallet kreftoverlevende har økt kraftig. Ved utgangen av 2019 var det 294 855 nordmenn som hadde eller hadde hatt kreft i sin sykdomshistorie. Dette utgjør ca 90.000 flere mennesker enn 10 år tidligere. I tiden 2015 til 2019 overlever 3 av 4 sin kreftsykdom etter fem år eller lengre, og det var en overlevelsesprosent er 76 prosent blant menn og 75,4 prosent blant kvinner. Disse tallene viser at flere og flere får kreftdiagnosen, men også at flere blir helt friske og lever et liv med god livskvalitet. En kombinasjon av forebyggende tiltak, tidlig diagnostisering, bedre screeningprogram samt bedre og tilpassede behandlingsalternativer for de ulike kreftdiagnoser er årsak til dette (*Nøkkeltall om kreft*, 2021).

Dagens tall viser at to av tre mennesker kommer tilbake til arbeidslivet og arbeidet de hadde før oppstart av kreftbehandlingen. Ca. 20 % av disse vil trenge tilrettelegging av tiltak på arbeidsplassen. Kronisk tretthet og utmattelse er en av de største utfordringene disse menneskene møter og som vil resultere i nedsatt arbeidsevne (Hess, Dahl og Kiserud, 2018). Forskning om retur til arbeid viser at det å være i arbeid er viktig for den enkeltes identitet, selvspekten og levestandarden. For dem som klarer å returnere til jobb er dette et viktig holdepunkt for å unngå økonomisk tap og tap av sosiale trygge rammer (Kreftforeningen, 2019).

I henhold til arbeidsmiljøloven §4-6 forplikter arbeidsgiver å følge opp arbeidstaker som har fått redusert sine evner til å utføre arbeide som en konsekvens av sykdom, slitasje, ulykker og eller lignende. Nødvendige tiltak skal igangsettes for å tilrettelegge og tilpasse arbeidsforhold slik at arbeidstaker kan beholde eller få tilpasset arbeidsoppgaver (Goth og Berg, 2014).

De senere årene har det blitt et større fokus på rehabilitering for å lette veien tilbake til hverdag og arbeid etter sykdom og behandling, og i denne sammenheng er fokuset rettet mot både det medisinske, sosiale og de psykososiale behov. Allikevel kommer det tydelig frem at disse individuelle tilpasningene og oppfølgingene ikke er tilstrekkelige (Kreftforeningen, 2021).

I rapporten (*Kvalitet og pasientsikkerhet*, 2017) ser en at Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder å oppnå gode resultater for høy overlevelse av kreftbehandling. Det vil derfor være viktigere enn noen gang å tilrettelegge for at disse pasientene får rett informasjon, til rett tid, slik at de kan komme tilbake til arbeide så tidlig som mulig.

Å returnere til arbeidslivet etter sykdom og behandling vil være viktig for enkeltindividet, men også for samfunnet. Å være en del av arbeidslivet har viktige aspekter som livskvalitet, livsutfoldelse og ikke minst en tilfredsstillende tilværelse (Dahl og Sørensen, 2016). Sett fra et samfunnsperspektiv vil det få store økonomiske konsekvenser om pasienter som er ferdig behandlet ikke returnerer til arbeid. Det vil derfor være viktig at disse pasientene får tilstrekkelig med informasjon som kan bidra til at så mange som mulig kan returnere tilbake til arbeidet, eller at det blir gjort gode tilretteleggelsestiltak for at kreftpasienter skal ha muligheten til å stå i arbeidet under behandling eller etter behandling. Dette kan bidra til at samfunnet reduserer disse kostnadene betraktelig, samtidig som at det vil være av stor betydning for livskvaliteten og identiteten til enkeltindividet (Kreftforeningen, 2019).

## 1.1 Begrepsavklaring

Arbeidet med denne studien har medført bruk av flere begrep som er betydningsfulle og som benyttes gjentagende ganger. Disse sentrale begrepene presenteres her:

***Retur til arbeidslivet:*** Med begrepet retur til arbeidslivet menes i denne besvarelsen tilbakeføringen til tidligere jobb, tilbakeføringen til arbeidslivet etter avsluttet behandlingsforløp.

***Kurativ kreftbehandling:*** Med begrepet kurativ behandling menes at pasient som er under kreftbehandling skal bli kreftfri. Målet er at pasienten skal bli frisk fra sin kreftsykdom (Almås *et al.*, 2016).

***Sykepleieprosedyrer:*** Omhandler standardiserte prosedyrer som sykepleierne skal følge for å oppnå ønsket mål for pasientbehandling. Sykepleieprosedyrer kan også fungere som en sjekkliste for å bekrefte at alle punkt i en rutine er gjennomført og blitt tatt opp. Det er en angitt framgangsmåte for utførelse av en prosess eller aktivitet (*Definisjon av fagprosedyre*, 2010).

## 1.2 Studiens oppbygging

Opgavens oppbygging er basert på NTNUs kriterier for masteroppgave.

Studiens kapittel 2, presenterer det teoretiske rammeverk som er relevant for besvarelsen. Kapittel 3, presenterer studiens formål, hensikt og problemstilling, samt avgrensning av tema. Kapittel 4, presenterer forskningsprosjektets metode og fremgangsmåte. Studiens design, utvalg og beskrivelse av deltakere, datainnsamling, intervjuguide og gjennomføring av intervju, dataanalyse, forståelse av tema og troverdighet. Kapittel 5, presenterer resultater fra analyse av fokusgruppeintervjuer. I kapittel 6 drøftes studiens hovedkategorier og delkategorier opp imot teori og tidligere relevant forskning. Kapittel 6 avsluttes med metodediskusjon hvor studiens styrke og svakhet diskuteres. Studien avsluttes med en konklusjon, kapittel 7. Det er i tillegg lagt ved informasjonsskriv til de aktuelle sykehus i forbindelse med rekruttering, intervjuguide, tankekart fra kondensering og analyse og godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD).

## 2.0 Teoretisk rammeverk

Begrepet kreft og kurativ kreftbehandling presenteres innledningsvis. Retur til arbeidslivet og tilretteleggelsestiltak for tilbakeføring til arbeid, sykepleier/kreftsykepleiers funksjon- og ansvarsområde, sykepleierfaglig kompetanse, informasjonsplikt, prosedyrer og rutiner for informasjon samt tverrfaglig samarbeid. Det er i korte trekk beskrevet viktigheten med relasjoner til arbeidsplassen og de tilretteleggelsestiltak som arbeidsgiver plikter å imøtekomme for arbeidstaker som har opplevd alvorlig sykdom og skade.

### 2.1 Kreft

Kreft er en fellesbetegnelse på over 200 ulike kreftformer. Årlig får ca 35 000 mennesker i Norge en kreftdiagnose. Ca 40 % av alle nordmenn vil rammes av en kreftsykdom. Kreft er en sykdom som kan ramme så godt som alle organer i kroppen. Årsaken er ofte et samspill mellom flere faktorer som livsstil, arv og miljø. Prognosen er svært forskjellig fra de ulike typer kreftsykdommer. Felles for alle kreftsykdommer er at sykdommen skyldes en cellevekst og en celledeling som kroppen ikke har kontroll over lengre (Iveland, Taraldsen og Taraldsen, 2020).

#### 2.1.1 Kurativ kreftbehandling

Kurativ kreftbehandling er en betegnelse på at kreftsykdommen kan behandles og fjernes fra pasientens kropp. Pasienten kan helbredes fra kreftsykdommen. I onkologien skilles det mellom kurativ behandling og palliativ behandling. Kurativ kreftbehandling er en behandling som gis med mål om å oppnå helbredelse (Almås *et al.*, 2016).

### 2.2 Retur til arbeid etter kreftdiagnose

Tall viser at om lag halvparten av de som får en kreftdiagnose er i arbeidsfør alder. Ca 250 000 personer er under kreftbehandling i Norge dag. Bedre screeningsprogram og behandlingsformer gjør at stadig flere og flere overlever en kreftdiagnose. Dette betyr at flere og flere vil ha mulighet til å returnere til arbeidslivet etter fullført behandling (Brusletto, 2016).

Mange faller ut av jobb når de får en kreftdiagnose og er under behandling. For disse er kirurgi, stråling og kjemoterapi en del av behandlingen de får. Behandlingen kan være langvarig og den kan gi pasienten ettervirkninger og bivirkninger som forlenger sykdomsforløpet og sykdomsfølelsen. Bivirkningene og ettervirkningene som være vedvarende over lengre tid for noen, og dette kan gi dem store utfordringer med å returnere til

arbeidet de hadde tidligere. Lengre sykefravær som en kreftbehandling kan medføre kan medføre at det er vanskeligere å returnere til tidligere arbeidsplass (Brusletto, 2016).

Relasjonen og kontakten med arbeidsplassen og arbeidskolleger gjennom sykdomsforløpet kan i mange sammenhenger vise seg å være av stor betydning for mange. Dette vil kunne gjøre returen tilbake til arbeid etter sykdom lettere (Brusletto, 2016).

### 2.2.1 Tilrettelegging

I henhold til Arbeidsmiljøloven §4-1 og §4-2 har arbeidsgiver tilretteleggingsplikt (Pettersen og Johansen, 2020; Arbeidstilsynet, 2021a). Med utgangspunkt i dette plikter arbeidsgiver å tilrettelegge og organisere på en slik måte at arbeidstaker ikke utsettes for fysiske eller psykiske belastninger på arbeidsplassen. Arbeidsgiver skal ut i fra dette legge til rette for at arbeidstaker skal kunne være i samme helsetilstand etter arbeidsdagen som før han kom på jobb (Arbeidstilsynet, 2021a).

Arbeidstaker som opplever ulike helseutfordringer skal ved hjelp av tilrettelegging kunne være i jobb. Denne skal gjelde for alle arbeidstakere som av ulike årsaker har begrenset arbeidskapasitet eller arbeidsevne. I henhold til arbeidsmiljøloven plikter også arbeidsgiver individuelle tilretteleggelser der det er behov for dette (Pettersen og Johansen, 2020).

I Pettersen og Johansen (2020) vektlegges det at arbeidsgiver skal, om mulig, igangsette tiltak som er nødvendig for at arbeidstaker skal kunne få en tilpasset jobb eller kunne beholde jobben sin uavhengig av at arbeidstaker har fått sine arbeidsevner redusert grunnet sykdom eller ulykke. For at tilretteleggelsen skal lykkes er det viktig med en åpen dialog mellom partene, arbeidsgiver og arbeidstaker. Arbeidstaker skal selv være aktiv i prosessen som omhandler tilrettelegging og tilpasninger av arbeidsoppgaver. Dette skal sikre at prosessene med tilrettelegging skal bli tilstrekkelige i henhold til arbeidstakers behov (Pettersen og Johansen, 2020).

### 2.3 Sykepleierens funksjon- og ansvarsområde forankret til tema

Sykepleierens og kreftsykepleierens funksjon skal være rettet mot å hjelpe pasienten til å opprettholde livskvalitet og gjenvinne et mest mulig normalt liv på tross av kreftdiagnose og krevende behandlingsforløp. Sykepleieren og kreftsykepleierens ansvarsområde som er direkte rettet mot pasienten omhandler forebygging, behandling, lindring og rehabilitering. I tillegg understøtte kreftpasienters mestringsevne og muligheter, slik at pasienten så raskt som mulig kan gjenvinne sin helse- og funksjonsnivå best mulig, er et av de overordnede målene

for sykepleieren. Sykepleieren og kreftsykepleieren skal anvende sin kunnskap, samarbeide med andre faggrupper og delta i tverrfaglige samarbeid (Reitan og Schjølberg, 2017).

Henderson (2006) definerte sykepleie som en særegen funksjon. «Hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (Eller til en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper. Dette skal dessuten gjøres på en måte som gjør at pasienten gjenvinner uavhengighet så raskt som mulig» (Henderson, 2006).

I tillegg til dette må kreftsykepleiere ha spesialisert kunnskap innenfor sykepleiens kjernekompetanseområder. Dette innebærer å utøve personsentrert og kunnskapsbasert sykepleie, samarbeide tverrfaglig med aktuelle aktører/profesjoner, bidra i utviklingen av kvalitetsforbedringsarbeid, ivaretagelse av pasientsikkerhet (Cronenwett *et al.*, 2007; Leksell og Lepp, 2013).

### 2.3.1 Informasjonsplikt

Helsepersonell er pålagt informasjonsplikt og informasjonsansvar til pasienter innenfor eget fagområde. Informasjonsplikten er forankret til pasientrettighetsloven og helsepersonelloven. Informasjonsplikten skal ivareta pasientens rett til den informasjon som er nødvendig for ivaretagelse og innsikt i egen helsesituasjon. All informasjon som skal gis må baseres på samspill mellom helsepersonell og pasient for å forhindre at pasient utsettes for unødig belastning. Helsepersonell har ut i fra dette et ansvar med å tilpasse informasjonen i henhold til pasientens forutsetning. 1.januar 2001 fikk helsepersonell informasjonsplikt i helsepersonelloven § 10 «Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til 3-4» (Befring og Ohnstad, 2019).

Pasientrettighetsloven § 3-2 første ledd «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger». I tillegg til dette stilles det krav om at informasjon skal gis på en forståelig måte. I dette ligger det at helsepersonell skal så langt det er mulig sikre at pasient har forstått innholdet i informasjonen og betydningen av opplysningene (Syse, 2015).

### 2.3.2 Kunnskapsbaserte fagprosedyrer og rutiner

Med bakgrunn i å forbedre pasientsikkerhet og at nødvendig informasjon til pasient blir ivare tatt ønsker helsemyndighetene at faglige rutiner, fagprosedyrer og evt protokoller blir standardisert. Hensikten med dette er å oppnå god og forsvarlig kvalitet på tjenesten som ytes i tillegg til at alle pasienter i Norge får mest mulig lik pleie og behandling (Stubberud, 2018).

En fagprosedyre er anbefalinger og detaljerte beskrivelser om hvordan bestemte oppgaver bør utføres av helsepersonell. En fagprosedyre er anbefalinger som skal ivareta medisinsk og helsefaglig aktivitet eller prosess i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012a).

At fagprosedyrer er kunnskapsbasert, betyr at anbefalinger er utarbeidet etter bestemte minstekrav (*Definisjon av fagprosedyre*, 2010).

Som profesjonell helsearbeider er sykepleierne pålagt å jobbe kunnskapsbasert. Dette innebærer at all praksisutøvelse bygger på forskning og erfaringsbasert kunnskap. Kunnskapsbasert praksis er en forutsetning for kvalitet. Bruk av ulike kunnskapskilder i praksis, for eksempel forskningsbasert kunnskap, sammen med faglig skjønn, kloniske erfaringer samt etisk refleksjon sammen med pasientens egne ønsker og behov må ligge til grunne for sykepleiepraksisen som utøves. Spesialhelsetjenesteloven § 3-10 vektlegger at virksomheten skal «sørge for at ansatte helsepersonell gir opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig» (Norsk Sykepleierforbund, 2018).

#### 2.4 Sykepleierfaglig kompetanse

Kompetanse omhandler de samlede kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør det gjennomførbart å utføre aktuelle oppgaver og funksjoner i henhold til definerte mål og oppgaver. For å imøtekomme kreftpasienters behov og utfordringer stilles det store krav til kompetansen sykepleierne innehar. Sykepleierfaglig kompetanse omhandler oppgaver som sykepleier skal gjennomføre og mestre. Den direkte pasientrettede funksjon kreftsykepleier har omhandler forebygging, behandling, lindring og rehabilitering (Reitan og Schjølberg, 2017).

##### 2.4.1 Sykepleierens møte med kreftpasient ved kreftpoliklinikk

Færre pasienter legges inn i Norske sykehus for kreftbehandling. Flesteparten av de krefttrammede får poliklinisk behandling (Kaasa, Loge og Haugen, 2016).

Ved kreftpoliklinikk blir det gjennomført vurdering, behandling, veiledning, oppfølging og kontroller av kreftpasienter. Pasienter får oppfølging av sykepleier i kreftpoliklinikk. I tillegg fungerer sykepleier som en koordinator for å sikre et helhetlig tilbud (Norsk Sykepleierforbund, 2021).

#### 2.5 Dagens praksis

I henhold til NAV sine retningslinjer er dagens praksis ved oppfølging at arbeidstakers sykefravær og tilbakeføring til arbeidet arbeidsgivers hovedansvar. I tillegg til dette har NAV



ansvar og plikt i forhold til oppfølgingsarbeidet. Arbeidstaker som opplever sykdom eller skade skal oppleve å bli fulgt opp både under og i etterkant av den sykdomsperioden (NAV, 2021b).

Det er lovpålagt å lage en oppfølgingsplan for alle som er sykmeldte, med mindre dette ikke er nødvendig. Målet med en oppfølgingsplan er å komme raskt i dialog med arbeidstakeren som er sykmeldt, vurdere muligheter og igangsette tiltak for å komme raskere tilbake til jobb, sikre at viktig informasjon blir gitt til den som er sykmeldt, dens støttespillere og NAV. Men også for å sikre at den sykmeldte kommer raskt i kontakt med NAV om det er behov for hjelp og bistand (NAV, 2019).

I henhold til Pettersen og Johansen (2020), skal oppfølgingsplanen være en vurdering av oppgavene til arbeidstaker og arbeidstakers arbeidsevne. Hensikten med dette er å skape tiltak og enighet om tilbakeføring til arbeidet etter sykdom, ulykke og/eller lignende. Denne planen skal også ta for seg aktuell tiltak og tilrettelegging fra arbeidsgiver, bistand fra myndighetene ved behov og en videre plan for oppfølging (Pettersen og Johansen, 2020).

## 2.6 Tverrprofesjonelt samarbeid

I omsorgen for kreftpasienter er samarbeid mellom ulike faggrupper og profesjoner av stor betydning. Målet med et tverrprofesjonelt samarbeid er å gi pasienten en helhetlig støtte og omsorg, samt en god koordinert tjeneste (Reitan og Schjølberg, 2017). Med fokus på å rehabilitere pasienter tilbake til hverdagen inngår sykepleier i tverrprofesjonell praksis hvor de samhandler med andre profesjoner. Tverrprofesjonell er en betegnelse som indikerer et samarbeid mellom ulike profesjonsgrupper som arbeider i fellesskap og som til dels deler et felles kunnskapsgrunnlag. Tverrprofesjonell praksis er en beskrivelse på et samarbeid mellom flere profesjoner og at deltakerne jobber sammen om felles mål og oppgaver (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015).

## 2.7 Arbeidsrettet rehabilitering

Deltakelse i arbeidslivet er av stor betydning for menneskers selvstendighet og deres mulighet til å kunne delta i sosiale sammenhenger. Arbeidsrettet rehabilitering vil være av en viktig betydning for de som opplever langvarig sykmeldinger og/eller arbeidsuførhet. Manglende tilbud og informasjon om dette vil kunne få negative konsekvenser på individ- og samfunnsnivå. Selv med delvis arbeidsevne kan den enkeltes mulighet for å falle utenfor arbeidsmarkedet øke betraktelig. Det er derfor viktig tidlig i et kreftforløp å opprettholde fokus på arbeids- og utdanningssituasjon. Den kreftrammedes diagnose, sykdomsstadium,

behandling og prognose er viktig at blir nøye vurdert når det planlegges for arbeidsrettet rehabilitering. Det vil være av stor hensikt at arbeidsevnene er avklart før pasienten vender tilbake til jobb igjen. Her bør symptomer som påvirker helsetilstanden på generelt nivå kartlegges (smerter, tretthet, hukommelse) samt funksjonsnivå. Samarbeid mellom ulike tverrfaglige etater og støttefunksjoner, den ansatte og arbeidsgiver er avgjørende for de som rammes av en kreftdiagnose i forhold til arbeidsrettet rehabilitering (Reitan og Schjølberg, 2017).

