



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

FYS390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	01-05-2023 00:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	15-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 FYS390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	277
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7938
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	22
Andre medlemmer i gruppen:	264

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Kreftfri, men ikke frisk. Fysioterapeutens erfaringer med senskader blant brystkreftoverlevende.

Cancer free, but not in good health.
Physiotherapists' experiences with late effects among breast cancer survivors.

Kandidatnummer: 264 og 277

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 15. mai 2023

Antall ord: 7938

Forord

Arbeidet med vår bacheloroppgave har vært svært lærerikt, utfordrende og spennende. Det har vært givende å få mulighet til å skrive om et viktig og dagsaktuelt tema, som dessverre rammer altfor mange. Gjennom dette prosjektet har vi tilegnet oss ny lærdom og erfaringer vi vil ta med oss videre inn i arbeidslivet.

Vi ønsker å uttrykke takknemlighet til våre tre informanter som gledelig stilte til intervju, og har delt sine erfaringer og kunnskap med oss. Vi vil også rette en stor takk til vår veileder som alltid har stilt opp, og har bidratt med både god hjelp og smittende humør underveis. Til slutt vil vi takke venner og familie som har vært gode støttespillere og heiet på oss fra start til slutt.

Og takk til deg som leser, vi ønsker deg en god fornøyelse!

Bergen, 14. mai, 2023.

“Det er fordi det handler om mennesker, og at det gir mening når vi kan gjøre en forskjell. Da blir vi glad - så enkelt!”

(Informant 3)

Sammendrag

Tittel: Kreftfri, men ikke frisk. Fysioterapeutens erfaringer med senskader blant brystkreftoverlevende.

Problemstilling: "Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av pasienter med senskader etter brystkreft?"

Metode: For å besvare problemstillingen har vi gjennomført en kvalitativ studie. Datainnsamlingen ble gjennomført med semistrukturerte intervjuer av tre fysioterapeuter som arbeider med brystkreftoverlevende med senskader. Vi transkriberte intervjuene, og analyserte resultatene gjennom systematisk tekstkondensering.

Resultat: Informantene er opptatt av å sette av god tid til pasientene og å aktivt lytte for å best mulig kunne se hele mennesket. De beskriver hvordan god kommunikasjon, mestring, brukermedvirkning, trygghet og tillit er viktig for en vellykket behandling. Pasientgruppen erfarer som takknemlige og motiverte, men samtidig komplekse og sammensatte – dette krever mye individuell tilpasning og tilrettelegging. Behandlingen bør være tverrfaglig og helhetlig, og informantene ser et behov for at alt helsepersonell snakker mer med pasientene om senskader - også i etterkant av endt kreftbehandling. Det er et ønske om å få strukturert fysioterapi inn i pakkeforløpet, og å øke kunnskapsbasert praksis i fagutøvelsen.

Konklusjon: I møte med brystkreftoverlevende har fysioterapeuter en viktig rolle. Biopsykososialt perspektiv og fokus på brukermedvirkning, er fundamentalt for å individualisere og tilrettelegge behandlingen. Det fremkommer at hvordan man kommuniserer med pasientene danner ett grunnlag for pasient-terapeut relasjonen og behandlingsforløpet. I tiden fremover er det ønskelig å øke tverrfaglig pasientinformasjon omkring senskader, og bruk av kunnskapsbasert praksis. Et evidensbasert fysioterapeutisk tiltak er fysisk aktivitet, samt er trygging av pasientene noe som erfarer som sentralt i behandlingen.

Abstract

Title: Cancer free, but not in good health. Physiotherapists' experiences with late effects among breast cancer survivors.

Research Question: "What experiences do physiotherapists have with treatment of patients with late effects after breast cancer"

Method: To answer the research question, we have conducted a qualitative study. The data collection was accomplished through semi-structured interviews with three physiotherapists who work with breast cancer survivors with late effects. We transcribed the interviews and analysed the results through a systematic text condensation.