### 2.7.1 Kreftrehabilitering

Rehabilitering har som formål å hjelpe mennesker på en best mulig måte til å beherske daglige aktiviteter og være delaktig i ulike sosiale sammenkomster samt gjenreise pasientens tidligere verdighet og gjenvinne tidligere funksjoner så langt det lar seg gjøre. Målet med kreft rehabilitering er ikke å helbrede, men å bidra i størst mulig grad til evnene og mulighetene til å gjennomføre daglige gjøremål som er tilpasset pasientens nye hverdag og livssituasjon. Kreftrehabilitering retter seg mot pasientens fysiske, psykiske og sosiale funksjonsendring, eller en kombinasjon av de alle. Livet etter kreftsykdom kan medføre behov for å tilegne seg nye måter å mestre livet og håndtere aktiviteter forankret til hjem og arbeid (Reitan og Schjølberg, 2017).

WHO beskriver rehabilitering som en prosess hvor målet er å sette en person som har opplevd redusert funksjonsevne til å opprettholde og gjenvinne optimal funksjon. Dette være seg fysisk, psykologisk, følelsesmessig, intellektuelt og sosial funksjonsevne (Reitan og Schjølberg, 2017, s. 434).

Under og etter behandling vil en kreftpasient oppleve endringer i større eller mindre grad i forhold til aktivitetsnivået. De daglige aktiviteter vil for mange kunne oppleves som mere krevende en før sykdommen. Det vil være ulike årsaker knyttet til dette. For noen vil problemene være relaterte til selve sykdommen og type kreftdiagnose, mens for andre kan dette være relatert til behandling eventuelt senskade av et langt behandlingsforløp (Dorland *et al.*, 2016).

### 2.8 Tidligere forskning

Tilbakeføring og retur til arbeid etter kreftsykdom og kreftbehandling har hatt lite fokus i tidligere forskning. I senere tid og frem til dags dato har fokuset vært økende og det er i den sammenheng blitt gjennomført forskningsarbeid som er knyttet til retur og tilbakeføringsprosessen til arbeid (Neumark *et al.*, 2015; Dorland *et al.*, 2016; Fitch og Nicoll,

2019). Det kommer frem i flere studier og forskningsartikler som er publisert at retur til arbeid etter alvorlig sykdom er viktig for enkeltmenneskets fysiske, psykiske og sosiale helse og velvære. For de fleste mennesker er arbeid forankret til livskvalitet, mestring og det «normale» liv (Tamminga *et al.*, 2019).

Resultater fra flere forskningsprosjekt gjennomført i Norge viser at 60 – 70 % av de kreftoverlevende som er i yrkesaktiv alder returnerer tilbake til arbeid etter avsluttet behandling (Mehnert, 2010; Brusletto, 2016). Men det er stor forskjell på hvor raskt de kreftoverlevende returnerer tilbake etter kreftdiagnose og kreftbehandling. Tall viser at det er individuelle variasjoner blant kreftpasienter i Norge om hvor raskt de returnerer til arbeid, og forskningen viser store forskjeller fra land til land. Et studie gjennomført i USA viser at nesten 93 % av de kreftrammede hadde returnert tilbake til arbeid etter ett år. Dette viser en høy tilbakeføringsrate i USA. Nederland derimot viser til den laveste overføringsraten der kun 43 % av de kreftrammede hadde returnert tilbake til arbeid etter ett år (Islam *et al.*, 2014).

Forskning viser også at kreftpasienter gir uttrykk for at de savner å bli forberedt på å vende tilbake til hverdagen etter kreftbehandling. Spesielt synes de at de i liten grad får informasjon om senskader og hvordan takle disse. En annen bekymring er mangel på informasjon om hva en kan forvente av rehabiliteringsprosessen, spesielt i forhold til arbeid eller studier (Hauken, Larsen og Holsen, 2013).

Sykepleiere møter ofte kreftpasienten tidlig i sykdom- og behandlings forløpet og vil derfor spille en viktig rolle for at relevant informasjon om sykdom, behandling, tilbud og rettigheter skal nå frem til pasienten.

### 3.0 Formål, hensikt og problemstilling

Formålet med denne masterbesvarelsen er å bidra til økt forståelse og innsikt rundt fenomenet å komme tilbake til arbeidslivet etter kurativ kreftbehandling. Hensikten med studien er å få en bedre innsikt og bredere kunnskap om de erfaringer og oppfatninger sykepleiere har i møte med pasienter i arbeidsfør alder som har opplevd å få en kreftdiagnose. Og hvordan sykepleiere opplever at de møter disse pasientene med informasjon om retur til arbeidslivet. Det er et ønske å se på hvordan dagens praksis fungerer i møte med pasienten, om dette er et tema som har plass i dagens rutiner og prosedyrer, og eventuelt når i forløpet det gjennomføres. Det er ønskelig å kunne se om det finnes forbedringspotensialer som kan forenkle tilbakekomsten til arbeidet for denne pasientgruppe.

Med bakgrunn i dette innhentes informasjon og kunnskap ved å gjennomføre søk i den litteratur og forskning som allerede finnes, samt utføre en egen studie med fokusgruppeintervjuer av sykepleiere som møter denne pasientgruppen tidlig i forløpet og under behandling ved kreftpoliklinikk.

#### **Forskningsspørsmål:**

*Hvordan opplever sykepleiere at de ivaretar kreftpasienters behov for informasjon om retur til arbeidslivet etter kurativ kreftbehandling?*

### 3.1 Avgrensning av tema

I denne masteroppgave er fokuset rettet mot sykepleiere som ivaretar pasienter som har blitt diagnostisert med en kreftdiagnose og som har fått en kurativ kreftbehandling.

Avgrensingen har blitt gjort med bakgrunn forskningsspørsmålets fokus. Temaet kan på tross av problemstilling ha en overføringsverdi til andre diagnoser og behandlinger med tanke på retur til arbeidslivet. Studien kommer i liten grad inn på de relevante bivirkninger og senskader denne pasientgruppen kan ha etter endt kreftbehandling. Fatigue vil allikevel være en bivirkning og en senskade som er hensiktsmessig å trekke frem, da forskning viser at ca 35 % av alle kreftoverlevende rapporterer dette som en senskade etter behandling (Reinertsen *et al.*, 2017).

## 4.0 Metode

I denne studien er det valgt kvalitativ metode som ansees som hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen om hvordan ivaretar sykepleiere kreftpasienters behov for informasjon og veiledning om retur til arbeidslivet etter kurativ kreftbehandling. Det er valgt kvalitativ metode fordi den kan brukes for å øke oppmerksomheten og skape en dialog omkring et valgt tema. Forskeren søker svar på hvorfor en gitt situasjon oppleves som den gjør og hvordan dette oppleves av berørte parter (Polit og Beck, 2017). Den kvalitative forskningen er en strategi som søker å finne svar på spørsmål som har som hensikt «å utforske», «å belyse», «å klargjøre» og «å undersøke». Denne type forskning beskriver og analyserer «karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres» (Malterud, 2012).

### 4.1 Design

I denne studien er det valgt kvalitativt beskrivende design hvor data samles gjennom fokusgruppeintervjuer. Dette er et fleksibelt design der man har mulighet til å justere designet basert på informasjonen man får i datainnsamlingen (Polit og Beck, 2017). Under gjennomføringen av fokusgruppeintervju kan det forventes at deltakere bidrar med spørsmål, tanker og refleksjoner omkring temaet.

Det blir benyttet Tematisk analyse i studien med en induktiv fremgangsmåte. Induktiv analyse er en prosess med å kode data uten å få dataen til å passe inn i et forhåndsbestemt rammeverk eller forskerens analytiske forutsetning. Temaet som identifiseres er sterkt knyttet mot dataen (Braun og Clarke, 2006).

Tematisk analyse gjennomført på en induktiv måte vil ut ifra teorien til Braun og Clarke (2006) passer denne studien. Det er gjennomført fokusgruppeintervjuer med sykepleiere på tre ulike kreftpoliklinikker for å se på dagens praksis rettet mot oppgavens tema, retur til arbeid etter kurativ kreftbehandling. Denne formen for analyse er en fleksibel måte for å søke tema og mønster i kvalitative data.

### 4.2 Utvalg

Med bakgrunn i valgte metode ble det gjennomført tre fokusgruppeintervjuer av sykepleiere med spesialisering innen diagnosen kreft.

Det var ønskelig med 3-4 deltakere pr fokusgruppe. Pga praktiske forhold ved arbeidsplassene var det urealistisk å rekruttere flere deltakere i hver gruppe.

Fokusgruppeintervju vil si et strukturert gruppeintervju hvor en til to personer leder ett intervju hvor det optimale er 6 til 10 deltakere. Intervjuet bør i stor grad ha en uformell form, med åpenhet for at deltakerne kan fremme egne innspill. Ved at deltakerne deler egne erfaringer kan mer informasjon komme frem en ved å intervju de ulike deltakerne individuelt (Malterud, 2012).

#### 4.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Med bakgrunn i at det var ønskelig å se på dagens praksis hos sykepleiere som møtte den aktuelle pasientgruppe tidlig i behandlingsforløpet, ble sykepleiere fra kreftpoliklinikk et inklusjonskriterium. Deltakerne ble rekruttert fra relevante poliklinikker på 3 ulike sykehus. Det var ønskelig med minimum 2 års erfaring fra relevant praksis/fagfelt.

#### 4.2.2 Rekrutteringsprosessen

11 kreftpoliklinikker ved 11 ulike sykehus i Norge ble kontaktet. Det ble gitt godkjenning fra sykehusledelsen for å kontakte de aktuelle lederne ved de ulike poliklinikkene. Fire sykehus av 11 svarte positivt på henvendelsen. To avslo forespørselen og resten har utelatt å svare på første og andre gangs henvendelse. Lederne ved de aktuelle poliklinikkene som takket ja til å delta sørget for kontakt med sykepleierne som jobbet i de aktuelle poliklinikkene. Det ble gjort avtaler med de aktuelle sykepleierne om tidspunkt for gjennomføring av intervjuene. Denne planleggingen ble hovedsakelig gjennomført via mail. I ett av tilfellene via telefon.

#### 4.2.3 Beskrivelse av deltakere

Det var planlagt å gjennomføre 4-5 fokusgruppeintervjuer med 4-6 deltakere pr. intervju. Det var vanskelig å få det antall grupper og deltakere, og noe av forklaringen på dette var at sykepleierne ønsket å gjennomføre intervjuene i arbeidstiden. Dette gjorde det vanskelig å frigi flere sykepleiere på samme poliklinikk til samme tid. I tillegg spilte Covid-19-pandemien inn med at det allerede var sårbart i forhold til «ekstraoppgaver» da det allerede var mangel på kapasitet på flere av de aktuelle stedene.

Det ble gjennomført tre intervjuer med til sammen sju deltakere. Alle var kvinner.

Deltakernummer	Alder (aldersspenn)	Erfaring (antall års praksis)	Utdanning
<b>Deltaker 1.</b>	21-30	2-6	Sykepleier
<b>Deltaker 2.</b>	31-40	7-16	Sykepleier/kreftsykepleier
<b>Deltaker 3.</b>	31-40	12-16	Sykepleier, videreutdanning onkologi og psykisk helse
<b>Deltaker 4.</b>	31-40	12-16	Sykepleier med videreutdanning i palliativ omsorg
<b>Deltaker 5.</b>	41-50	17-21	Sykepleier/kreftsykepleier
<b>Deltaker 6.</b>	41-50	22-26	Sykepleier/kreftsykepleier
<b>Deltaker 7.</b>	51-60	22-26	Sykepleier/kreftsykepleier

### 4.3 Datainnsamling

Det ble, som tidligere nevnt, gjort ett fokusgruppeintervju ved tre ulike poliklinikker.

Fokusgruppeintervju ble ansett som mest relevant å benytte i forhold til oppgavens hensikt og forskningsspørsmål.

Fokusgruppeintervjuene ble ledet av en moderator. En ikke-styrende intervjustil var fremgangsmåten og det var i stor grad fokus på å få frem de ulike synspunkter i gruppen omkring temaet (Kvale *et al.*, 2015).

Graneheim og Lundman (2004) viser til at den mest passende enheten for analyse er hele intervjuer eller observasjonsprotokoller som er store nok til å bli ansett som komplette, og små nok til å kunne memoreres som en kontekst for en beskrivende enhet i analyseprosessen.

#### 4.3.1 Intervjuguide

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (Vedlegg 1).

Intervjuguiden skulle sikre at relevante temaer ble belyst og at viktig informasjon ikke uteble.

I tillegg skulle intervjuguiden bidra til god struktur gjennom intervjuene. Spørsmålenes oppbygging var av stor betydning for at deltakerne ikke skulle bli «ledet» til svarene de ga, eller ende med enstavelserord som ja/nei. Noen av spørsmålene var underspørsmål for å kunne beholde praten og informasjonen fra deltakerne i gang. I følge Kvale *et al.* (2015) er en god og grundig forberedelse for utførelsen av intervjuene svært viktig for å kunne gjennomføre intervjuene med god kvalitet og informasjonsflyt. En grundig oversikt over temaet vil bidra til relevante spørsmål. Dette er også viktig i utformingen av intervjuguiden, slik at relevante og hensiktsmessige oppfølgingsspørsmål lettere kan stilles Kvale *et al.* (2015). Spørsmålene som ble benyttet under fokusgruppeintervjuet hadde en åpen form, dette

la til rette for at deltakerne kunne dele sine tanker og erfaringer på gjeldende poliklinikk, samt erfaringer deltakerne hadde tilegnet seg knyttet til temaet retur til arbeidslivet etter kurativ kreftbehandling. Det var viktig at sykepleiernes egne opplevelser og erfaringer ble belyst.

Noen av spørsmålene som ble benyttet under fokusgruppeintervjuene og som er hentet fra den aktuelle intervjuguiden er:

Hva slags erfaring har dere ved poliklinikken omkring temaet informasjon om retur til arbeidet i sykdomsforløpet der dere møter pasienten?

Hva tenker dere er viktig med hensyn til kompetanse omkring dette temaet for å kunne imøtekomme pasienten behov for informasjon om retur til arbeidslivet?

Hvordan opplever dere at ønske om denne samtalen omkring retur til arbeidslivet endrer seg i løpet av sykdomsperioden? Når evt. er fokuset på dette temaet størst?

Hva slags rutiner har dere som er knyttet til informasjon og veiledning av pasienten i forhold til retur til arbeidslivet?

Det ble gjennomførte et pilotintervju i forkant av fokusgruppene, hvor deltakerne var hentet fra egen arbeidsplass. Deltakerne var alle sykepleiere, og de deltok som gruppe for at pilotintervjuet skulle oppleves så likt som mulig med de planlagte intervjuene. Pilotintervjuet gav et godt innblikk i om struktur og oppbygging av intervjuguiden var god.

Gjennomføringen av pilotintervjuet sikret trygghet i rollen som moderator og skape god flyt i spørsmålene. I tillegg gav det et godt innblikk i om spørsmålenes oppbygging var vinklet korrekt med tanke på oppgavens tema og problemstilling.

#### 4.3.2 Gjennomføring av intervju

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i perioden januar-mars 2021. Det ble gjennomført tre intervjuer på tre aktuelle kreftpoliklinikker. Intervjuene hadde en varighet på 45-60 minutter. Hvert av intervjuene hadde 2-3 deltakere.

På grunn av Covid-19-pandemien ble intervjuene gjennomført digitalt. To av intervjuene ble gjennomført på den digitale plattformen Skype, og et ble gjennomført på plattformen Teams. Det ble gjort lydopptak av intervjuene. Deretter ble lydopptakene overført som lydfiler og oppbevart på forskningsområdet på server på intervjuerens egen jobb. Transkribering og nedskrevne data ble lagret på minnepenn som ble oppbevart i låst skap.



Felles for alle kreftpoliklinikkene hvor intervjuene ble gjennomført var at de var på middels store sykehus. Alle deltakerne ble i forkant av intervjuene informert om at intervjuene ville bli gjennomført digitalt. De ble gjort oppmerksomme på at det ville bli gjort opptak av intervjuene og at transkribering av intervjuene ville bli gjennomført umiddelbart etter intervjuene var gjennomført. De fikk i tillegg oversendt informasjonsskriv som gav dem nødvendig informasjon. Tidspunkt for intervjuene ble avtalt med deltakerne på mail (Vedlegg 2).

Moderator startet intervjuene med informasjon om studien, om studiens hensikt og hvordan intervjuene skulle benyttes. Det ble også informert om retningslinjer for behandling og oppbevaring av data i etterkant av intervjuene (Kvale *et al.*, 2015). Informasjonen som ble gitt, var en repetisjon fra informasjonen som ble gitt under rekrutteringsprosessen. Dette ble gjort for å sikre at informasjon hadde blitt oppfattet. I tillegg skapte dette gode rammer og trygghet inn i intervjuene.

Intervju 1 hadde to deltakere (nr. 1 og 2), intervju tre deltakere (nr 3, 4, og 5) og intervju 3 to deltakere (nr. 6 og 7).

Spørsmålene som ble benyttet i oppstarten av selve intervjuet var basert på at moderator skulle bli kjent med deltakerne. Videre ble intervjuguiden benyttet tematisk, foruten noen unntak der rekkefølge på spørsmål ble endret når det falt seg naturlig i forhold til samtalsinnhold og deltakernes svar på spørsmålene som ble stilt. Moderator var bevisst på å la deltakerne fullføre sine svar og tilbakemeldinger uten å bli avbrutt av oppfølgingsspørsmål eller innvendinger (Kvale *et al.*, 2015).

Deltakerne virket komfortable med en digital gjennomføring av intervjuene, og moderator opplevde dette som et godt alternativ for gjennomføring. Dialogen gjennom intervjuene hadde god flyt og en avslappet stemning. Tidsplanen ble fulgt.

#### 4.4 Dataanalyse

Det blir benyttet induktiv tematisk analyse i studien. En induktiv fremgangsmåte beveger seg fra det spesifikke til det generelle, altså spesifikke utsagn og observasjoner kombineres i en større total eller generell uttalelse (Elo og Kyngäs, 2008). Induktiv analyse er en prosess hvor en koder data uten at de skal passe inn i et forhåndsbestemt rammeverk eller forskerens analytiske forutsetninger. Temaene som identifiseres er sterkt knyttet til dataene (Braun og Clarke, 2006). Braun og Clarke beskriver analyseprosessen i seks faser: 1) Bli kjent med

dataene, leses flere ganger og søker etter temaer, 2) Generere innledende koder, 3) samle koder i potensielle temaer, 4) Gjennomgang og kontroll av temaer, om de stemmer med deler av og hele datasettet, lage «tankekart», 5) Definere og angi endelige temaer og 6) Vitenskapelig rapport hvor forskningsspørsmål, analyse, resultater og litteratur sammenfattes.

Formål med å benytte induktiv tematisk analyse er å få en god prosess for å finne likhetstrekk mellom funn fra de ulike poliklinikkene og deltakerne. For å bearbeide en stor mengde data er metodikken hensiktsmessig for å utvikle en håndterbar informasjonsmengde (Polit og Beck, 2017).

#### 4.5 Forforståelse av temaet

Forsker har tidligere erfaringer og kunnskaper som palliativ sykepleier og kreftkoordinator i kommunehelsetjenesten. I møte med pasienter kom det fram at mange syntes det var svært vanskelig og utfordrende å returnere til arbeidslivet og tidligere arbeidsplass etter endt kurativ behandling. Flere ga uttrykk for at dette var krevende. I tillegg ga de uttrykk for at de opplevde lite eller ingen oppfølging etter avsluttet behandling og lite forståelse/tilretteleggelse på arbeidsplassen. Forskeren er nå i annen stilling uten direkte pasientkontakt.

#### 4.6 Troverdighet

I all forskning er det viktig at det som gjøres har en god kvalitet og er så pålitelig som mulig. For å vurdere påliteligheten av arbeidet som er gjort beskriver Polit og Beck (2017) begrepene *credibility* (troverdighet), *dependability* (pålitelighet) og *transferability* (overførbarhet).

Troverdighet handler om evidensen av troverdighet, konsistent og om fremgangsmåten er holdbar over tid (Graneheim og Lundman, 2004; Polit og Beck, 2017). Intervjuguide ble benyttet i alle tre fokusgruppeintervjuene for å sikre at alle deltakere ble presentert for det de samme spørsmål og tema. Spørsmål som ble stilt ble stilt på en «åpen» måte for at deltakerne skulle få en «fri» måte å besvare spørsmålene, i tillegg til at spørsmålene ikke skulle «farges» av moderator eller ledes i retning mot moderators ønske eller meninger. Under fokusgruppeintervjuene ble det stilt oppfølgingsspørsmål for å sikre forståelse. Det ble foretatt transkribering av fokusgruppeintervjuene umiddelbart etter gjennomføringen. Dette sikret at resultat og funn ble nedskrevet og dokumentert mens moderator fremdeles hadde intervjuene klart for seg.

Siden moderator i studien hadde lite erfaring med å gjennomføre fokusgruppeintervju ble det i forkant gjennomført et pilotintervju for å prøve ut intervjuguiden og intervjuteknikk.

For å sikre pålitelighet hadde deltakerne i studien minimum 2 års erfaring fra relevant praksis og det var 7 deltakere fra kreftpoliklinikker på tre ulike sykehus som oppfylte ønskede kriterier. Dette kan anses for å være et tilfredsstillende antall deltakere for å kunne kvalitetssikre variasjon og bredde i den innsamlede data (Polit og Beck, 2017).

Overførbarhet beskriver hvor vidt funnene kan overføres eller være gjeldende i andre sammenhenger og grupper. Bruksområdet evalueres av leser etter at ansvarlig undersøker har beskrevet dataen (Polit og Beck, 2017). Overførbarheten krever at forsker har gitt en tydelig beskrivelse av konteksten, deltakerne, datasamlingen og analyseprosessen (Elo og Kyngäs, 2008). Graneheim og Lundman (2004) viser til i sin teori at informanter med ulike perspektiver som alder og kjønn kan bidra til bredere forståelse av fenomenet. I studien var ikke ulike kjønn gjennomførbart, men deltakerne hadde et aldersspenn fra ca 25 til 60 år.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført med deltakere fra tre ulike kreftpoliklinikker fra tre forskjellige fylker. Dette styrker overføringsverdien. Det som eventuelt kan ses på som en svakhet er at alle kreftpoliklinikkene er lokalisert på Østlandet og dermed organisert under Helse Sør-Øst. For å sikre nasjonal overførbarhet kunne deltakere fra andre landsdeler vært inkludert. Funnene var allikevel samsvarende på tvers av de inkluderte kreftpoliklinikker, noe som sannsynliggjør en direkte overførbarhet.

#### 4.7 Forskningsetikk

Forskningsetikk legger Helsinkideklarasjonen til grunn hvor det vektlegges fire etiske prinsipper: autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet.

I et hvert forskningsprosjekt er det forskerens plikt å minimere belastningen på deltakerne og maksimere utbyttet. I studien følges teoriens anbefalinger om å ikke inkludere flere deltakere en nødvendig. Det er også viktig at deltakelse er basert på frivillighet, bekreftet gjennom skriftlig samtykke. Det er forskerens plikt å informere og sørge for at deltakerne er innforstått med at de til enhver tid kan trekke seg fra studien (Polit og Beck, 2017).

Det har blitt lagt vekt på å ivareta deltakernes anonymitet. All datainnsamling har blitt gjennomført på en måte som har sikret deltakerne konfidensialitet. For eksempel er arbeidsplassene anonymisert om det kom fram informasjon fra deltakere som var kritiske til egen arbeidsplass. Informasjon som har blitt overført til datafiler har ikke vært gjenkjennbart og mulig å kunne knyttes mot enkeltpersoner. Navneliste og data som kunne identifisere deltakerne ble makulert så snart som mulig etter at relevant data var hentet ut.

Det har blitt søkt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for godkjenning av studien med intervju av helsepersonell på 3-4 ulike sykehus. Saksnr. 204156 (vedlegg 3).

Personvernombudet ved de aktuelle sykehus har godkjent studien og gitt forskningstilgang.

Det har også være nødvendig å kontakte de aktuelle ledere for poliklinikkene ved sykehusene, for å få kontaktinformasjon til deltakerne.

Alle innhentet data fra intervjuene er blitt slettet etter hvert som at viktig informasjon er hentet ut og studien går mot avslutning.

## 5.0 Resultater

Resultatene i studien gir en beskrivelse av hvordan sykepleiere opplever at de møter kurative kreftpasienter med informasjon om retur til arbeid under eller etter avsluttet behandling av kreftsykdom. Det gir en beskrivelse av hvordan sykepleierne opplever og erfarer at de ivaretar det aktuelle temaet og når i behandlingsforløpet evt informasjon blir gitt. Sykepleierens kompetanse og erfaring omkring det aktuelle temaet kommer også frem i studien. Det ble gjennomført en tematisk analyse av innholdet i deltakernes beskrivelser som kom frem i fokusgruppeintervjuene. (Braun og Clarke, 2006). Resultatene viser to hovedkategorier og syv delkategorier.

Hovedkategorier:	Delkategorier:
1: Sykepleierens opplevelse av å bidra til kreftpasienters retur til arbeid	1: Faglig kompetanse og erfaringsbasert kompetanse
	2: Informasjon
	3: Prosedyrer og rutiner
	4: Psykisk støtte
	5: Sykepleier som «sluse»
2: Ytre faktorer med betydning for kreftpasienters retur til arbeid	1: Tilrettelegging
	2: Støtte og tilhørighet

### 5.1 Sykepleierens opplevelse av å bidra til kreftpasienters retur til arbeid

Deltakerne i fokusgruppeintervjuene opplevde at retur tilbake til arbeid etter avsluttet behandling var et viktig tema og som burde få en større plass i deres informasjon til pasienten. Allikevel sa flere av deltakerne at de hele tiden jobbet etter målet om at pasienten skulle rehabiliteres for å komme tilbake til arbeidslivet igjen, så fort som mulig. Flere av deltakerne sa at de hadde stort fokus på det å være en kreftoverlever. De opplevde at fokuset blant sykepleierne hadde endret seg fra «bare å behandle, til å se på hva pasienten behandles tilbake til» (Deltaker nr. 3).

### 5.1.1 Sykepleierens kompetanse

Alle deltakerne som ble intervjuet gav uttrykk for at kompetanse og erfaring var av stor betydning i møte med denne pasientgruppe. Den kompetansen og erfaringen som har blitt bygd opp over lengre tid fra poliklinikk oppleves som uvurderlig når de møter pasienten.

*«Jeg har jobbet i poliklinikken bare i tre år. Jeg har videreutdanningen min fra palliativ omsorg, og har jobbet lengre med den pasient-gruppen før jeg kom hit. Jeg føler meg fremdeles ny i poliklinikken og i møte med denne pasientgruppen (Deltaker nr.4).*

Deltakerne sier at deres lange erfaring fra poliklinikken gjør det lettere for dem å gjøre fortløpende vurderinger omkring hvilke informasjon som gis og når. Erfaringen gjør det lettere å møte de ulike spørsmål som bli stilt av pasienten. Gode faglig svar og svar basert på erfaring over tid. Med erfaringen er det også lettere å kunne gi pasientene veiledning og informasjon om annen relevant oppfølging som de skulle ha behov for.

Med erfaringen de har tilegnet seg sier også deltakerne at temaet arbeid ofte kan bli utsatt å snakke om til fordel for andre viktige temaer, som for eksempel behandlingsforløpet.

Med relevant erfaring fra kreftpoliklinikken sier deltakerne i intervjuet at det er enklere å møte den enkelte pasients behov for individtilpasset hjelp og støtte. Det gjør det også lettere å kunne «sluse» pasientene videre til andre profesjoner. Med tilegnet erfaring over tid vil de lettere kunne vite hva som fungerer godt eller ikke, og hvilke tilbud/tiltak som kan passe for enkeltindividene.

*«Vi er kreftsykepleiere alle som jobber å poliklinikken her. Jeg opplever ikke at vi mangler noe kompetanse. Kompetanse bygges også opp over tid med erfaring vi tilegner oss. Jeg opplever at det viktigste er at vi vet hvem som kan bistå pasienten videre i forløpet». (Deltaker nr. 5).*

Informasjon om relevante rehabiliteringskurs sier deltakerne at de kommer inn på litt senere i forløpet. Og dette er det mange grunner til. Men noen av grunnene som nevnes er at de opplever at pasienten ikke er klar for denne type informasjon i oppstarten av behandlingen, de opplever at pasientene ikke klarer å se behovet for rehabilitering før de har kommet ut i forløpet og noen pasienter mener at dem ikke har behov for organisert rehabilitering.

### 5.1.2 Rutiner og prosedyrer

Ved oppstart av behandling sier deltakerne at de har utarbeidet gode sjekklister for innkomstsamtalen. Denne sjekklisten skal sikre at viktig og nødvendig informasjon blir gitt men også at det blir gitt til rett tidspunktet. Dette skal kvalitetssikre at informasjonene når frem til pasientene, men også for å dokumentere den informasjonene som har blitt gitt og hvilke informasjon som uteble under samtalen. Deltakerne opplever ofte at noe av informasjonen uteblir pga manglende tid og til fordel for annen viktig informasjon. Behandlingsforløpet er i denne fasen det som har høyest prioritering. Dette kan også skyldes at pasienten ikke er klar for å ta til seg informasjon om for eksempel retur til arbeidslivet i denne fasen i forløpet.

Noen av deltakerne, fra ulike kreftpoliklinikker sier at de ikke har en direkte prosedyre hvor temaet arbeid er i fokus. Men de deler ut en aktuell brosjyre allerede ved innkomstsamtalen som ivaretar informasjon om arbeid. Dette er en brosjyre som er utarbeidet av kreftforeningen og den ligger tilgjengelig for alle. Den kan lastes ned eller bestilles. Brosjyrens tema er «*I arbeid under og etter kreft – Informasjon til deg som er arbeidsgiver, arbeidstaker og kollega*». Denne brosjyren oppleve deltakerne at er en god brosjyre med kortfattig og relevant informasjon om retur til arbeid.

*«vi jobber som fagutviklingssykepleiere på kreftpoliklinikken, og vi jobber i disse dager med forbedring av sjekklister som skal fungere som en mal for oss sykepleiere om aktuell informasjon som skal gis, men også et informasjonsskriv vi skal dele ut til pasientene. Her skal vi også dele ut brosjyre utarbeidet av kreftforeningen om retur til arbeidslivet» (Deltaker nr.3 og nr.4).*

Det vil være viktig å kartlegge om pasienten er klar for all informasjon som vi som sykepleiere skal dekke under en samtale. Noen av deltakerne sier at de ofte ser at en underveis-samtale også kalt en midtveis samtale kan være vel så viktig tidspunkt for denne type informasjon om tilbakeføring til arbeid som ved innkomst.

*«I oppstarten har de nok å fordøye omkring nyoppdaget sykdom og behandlingsforløp. Jeg opplever at når de begynner å gå til behandling, så er alt veldig overveldende for dem» (Deltaker. nr. 5).*

Rehabilitering er også integrert i informasjonen som blir gitt til pasientene ved de aktuelle kreftpoliklinikkene. Men dette kommer ofte litt lengere ut i forløpet sier noen av deltakerne.

De opplever at det er mer naturlig å informere om de rehabiliteringstilbudene og rehabiliteringskurs som finnes da.

Det kommer tydelig frem gjennom fokusgruppeintervjuene at det allikevel er store forskjeller fra poliklinikk til poliklinikk hvordan retur til arbeid er integrert i informasjonen til pasientene. Deltakerne forteller at temaet om arbeid kommer som et aktuelt samtaletema tidlig i behandlingsforløpet. Og at det i denne sammenhengen er viktig å informere dem om viktigheten omkring det å ha kontakt med arbeidsplassen sin, kolleger og leder. De har erfart at det er viktig å opprettholde og vedlikeholde relasjoner. Da dette vil ha positiv effekt på tilbakekomsten senere i forløpet eller etter avsluttet behandling.

Deltakere forteller at tilbakeføring til arbeid er et punkt som er integrert i deres rutiner for inntakssamtalen. De opplever at dette er et viktig tema å bringe fram tidlig i forløpet, da mange av pasientene de møter er i yrkesaktiv alder og for at dette tema ofte igangsetter mange tanker og følelser hos pasienten som skal bearbeides.

### 5.1.3 Informasjon

I studien kommer det frem hos deltakerne at informasjon blir kontinuerlig ivaretatt og at dette omhandler informasjon om alt fra sykdom, behandling, bivirkninger og livet etter sykdom. Det er mye fokus på hva selve behandlingen vil gjøre med dem, forteller en av deltakerne.

En av deltakerne forteller at hun sammen med en annen sykepleier i poliklinikken har fagansvar. Dette er en nyopprettet stilling som skal blant annet benyttes til å forbedre dagens rutiner og for å kvalitetssikre informasjon som blir gitt.

Dette er viktig for sykepleierne i møte med denne pasientgruppen i kreftpoliklinikkene å gi en god og gjentagende informasjon. Den informasjon som blir gitt ved inntakssamtale sier flere av deltakerne at burde blitt tatt opp igjen midtveis i behandlingsforløpet, og kanskje også når behandlingsforløpet nærmer seg slutten. Men det kommer frem fra flere av deltakerne at de ikke er gode nok på dette temaet hverken i inntakssamtalen, eller i samtalen underveis.

*«Under samtale med pasienten kommer vi inn på hva pasienten jobber med. Jeg opplever at mange har behov for å snakke om akkurat dette. Men jeg synes ikke vi er gode nok til å bevege oss inn på temaer som; «når du er ferdig behandlet her, så skal du tilbake til jobb». Denne setningen skulle vært med allerede fra første informasjon om behandlingsforløpet. Nettopp for å hjelpe pasienten til å kunne se frem i tid og gå*



*behandlingen i møte med utsikter om å skulle komme tilbake til normal hverdag igjen» (Deltaker nr.4).*

En annen viktig oppgave som kommer frem i intervjuene er at sykepleierne informere om de ulike tilbud som finnes med tanke på rehabilitering, rehabiliteringskurs, raskere tilbake, stillerom, Vardesenteret ol. I denne sammenheng er det viktig å kartlegge sammen med dem hvor de er her og nå, og hvor de vil videre. Snakke om mulighetene for gradert mengde jobb, begynne i det små ut fra den energien og overskuddet pasienten har og heller øke på til de er tilbake der de ønsker å være. Dette er informasjon som ofte kommer i siste halvdel av behandlingsforløpet, eller nærmere mot slutten.

*«jeg sitter og tenker på at vi har jo utarbeidet et veldig grundig flyt skjema for oppfølging av kreftpasienter og her har vi jobbet nøye med hva dette skjema bør inneholde. Men min umiddelbare tanke nå er at her dekker vi ikke det som går på arbeid og rehabilitering godt nok. Dette bør vi revidere og få inn. Dette er jo kjempeviktig» (Deltaker nr.1).*

Deltakerne opplever ofte at de må prioritere hva slags informasjon som skal gis og når. De sier at de flere ganger har opplevd at temaet arbeid uteblir fra inkomstsamtalen pga manglende tid og til fordel for annen viktig informasjon, som for eksempel informasjon om behandlingsforløpet.

#### 5.1.4 Psykososial støtte

En av de viktigste rollene som deltakerne opplever å ha i denne sammenhengen er å være støttende. De store individuelle forskjellene som møtes krever at alle skal møtes der de er. Være seg rett informasjon til rett tid, gi støtte og vise forståelse der den enkelte er i behandlingsforløp og ikke minst bearbeidelse av å ha fått en alvorlig kreftdiagnose. Gi anerkjennelse for de valg de tar ut fra det utgangspunktet de har der og da, vil være en viktig del av jobben og rollen som sykepleier sier flere av deltakerne.

Å følge opp pasientene i etterkant av behandlingsforløpet er også en viktig oppgave noen av deltakerne sier de har. Noen av pasientene kommer tilbake på 2, 3- og 4 års kontroll. Dette er avhengig av type kreft og kreftbehandling de har fått. Men det gjelder mange. Dette er et viktig møte som de fleste tidligere pasienter uttrykker at de opplever som positivt og trygt. Her vil oppgavene til sykepleier være å kartlegge hvordan den enkelte har det i etterkant. Dette opplever flere av deltakerne som veldig fint. De møter tidligere pasienter igjen og får et innblikk i hvordan de har hatt det i etterkant av ferdig behandlet og om de har returnert tilbake

til et «normalt» liv. Her vil det være viktig å kunne støtte dem og gi dem forståelse for den situasjon de er i om de fremdeles opplever utfordringer i hverdagen.

*«Jeg opplever at det er viktig å trygge og støtte dem, uten å sykeliggjøre dem. Jeg møter dem med støtte om at det ikke er unormalt å bruke tid, og at det ikke finnes noe fasit på dette. Dette er veldig individuelt» (Deltaker nr. 6).*

#### 5.1.5 Sykepleier som «sluse»

Deltakerne i fokusgruppeintervjuene sier at deres rolle er å veilede og informere pasienten om andre aktuelle profesjoner og tilbud som kan være til nytte i pasientens forløp. Her er både NAV, sosionom, rehabiliteringsinstanser, kreftforeningen, psykologtjeneste noen av de profesjonene de har nære relasjoner og samarbeid med. Men også arbeidsgiver blir nevnt som en viktige aktør.

Noen av deltakerne sier at rehabilitering blir snakket om i flere sammenhenger, og at dette er viktig for pasientene som både skal ha adjuvant og kurativ behandling. I tillegg har fastlege en viktig rolle i forhold til oppfølging av pasienten.

*«Vi prater bestandig om viktigheten med å beholde kontakt med arbeidsplassen sin underveis i behandlingsforløpet, og evt prøve å få tilrettelagt der det er mulig. Vi anbefaler også rehabiliteringsopphold på for eksempel Montebello, Cato-senteret, Røros eller hvor det måtte egne seg for pasienten. Vi følger dem opp, men vi er ikke noen hovedaktører med tanke på rehabilitering til arbeidslivet» (Deltaker nr. 5).*

Begrepet sykepleieren som en «sluse» ble benyttet av flere av deltakerne. Sitatet over beskriver sykepleierens funksjon som «sluse» videre i systemet. En av sykepleierens oppgaver er å anbefale og veilede videre til ulike aktører som kan være relevant for den enkelte pasient. Noen av deltakerne sier at de som en del av en behandlende kreftpoliklinikk allikevel ikke er de som har størst andel i denne jobben, men at de opptrer støttende og som en «sluse» til rette kanaler og ut til rett sted. Etter det, blir pasientene «sluppet, og de har ikke noe oppfølging med mange av pasientene etter det.