Result: The informants are interested in setting aside plenty of time and actively listening to be able to see the whole person as best as possible. They describe how good communication, mastering, user participation, assurance, and trust are important for successful treatment. The patient group is experienced as grateful and motivated, but at the same time complex and composed – this requires a lot of individual adaptation and facilitation. The treatment should be multidisciplinary and holistic. The informants see a need for all healthcare personnel to talk more with patients about late effects – also after ended cancer treatment. There is a desire to get structured physiotherapy into the cancer pathway, and to increase evidence-based practice in professional practice.

Conclusion: Physiotherapists play an important role in meeting with breast cancer survivors. A biopsychosocial perspective and a focus on user participation, are fundamental for individualizing and facilitating the treatment. It appears that how one communicates with patients forms a basis for the patient-therapist relationship and the course of the treatment. In the future, it is desirable to increase interdisciplinary patient information about late effects, and the use of evidence-based practice. An evidence-based physiotherapeutic measure is physical activity, and the reassurance of the patients is also something that is experienced as essential during the treatment.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Formålet med oppgaven og problemstilling.....	8
2.0 Teori.....	9
2.1 Kreft.....	9
2.1.2 Brystkreft.....	9
2.1.3 Brystkreftbehandling	10
2.2. Senskader.....	10
2.2.1 Senskader etter brystkreft	11
2.2.3. Pakkeforløp for brystkreft.....	12
2.3 Fysioterapi ved brystkreft	12
2.4 Pasient-terapeut-relasjon og kommunikasjon.....	13
2.5 ICF – Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse.....	13
2.6 Kunnskapsbasert praksis.....	13
3.0 Metode	15
3.1 Valg av metode	15
3.2 Forforståelse og teoretiske perspektiv.....	15
3.3 Informantutvalg.....	16
3.4 Intervjuforberedelser	16
3.5 Gjennomføring.....	16
3.6 Transkribering	17
3.7 Analyse.....	17
3.8 Etske aspekter	19
4.0 Resultater.....	20
4.1 Presentasjon av informantene.....	21
4.2. Skape trygghet i en krevende situasjon	21
4.2.1 En takknemlig pasientgruppe	21
4.2.2 Sammensatt og kompleks	22
4.2.3 Den trygge støttespilleren	22
4.3 Pasienttilbudet og fysioterapeutisk tilnærming	23
4.3.1. Senskadene	23
4.3.3 Tiltak – ikke belastning.....	24
4.3.4 Sikre god pasientinformasjon	25
4.4 Behov for spesialkompetanse	26
4.4.1 Tverrfaglig samarbeid	26
4.4.2 Kunnskapsbasert praksis.....	26

5.0 Drøfting	28
5.1 <i>Metodedrøfting</i>	28
5.1.1 Valg av metode og informanter	28
5.1.2 Bearbeiding av data og analyse	29
5.1.3 Validitet og refleksivitet.....	30
5.2 <i>Resultatdiskusjon</i>	30
5.2.1 Skape trygghet i en krevende situasjon.....	30
5.2.2 Pasienttilbudet og fysioterapeutisk tilnærming	31
5.2.3 Behov for spesialkompetanse	34
6.0 Konklusjon	36
Litteraturliste	37
Vedlegg	40
<i>Vedlegg 1 – Informert samtykkeskjema</i>	40
<i>Vedlegg 2 – Intervjuguide</i>	43
<i>Vedlegg 3 – Utdrag fra analyseprosessen</i>	44
<i>Vedlegg 4 – Transkripsjon intervju 1</i>	45
<i>Vedlegg 5 - Transkripsjon intervju 2</i>	55
<i>Vedlegg 6 - Transkripsjon intervju 3</i>	65

Tabelloversikt:

Tabell 1: Senskader som kan ramme brystkreftbehandlende.....	11
Tabell 2: Felles koder brukt i transkriberingen.....	17
Tabell 3: Beskrivelse av analyseprosessen	18
Tabell 4: Presentasjon av informantene.....	21

Figuroversikt:

Figur 1: Oversikt over temaer og sammenhengen mellom dem	20
---	----

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Vi har valgt å skrive om senskader etter brystkreft ettersom dette er den vanligste kreftformen blant kvinner, hvor både forekomsten og overlevelsesraten øker. I 2021 ble det registrert over 4000 nye tilfeller av brystkreft i Norge, og i perioden mellom 2017-2021 var fem års relativ overlevelse av kvinner på 92,3% (Kreftregisteret, 2022b). At flere både får og overlever brystkreft, gjør at livet etter avsluttet kreftbehandling er noe vi anser som et veldig interessant og dagsaktuelt tema. Da vi hadde kreftundervisning ble det snakket lite om senskader, og etter en samtale med foreleseren - mente også vedkommende at dette er et tema som trengs å belyses ytterligere. Vi konkluderte med at senskader etter brystkreft var noe vi ønsket å lære mer om, og vi ble nysgjerrige på fysioterapeutens rolle i behandlingen.

I pakkeforløpet for brystkreft står det under rehabiliteringsavsnittet at det vurderes individuelt om pasienten har behov for oppfølging av relevante fagpersoner (Helsedirektoratet, 2016a). Videre står det at de skal få informasjon om rehabilitering og mulighet for støtte. Hvordan denne vurderingen tas, eller hvilken informasjon som gis, er ikke utdypet ytterligere. Videre kan senskader oppstå hele 20-30 år etter endt behandling (Kreftforeningen, 2023b), noe som gjør at vi som fysioterapeuter potensielt kan bli helsepersonellet pasientene selv tar direkte kontakt med ved nyoppståtte plager. Senskader kan være av somatisk, psykologisk eller sosial art, og har ulik alvorlighetsgrad. Behandling gitt for mange år siden danner grunnlaget for dagens kunnskap om senskader, og gjenspeiler derfor ikke nødvendigvis risikoen knyttet til dagens kreftbehandling (Helsedirektoratet, 2020a, s.8). Alt dette tenker vi stiller større krav til fysioterapeuten i møte med pasienten, noe som ytterligere økte vår interesse rundt deres tilnærming og erfaringer.

1.2 Formålet med oppgaven og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å få ett større innblikk i fysioterapeuters erfaringer og tilnærming til pasienter som har senskader etter brystkreft. Samtidig ønsker vi å utforske hvordan fysioterapeuter opplever dagens tilbud er for pasientgruppen, og hvilken rolle fysioterapeuter spiller inn i behandlingen. På bakgrunn av det overnevnte har vi utarbeidet følgende problemstilling:

“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av pasienter med senskader etter brystkreft?”

2.0 Teori

2.1 Kreft

Kreft kan oppstå i alle kroppslige organer og vev. Kreftbegrepet i seg selv er en fellesbetegnelse på en større gruppe sykdommer hvor man ser unormal cellevekst. Unormal vekst kalles neoplasi og skyldes økt celledeling eller nedsatt celledød. Tumor og svulst er andre ord som benyttes om neoplasi. Sykdomstegnene varierer, og avhenger av hvilke vev eller organer som er affisert. Prinsipielt er det to typer neoplasier; godartede (benigne) og ondartede (maligne), hvor sistnevnte enten er et forstadium til kreft eller er kreft. Godartede svulster er lokaliserte vevsknuter som autonomt vokser langsomt uten å vokse inn i omliggende vev, og fører sjeldent til alvorlige komplikasjoner. Ondartete kreftsvulster vil derimot vokse hurtig og infiltrere det omgivende normalvevet. I tillegg har de evnen til å vokse gjennom veggene i blod- og lymfekar slik at kreftceller kan spres og vokse langt fra stedet kreftsvulsten først oppstod. Denne spredningsprosessen kalles metastasering (Roald et al., 2023).

2.1.2 Brystkreft

Brystkreft er en malign svulst i brystkjertelvevet. Det er den vanligste kreftformen hos kvinner, og svært sjeldent hos menn - en av ti kvinner vil utvikle brystkreft innen fylte 80 år. Median alder for brystkreft er 62 år for begge kjønn (Jacobsen et al., 2021, s.390). I Norge, 2021, var det 4023 nye tilfeller av brystkreft, herunder 32 menn. Brystkreft er den største årsaken til tapte leveår hos kvinner opp til 65 år. Prognosen er sterkt avhengig av stadium av sykdommen, som kan påvirkes av tidlig diagnostikk (Helsedirektoratet, 2023).