*«En stor del av vår rolle blir å veilede pasienten, snakke med dem og «sluse» dem inn på rett vei. Da er det vi som sykepleiere som må vite hvordan tjenesten fungerer, kartlegge hvilke behov den enkelte har behov for og hvilke inngangsporter som finnes til de ulike tjenestene» (Deltaker nr 4).*

Deltakerne sier at sosionomen er en viktig profesjon de samarbeider tett med. Sosionomen er ofte tett på og lett tilgjengelig for oppfølging av denne pasientgruppe. Det er allikevel ofte nødvendig at sykepleier informerer om denne tjenesten og setter pasienten i kontakt med sosionomen. Deltakerne sier at sykepleieren fanger opp pasientens historie, og ut fra den informasjon pasienten deler, kan sykepleier kartlegge hva den enkelte pasient trenger av oppfølging. Sosionomen har en viktig rolle når pasienten trenger tilretteleggelse fra jobben. Der pasienten ikke klarer å returnere til arbeidsplassen i full stilling og det vil bli økonomiske endringer som er av betydning for pasienten kan sosionomen bistå.

## 5.2 Ytre faktorer med betydning for kreftpasienters retur til arbeid

Det er flere ytre faktorer som deltakerne i intervjuet trekker frem som viktige at de har kunnskap om og muligheter til å informere pasienten om. Rehabilitering og rehabiliteringskurs er en av disse faktorene som kan være av stor betydning for pasientens retur til arbeidslivet. Mange kan ha behov for opptrening og rehabilitering. Behandlingen har en stor innvirkning på kroppens fysiske helse. Behandlingen kan for mange strekke seg over lang tid, måneder og for noen også år. Rehabiliteringskurs informeres det også ofte om, men dette bekrefter sykepleierne at de ikke kommer inn på før behandlingen nærmer seg slutten.

Rehabiliteringskurs kan være til stor hjelp for pasientene som skal tilbake til den «normale» liv. Her er det stort fokus på å lære seg å leve med de utfordringer som sykdommen har medført. Flere av deltakerne opplever at mange av pasientene ikke har hørt om rehabilitering som kan være rettet mot dem med kreftdiagnose. Derfor oppleves dette som en viktig informasjon. Rehabilitering skal kunne gi pasientene muligheten til å komme raskere tilbake til hverdagen sin og øke pasientens livskvalitet. Rehabilitering til kreftpasienter skal ivareta både den fysiske, sosial og psykososiale hos pasienten. Og for mange kan rehabilitering også være nødvendig både under og etter behandling. Noen av deltakerne vektlegger at det er viktig at de informerer om dette og gjør dem oppmerksom på at rehabilitering kan foregå på sykehuset, i egen kommune eller på egne rehabiliteringssentre.

Pusterom er et lavterskeltilbud som noen av deltakerne i intervjuet bekrefte at de har som tilbud på sitt sykehus. Dette skal være et lavterskeltilbud. Her skal det være muligheter for å få veiledning og kunne delta på ulike aktiviteter og tilbud som er knyttet til et lavterskel treningssenter. De på kreftpoliklinikk opplever dette tilbudet som et godt tilbud og at dette er et tilbud som ikke nødvendigvis vil nå frem til pasientene om de ikke informerer om tilbudet.

*«Vi har gjennom tid hatt et godt samarbeid her i poliklinikken med aktiv mot kreft og i denne forbindelse har vi hatt vårt eget pusterom tilknyttet poliklinikken. Dette er nå dessverre flyttet over til rehabilitering» (Deltaker nr. 7).*

Raskere tilbake er også et tilbud flere av deltakerne har god kjennskap til. Noen av deltakerne kan fortelle at dette tilbudet hadde tidligere ligget under deres avdeling på kreftpoliklinikk. Tilbudet skal være diagnosespesifikt og tverrfaglig, og det er et arbeidsrettet tiltak. Deltakerne har kjennskap til at dette tilbudet skal finnes på flere sykehus. Selve ordningen Raskere tilbake eksisterer for så vidt ikke i dag under samme form, da den er omstrukturert til en tjeneste via NAV, men innholdet er det samme (NAV, 2020).

Noen av deltakerne forteller at raskere tilbake som er etablert av «Aktiv mot kreft». «Aktiv mot kreft» er en stiftelse som jobber målrettet mot å få fysisk aktivitet inn i kreftbehandlingen. Bakgrunnen for dette er at det har blitt større fokus på at fysisk aktivitet kan være positivt for de fleste kreftpasienter, under og etter behandling.

Vardesenteret er også et tilbud deltakerne trekker frem. Dette er et tilbud tilknyttet kreftforeningen. Deltakerne sier at her kan pasienten møte «likestilte» og dele erfaringer med dem, få en pause fra hverdagen, få gode råd og hjelp. Her vil pasientene møte ansatte med relevant kompetanse som kan hjelpe den enkeltes behov.

### 5.2.1 Tilrettelegging

Deltakerne bekrefter at mange av deres pasienter er i yrkesaktiv alder. Med bakgrunn i dette opplever de at det er viktig at de som sykepleiere i møte med disse pasienter har kunnskap om ulike lovverk og pasientens rettigheter med tanke på tilretteleggelse. Dette underbygger de med at det ofte kommer spørsmål til dem om hva slags rettigheter de har og hva slags tilbud som finnes for dem for å kunne komme tilbake til arbeid og «vanlig» liv. Mange av pasientene ønsker å jobbe litt, de ønsker ikke full sykmelding, men for å komme tilbake til jobb er det behov for tilrettelegging. Og i den forbindelse trenger de informasjon om rettigheter de som arbeidstaker har i forhold til dette.

*«Det er viktig at arbeidsgiver tilrettelegger ved å gi arbeidstaker som har vært gjennom en kreftbehandling og som ikke kan returnere til arbeidet med samme kapasitet som før sykdom og behandling, arbeidsoppgaver som gjør at du ikke blir mer sliten av å være på jobb men får oppgaver som gjør at du kan være i arbeid igjen» (Deltaker nr.1).*

Manglende energi er et gjentakende problem for mange av pasientene som er i behandling eller har vært i behandling. Deltakere i fokusgruppeintervjuet fortalte om gjentakende opplevelser fra møte med pasienter i poliklinikken der manglende energi, nedstemthet og tretthet er en stor utfordring for dem og som hemmer dem i å returnere til arbeid med den arbeidskapasitet dem innehadde før sykdom. De forteller at det er viktig å møte disse pasientene med ærlighet om at de kanskje aldri bli som før sykdommen igjen.

Deltakerne opplever at det derfor viktig at sykepleier informerer pasientene om at behovet for tilrettelegging med stor sannsynlighet vil dukke opp, samt hvilke rettigheter de har krav på for å imøtekomme dette. Dette kan dreie seg om for eksempel andre arbeidsoppgaver, fleksibel arbeidstid eller redusert arbeidsmengde.

### 5.2.2 Støtte og tilhørighet

Deltakerne forteller at de tidlig i forløpet informerer om at det er viktig at de opprettholder kontakt med arbeidsplassen sin. Like viktig som arbeidsgiver, er det også viktig å ha kontakt med arbeidskolleger. En av deltakerne sier at hun har opplevd i flere sammenhenger at pasienten har beskrevet en enklere retur til arbeidsplassen sin en antatt, og at dette kan være grunnet at de har opprettholdt en god dialog med arbeidsplassen gjennom hele behandlingsforløpet. De har beskrevet at de har følt seg velkommen tilbake og at det har blitt gjort gode tilretteleggelsestiltak i forkant av returen. I sammenligning med opplevelser der pasienter har beskrevet at de har vegret seg for å komme tilbake til arbeid og dette gjerne i sammenheng med at de har hatt minimalt med kontakt med arbeidsgiver og arbeidskolleger gjennom sykeforløpet sitt.

*«Jeg pleier å komme ganske tidlig inn på viktigheten med å ha kontakt med arbeidslivet sitt. Med arbeidsgiver og arbeidskolleger, for å vedlikeholde relasjoner. Slik som jeg har lært meg dette å kjenne, vil det være et mindre steg for dem å komme tilbake hvis arbeidsgiver og kolleger vet hva du har vært gjennom og at de har fått mulighet til å «følge» sykdomssituasjonene litt på veien» (Deltaker nr. 3).*

Like viktig som den støtte og trygghet de kan møte pasienten med i poliklinikken, er det viktig at de kjenner på denne støtte og trygghet fra arbeidsgiver og arbeidskolleger. Sitatet over gir et bilde på hvordan en av deltakerne har beskriver dette.

Brosjyrer og informasjonsskriv blir ofte benyttet for å gi informasjon til pasientene. For å fremme viktigheten med temaet støtte og tilhørighet sier en av deltakerne i intervjuet at de har erfart at denne type informasjon egner seg best via muntlig kommunikasjon. Gjennom dialog

med pasientene kan en observere den enkelte og tilpasse informasjonen omkring temaet etter behov. Støtte og tilhørighet er et tema som kan sette i gang mange følelser. Noen av deltakerne sier også at de har opplevd at det er større sannsynlighet for å kunne returnere til arbeidslivet dersom kontakten med kolleger har blitt opprettholdt under sykdomsforløpet. Det å være en del av en gruppe, føle samhold og inkludering fremkommer som viktig.

*«Det er ikke bestandig fokuset nødvendigvis skal være å komme raskere tilbake til arbeid, men å redusere den psykososiale belastningen mange beskriver» (Deltaker nr. 4).*

Begrepet støtte trekkes frem fra samtlige av deltakerne i intervjuene som en av de viktigste roller de som kreftsykepleier i poliklinikk har. Støtte i form av anerkjennelse, oppmerksomhet og forståelse av situasjonen forankret til de store endringene pasienten opplever fysisk, psykisk og sosialt.

*«Støttesamtale er noe jeg opplever at vi har ofte med pasienten. Jeg opplever at de har et stort behov for å prate om sin hverdag og sitt liv under behandling men også etter at de er ferdig behandlet og friske» (Deltaker nr. 6).*

Pasientene trenger psykososial støtte underveis i prosessen og spesielt mot behandlingsslutten med tanke på deres «nye» helsetilstand. Retur vil kunne ta tid og de trenger støtte og trygghet i at det er normalt å føle seg syk og ha nedsatt kapasitet. Noen av deltakerne mener det er viktig at sykepleier støtter dem i egenomsorgen.

For den som opplever å bli alvorlig syk vil dessverre også tap av sosial omgang med arbeidsplassen og arbeidskolleger kunne falle bort for en periode. For noen vil perioden bli lang, og det kan bli en stor utfordring å komme tilbake til arbeidet. Dette medfører for flere av dem også tap av sosial kontakt med gode arbeidskolleger, sosial støtte og tilhørighet. For flere av pasientene sykepleierne ved de ulike poliklinikkene har møtt kan de psykososiale utfordringene oppleves mildere om de opprettholder kontakten med arbeidskolleger. Dette gir arbeidskolleger mulighet til å forstå og ta del i deres sykehistorie, som ofte medfører at det er lettere å få støtte og forståelse i større grad med tanke på redusert arbeidskapasitet eller behov for tilretteleggelsestiltak. Som en sier:

*«Flere av pasientene sier at de opplever det vanskelig å måtte få tilretteleggelses tiltak og gå redusert når arbeidskolleger opplever dem friske. De er ferdig behandlet, ser friske ut men har en kropp som ikke har samme arbeidskapasitet. Laft energinivå og*

*manglende overskudd gjør det vanskelig for dem å fungere som tidligere» (Deltaker nr. 3).*

## 6.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan sykepleiere ivareta kreftpasienters behov for informasjon og veiledning om retur til arbeidslivet etter kurativ kreftbehandling. Å returnere til arbeid etter langvarig sykdom og behandling er for de fleste i yrkesaktiv alder av stor betydning for å gjenoppta det livet de hadde før sykdom, samt for å bedre livskvalitet og økt mestring. Funn fra studien bekrefter at retur tilbake til arbeid er svært viktig og at de fleste kreftrammede er opptatt av livet etter sykdommen. Allikevel viser funnene at dette har liten plass i informasjonen som blir gitt til de kreftrammede ved poliklinikken. Funn viser at temaet omkring retur til arbeid er integrert i deltakernes sjekklister, men temaet må ofte vike for annen viktig informasjon. Funn viser temaet arbeid ofte blir tatt opp når pasienten selv bringer det frem, da lengre ut i behandlingsforløpet eller mot slutten.

Deltakerne i studien opplever at de har en viktig funksjon ved å «sluse» pasientene til de rette profesjoner som kan ha stor innvirkning på pasientens retur tilbake til hverdag og arbeid.

### 6.1 Sykepleierens funksjon

I studien kommer det frem at deltakerne ved poliklinikk hadde stort fokus på det å være en kreftoverlever, og at de i den sammenheng jobber etter målet om at pasienten skal rehabiliteres tilbake til en «normal hverdag» og arbeidslivet. Reitan og Schjølberg (2017) vektlegger i sin faglitteratur at sykepleierens pasientrettede funksjon omhandler å forebygge, behandle, lindre og rehabilitere, men også at sykepleieren har en viktig rolle med å hjelpe pasienten på tross av alvorlig sykdom til å opprettholde god livskvalitet og leve et liv som er mest mulig normalt.

Funn fra studien viser at sykepleierens rolle i møte med pasient i kreftpoliklinikk er å gi nødvendig informasjon og opptre støttende, gjøre gode observasjoner og gi informasjon til rett tid. I en tidligere studie publisert av Haugslett (2009) kommer det frem at det stilles krav til at den informasjonen som blir gitt av sykepleiere skal følges opp og evalueres i forhold til de individuelle forutsetninger pasienten har og deres behov for informasjon til forskjellige tider. Dagens organisering av helsevesenet som fordrer mer poliklinisk behandling og mindre inneliggende døgn ved sykehus krever god og strukturert informasjon i de korte polikliniske møtene sykepleier har med pasient (Haugslett, 2009). Funn fra egen studie samsvarer godt med Haugslett sine funn. Det kan se ut som at det krever en godt strukturert informasjon for at sykepleier i kreftpoliklinikk skal få tid til å gi all den informasjon som er nødvendig og relevant for pasientene når de kommer til poliklinikken. Tid vil spille en stor rolle.



Sykepleierens kartlegging av pasientens behov vil derfor kunne være avgjørende for hvilke informasjon som blir gitt og når. Studien gjennomført av Cohen, Yagil og Carel (2021) kommer det frem at helsepersonell rapporterer at de opplever barrierer ved å involvere seg i prosessen med retur til arbeid grunnet mangel på tid, men også på grunn av manglende kompetanse. I samme studie blir det også påpekt at tidspunktet den kreftoverlevende begynner å fokusere på retur til arbeid er varierende og derfor bør oppstartsamtale være individuelt tilpasset. Allikevel kommer det frem at informasjon om retur tilbake til arbeid, rettigheter som er forankret til dette og hvordan retur tilbake til arbeid kan påvirke kreftbehandlingen bør komme allerede ved oppstarten av kreftbehandlingen (Cohen, Yagil og Carel, 2021).

### 6.1.1 Sykepleiers kompetanse

Deltakere i studien mente at sykepleierens kompetanse og erfaring er av stor betydning for hvordan de møter kreftpasienten ved kreftpoliklinikk. I tillegg kommer det frem at deres kompetanse sammen med erfaring som er opparbeidet i poliklinikken, gjør møtene med ulike utfordringer lettere å håndtere på en tilfredsstillende måte når det er opparbeidet erfaringer over tid. Sykepleierens kompetanse omhandler oppgaver som sykepleieren både skal mestre og gjennomføre forsvarlig (Reitan og Schjølberg, 2017). I tidligere studier kommer det frem at kreftsykepleier må ha spesialisert kunnskap innen sykepleiers kjernekompetanseområde. Dette omhandler kunnskapsbasert og personsentrert sykepleie, kvalitetsforbedringsarbeid, tverrfaglig samarbeid, ivaretagelse av pasientsikkerhet og kunne formidle informasjon (Cronenwett *et al.*, 2007; Leksell og Lepp, 2013). Reitan og Schjølberg (2017) sier det stilles store krav til den kompetansen sykepleierne har for å imøtekomme utfordringer og behov hos kreftpasienter. Funn fra egen studie er i samsvar med teorien og disse studiene. Sykepleierens kompetanse er av betydning for å kunne håndtere ulike situasjoner på en faglig forsvarlig og hensiktsmessig måte. Det kan forstås som at sykepleierens kjernekompetanse utvikler seg sammen med erfaringsbasert kunnskap, som igjen vil ha betydning for at sykepleier skal kunne møte kreftpasientens individuelle behov for relevant hjelp og informasjon.

Det kommer fram i denne studien at ved en av kreftpoliklinikkene er det kun sykepleiere med videreutdanning i kreftsykepleie. De opplever at kolleger har god kunnskap og at det ikke er synlige mangler på kompetanse blant dem. Kreft er den hyppigste dødsårsaken i Norge (Larsen, Ursin og Weiderpass, 2018), det er derfor viktig at sykepleiere på kreftpoliklinikker har god kompetanse på dette fagområdet. Dette kan bety at sykepleierens relevante kompetanse i møte med kreftpasienten kan være av stor betydning for å kunne imøtekomme de individuelle behov, men også for å oppleve trygghet i egen yrkesutøvelse. Cohen, Yagil og

Carel (2021), påpeker viktigheten av at helsearbeidere som møter kreftpasienter tilegner seg tilstrekkelig kunnskap, kompetanse og opplæring for å kunne imøtekomme de aspektene som prosessen retur til arbeid kan medføre.

Funn fra studien viser at deltakerne på tross av god kompetanse og erfaring allikevel kommer i situasjoner hvor dette ikke er nok for å imøtekomme pasientens spørsmål og utfordringer, og at det i disse situasjonene er viktig med et godt tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglighet gir sykepleier trygghet når de går inn i vanskelige samtaler (Haugstett, 2009). I et tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid snakkes det om felleskompetanse, overlappende kompetanse og fellesoppgaver (Willumsen, 2009). Cohen, Yagil og Carel (2021), sier at assistanse med fokus på retur tilbake til arbeid er basert på en tverrfaglig innsats. Funn fra studien, samsvarer godt med funnene gjort i tidligere forskning. Sykepleier vil kunne møte situasjoner som ligger utenfor deres kjernekompetanse. Da vil det være viktig at sykepleier viser til andre profesjoner som kan møte pasientens behov og jobbe sammen mot felles mål.

Videre kommer det frem i studien at de opplever at kompetanse bygges over tid sammen med erfaringen de tilegner seg. I studien gjennomført av Thidemann, Sævareid og Slettebø (2020), blir begrepet kompetanse knyttet til kvalitet, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og ressursbruk. Funn fra denne studien viser også at utvikling og læring av kompetanse skjer i praksisfeltet og gjennom refleksjon over egne arbeidsopplevelser (Thidemann, Sævareid og Slettebø, 2020).

Funn fra denne studien viser at flere av deltakerne mener at deres erfaring fra den aktuelle poliklinikk, sammen med kompetanse, gjør det lettere for dem å møte individuelle behov og gjøre fortløpende vurderinger om hvilke informasjon som bør gis og eventuelt når. Tidligere studie gjennomført i Irland der 430 kreftpasienter var inkludert og målet var å rangere 19 vanlige kilder til informasjon, ble kreftsykepleieren utnevnt som det foretrukne valget for informasjon hos majoriteten av pasientene. De hadde i tillegg den høyeste rangeringen vedrørende kvaliteten på informasjon (Mills og Davidson, 2002). Takase (2013) viser til i sitt studien at lengden på sykepleiers kliniske erfaring sammen med antall arbeidsår har stor innvirkning på sykepleiers kompetanse. Her kan det se ut som at tidligere studier samsvarer med funn fra eget studie. Høy kvalitet på informasjon kan henge nært sammen med relevant kompetanse og erfaring opparbeidet over tid. Grov (1999) sier i sin studie at kreftsykepleier skal ha både generell kompetanse og spesialistkompetanse og at dette gir evnen til individualisert omsorg, fleksibilitet, skjønn og improvisasjon som er forankret til deres spesialistrolle, men også gjennom lang erfaring. I studien forteller deltakerne at god faglige ivaretagelse basert på kompetanse og erfaring skaper trygghet i faget når sykepleierne

møter pasientens individuelle behov med tanke på videre oppfølging. I studien gjennomført av Thidemann, Sævareid og Slettebø (2020) blir det vektlagt at en sykepleier aldri blir ferdig utlært, og at trygghet til faget kommer med tiden og erfaringen som tilegnes.

Det kommer videre frem i denne studien at flere av deltakerne opplever at temaet retur til arbeid ofte bli utsatt til et senere tidspunkt til fordel for annen viktig informasjon som blir gitt ved inntakssamtalen. De sier at temaet er integrert i sjekklisten, men at dette punktet stadig må vike fra prioriteringslisten. I studien gjennomført av Zegers *et al.* (2021) kommer det frem at informasjon om arbeid tidlig i sykdomsforløpet kan øke sannsynligheten for retur til arbeid. Videre kommer det frem at råd, støtte og oppmuntring om retur er betydningsfullt, og at arbeidsrelatert støtte fra sykepleier har positiv innvirkning på kurative kreftpasienters retur og deltakelse i arbeid. Slik dette kan forstås kan sykepleierens prioritering være høyst nødvendig med tanke på hvilke informasjon som må gis og når. Det kan også tenkes at mangel på tid kan være av grunnene for at viktig informasjon som er forventet gitt og forankret til sjekklisten for inntakssamtale må utbli til senere tidspunkt.

Mangel på tid kommer frem fra deltakerne som en av grunnene for at viktig informasjon om retur tilbake til arbeid uteblir ved inntakssamtalen, uavhengig om dette tema er integrert i sjekklisten for inntakssamtalen. Mangel på tid skaper behov for å prioritere, og prioriteringer gjøres på bakgrunn i sykepleiers erfaring om hva som er viktigst å ha fokus på her og nå. I studien gjennomført av Drageset, Lindstrøm og Underlid (2015) kommer det frem at effektivisering og korte møter gir lite rom for samtaler og spørsmål. I tillegg kommer det frem at alvorlig syke pasienter ofte har behov for samtaler med helsepersonell relatert til sin nye livssituasjon. For sykepleier kan dette oppleves utfordrende når tiden er tilmålt til planlagt informasjon (Drageset, Ellingsen og Haugan, 2017).

### 6.1.2 Rutiner og prosedyrer

Funn fra studien viser at flere av poliklinikkene har gode rutiner for gjennomføring av inntakssamtale med pasientene som kommer til kreftpoliklinikk. I tillegg til inntakssamtalen har de sjekklister som kvalitetssikrer at viktig og nødvendig informasjon blir gitt. Med fokus på å forbedre pasientsikkerhet og at nødvendig informasjon til pasient blir ivaretatt, ønsker helsemyndighetene at faglige rutiner, fagprosedyrer og protokoller blir standardisert. Hensikten med dette er å oppnå god og forsvarlig kvalitet på tjenesten som ytes (Stubberud, 2018). Det kommer frem i studien at to av de aktuelle poliklinikkene ikke har prosedyre som ivaretar informasjon om retur til arbeid, men at de allikevel opplever at de

ivaretar temaet mer eller mindre. I en fagartikkel publisert i sykepleien (2016) beskrives kunnskapsbaserte fagprosedyrer som prosedyrer basert på erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap. I tillegg kommer det frem i artikkelen at prosedyrer bidrar til best mulig behandling og pasientsikkerhet (Sykepleien, 2016). Med bakgrunn i studiens funn hvor det fremstår at ingen av de aktuelle kreftpoliklinikkene som er tilknyttet studien har prosedyrer som ivaretar informasjonene om retur til arbeid, kan det se ut som at det ikke samsvarer med det ønsket helsemyndighetene har om standardisering for å bedre pasientsikkerhet og informasjon. Fagartikkelen *Færre, men bedre prosedyrer* publisert i Sykepleien (2016) støtter også helsemyndighetens ønske om standardiserte fagprosedyrer for å ivareta pasienten. Her kommer det også frem at standardiserte fagprosedyrer vil trygge pasienten og sikre lik tilgang til tjenester med faglig kvalitet.

Funn fra studien viser at noen av kreftpoliklinikkene deler ut en aktuell brosjyre med informasjon om temaet arbeid. Denne brosjyren gis ofte ut allerede ved første møte med pasienten. Brosjyre er utarbeidet av kreftforeningen, «I arbeid under og etter kreft». Den inneholder relevant informasjon om temaet retur til arbeid. En tidligere studie av Haugslett (2009), blir det satt lys på både muntlig og skriftlig informasjon som en del av innkomstsamtalen med pasienter. Her kommer det frem at informasjonen som blir gitt i oppstarten av sykdom- og behandlingsforløp kan virke overveldende, og det kan derfor være viktig med en kombinasjon av muntlig og skriftlig informasjon. Skriftlig informasjon som ble gitt under behandlingsforløp og brosjyrer som var relevante til den enkeltes behov, opplevdes som enklere for pasienten å ta innover seg og lettere med tanke på aktuelle spørsmål når de hadde mottatt dette sammen med muntlig informasjon (Haugslett, 2009). Dette støtter funn fra studien. Flere av deltakerne sier at de kombinerer verbal informasjon sammen med informasjonsskriv og brosjyrer, og de begrunner dette med at de ofte opplever at pasientene ikke har fått med seg annet en bruddstykker av innholdet i den verbal informasjon som blir gitt. I en studie gjennomført av Gabrielsen og Lundetræ (2014), vektlegges det at den skriftlige informasjonen bør gjennomgås sammen med pasienten for å sikre at den skriftlige informasjonen er forstått. På denne måten kan uklarheter og spørsmål fanges opp.

Funn i studien viser variasjon i praksisen omkring hvorvidt retur til arbeid er integrert i informasjonen som pasientene mottar og når i forløpet dette tema blir prioritert og løftet frem. En fagartikkel publisert i Tidsskriftet Sykepleien, (Sykepleien, 2016) som også tidligere er nevnt, kommer det frem at et felles prosedyrenettverk, et nasjonalt nettverk, kunne vært positivt med bakgrunn i å kvalitetssikre lik praksis og færre prosedyrer i omløp (Sykepleien,

2016). Funn fra denne studien viser at det jobbes med forbedringsarbeid av dagens rutiner ved flere av poliklinikkene. Forbedringsarbeidet som er igangsatt rettes mot å kvalitetssikre at viktig informasjon når frem til pasientene til rett tid, men også sikre god informasjonsflyt. Stubberud (2018) vektlegger at god og forsvarlig kvalitet er ønsket i tillegg til likhet i pleie og behandling til alle pasienter i Norge. Cohen, Yagil og Carel (2021) har i sitt studie skissert en modell for å fremme retur til arbeid for kreftoverlevende. Målet med modellen er å skape en integrert prosess forankret til tverrfaglig onkologisk behandling. Det vektlegges at det er en nødvendighet med en plan for retur til arbeid som er inkludert i behandlingsforløpet på onkologisk enhet for å unngå enkeltstående tiltak.

Det kommer frem i studien at det er store individuelle forskjeller på hvorvidt det er aktuelt for pasientene å være i arbeid under behandlingsforløpet eller ikke. Deltakerne i studien opplever at det vil for noen være aktuelt å bli værende i jobben i større eller mindre grad under hele behandlingsforløpet, men for de fleste kreftrammede vil dette være uoverkommelig. Disse vil kunne returnere tilbake til arbeid senere i forløpet eventuelt etter avsluttet behandling.

Tidligere forskning viser at over halvparten av de kreftrammede er i arbeidsfør alder. I tillegg viser tall at flere overlever en kreftdiagnose nå enn tidligere (Brusletto, 2016). Reitan og Schjølberg (2017) sier at en av sykepleiernes overordnede mål er å underbygge og støtte kreftpasientens mestringsevne slik at de så raskt som mulig kan gjenvinne sin helse- og funksjonsnivå. Sykepleiere har en viktig funksjon i denne prosessen ved å gi nødvendig informasjon til pasienten. De møter pasienten på et tidlig tidspunkt hvor de kan bidra med informasjon, råd og veiledning fra arbeidsgiverperspektiv og et medisinsk perspektiv (Yoshikawa *et al.*, 2019).

Informasjon som er forankret til starten av et sykdoms- og behandlingsforløp via en innkomstsamtale kan ha varierende hell ifølge deltakerne i studien. Deltakerne sier at informasjon som er gitt ved innkomst ofte må repeteres en eller flere ganger i forløpet. Syse (2015) sier i sin forskning at helsepersonell skal sikre at pasient har forstått informasjonen innhold og betydning så langt det er mulig. I et studie gjennomført av Haugslett (2009), blir det sagt at mottakeligheten hos pasient er en forutsetning for at informasjon kan nyttiggjøres. Haugslett (2009) sier videre at informasjonsmengden som skal gis i oppstarten av sykdommen kan være stor og at det er viktig å være klar over at hukommelse og konsentrasjon kan være redusert, og informasjonen kan oppleves uoverkommelig. Dette støtter funn fra eget studie, der deltakerne opplever at informasjon gitt tidlig i forløpet ofte må repeteres. Dette kan forstås med at mengde informasjon i en innkomstsamtale og oppstart av et behandlingsforløp kan

oppleves overveldende og at pasientene ikke klarer å ta innover seg og oppfatte store mengder informasjon på dette tidspunkt.

I studien komme det frem at det er viktig at sykepleieren kartlegger om pasientene er klar for informasjonen som skal gis. Og at temaet retur til arbeid ofte kan være mer egnet å gi i underveis-samtaler eller midtveis samtaler. I den forbindelse opplever de at sjekklister vil kvalitetssikre at viktig informasjon blir gitt ved et senere tidspunkt til de pasientene der viktig informasjon uteblir i oppstarten. Reitan og Schjølberg (2017) sier i sin teori at god forberedelse kan være nyttig i forkant av en planlagt informasjon i tillegg til at informasjonen må tilpasses den enkelte pasient slik at den oppleves forståelig og relevant.

### 6.1.3 Informasjon

Deltakerne i studien sier at informasjonen blir ivaretatt kontinuerlig og at informasjonen som blir gitt ved kreftpoliklinikk omhandler sykdom, behandling, bivirkninger og livet etter sykdommen. Å motta informasjon som er pålitelig og av høy kvalitet under et sykdom- og behandlingsforløp er noe av det kreftpasienter verdsetter høyest. Distribusjon av informasjon er en av kjerneoppgavene til sykepleieren og informasjon til kreftpasienter utgjør en viktig del av sykepleierens oppgaver (Chelf *et al.*, 2001). Pasientens problemer, behov og ønsker er viktig for innholdet i informasjonen som skal gis. I forhold til dette må sykepleier finne ut hvilke informasjon som er viktig for den enkelte. Reitan og Schjølberg (2017) viser til i sin teori at trinnvis informasjon kan være hensiktsmessig slik at pasienten ikke opplever å bli overinformert. Videre sier Reitan og Schjølberg (2017) at der er viktig at sykepleier griper det rette øyeblikket for informasjon som er relatert til spesielle temaer og situasjoner.

Funn fra studien viser også at deltakerne opplever at de ikke er gode nok på informasjon om temaet retur til arbeidet. Hverken i inntak eller i samtale underveis, til tross for at de mener dette kunne ha hjulpet pasienten til å se frem i tid og for en bedre overgang tilbake til en «normal» hverdag igjen. I Syse (2015), Pasienten og brukers rett til informasjon, kommer det tydelig frem at pasienten har rett på informasjon som er nødvendig med tanke på egen helsetilstand, tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbud som er relevante og for å kunne ivareta de rettigheter de har. Tamminga *et al.* (2019) påpeker i studien at tiltak og informasjon om retur til arbeid bør ivaretas på et tidlig stadium i sykdomsforløpet og være integrert i den onkologiske omsorg som blir gitt. Målet er å integrere informasjon om retur til arbeid på en strukturert måte. Det kommer frem i denne sammenheng at jo lengere sykefraværet er, desto vanskeligere er det å returnere tilbake til arbeid, og det vil derfor være hensiktsmessig å mene

at informasjon om retur tilbake til arbeid kan ha positiv effekt for å fremme tidligere retur tilbake. Det kommer også frem i et tidligere studie publisert i *Sykepleien* (2009) at det stilles krav om at gitt informasjon følges opp og at det i tillegg evalueres fortløpende for å gjøre individuelle tilpasninger ut fra pasientens forutsetninger og behov for informasjon (Haugslett, 2009). Funn fra studien støtter dette da deltakerne sier at de opplever god og gjentagende informasjon som viktig.

Haugslett (2009) påpeker i sitt studie at med dagens organisering av helsevesenet med færre inneliggende døgn og mer poliklinisk behandling stilles det større krav til informasjonen som skal gis i forhold til sykdom, behandling og endret livssituasjon. Dette fordrer store krav til god og grundig informasjon i de korte møtene sykepleierne har med pasienten i poliklinikk. I tillegg kommer det frem i samme studie at det stilles krav til sykepleierens anvendelse av faglig og personlig kompetanse for å prioritere relevant informasjon (Haugslett, 2009). Denne studien er gjennomført i 2009, og en kan anta at møtene ikke har blitt lengre de siste årene.

Gjentagende informasjon kommer frem i denne studien som en viktig oppgave for sykepleiere i kreftpoliklinikk. Reitan og Schjølberg (2017) påpeker i sin teori at det vil være sykepleiers jobb å gjøre observasjoner om hvilke informasjon pasienten trenger og porsjonere ut relevant informasjon for å unngå at pasienten blir over-informert. Deltakerne fra studien sier at det er viktig at det blir gitt rett informasjon til rett tid. At det blir vist støtte og forståelse som er individtilpasset ut fra hvor i forløpet de er og ikke minst bearbeidelsen av å ha fått en alvorlig kreftdiagnose. I et studie gjennomført av Sainio og Eriksson (2003) som ble gjennomført med 273 kreftpasienter, kom det frem at informasjonene som ble gitt av sykepleiere var godt tilpasset pasienten og det ble benyttet varierende metoder, skriftlig og muntlig informasjon. Pasientene opplevde at informasjonen fra sykepleierne var forståelig, troverdig, informativ og den ble gitt på et egnet tidspunkt i deres sykdomsforløp. Resultatene her viser at sykepleierne er en viktig informasjonskilde for kreftpasientene, også i forhold til forklaringer og repetisjon av tidligere informasjon som er gitt.

En annen viktig funksjon deltakerne i studien mener sykepleiere har ved kreftpoliklinikk er å være en informasjonskilde til aktuelle og relevante tilbud som kan gjøre retur tilbake til arbeidet enklere for pasientene. Flere av deltakerne sier at kunnskap om relevante tilbudene er viktig for å kunne viderefremme tilbudene på en god og hensiktsmessig måte. Reitan og Schjølberg (2017) sier i sin teori at ingen profesjoner alene kan ivareta og imøtekomme alle behov enkeltindivid vil kunne trenge under sitt sykdomsforløp. Aktuelle kurs ved

sykehusenes lærings- og mestringssentre kan være et godt og aktuelt tiltak for en kreftoverlever (Helsedirektoratet, 2020).

I studien komme det frem at tilbud om samtale med sosionom, rehabilitering og rehabiliteringskurs, tilbud forankret til kreftforeningen og NAV er noen av de tilbud som er aktuelle å informere pasienter ved kreftpoliklinikk om og som er relevante med tanke på retur til arbeid. Reitan og Schjølberg (2017) vektlegger i sin teori at sykepleier har mange informasjonsoppgaver knyttet til sin sykepleiefunksjon og at informasjon om kreftrehabilitering er en av flere viktige temaer sykepleier skal informere kreftpasienter om. Yngre personer får en kreftdiagnose, og flere av disse er i arbeidsfør alder (Brusletto, 2016). Dette er en utvikling som krever økt rehabiliteringskompetanse blant sykepleierne i kreftomsorgen. I tillegg krever dette at flere aktører blir inkludert tverrfaglig og tverrprofesjonelt (Reitan og Schjølberg, 2017). Faglitteraturen støtter funnene i studien om at informasjon om relevante tilbud forankret til andre profesjoner er en viktig informasjonsoppgave for sykepleiere. Dette sett i lys av studien gjennomført av Brusletto (2019) hvor det kommer frem at det kan være tilfeldigheter som avgjør hvem som blir informert om tilbud som finnes, hvem som får tilgang på disse ressurser og hvordan ressursene blir tildelt den enkelte pasient, vil underbygge viktigheten av at sykepleiere informerer om de aktuelle tilbud som er relevante for pasienten.

#### 6.1.4 Psykososial støtte

I studien kommer det frem fra flere av deltakerne at en viktig sykepleierfunksjon er å opptre støttende. De opplever store individuelle forskjeller og behov som krever at den enkelte pasient blir møtt der den er. Reitan og Schjølberg (2017) sier i sin teori at mange kreftrammede er unge voksne mennesker som vil trenge psykososial støtte. Noen av de kreftrammede står i studier fremdeles, noen er nyetablerte i arbeid og flere av dem er småbarnsforeldre. Mange av disse tas ut fra sin hverdag over lengre tid. Et felles trekk ved alvorlig sykdom er tap av kontroll, og for å hjelpe pasienten til å mestre denne følelsen er informasjon tilpasset enkeltindividet og sykdommen viktig. Informasjon og undervisning om mestringstrategier og mestringstrategier kan være viktig (Oslo Universitetssykehus, 2016).

Sykepleieren spiller en viktig rolle i formidlingen av sykdoms- og behandlingsrelatert informasjon. I tillegg yter sykepleieren en essensiell psykologisk støtte til pasienten gjennom behandlingsforløpet. Å opptre lyttende, støttende og vise tilstedeværelse er avgjørende for mange (Tariman og Szubski, 2015). Helse- og omsorgsdepartementet (2018) vektlegger i sin



strategi at pasienter som har en kreftdiagnose vil i tillegg til somatisk behandling ha behov for psykososial støtte. Det kommer videre frem at mange vil ha behov for hjelp til å mestre de psykososiale utfordringene sykdommen har medført. Reitan og Schjølberg (2017) sier i sin faglitteratur at sykepleier har et ansvar med å gi informasjon til pasienten om ulike tilbud som finnes og som kan være til psykososial støtte og hjelp. Ulike samtalegrupper og rehabiliteringskurs som kreftforeningen arrangerer i sitt regi kan være til stor hjelp og betydning, men også andre kurs forankret til det offentlige og privat. Fokus på rehabilitering allerede ved diagnosetidspunkt er av avgjørende betydning for pasientens psykososiale helse, men også med tanke på fremtiden etter kreftbehandling (Oslo Universitetssykehus, 2016).

Tamminga *et al.* (2012) trekker frem i sin forskning at sosial støtte er en nøkkelfaktor for retur til arbeid. Tidligere forskning og faglitteratur samsvarer med funn i studien. Sykepleier har en viktig rolle i å opptre støttende, men også gi viktig informasjon og veilede til tjenester som kan være av betydning for de psykososiale utfordringene pasienten kan møte i forbindelse med tilbakeføringen til hverdagen etter sykdom. Det kan i tillegg oppleves som at informasjon om relevant og aktuell bistand bør komme tidlig med tanke på å møte utfordringene før de agerer og blir til en stor plage for pasienten (Tamminga *et al.*, 2012; Tamminga *et al.*, 2019).