Årsaken til brystkreft er ukjent, men det foreligger enkelte risikofaktorer. Hos 5% av brystkreftpasienter kan det påvises en arvelig disposisjon. Noen risikofaktorer er tidligere strålebehandling av brystene, tidlig pubertet og/eller sen menopause, ingen fødsler eller første fødsel etter 30-årsalder, alkohol og røyking (Schlichting et al., 2023). Det er ulike symptomer på brystkreft. Dette kan være synlige forandringer i brystet som en kul eller hevelse i brystet og/eller armhulen, inndragning i huden, eller endringer av brystvorten. Et symptom kan være uklar eller blodtilblandet væskeutskillelse fra brystvorten. Man kan også se hudforandringer som fargeendringer, utslettliknende forandringer, hudfortykkelse, eller

sår som ikke gror. Kvinner oppfordres til å undersøke brystene sine selv jevnlig, og å delta i mammografiprogrammet (Kreftforeningen, 2023a).

2.1.3 Brystkreftbehandling

Behandlingen av brystkreft er individuelt tilpasset og avhenger av sykdomsstadium (klassifiseres I-IV). Behandlingen velges på bakgrunn av svulstens størrelse, spredning til lymfeknuter, og mikroskopiundersøkelser av svulstvevet. Pasientens egne ønsker skal også tillegges betydning (Schlichting et al., 2023).

Behandlingsforløpet for brystkreft har følgende hovedgrupper; kirurgi, neoadjuvant- og adjuvant behandling med kjemoterapi, endokrin behandling, bisfosfonat, antistoffer, samt strålebehandling. Primær behandling omfatter neoadjuvant kjemoterapi før kirurgi og strålebehandling. Kirurgi innebærer enten brystbevarende operasjon eller mastektomi (brystet fjernes), fjerning av en sentinel node (vaktpostlymfeknute), eller aksilledisseksjon (fjerning av lymfekjertler i armhulen). 90% av alle brystkreftopererte anbefales adjuvant behandling (tilleggsbehandling) med endokrin behandling og/eller kjemoterapi. Mange får også strålebehandling (Helsedirektoratet, 2020b). Kreftregisterets årsrapport (2022a, s.6) viser at norske brystkreftpasienter i stor grad er fornøyde med behandlingstilbudet, samtidig at helsepersonell kan øke fokus på informasjon om senskader og å involvere pasientene i behandlingsavgjørelser.

2.2. Senskader

Senskader/seneffekter etter kreft kan defineres som en bivirkning, komplikasjon eller helseplage grunnet kreftsykdommen eller kreftbehandlingen - som vedvarer i, eller opptrer, mer enn ett år etter avsluttet behandling. Grunnet dagens forbedrete diagnostikk og behandling, lever mer enn seks av ti kreftpasienter minst fem år etter kreftdiagnosen. Flere overlever medfører flere kreftfrie pasienter, som til tross for friskdiagnosen, kan ha redusert livskvalitet grunnet senskader. Senskadene kan være av somatisk, psykologisk eller sosial art, og vil kunne ha ulik alvorlighetsgrad og grad av innvirkning på den enkelte pasient. Dagens kunnskap om senskader er basert på behandling gitt for mange år siden, og

gjenspeiler ikke nødvendigvis risikoen knyttet til dagens behandling (Helsedirektoratet, 2020a, s.8).

2.2.1 Senskader etter brystkreft

Tabell 1 viser en oversikt over hvilke senskader som kan ramme brystkreftbehandlede.

Tabellen baseres på kreftforeningens liste (2023a), og høyre tabellhalvdel er supplerende litteratur.

Tabell 1: senskader som kan ramme brystkreftbehandlede

Senskade (Kreftforeningen, 2023a)	Supplerende litteratur
Kronisk tretthet/fatigue rammer om lag 30-40 prosent av brystkreftoverlevende.	Fatigue er en subjektiv opplevelse av tretthet, svakhet og redusert energi. Det kan også innbefatte en opplevelse av kognitive begrensinger og plager. Fatigue etter kreftbehandling har ikke en direkte sammenheng med individets aktivitetsnivå og lindres ikke av hvile, og har videre en negativ innvirkning på livskvaliteten (Reinertsen et al., 2010). Fatigue hos kreftoverlevende kan ha ulike årsaker, både utløsende faktorer og symptomvedlikeholdene, og kan påvirkes av både somatisk og psykososialt (Helsedirektoratet, 2020a, s.28).
Nerveskader kan påvirke sensibilitet i ekstremitetene. Noen opplever muskelsvakhet, ustø gange og balanseproblemer.	I en studie blant brystkreftoverlevende hadde 15% fortsatt nevroplager 1-3 år etter avsluttet behandling med signifikant negativ innvirkning på livskvaliteten (Eckhoff et al., 2015).
Lymfødem oppstår når drenasjen fra lymfene reduseres, som fører til væskeansamling.	Komplett fysisk lymfødembehandling (KFL) er en anerkjent behandlingsform som reduserer ødemene og lindrer symptom, det utføres i Norge av fysioterapeuter med spesialkompetanse. KFL består av kompresjonsbehandling (bandasjering og kompresjonsplagg), manuell lymfedrenasje, sirkulasjonsfremmende øvelser, hudpleie og informasjon om egenbehandling (Helsedirektoratet, 2020a, s.63).
Psykiske reaksjoner som bekymring, frykt, uro, sorg og følelse av uvisshet.	Kreftoverlevende har økt risiko for depresjon, angst- og traumereaksjoner. Når den mest intense behandlingen trappes ned, kan realiteten om hva som har skjedd ytterligere synke inn. For helsepersonell er det sentralt å ha kunnskap om kjennetegn ved psykiske reaksjoner for å avgjøre om det er behandlingskrevende (O'Toole et al., 2020, s.122-123).
Nedsatt skulderbevegelighet på operert side er vanlig forekommende.	
Smerter i operasjonsarr, bryst og arm.	
Seksualitet. Nedsatt lyst både fysisk og psykisk. Selv-/kroppsbildet kan også påvirkes.	
Hjertesykdom kan skyldes cellegiftbehandling, strålebehandling eller antistoffbehandling.	
Kraftige hetetokter og nattesvette er vanlig etter hormonbehandling.	
Tidlig overgangsalder. Fertilitet kan påvirkes negativt av kreftbehandling.	

I tillegg til overnevnte, skriver helsedirektoratet (2020a, s.10) i en senskaderapport at **sekundær kreft** er den mest alvorlige typen av seneffekter. Kreftoverlevende, sammenlignet med befolkningen generelt, ytterligere utsatt for ny kreftsykdom senere i livet. Videre står det at **kognitive problemer** særlig er dokumentert hos brystkreftpasienter. Herunder problemer med hukommelse, konsentrasjon, planleggingsevne, og å finne og formulere riktige ord (Helsedirektoratet, 2020a, s.25).

2.2.3. Pakkeforløp for brystkreft

Det nasjonale pakkeforløpet for brystkreft skal bidra til å bedre kvaliteten på norsk kreftomsorg, og legge grunnlag for at pasientene opplever et helhetlig, godt organisert og forutsigbart forløp. Pakkeforløpet beskriver organisering, utredning, behandling og oppfølging, samt kommunikasjon, ansvars plassering og forløpstider. Samtidig skal et individuelt forløp for hver enkelt pasient tilrettelegges. Pakkeforløpene er faglig baserte og normgivende, og bygger på nasjonale handlingsprogram, -retningslinjer, og -råd (Helsedirektoratet, 2016b)