Deltakerne i denne studien sier at det er viktig at de som sykepleiere gir psykososial støtte ved å trygge pasienten med at det kan være normalt å føle seg syk eller nedtrykt under og etter en kreftbehandling. De opplever at noen har behov for støtte for at de ikke klarer å arbeide med samme kapasitet som før sykdom, eller at de har behov for tilretteleggingstiltak. Kiserud *et al.* (2019) beskriver at hverdagen endres betraktelig for den kreftsyke. Store endringer i livsstil, langvarige sykehusopphold, isolasjon fra familie og venner, smerter, ubehag, bivirkninger og frykt i forskjellig grad. Funn fra studien samsvarer med funn i denne teorien. Det kommer tydelig frem at pasienter som gjennomgår en kreftbehandling vil møte mer eller mindre utfordringer som gir dem behov for støtte og trygghet i situasjonene de står i. Psykososiale utfordringer som kan oppstå hos den enkelte pasient vil være avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad, behandlingens omfang og varighet (Helsedirektoratet, 2018).

Deltakere i studien trekker også frem oppfølging av pasienter i etterkant av behandlingsforløpet som en del av deres jobb i kreft poliklinikk. De forteller at noen av pasientene (avhenger av type kreftdiagnose) kommer tilbake på kontroll 2, 3- og 4 år etter at de er ferdigbehandlet. De beskriver dette som et viktig møte som skaper trygghet for pasienten og gir sykepleierne innsikt i hvordan pasienten har det i etterkant og hvordan de har returnert tilbake til «normalt» liv. Mikkelsen *et al.* (2008) viser til i sin studie at flere

pasienter gav utrykk for at de følte seg usikre og «forlatt» av helsetjenesten etter avsluttet behandling, og at de savnet noen å støtte seg til i etterkant. Videre kom det frem at flere av deltakerne savnet en person som kunne ha fulgt dem opp under og etter behandlingen. Det kan ut fra dette oppleves at funn fra egen studie støttes av funn fra Mikkelsen *et al.* (2008).

#### 6.1.5 Sykepleier som «sluse»

Begrepet sykepleieren som «sluse» ble benyttet av flere deltakere i studien. Deltakerne opplever at en viktig del av deres møte med kreftsyke i poliklinikk er å «sluse» pasienten til rett profesjon, men også til tilbud som er tilgjengelig ut i fra de behov enkeltindividet har. Tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid er et begrep som har en viktig plass i kreftomsorgen. Reitan og Schjølberg (2017) sier i sin teori at tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner er nødvendig for at pasienten skal få den rette helsehjelp og oppleve «flyt» i behandlingsforløpet. De vektlegger viktigheten med et godt tverrfaglig samarbeid, og hevder at ingen profesjon alene kan imøtekomme alle behov pasientene bringer frem. Funn fra eget studie støtter denne faglitteraturen og deltakerne sier videre at sykepleier som «sluse» krever god grunnleggende kunnskap om de ulike profesjoner og aktørene som er relevante å samarbeide med. Dette støttes av faglitteraturen til Reitan og Schjølberg (2017), hvor det kommer frem at om sykepleier skal kunne fungere som en aktiv «sluse» er det viktig med kjennskap til den fagspesifikke kunnskap og kompetanse som finnes.

Blant funnene i studien blir sosionomen fremhevet som en viktig profesjon i forhold til temaet retur til arbeid. Deltakerne opplever at sosionomen har bred kunnskap om tilrettelegging, redusert stilling og økonomiske utfordringer som det å gjennomgå en lang kreftbehandling kan medføre. Helsedirektoratet (2012b) påpeker i sitt forslag til nasjonal strategi innen kreftomsorgen 2013-2017 at sosionomens rolle er å hjelpe kreftpasient med bearbeidelse av utfordringer som en følge av sykdom og behandlingsforløp. I tillegg skal de kunne bidra med problemløsning av praktiske utfordringer som følge av sykdom og bidra med å tilrettelegge for en hverdag etter sykdom. I Helsedirektoratet (2019) blir sosionomen beskrevet med spisskompetanse og bred kunnskap om rettigheter og støtteordninger og kan bistå med adekvat informasjon og veiledning. Funn fra studien samsvarer med beskrivelsen av sosionomens rolle forankret til kreftpasientene. I tillegg kan en se tydelige paralleller som underbygger viktigheten med tverrfaglig forankring til sosionom for pasientene som trenger støtte og tilrettelegging i forbindelse med retur til arbeid.

Deltakerne i studien opplever at de fanger opp viktig informasjon og data omkring den enkelte pasients behov for oppfølging og bistand fra ulike profesjoner gjennom samtaler. De opplever at de er gode på å kartlegge pasientenes behov og at de på denne måten enklere vil kunne «sluset» pasienten videre til rette kanaler. Tverrfaglig samarbeid fordrer at det foreligger felles mål, felles forpliktelse, delt gruppeidentitet sammen med egen profesjonsidentitet (Aase, Hansen og Aase, 2014). Deltakere fra studien fremhever også rehabiliteringsinstanser, kreftforeningen og NAV som noen av de profesjonene de har nært samarbeid med og ofte «sluser» pasientene videre til. Disse profesjonene er også relevante i tilbakeføring til arbeid. Tidligere forskning viser at sykepleier er i en utmerket posisjon for å kartlegge og samle informasjon relatert til pasientens behov, i tillegg til ivaretagelse av pasientens ønsker og interesse (Kidger *et al.*, 2009). I et studie gjennomført i USA av Seek og Hogle (2007), blir sykepleieren omtalt med tittelen «sykepleiernavigatør». Det hevdes her at den onkologiske sykepleier ansees for å være den best egnede navigatør mellom tjenestene. De påpeker videre at pasienttilfredsheten er størst der sykepleier fungerer som navigatør ved å koordinere tjenester, veilede og støtte pasient. Til tross for at studien er gjennomført i USA og benytter et annet begrep på sykepleier som «sluse», oppleves funksjonene og oppgavene knyttet til begrepene like.

## 6.2 Ytre faktorer med betydning for kreftpasientens retur til arbeid

Deltakere i studien viser til flere aktuelle tilbud som er viktige for kreftpasienten å få kjennskap til med tanke på retur til arbeid. Rehabilitering og rehabiliteringskurs er noen av de tilbudene deltakerne fremhever. For de fleste pasienter er det vanskelig å være i jobb etter at de har fått en kreftdiagnose. Bivirkning og ettervirkning av sykdommen og kreftbehandlingen kan medføre langvarig fravær fra arbeid, og dette kan gjøre retur tilbake til arbeid vanskelig (Brusletto, 2016). Målet med kreftrehabilitering er å øke mulighetene for et aktivt liv og finne tilbake til sin rolle i arbeidslivet, i familien og i det sosiale livet (Romsland, Dahl og Slettebø, 2015). I følge Reitan og Schjølberg (2017) er et av målene med rehabilitering til kreftpasienter så langt det lar seg gjøre å gjenreise pasientens verdier og gjenvinne tidligere funksjoner. Deltakere i studien sier at behandling for mange strekker seg over lang tid, måneder og for noen også år, og at dette kan ha en betydelig innvirkning på kroppens fysiske helse. Det kommer også frem at tilbud om rehabilitering vil kunne være til stor hjelp for pasientene som skal returnere tilbake til arbeid. I følge Romsland, Dahl og Slettebø (2015), er det enkelte rehabiliteringsinstitusjoner som tilbyr kreftpasienter som har vært under behandling over lengere tid rehabiliteringsprogram som er tilpasset kreftpasienten.

Deltakerne i studien sier at kreftrehabilitering skal ivareta både fysisk, sosialt og psykososiale utfordringer hos pasienten. De sier også at de opplever at rehabilitering kan være nødvendig både under og etter behandlingen. Myhre (2012) sier i sin rapport, «Rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft», at det er lite kunnskap om hvem som har behov for rehabilitering og at det er lite oppmerksomhet rettet mot rehabilitering etter kreftsykdom. Reitan og Schjølberg (2017) sier at rehabilitering til kreftpasientene bidrar til at pasienten i størst mulig grad kan evne daglige gjøremål som er tilpasset den nye livssituasjonen med eller etter kreftsykdom. Dette støtter funn fra studien hvor mange kreftpasienter kan ha behov for kreftrehabilitering under eller etter behandling. Fra Helsedirektoratets side er det uklart hvem som skal motta et slikt tilbud ved kreftsykdom.

Deltakerne i studien opplever at det er viktig at sykepleier har god kunnskap om tilbud som er av betydning for kreftpasienter. Informasjon om retur til arbeid er knyttet til kunnskap om de aktuelle tilbud som er relevant for enkeltindividet som har opplevd alvorlig sykdom og lange behandlingsforløp (Rasmussen og Elverdam, 2008; Fitch og Nicoll, 2019).

En av deltakerne i studien løftet frem fatigue som en bivirkning som skapte store utfordringer for mange av pasienter som er eller har vært til kreftbehandling. I den sammenheng kommer det også frem fra deltakerne at de opplever dette som en av den største grunnen for at pasienter trenger tilrettelegging når de skal returnere til arbeid. Lavere arbeidskapasitet, lite overskudd og manglende energi er gjentagende informasjon de får fra pasientene. Tidligere forskning viser at fatigue har en stor innvirkning på retur til arbeidslivet. Tilpassing og tilrettelegging vil for noen være hensiktsmessig (Hess, Dahl og Kiserud, 2018). Dorland *et al.* (2016) viser til at fatigue er den seneffekten som kreftpasienter ofte opplever som grunnen for at de må få redusert arbeidsmengde når de returnerer tilbake til arbeid etter behandling (Dorland *et al.*, 2016). Forskning og faglitteratur støtter de funn som blir presentert fra studien, og underbygger viktigheten med god informasjon fra sykepleier om de rettigheter pasient har krav på når de skal returnere tilbake til arbeid. Thornton *et al.* (2011) sier i studien at å formidle informasjon er en essensiell del av sykepleierens kliniske praksis, sykepleieren betraktes som en fortrolig kilde i studien.

Deltakere i studien opplever det som viktig at de gjør pasientene oppmerksom på tilbud som kan være relevante for dem og at retur til arbeid kan foregå på sykehuset, i egen kommune eller på rehabiliteringssenter.

Deltakerne nevner også NAV som en viktig faktor for tilbakeføringen til arbeid, og de opplever at det er viktig at pasienten kommer tidlig i dialog med dem. Arbeidstakere som opplever sykdom eller skade skal følges opp både under og etter sykdom. Tilbakeføring til arbeid er arbeidsgivers hovedansvar. I tillegg til dette har NAV ansvar for oppfølgingsarbeid (NAV, 2021b). Målet med tiltaksplan er å komme raskt i dialog med arbeidstaker som er sykmeldte og igangsette tiltak for rask tilbakeføring til arbeid. Retningslinjer forankret til NAV samsvarer med funn fra studien. Dette kan relateres til at informasjon om NAV og rettigheter forankret til dem, kan være nødvendig for at pasient får god informasjon om at tilbakeføring til arbeid slik at dette skal kunne gjennomføres på en god måte. I tillegg til oppfølgingsplan har også NAV en rekke andre relevante tilbud som er aktuelle for tilbakeføring til arbeid etter sykdom. Eksempler på dette er arbeidsrettet rehabilitering, arbeidsutprøvingstilskudd til lønnsutgifter, tilrettelegging og kvalifiseringsprogram er noen av tilbudene som er direkte rettet mot tilbakeføring til arbeid (NAV, 2021a).

Videre sier deltakerne at de informerer pasientene om viktigheten ved å opprettholde god kontakt med arbeidsgiver og arbeidskolleger gjennom sykdom- og behandlingsforløpet. Det er viktig med en åpen dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker for at tilretteleggelse og tilbakeføring til arbeid skal lykkes (Pettersen og Johansen, 2020). Her kommer det tydelig frem en sammenheng mellom hva deltakerne i studien påpeker og hva som er forankret til arbeidsmiljøloven. Ut i fra dette vil det være viktig at pasientene blir informert og gjort kjent med sine rettigheter som arbeidstaker med tanke på retur til arbeid.

Deltakerne i studien sier at det finnes en rekke tiltak som kan være til stor hjelp for pasienter som skal returnere til det «normale» liv og arbeid. Det er derfor viktig at pasienten blir presentert for disse tilbudene og satt i kontakt med tjenestene. Sykepleiere spiller en viktig rolle i koordineringen av tjenester, i tillegg sørger de for en sømløs overføring til andre relevante spesialister i omsorgstjenesten (Macmillan cancer support, 2008).

### 6.2.1 Tilrettelegging

I studien kommer det frem at mange av pasientene de møter i kreftpoliklinikk er i yrkesaktiv alder, og retur tilbake til arbeid er derfor høyst relevant. Deltakerne sier at de opplever det som viktig at sykepleiere har kunnskap om relevante rettigheter og lover. De begrunner dette med at de ofte opplever å få spørsmål tilknyttet muligheter og rettigheter for å få nødvendig hjelp. I Norge er det lovfestet via arbeidsmiljøloven at arbeidsplassen plikter å tilrettelegge for arbeidstaker som er og har vært utsatt for sykdom eller skade. Målet med tilrettelegging er å

bidra til at arbeidstaker skal kunne være i arbeid på egen arbeidsplass om det lar seg gjøre (Arbeidstilsynet, 2021b). Funn fra studien er i samsvar med dette og deltakerne mener det er viktig at arbeidsgiver tilrettelegger slik at arbeidstaker som er under kreftbehandling eller har gjennomgått kreftbehandling kan få tilrettelagte oppgaver som muliggjør en retur til arbeid. Målet er å få arbeidsoppgaver som ikke gjør pasienten mer sliten, men oppgaver som er tilpasset slik at de kan være i arbeid. Individuell tilrettelegging på arbeidsplassen opplevdes positivt i forhold til arbeidsfunksjon, da dette ifølge Luo *et al.* (2019) muliggjorde tilrettelegging tilpasset arbeidsnivået til den enkelte.

Funn fra studien viser at flere pasienter vil ha behov for tilrettelegging fra arbeidsplassen for å kunne returnere til arbeidet. Bivirkninger og senskader av krevende behandlingsforløp byr på store utfordringer for mange. Deltakerne sier også at de opplever at noen av pasientene ønsker å jobbe under behandlingen, de ønsker ikke full sykmelding. For at dette skal være gjennomførbart, trenger de gode tilretteleggingstiltak på arbeidsplassen.

Tilretteleggingsplikten gjelder i henhold til lovgivningen for arbeidstaker som opplever redusert arbeidsevne eller arbeidskapasitet. Arbeidsgiver plikter individuell tilrettelegging (Arbeidstilsynet, 2021b). Neumark *et al.* (2015) viser i studien gjennomført i forbindelse med retur til arbeid at de fleste deltakerne opplever behov for tilrettelegging. Behovet knyttet til dette var i forbindelse med konsekvenser kreftsykdom og kreftbehandling medførte (Neumark *et al.*, 2015).

Deltakere i studien sier at deres funksjon ved kreftpoliklinikk ikke nødvendigvis er å veilede pasienten tilbake til jobb, men å støtte det enkelte individ der de er i forløpet. I studie av Fitch og Nicoll (2019) kommer det frem at kreftpasienter opplever det mer krevende å være i full jobb etter sykdom og behandling, og de opplever arbeidshverdagen som mer utfordrende (Fitch og Nicoll, 2019).

### 6.2.2 Støtte og tilhørighet

Deltakere i studien forteller at de i flere tilfeller har opplevd at pasienten forteller om en enklere retur tilbake til arbeidsplassen en antatt og at grunnen for dette kan være at de har opprettholdt dialog med arbeidsplassen gjennom hele sykdom- og behandlingsforløpet. Kontinuerlig kontakt og dialog mellom arbeidstaker og arbeidsplassen gjennom sykdomsforløpet viste å være av betydning for returen til arbeid, da dette er med på å skape trygghet og struktur i prosessen (Caron, Durand og Tremblay, 2018). Deltakere i studien fortalte at like viktig som den støtte og trygghet sykepleierne kan møte pasientene med i

poliklinikken, er støtten og tryggheten de møter på arbeidsplassen. Dorland *et al.* (2016) hevder i sin forskning at det er viktig med god støtte fra arbeidskolleger og leder i returprosessen til arbeid. I etterkant av sykdom ble støtte fra leder betraktet som helsefremmende i forhold til funksjon på arbeidsplassen (Dorland *et al.*, 2016). Caron, Durand og Tremblay (2018) påpeker i sin studie at arbeidsgivers rolle og evne til å kommunisere er en vesentlig faktor for en god retur tilbake til arbeid. Flere av deltakerne i studien vektlegger viktigheten av å være en del av en gruppe, føle samhold og inkludering. I tillegg bekrefter de at de vektlegger viktigheten om dette i den informasjon de gir til pasientene de møter i kreftpoliklinikk. Funn fra denne studien samsvarer godt med funn fra egen studie. I tillegg til disse funn som bevisstgjør viktigheten med å opprettholde kontakt med arbeidsplassen, vil det også være hensiktsmessig å være bekjent at i Norge finnes det gode rutiner for dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker under sykmeldingsperioden og at tidlig dialog øker sjansen for raskere tilbakeføring til arbeid (Arbeidstilsynet, 2021b).

Deltakerne i studien forteller at de opplever støtte og tilhørighet som viktig for pasienten som er kreftsyk og under behandling. De sier at det ikke nødvendigvis er viktig å ha fokus på retur til arbeid, men fokus på å redusere den psykososiale belastningen mange beskriver nå de får en alvorlig diagnose. Tamminga *et al.* (2012) viser til i sine forskningsfunn at støtte blir betraktet som en nøkkelfaktor for tilbakeføringen til arbeidslivet. Den sosiale støtten pasienten opplever å få under sykdom og behandlingsforløp, og under retur til arbeid vil ikke bare fremme den fysiske og psykiske helsen, men også følelsen av tilhørighet. Deltakerne i studien forteller at de har en viktig rolle i å gi støtte til pasientene de møter ved kreftpoliklinikk, og det er i denne sammenheng viktig at sykepleieren har god kjennskap til profesjonene som sammen med sykepleier kan bistå med nødvendig støtte. I møte med pasienten anses ofte sykepleieren som en nøkkelperson. Sykepleieren tilbyr hjelp og støtte som er av stor betydning (Drageset, Lindstrøm og Underlid, 2015). Funn fra studien støtter dette, og deltakerne sier at de ofte opplever at pasientene har store behov for å prate om livet under behandling, men også livet som venter dem etter at de er ferdig behandlet. Dette kommer også frem i Drageset, Lindstrøm og Underlid (2015) hvor pasienter som opplever alvorlig sykdom ofte har behov for å snakke om sin nye helsesituasjon med helsepersonell. I tillegg kommer det frem at et godt helsevesen fremmer helse og mestring hos den enkelte pasient.

Funn fra studien viser at støtte og tilhørighet kan sette i gang mange følelser hos kreftpasienten, og at opplevelsen av samhold og inkludering fremkomme som viktig. I studien

gjennomført av McKay, Knott og Delfabbro (2013) kom det klart frem at den største pådriveren for å returnere tilbake til arbeid var den sosiale tilhørighet og deltakelse som arbeidsplassen kunne tilby og representere, i tillegg til at arbeidslivet gav en opplevelse av kontroll (McKay, Knott og Delfabbro, 2013).

Deltakerne i studien forteller at for flere av pasientene de møter ved poliklinikken kan de psykososiale utfordringene bli mindre når de opprettholder kontakt med arbeidskolleger under sykdomsforløpet. Å være i arbeid er viktig for de fleste i arbeidsfør alder for å opprettholde livsstandard, opprettholde sosial kontakt og selvtillit, men også for å beholde identiteten og følelsen av å være et normalt og nyttig individ. Å være i arbeid er relatert til økt livskvalitet (Cohen, Yagil og Carel, 2021).