2.3 Fysioterapi ved brystkreft

I møte med brystkreftpasienter skal fysioterapeuten innhente informasjon om hvilken type behandling pasienten har fått, kartlegge smerte og funksjon av arm/skulder, og ved mistanke om lymfødem - ta omkretsmål og andre aktuelle tester. Ved oppstart av rehabilitering skal man kartlegge pasientens styrke, perifere nevropatier, utholdenhet, senskader og generell fysisk funksjon. Det anbefales tilrettelagt fysisk aktivitet med fokus på kondisjonstrening og generell styrketrening, som doseres individuelt etter pasientens forutsetninger og gjennomgått behandling. Aktiviteten har positiv effekt på skulderfunksjonen, generell fysisk funksjon, helserelatert livskvalitet, smerte, overvekt, og reduserer osteoporose og fatigue. Massasje kan bidra til smertelindring, samt dempe engstelse og fatigue, og manuell behandling av operasjonsarret for å løse adheranser har gjennom klinisk erfaring vist god effekt. Lymfedrenasje kan virke smertedempende ved lymfødem, og videre anbefales komplett fysisk lymfødembehandling (KFL) (Nesvold, 2016, s.35-37).

2.4 Pasient-terapeut-relasjon og kommunikasjon

En studie viser til fem punkter som kan bidra til å forbedre pasient-terapeut-relasjonen (Zulman et al., 2020). Punktene omhandler; forberede seg før møte med pasienten, aktiv lytting, sette mål ut ifra hva som er viktig for pasienten, sette seg inn i pasientens historie, og utforske pasientens følelser og validere dem. Thornquist (2009, s.30) forklarer at pasient-terapeut relasjonen er asymmetrisk grunnet partenes ulike kompetanse og etterspørsel. Dersom terapeuten benytter sin maktposisjon til å fremme pasientens deltagelse og selvstendighet, kan man bygge tillit og bedre samarbeidet (Thornquist, 2009, s.67).

Gjennom kommunikasjon har fagutøveren mulighet til å oppløfte pasientens selvstendighet og mestringsevne. Hvordan fagutøveren uttrykker at de forstår, hører og ser pasienten, har en avgjørende betydning for pasienten. Samtalens formål er å finne en balanse mellom å la pasienten fortelle, samt å lede samtalen, slik man får nødvendig informasjon (Thornquist, 2009, s.125-126). Balansen kan utjevnes gjennom aktiv lytting og spørsmål. Aktiv lytting innebærer at man retter oppmerksomhet, og genuin interesse, mot pasienten. Man stiller gjerne spørsmål som kan virke avklarende, bevisstgjørende og bekreftende. Reformulering av pasientens budskap kan åpne for nye innsikter og handlingsmuligheter. En god samtale vil bidra til å se helheten i pasientens situasjon (Thornquist, 2009, s.142-144).

2.5 ICF – Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse

ICF modellen ser det biologiske i forhold til psykologiske og sosiale faktorer, og ved å bruke modellen kan helsepersonell tegne seg ett større helhetlig perspektiv over pasientens situasjon (Helsedirektoratet, 2018). ICF modellen dekker de ulike aspektene fra den biopsykososiale modellen (Bautz-Holter, 2014, s.392). Den biopsykososiale modellen viser at somatisk sykdom innebærer mer enn bare biologiske faktorer, men er sammensatt ved at somatisk sykdom også omfatter psykologiske og sosiale faktorer (Dahl, 2014, s.31-32).

2.6 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis (KBP) omhandler at man tar faglige avgjørelser som baseres på systematisk innhentet forskningsbasert- og erfaringsbasert kunnskap, samt at man tar pasientens ønsker og behov i betraktning (Helsebiblioteket, 2021). Faktorene skal samlet

styrke og bevisstgjøre beslutningene man tar. Fysioterapeuter tar selvstendige vurderinger i møte med pasientene, og for å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet er KBP ett godt virkemiddel å ta i bruk (Jamtvedt et. al, 2015, s.22-23). Jamtvedt (et. al, 2015, s.15-20) reflekterer over seks ulike kilder til kunnskap; Grunnutdanning, erfaring, kollegaer og etterutdanning, eksperter, lærebøker, og forskning. Det er positive og negative sider ved de forskjellige kildene - derfor er det sentralt å være bevisst over hva man tar med seg inn i de faglige vurderingene.