I studien kommer det frem fra flere av deltakerne at mange av pasientene som har gjennomgått en kreftbehandling kan tilsynelatende oppleves friske, men at flere av dem sliter med alvorlige bivirkninger og ettervirkninger av behandlingen som vil få konsekvenser for deres arbeidskapasitet og retur til arbeid. De sier videre at lav energi og manglende overskudd er eksempler på dette. Dette kan medføre behov for gradvis tilbakeføring til arbeidet. Studien gjennomført av McKay, Knott og Delfabbro (2013) understøtter behovet for en gradvis tilbakeføring til arbeid og beskriver dette som en svært positiv opplevelse. At antall arbeidstimer kan økes gradvis er viktig i en overgangsfase på veien tilbake til arbeid (McKay, Knott og Delfabbro, 2013). Funn fra studien viser også til at der pasientene gir arbeidskolleger muligheten til å ta del i sykdomsforløpet, opplever de at pasientene lettere får støtte og forståelse med tanke på redusert arbeidskapasitet. Relasjoner og kontakt med arbeidsplass og arbeidskolleger gjennom sykdomsforløpet har vist seg å være av stor verdi for mange pasienter. Dette kan lette tilbakeføringen til arbeid (Brusletto, 2016).

### 6.3 Funnenes praktiske relevans

Funn gjort i denne studien sammen med tidligere forskning, bidrar til mer kunnskap om hvordan informasjon om temaet retur til arbeid etter kurativ kreftbehandling blir ivaretatt ved de ulike kreftpoliklinikker. Funnene gir et bilde av deltakernes opplevelse av hvordan de imøtekommer pasienters behov for informasjon om retur til arbeid, deres funksjon for å ivareta viktig informasjon samt veilede og «sluse» pasientene til rette profesjoner som kan være av stor betydning for returen tilbake til arbeid. Rent praktisk kan kunnskapen forankret til denne studien benyttes videre for å forbedre dagens praksis, for å implementere og skape



bedre rutiner og prosedyrer omkring informasjonen som blir gitt til pasientene om det aktuelle temaet og i tillegg styrke bevisstheten omkring dette.

Funn fra studien sammen med funn fra tidligere forskning kan bidra til at temaet retur til arbeid får en større plass i informasjonene som blir gitt ved kreftpoliklinikk. Funnene kan bidra til mer fokus på denne tematikken og bidra til at sykepleiere blir mer bevisst sin funksjon rettet mot temaet retur tilbake til arbeid. Norge er et land som ivaretar sykefravær på en god måte. Det er godt utarbeidet retningslinjer som ivaretar hvordan arbeidslivet skal møte mennesker som grunnet sykdom og skade er fraværende fra sitt arbeid. Det har i tillegg vært et satsningsområdet over flere år å sørge for et inkluderende arbeidsliv (IA). Flere av bedriftene i Norge er i dag det som kalles en IA- bedrift (Regjeringen, 2019). Med dette utgangspunktet, hvor gode ordninger ligger til grunne, vil det allikevel være nyttig å se på ny forskning og knytte dette til arbeidslivet som stadig er i forandring, men også ut i fra at flere blir friske etter behandling og skal returnere tilbake til arbeid. Det er viktig at pasienter blir kjent med sine rettigheter og tilbud som kan bidra til en enklere retur tilbake til arbeid etter kreftsykdom. Det er viktig å se på sykepleiers funksjon i denne sammenhengen.

#### 6.4 Metodediskusjon

I studien er det benyttet en kvalitativ metode for å undersøke hvordan sykepleiere opplever at de ivaretar kreftpasienters behov for informasjon om retur til arbeidslivet etter kurativ kreftbehandling. Erfaringer fra studien viser at det var en hensiktsmessig metode for å få svar på studiens problemstilling. Den har gitt en god forståelse av menneskers erfaring knyttet til studiens fenomen (Malterud, 2012).

Bruk av fokusgruppeintervju som metode i studien ble ansett som egnet for å hente ut et bredere kompetanse- og erfaringsutvalg forankret til temaet som belyses. Målet med fokusgruppeintervju var å få et helhetlig bilde av deltakernes opplevelse at studiens tema, i stedet for individuelle synspunkt

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide som sikret at alle intervjuene ble gjennomført på en tilnærmet lik måte. Dette sikret også at moderator, som hadde liten erfaring med forskning, kunne benytte guiden som en støtte for å skape struktur gjennom fokusgruppeintervjuene.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på digital plattform. En moderator og to til tre deltakere deltok under hvert av intervjuene. Det var i utgangspunktet ønskelig å gjennomføre flere intervjuer med større geografisk spredning, og med flere deltakere pr. intervju. Dette ble

dessverre ikke gjennomførbart, da rekrutteringen opplevdes tidkrevende og vanskelig. Flere poliklinikker responderte ikke på forespørsel og flere av dem var «sårbare» grunnet Covid-19-pandemien.

Etter intervjuene ble det gjort en oppsummering av mengde materiale og data som disse intervjuene hadde gitt, og det ble ut fra dette beslutning at disse intervjuene hadde gitt tilstrekkelig med materiale og data for å drive studien videre.

Siden forsker i studien har liten erfaring fra forskning, fungerte tematisk analyse med induktiv fremgangsmåte godt. Metoden var fleksibel slik at det var mulig å søke temaer og mønster i dataen gjennom hele analyseprosessen (Braun og Clarke, 2006). Det ble blant annet benyttet kognitive kart i kodingen for å finne likhetstrekk mellom funn fra de ulike poliklinikken og deltakerne (Vedlegg 4). Intervjuene gav en rikelig mengde materiale å håndtere, så etter transkribering og gjentatte gjennomlesninger av materialet, var innholdet godt kjent for forsker da analyseprosessen ble startet. Den valgte analysemetoden gjorde det oversiktlig for å systematisere funn og for å finne koder som ble benyttet videre i studien.

Etiske forhold ved studien ble ivaretatt gjennom søknad til NSD, deltakerinformasjon, skriftlig samtykke, korrekt håndtering og oppbevaring av data i henhold til Personopplysningsloven.

I forkant av intervjuene ble det utsendt et informasjonsskriv via e-post til deltakerne. Her ble det vektlagt at det var frivillig deltakelse og at deltakerne kunne trekke seg når som helst. Det ble også informert om at intervjuene ville bli gjennomført digitalt.

Den digitale gjennomføringen av intervjuene fjernet noen av de observasjoner som kunne blitt gjort ved fysisk tilstedeværelse av intervjuene. Dette kan være en svakhet i studien. Non-verbal kommunikasjon opplevdes som vanskeligere å observere, og det ble derfor viktigere med bekreftelser verbalt. Forsker prøvde allikevel å moderere de verbale innspill og tilbakemeldinger, da dette fort kunne lede til forstyrrelser.

Ingen av deltakerne i studien var kjent med forsker. Og forsker hadde heller ingen kjennskap til de aktuelle kreftpoliklinikkene.

#### 6.5.1 Pålitelighet

Pålitelighet kan forstås som forskerens nøyaktighet (Polit og Beck, 2017). I forbindelse med studiene har dette spesielt blitt ivaretatt med tanke gjennomføring av fokusgruppeintervjuene og datainnsamlingen. Bevissthet omkring egen forforståelse og spørsmålsformulering. I

forkant av intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju for å sikre kvaliteten på den digitale plattform og lydbånd. Deltakere ble kontaktet i forkant for å sikre tilgang til digital plattform. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Lydbåndet ble testet i forkant ved pilotintervju, for å sikre god kvalitet på lydopptaket. Dette sikret at viktig informasjon ikke uteble, og at materialet representerte det som kom frem i intervjuene. Forsker var godt forberedt i forkant av intervjuene, sikret god forforståelse av tema og at det ikke forekom uheldige forstyrrelser under intervjuene. Transkribering og analyseprosess ble gjennomført med fokus på troverdighet mot deltakernes informasjon. Få intervjuer og få deltakere kan også påvirke påliteligheten, men dette har forsker tatt med i betraktningene som er gjort i studien. I prosessen har jeg vært bevisst egen forforståelse, og hvordan dette kan påvirke forskningens troverdighet. Forskers bakgrunn som sykepleier med god kjennskap til fagfeltet kan ha påvirket studiens funn knyttet til sykepleiers funksjon i møte med kurative kreftpasienter. Allikevel vurderes dette som at det ikke har hatt noen innvirkning på studiens pålitelighet.

#### 6.5.2 Gyldighet

Gyldighet beskriver om forsker har undersøkt det studien etterspør (Polit og Beck, 2017). For å sikrer gyldighet gjennom studien ble det utarbeidet en intervjuguide i forkant av fokusgruppeintervjuene. Denne kvalitetssikret innholdet i intervjuet og at spørsmålene ledet deltakerne inn på det aktuelle temaet. Det var utarbeidet kontroll spørsmål for å sikre felles forståelse mellom forsker og deltaker. Det ble ikke gjort notater underveis da forsker opplevde det som uhensiktsmessig og uheldig med tanke på at intervjuene ble gjennomført digitalt. Den non-verbale kommunikasjonen var allerede vanskelig å ivareta. Transkriberingen av intervjuene ble gjennomført umiddelbart etter at intervjuene var avsluttet. Dette kvalitetssikret at opptak og egen forståelse samsvarte mens forsker fremdeles hadde intervjuet «friskt» for seg. Transkriberingen ble gjennomlest flere ganger, for at forsker skulle få en grundig forståelse i forkant av analyse. Resultater hentet fra fokusgruppeintervjuene presenteres i studien. Under oppgavens metode er det redegjort for kriteriene som ble lagt til grunne for deltakerne som deltok i fokusgruppeintervjuet. Disse kriteriene var viktige for å sikre relevant «bakgrunn» hos deltakerne.

## 7.0 Konklusjon

Gjennom arbeidet med studien har jeg synliggjort sykepleiernes opplevelse av hvordan de ivaretar kurative kreftpasienters behov for informasjon om retur til arbeid. For å synliggjøre dette temaet har det blitt gjennomført fokusgruppeintervjuer med sykepleiere ved ulike kreftpoliklinikker. Sykepleiere ved kreftpoliklinikken møter pasientene tidlig i forløpet, ofte allerede helt i starten og følger dem gjennom store deler av behandlingsforløpet. Dette kom frem i studien at sykepleier er en viktig kilde til informasjon til pasienten. Det blir synliggjort at det ikke finnes noen egen prosedyre som ivaretar informasjon om retur til arbeid, men at dette er forankret til rutine med at dette er integrert i sjekklister for viktig informasjon ved innkomstsamtale på noen av poliklinikkene (to av tre poliklinikker).

Sykepleiers funksjon knyttet til informasjon sammen med kompetanse og erfaring spiller en viktig rolle for tilbakeføringsprosessen til arbeid, og i denne sammenheng er det viktig at sykepleier er kjent med aktuelle tilbud, rettigheter og profesjoner som kan bistå pasienten i tilbakeføringsprosessen.

Studien kan ikke fullt ut beskrive hvordan informasjon om retur til arbeid etter kurativ kreftbehandling blir ivaretatt ved kreftpoliklinikkene i Norge. Men funnene fra de inkluderte deltakere i studien sammen med faglitteratur og tidligere forskning gir et bilde av fenomenet.

## Referanseliste

Aase, I., Hansen, B. S. og Aase, K. (2014) Norwegian nursing and medical students' perception of interprofessional teamwork: a qualitative study, *BMC Med Educ*, 14, s. 170.

<https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-170>

Almås, H. et al. (2016) *Klinisk sykepleie* : 2. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Arbeidstilsynet (2021a) *Tilrettelegging av arbeidet*. Tilgjengelig fra:

<https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/tilrettelegging/> (Hentet: 02.04.2021 2021).

Arbeidstilsynet (2021b) *Oppfølging av sykmeldte*. Tilgjengelig fra:

<https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/tilrettelegging/oppfolging-av-sykmeldte/> (Hentet: 02.04.2021 2021).

Befring, A. K. og Ohnstad, B. (2019) *Helsepersonelloven : kommentarutgave*. Bergen: Fagbokforl.

Braun, V. og Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative research in psychology*, 3(2), s. 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brusletto, B. (2016) *Forskeren forteller: Tilbake til arbeid etter kreft*. Tilgjengelig fra:

<https://forskning.no/samfunnsokonomi-helse-forskeren-forteller/forskeren-forteller-tilbake-til-arbeid-etter-kreft/388399> (Hentet: 14.02.2021 2021).

Brusletto, B. (2019) *Tilfeldigheter rår på veien tilbake til arbeidslivet etter kreft*. Tilgjengelig fra:

<http://forskning.no/arbeid-helse-kreft/tilfeldigheter-rar-pa-veien-tilbake-til-arbeidslivet-etter-kreft/1287594> (Hentet: 14.02.2021 2021).

Caron, M., Durand, M. J. og Tremblay, D. (2018) Perceptions of Breast Cancer Survivors on the Supporting Practices of Their Supervisors in the Return-to-Work Process: A Qualitative Descriptive Study, *J Occup Rehabil*, 28(1), s. 89-96. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9698-x>

Chelf, J. H. et al. (2001) Cancer-related patient education: an overview of the last decade of evaluation and research, *Oncol Nurs Forum*, 28(7), s. 1139-1147.

Cohen, M., Yagil, D. og Carel, R. (2021) A multidisciplinary working model for promoting return to work of cancer survivors, *Support Care Cancer*. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06074-3>

Cronenwett, L. et al. (2007) Quality and safety education for nurses, *Nurs Outlook*, 55(3), s. 122-131. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006>

Dahl, A. A. og Sørensen, T. (2016) *Kreftsykdom : psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Definisjon av fagprosedyre (2010). Tilgjengelig fra:  
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/metode/definisjon-av-fagprosedyre> (Hentet: 09.02 2021).

Dorland, H. F. *et al.* (2016) Factors influencing work functioning after cancer diagnosis: a focus group study with cancer survivors and occupational health professionals, *Support Care Cancer*, 24(1), s. 261-266. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2764-z>

Drageset, S., Lindstrøm, T. C. og Underlid, K. (2015) "I just have to move on": Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery, *Eur J Oncol Nurs*, 21, s. 205-211. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.10.005>

Drageset, S., Ellingsen, S. og Haugan, G. (2017) Å mestre livet ved alvorlig sykdom, *Nordisk sygeplejeforskning*, (4), s. 294-302. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-03>

Elo, S. og Kyngäs, H. (2008) The qualitative content analysis process, *J Adv Nurs*, 62(1), s. 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

Fitch, M. I. og Nicoll, I. (2019) Returning to work after cancer: Survivors', caregivers', and employers' perspectives, *Psychooncology*, 28(4), s. 792-798. <https://doi.org/10.1002/pon.5021>

Gabrielsen, E. og Lundetræ, K. (2014) Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon?, *Sykepleien forskning (Oslo)*, 9(1), s. 26-34. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0029>

Goth, U. S. og Berg, J. E. (2014) *Folkehelse i et norsk perspektiv : Ursula Småland Goth (red.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Educ Today*, 24(2), s. 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Grov, E. K. (1999) Død hjemme — hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme mulighet for personer med langtkommen kreft til å dø hjemme?, *Vård i Norden*, 19(4), s. 4-9. <https://doi.org/10.1177/010740839901900402>

Haugstlett, J. (2009) Hva informerer vi om - og hvordan gjøres det?, *Sykepleien forskning (Oslo)*, (12), s. 44-47. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0036>

Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Leve med kreft*. Tilgjengelig fra:  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens\\_kreftstrategi\\_180418.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf) (Hentet: 23.01 2021).

Helsedirektoratet (2012a) *Utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf/ \\_attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf) (Hentet: 21.01.2021 2021).

Helsedirektoratet (2012b) *Forslag til nasjonal strategi på kreftområdet 2013-2017*. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/afc4c189e03a49a2a1a81268d31ed85b/hoeringsnotat-kreftstrategi-3.pdf> (Hentet: 29.04 2021).

Helsedirektoratet (2018) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av sarkom*. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/sarkomer-handlingsprogram/Sarkom%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf/ \\_attachment/inline/6d69776a-c51d-4881-a53e-af8ce6c9bea2:b7c7afdbe12ef397d99a5e22cf3b04a7c3684060/Sarkom%20%E2%80%93%20Nasjonal%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/sarkomer-handlingsprogram/Sarkom%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf/_attachment/inline/6d69776a-c51d-4881-a53e-af8ce6c9bea2:b7c7afdbe12ef397d99a5e22cf3b04a7c3684060/Sarkom%20%E2%80%93%20Nasjonal%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf) (Hentet: 15.03 2021).

Helsedirektoratet (2019) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/ \\_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf) (Hentet: 01.05 2021).

Helsedirektoratet (2020) *Seneffekter etter kreftbehandling*. (IS-2872). <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft>: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/ \\_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf) (Hentet: 23.01.2021).

Henderson, V. (2006) The concept of nursing, *Journal of advanced nursing*, 53(1), s. 21-31. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x>

Hess, S. L., Dahl, A. A. og Kiserud, C. E. (2018) Seneffekter etter kreftbehandling, *Sykepleien forskning (Oslo)*, (72626), s. e-72626. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72626>

Islam, T. *et al.* (2014) Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review, *BMC Public Health*, 14 Suppl 3(Suppl 3), s. S8-S8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-S3-S8>

Iveland, T., Taraldsen, T. og Taraldsen, J. (2020) *Kreft*. 2. utgave / Tobias Iveland, Tore Taraldsen ; illustrasjoner: Jonette Taraldsen. Verdal: Pixmed Medical Communication.

Kaasa, S., Loge, J. H. og Haugen, D. R. F. (2016) *Palliasjon : nordisk lærebok*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kidger, J. et al. (2009) Clinical decision-making in a multidisciplinary gynaecological cancer team: a qualitative study, *BJOG*, 116(4), s. 511-517. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02066.x>

Kiserud, C. E. et al. (2019) *Kreftoverlevare : ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal.

Kreftforeningen (2019) *Verdens kreftdag: Kreft og arbeidsliv*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/aktuelt/verdens-kreftdag-kreft-og-arbeidsliv/> (Hentet: 21.01 2021).

Kreftforeningen (2021) *Rehabilitering*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/rehabilitering/> (Hentet: 06.03.2021 2021).

Kvale, S. et al. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Kvalitet og pasientsikkerhet* (2017). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Larsen, I. K., Ursin, G. og Weiderpass, E. (2018) *Kreft i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/> (Hentet: 08.01 2021).

Leksell, J. og Lepp, M. (2013) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm: Liber.

Luo, S. X. et al. (2019) Breast Cancer Survivors Report Similar Concerns Related to Return to Work in Developed and Developing Nations, *J Occup Rehabil*, 29(1), s. 42-51. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9762-1>

Macmillan cancer support (2008), *Primary health care*, 18(4), s. 5.

Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.

McKay, G., Knott, V. og Delfabbro, P. (2013) Return to work and cancer: the Australian experience, *J Occup Rehabil*, 23(1), s. 93-105. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9386-9>

Mehnert, A. (2010) Employment and work-related issues in cancer survivors, *Crit Rev Oncol Hematol*, 77(2), s. 109-130. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.01.004>



Mikkelsen, T. H. *et al.* (2008) Cancer rehabilitation: Psychosocial rehabilitation needs after discharge from hospital?: A qualitative interview study, *Scandinavian journal of primary health care*, 26(4), s. 216-221. <https://doi.org/10.1080/02813430802295610>

Mills, M. E. og Davidson, R. (2002) Cancer patients' sources of information: use and quality issues, *Psychooncology*, 11(5), s. 371-378. <https://doi.org/10.1002/pon.584>

Myhre, L. (2012) *Rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft : kartlegging og anbefalinger*. Helsedirektoratet.

NAV (2019) *Oppfølgingsplan*. Tilgjengelig fra: [https://www.nav.no/no/bedrift/oppfolging/sykmeldt-arbeidstaker/relatert-informasjon/slik-folger-du-opp-sykmeldte/oppfolgingsplan\\_kap](https://www.nav.no/no/bedrift/oppfolging/sykmeldt-arbeidstaker/relatert-informasjon/slik-folger-du-opp-sykmeldte/oppfolgingsplan_kap) (Hentet: 02.02 2021).

NAV (2020) *Raskere tilbake*. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/bedrift/oppfolging/sykmeldt-arbeidstaker/raskere-tilbake> (Hentet: 02.10.2020 2020).

NAV (2021a) *Tiltak for å komme i jobb*. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/no/person/arbeid/oppfolging-og-tiltak-for-a-komme-i-jobb/tiltak-for-a-komme-i-jobb> (Hentet: 05.05 2021).

NAV (2021b) *Hvem gjør hva i sykefraværarbeidet?* Tilgjengelig fra: [https://www.nav.no/no/bedrift/oppfolging/sykmeldt-arbeidstaker/relatert-informasjon/slik-folger-du-opp-sykmeldte/hvem-gjor-hva-i-sykefravaersarbeidet\\_kap](https://www.nav.no/no/bedrift/oppfolging/sykmeldt-arbeidstaker/relatert-informasjon/slik-folger-du-opp-sykmeldte/hvem-gjor-hva-i-sykefravaersarbeidet_kap) (Hentet: 02.02 2021).

Neumark, D. *et al.* (2015) WORK CONTINUATION WHILE TREATED FOR BREAST CANCER: THE ROLE OF WORKPLACE ACCOMMODATIONS, *Ind Labor Relat Rev*, 68(4), s. 916-954. <https://doi.org/10.1177/0019793915586974>

Norsk Sykepleierforbund (2018) *Forsvarlighet -Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20191202100138/NSF%20Forsvarl> (Hentet: 03.03 2021).

Norsk Sykepleierforbund (2021) *Nye roller for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/nye-roller-sykepleiere> (Hentet: 14.02 2021).

*Nøkkeltall om kreft* (2021). Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft> (Hentet: 27.01.2021 2021).

Oslo Universitetssykehus (2016) *Psykososial støtte for ungdom og unge voksne med kreft*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/Psykososial-st%C3%B8tte-for-ungdom-og-unge-voksne-med-kreft#purpose-and-scope> (Hentet: 01.05.2021 2021).

- Pettersen, B. og Johansen, A. S. (2020) *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. 11. utgave. Oslo: Gyldendal.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2017) *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rasmussen, D. M. og Elverdam, B. (2008) The meaning of work and working life after cancer: an interview study, *Psychooncology*, 17(12), s. 1232-1238. <https://doi.org/10.1002/pon.1354>
- Regjeringen (2019) *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/asd/dokumenter/2018/ia-avtalen-2019-2022.pdf> (Hentet: 06.04 2021).
- Reinertsen, K. V. et al. (2017) Kronisk tretthet hos voksne kreftoverlevende, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0040>
- Reitan, A. M. og Schjøberg, T. K. (2017) *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Romsland, G. I., Dahl, B. og Slettebø, Å. (2015) *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sainio, C. og Eriksson, E. (2003) Keeping cancer patients informed: a challenge for nursing, *Eur J Oncol Nurs*, 7(1), s. 39-49. <https://doi.org/10.1054/ejon.2002.0218>
- Seek, A. og Hogle, W. P. (2007) Modeling a better way: navigating the healthcare system for patients with lung cancer, *Clin J Oncol Nurs*, 11(1), s. 81-85. <https://doi.org/10.1188/07.CJON.81-85>
- Stubberud, D.-G. (2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Sykepleien (2016) *Færre, men bedre prosedyrer*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2016/01/faerre-men-bedre-prosedyrer> (Hentet: 17.02.2021 2021).
- Syse, A. (2015) *Pasient- og brukerrettighetsloven : med kommentarer*. 4. rev. utg. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Takase, M. (2013) The relationship between the levels of nurses' competence and the length of their clinical experience: a tentative model for nursing competence development, *J Clin Nurs*, 22(9-10), s. 1400-1410. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04239.x>
- Tamminga, S. J. et al. (2012) Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process--a qualitative study, *Scand J Work Environ Health*, 38(2), s. 144-154. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3199>

Tamminga, S. J. *et al.* (2019) Two-Year Follow-Up of a Multi-centre Randomized Controlled Trial to Study Effectiveness of a Hospital-Based Work Support Intervention for Cancer Patients, *J Occup Rehabil*, 29(4), s. 701-710. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09831-8>

Tariman, J. D. og Szubski, K. L. (2015) The evolving role of the nurse during the cancer treatment decision-making process: a literature review, *Clin J Oncol Nurs*, 19(5), s. 548-556. <https://doi.org/10.1188/15.CJON.548-556>

Thidemann, I.-J., Sævareid, H. I. og Slettebø, Å. (2020) Hva bidrar til at sykepleiere utvikler sin kompetanse? <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82269>

Thornton, M. *et al.* (2011) Hard choices: a qualitative study of influences on the treatment decisions made by advanced lung cancer patients, *Int J Palliat Nurs*, 17(2), s. 68-74. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.2.68>

Willumsen, E. (2009) Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. Oslo: Universitetsforl., s. 16-32.

Yoshikawa, E. *et al.* (2019) Development of an occupational health nurse's guidebook to promote the balance between cancer treatment and work, *EOH-P*, 1(2), s. 31-38. <https://doi.org/10.1539/eohp.2019-0012-OA>

Zegers, A. D. *et al.* (2021) Cancer survivors' experiences with conversations about work-related issues in the hospital setting, *Psychooncology*, 30(1), s. 27-34. <https://doi.org/10.1002/pon.5529>

## Intervjuguide Master i klinisk sykepleie

### «Tilbake til jobb etter kurativ kreftbehandling»

Problemstilling:

Hvordan opplever sykepleier at de ivaretar kreftpasienters behov for informasjon om retur til arbeidslivet?

#### Fase 1. Rammesetting

1. Innledning: Småprat og presentasjon (5 min)

Jeg innleder intervjuet med å fortelle kort om meg og bakgrunnen for at jeg gjennomfører dette intervjuet.

Jeg takker også for at deltakerne har satt av tiden til dette fokusgruppe intervjuet.

2. Informasjon: Temaet (5 min)

Presentasjon av temaets problemstilling, samt hensikt med studien

Presenterer hva intervjuet skal brukes til (en masterbesvarelse)

Informasjon om hva jeg ønsker å finne ut mer av med intervjuet

Taushetsplikt og anonymisering blir vektlagt i informasjonen

Informere om at intervju vil bli tatt opp på bånd og transkribert i etterkant.

Oppbevaring av lyd fra båndopptak vil bli lastet over som lydfil på "forskningsområdet" på skolens server (ved min arbeidsplass)

All skriftlig materialet vil bli oppbevart på minnepenn i låsbart skap.

Navneliste vil bli slettet umiddelbart etter opptaket

#### Starte opptak:

Presentasjonsrunde av deltakerne.

(tas opp for å kunne gjenkjenne stemmene? Alle presenterer seg med fornavn for å kunne skille stemmene fra hverandre ved senere transkribering)

## Fase 2. Erfaringer

Overgangsspørsmål (10-15 min)

1) Hva slags erfaring har dere ved poliklinikken omkring temaet informasjon om retur til arbeidet i sykdomsforløpet der dere møter pasienten?

Tilleggsspørsmål ved behov: Er arbeid noe pasienten selv snakker om? Eller opplever dere dette som et tema som blir for overveldende for pasienten å snakke om?

## Fase 3. Fokusering

Nøkkelspørsmål (35-45 min)

1. Hvilke kompetanse har dere sykepleiere ved kreft poliklinikk om temaet «retur til arbeidslivet» (psykososialt og m.t.p rettigheter)

2) Hva tenker dere at dere trenger av kompetanse omkring dette temaet for å kunne imøtekomme pasienten ved evt en samtale omkring retur til arbeidslivet?

Tilleggsspørsmål: Er det noen gjentakende spørsmål de ofte ønsker å få svar av dere på?

3) Opplever dere at ønske om denne samtalen omkring retur til arbeidslivet endrer seg i løpet av sykdomsperioden? Når evt. er fokuset på dette temaet størst?

4) Hva slags rutiner har dere som er knyttet til informasjon og veiledning av pasienten i forhold til retur til arbeidslivet og/eller informasjon om fordeler ved å ivareta kontakt med arbeidsplassen gjennom behandlingsforløpet evt jobbe en liten prosentstilling om dette er mulig?

Tilleggsspørsmål: Hvilke tidspunkt i sykdomsforløpet tenker dere som sykepleiere at dette tema bør løftes opp?

Tilleggsspørsmål: Om dere som sykepleiere skulle bidratt med å endret deres rutiner og/eller utarbeidet nye rutiner omkring dette temaet, hva tenker dere ville en optimal rutine (prosedyre) ?

5) Hva er faktorer som hemmer gjennomføringen av samtale om tilbakeføring til arbeidet, eller å være i jobb under behandling?

6) Hva tenker dere kan være med på å fremme dette temaet?

7) Opplever dere at det er noe forskjell på fokuset omkring temaet arbeid for de ulike aldersgruppene: 30 åringen – 40 åringen 50/60 åringen?

8) Har dere gjort dere opp noen egne personlige tanker om temaet retur til arbeidslivet etter kurativ kreftbehandling?

## Fase 4. Tilbakeblikk

Oppsummering (10 - 15 min)

Jeg gjengir hva jeg sitter igjen med av inntrykk og kunnskap fra samtalen/diskusjonen.

## Fase 5. Avslutning

Fokusgruppe intervjuet avsluttes og avrundes med at deltakerne får mulighet til å tilføye om de sitter med noen tanker de ønsker å formidle, eller om det har kommet på noe underveis som kan være vesentlig for innholdet.

Spørsmål: Sitter dere med noen tanker nå som dere vil dele? Har det kommet på noe mere underveis i samtalen?

Det hele avsluttes med å rette en stor takk til deltakerne. Takk til deres bidrag i forbindelse med dette studien og takk for at dem har satt av tid til å bistå med dette.

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *"Tilbake til jobb etter kurativ kreftbehandling"*

#### **Bakgrunn og formål**

I 2019 var det 34 979 nye krefttilfeller i Norge. 18 706 av disse var menn og 16 273 kvinner. Det diagnostiseres tre ganger så mange tilfeller nå sammenlignet med for 50 år siden. At flere blir friske av kreft og at de som har en kreftdiagnose lever lengre med sin sykdom betyr at antallet "kreftoverlevende" har økt kraftig.

Dagens tall viser at to av tre mennesker kommer tilbake til arbeidslivet og arbeidet de hadde før oppstart av kreftbehandlingen. Ca. 20 % av disse vil trenge tilretteleggende tiltak på arbeidsplassen.

St.meld 13 (2016/2017), om kvalitet og pasientsikkerhet viser til at Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder å oppnå gode resultater for høy overlevelse av kreftbehandling. Det vil derfor være viktigere enn noen gang å tilrettelegge for at disse pasientene får rett informasjon til rett tid, slik at de kan komme tilbake til arbeide så tidlig som mulig.

Dette studien er en masterbesvarelse i klinisk sykepleie som gjennomføres ved NTNU, Gjøvik. Påstartet 2017 og avsluttes mai 2021.

#### **Studiens problemstilling:**

"Hvordan opplever sykepleier at de ivaretar kreftpasienters behov for informasjon om retur til arbeidslivet etter kurativ kreftbehandling?"

Formålet med denne studien er å få en bedre innsikt i den praksis og de rutiner som gjennomføres i møte med denne pasientgruppe. Det er ønskelig å se om det i dagens praksis er fokus på dette problemområdet, og evt når i forløpet. Det vi bli gjort fokusintervju ved poliklinikk på tre ulike sykehus for å se på hva slags praksis som finnes.

## **Utvalg av deltakere**

Utvalg av deltakere til studien er gjort ut fra studiens problemområde og for å kunne belyse dagens praksis på en hensiktsmessig måte. Sykepleiere fra poliklinisk avdeling på tre til fire ulike sykehus vil kunne gi en god innsikt i hva slags fokusområde som finnes omkring dette temaet, allerede i starten av behandlingsforløp. På denne måten vil dette utvalg av deltakere vise dagens praksis på de ulike sykehus.

## **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Deltakelse i studien innebærer aktiv deltakelse i fokusgruppe intervju som gjennomføres av forskeren. Intervjuene vil bli anholde der hvor det er lettest for deltakerne å møte opp for intervjuet. I denne tiden med Covid-19 utfordringer vil dette skje på digital plattformer. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuene. Dette vil bli lastet opp og oppbevart på skolens server under forskningsområdet. Skriftlig arbeide/transkribering vil lagres på minnepenn, å oppbevares i låsbart skap på arbeidsplassen.

De opplysninger som er ønskelig for intervjuet er dagens praksis i møte med denne pasientgruppe som er beskrevet i problemstilling. Det er ønskelig å se om det finnes gode og dekkende rutiner og prosedyrer som ivaretar dette.

Fokusgruppeintervjuet vil ha en varighet på ca 45 minutter.

Spørsmål vil omhandle:

- dagens praksis i møte med kurativ kreftpasient med tanke på retur til arbeidslivet
- rutiner/prosedyrer for informasjon om det aktuelle tema
- hva som fremmer og hva som hemmer fokus på arbeidshelse

## **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydopptak vil bli lastet over til skolens server og lagret under forskningsområdet. Transkribering og skriftlig materialet vil bli lagret på minnepinne og oppbevares i låsbart skap.



Tilgang til sensitive opplysninger på lydfil vil forsker av studien og evt studiens veileder ha tilgang til.

Etter avsluttet studie vil all informasjon og opptak slettes. Navneliste slettes umiddelbart etter intervju er gjennomført.

Prosjektet skal etter planen avsluttes, mai 2021. All data og opptak med nødvendig informasjon vi bli slettet ved studiens avslutning.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Ann Sofie Rekslen, telefon; 95 17 70 82, evt veileder for studien, Bente Hamnes ved NTNU, Gjøvik.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

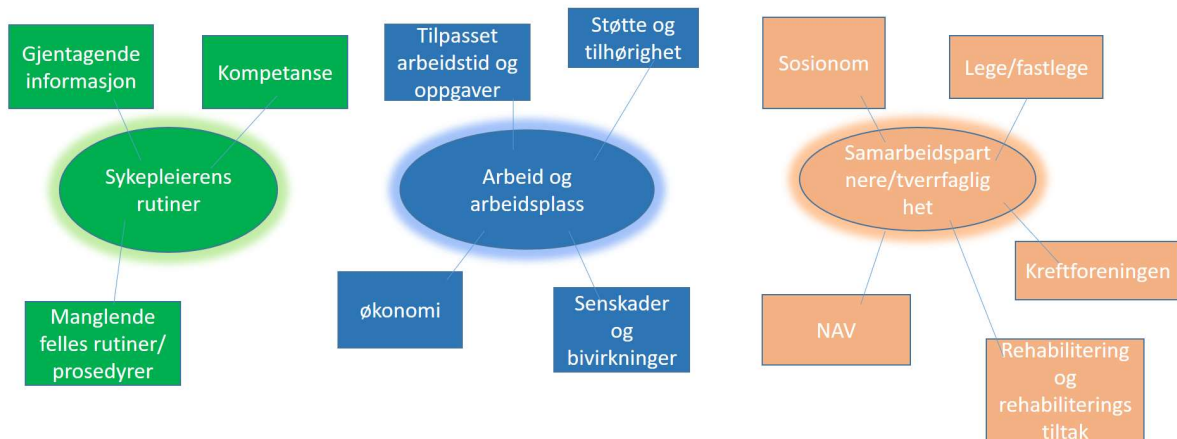
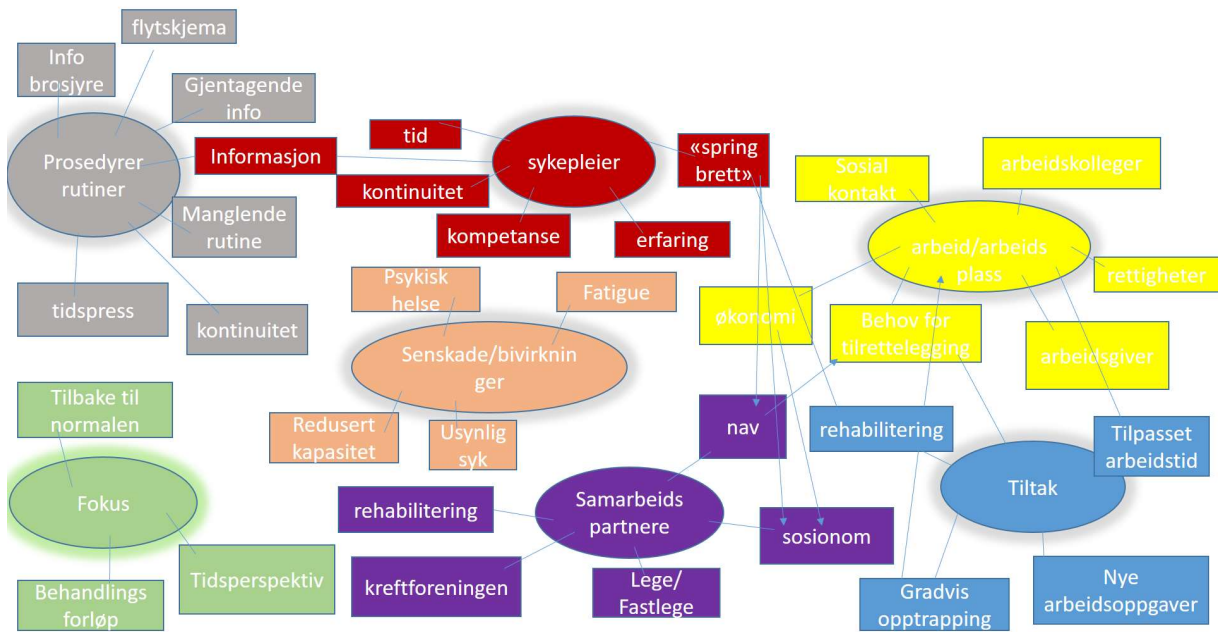
## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

***[Avkryssingsbokser kan med fordel benyttes (i tillegg til underskrift) dersom prosjektet er lagt opp slik at deltageren kan velge å samtykke til noen deler av studien uten å delta på alt (f.eks. spørreskjema, men ikke intervju), eller det skal innhentes opplysninger fra andre kilder, spesielt når taushetsplikten må oppheves for at opplysninger om deltageren kan utleveres. Eksempler: - Jeg samtykker til å delta i intervju. / - Jeg samtykker til at opplysninger om meg kan innhentes fra klasselærer/fastlege/register. / - Jeg samtykker til at personopplysninger kan publiseres/ lagres etter prosjektslutt***

# Tematisk analyse basert på tankekart





**NSD sin vurdering**

**Prosjekttittel**

Tilbake til jobb etter kurativ kreftbehandling

**Referansenummer**

204156

**Registrert**

01.09.2020 av Ann Sofie Rekslen - annsr@stud.ntnu.no

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

**Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Bente Hammes, bente.hammes@ntnu.no, tlf: 92832549

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Ann Sofie Rekslen, ann.sofie.rekslen@fagskolen-innlandet.no, tlf: 95177082

**Prosjektperiode**

03.08.2020 - 13.06.2021

**Status**

06.04.2021 - Vurdert med vilkår

**Vurdering (2)**

---

**06.04.2021 - Vurdert med vilkår**

NSD har vurdert endringen registrert 15.03.2021.

Vi har nå registrert 13.06.2021 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