I KBP har forskningsbasert kunnskap en stor innflytelse for god fagutøvelse. Innen fysioterapi er det behov for forskning fra alle felt. Hvert år økes antallet publikasjoner, og kvaliteten bedres. Erfaringsbasert kunnskap tilegnes gjennom å praktisere og reflektere over egen fagutøvelse, og er en hjørnestein innenfor fysioterapi. Brukermedvirkning er ett sentralt begrep i kunnskapsbasert praksis, og det er viktig at pasienten har god nok kunnskap til å være med i en velinformert beslutning (Jamtvedt et. al, 2015, s.21-27).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Kvalitativ forskningsmetode beskriver, analyserer og fortolker kvalitative data. Metoden belyser menneskers tanker, erfaringer, opplevelser, og holdninger (Malterud, 2017, s.30-31). Ettersom vi ønsket å lære mer om fysioterapeuters erfaringer med senskader etter brystkreft, ble det naturlig å benytte kvalitativ metode. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer. Semistrukturerte intervju gir informanter tid og sted for å hente frem egne erfaringer (Malterud, 2017, s.133), og gir forskere mulighet til å utvikle spørsmål underveis i samtalen. Intervjuguiden ledet oss gjennom de temaene vi ønsket å utforske. Dalland (2021, s.84) skriver videre at semistrukturerte intervju gir muligheten til å endre intervjuguiden mellom intervjuene basert på erfaringer og hva man ønsker å utforske videre i forskningsprosessen.

3.2 Forforståelse og teoretiske perspektiv

Kvalitative forskningsmetoder bygger på det fortolkende paradigmet. Her står forskeren sentralt og er ett medvirkende redskap inn i undersøkelsen av subjektet. Paradigmet bygger på en grunnforståelse av at verden oppleves forskjellig avhengig av hvilket ståsted man har (Malterud, 2017, s.27). I prosjektet brukte vi en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming ettersom vi ønsket å tilnærme oss fysioterapeutens erfaringer. Fenomenologi omhandler hvordan verden erfares for subjektet (Thornquist, 2018, s.22). Hermeneutikk handler om forståelse og fortolkning. Det kan hjelpe med å få innsikt i hvordan man forstår, og gir verden mening (Thornquist, 2018, s.167). Slik kan man få ett helhetlig bilde av informantenes fysioterapeutiske tilnærminger og erfaringer.

Forforståelse er tidligere erfaringer og forutsetninger man tar med seg inn i ett forskningsprosjekt. Dette vil være med å påvirke hvordan man samler inn data, og hvordan dataene leses og tolkes. Forforståelsen kan være motiverende, men kan også gjøre at man begrenser prosjektet gjennom at forforståelsen overskygger budskapet fra det empiriske materialet (Malterud, 2017, s. 44-45). Av den grunn har vi vært oppmerksomme på hvordan vår forforståelse påvirker oss inn i prosjektet, og i møte med informantene. Vår forforståelse

er preget av fysioterapiutdanningen, videre har begge bekjentskap med brystkreftoverlevende som har fortalt litt om sine opplevelser.

3.3 Informantutvalg

Strategisk utvalg ble benyttet for å innhente relevant klinisk erfaring innenfor senskader etter brystkreft. Ettersom metoden egner seg for å gå i dybden, bør ikke antall intervjupersoner være for mange (Dalland, 2021, s. 59, s. 81). Derfor ble antall informanter begrenset til tre. For å finne relevante informanter fikk vi hjelp av vår veileder og lærere med bredt nettverk. Alle informantene har lang klinisk erfaring med pasientgruppen. Kontakt og avtaler ble kommunisert over e-post.

3.4 Intervjuforberedelser

Før intervjuene satte vi oss ytterligere inn i teorien, og sendte ut e-post med informert samtykkeskjema (vedlegg 1) til informantene. Disse ble underskrevet før intervjuene ble gjennomført, og oppbevart innelåst på veileders kontor. Alle intervjuene ble gjennomført ut ifra intervjuguiden (vedlegg 2). Intervjuguiden ble revidert etter tilbakemelding fra veileder, og ble deretter utsendt før intervjuene - slik at informantene kunne forberede seg. Vi gjennomførte testintervju på hverandre for å vurdere og reflektere over intervjuguiden, i tillegg til å måle potensiell varighet av intervjuet.

3.5 Gjennomførelse

Ett av intervjuene ble gjennomført digitalt over Zoom, grunnet avstand. De to andre intervjuene ble gjennomført fysisk på informantenes arbeidsplass. Under intervjuene ble det tatt lydopptak på telefoner i flymodus. Dalland (2021, s.91) beskriver lydopptak som ett verdifullt hjelpemiddel da det fanger opp stemmeleie og språklige nyanser, og gir forskeren mulighet til å observere og aktivt lytte til informantene. På forhånd avtalte vi at vi vekselvis skulle lede intervjuet, mens den andre observerte og stilte supplerende oppfølgings- og oppklarings spørsmål. For at informantene skulle få rom til å dele sine erfaringer fokuserte vi på å unngå avbrytelser under intervjuene, og samtidig vise interesse gjennom aktiv lytting (Malterud, 2017, s.133). Intervjuene varte ca. 40-60 min. Etter intervjuet brukte vi tid hver for oss på å tenke og reflektere over intervjuets forløp. Dalland (2021, s.93) opplyser at

dersom man snakker sammen rett etter, kunne den første som tok ordet sine opplevelser vært ledende for hvordan oppfattelsen av intervjuet ble for den andre.

3.6 Transkribering

Transkribering (Vedlegg 4, 5 og 6) startet samme dag som intervjuene ble gjennomført. Vi transkriberte halve intervjuene hver og kontrollsjekket deretter sammen flere ganger for å sikre at transkriberingen var gjennomført likt og pålitelig. Malterud (2017, s.78) forklarer at transkriberingen ikke nødvendigvis blir best dersom man skriver ned nøyaktig det som ble sagt, men det er sentralt at man forsiktig redigerer teksten slik den best mulig klarer å formidle det informant ønsker å meddele. Vi valgte å fjerne gjentakelser og små ord uten sammenheng. Tegnsetting ble brukt der det opplevdes naturlig for å forbedre leservennligheten. Transkripsjonene er skrevet på bokmål. Vi utarbeidet felles koder for lyder og lignende, se tabell 1.

Tabell 2: Felles koder brukt i transkribering

Hva:	Kode:
Informant snakker/Student (1 eller 2) snakker	I: / S1: S2:
Stillhet/tenkepause	...
For å opprettholde anonymitet	[sted], [navn]
Beskrive kroppsspråk/latter	* _____ *

3.7 Analyse

Analysen skal gi en oversikt over hvilken informasjon som kommer frem i intervjuet (Dalland, 2021, s.94). For å analysere det empiriske datamaterialet benyttet vi oss av en firepunkts tematisk tverrgående analysemetode – systematisk tekstkondensering (STC) (Malterud, 2017, s.97). Analyseprosessen ble strukturert ført inn i en separat prosjektlogg, noe Malterud (2017, s.113) beskriver som et nyttig verktøy i analysen.

Analyseprosessen beskrives trinnvis og detaljert i tabell 3.

Tabell 3: Beskrivelse av analyseprosessen

Analysestrinn	Hva og hvordan
<p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;"><i>Helhetsinntrykk</i></p>	<p>Først leste vi gjennom transkripsjonene, og dannet oss ett helhetsinntrykk av materialet. I dette trinnet er fugleperspektivet og helheten viktigst, og vi prøvde derfor å unngå systematisering, og å midlertidig sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme til side. Vi leste gjennom transkripsjonene hver for oss og noterte foreløpige temaer som intuitivt vekket oppmerksomheten vår. Disse temaene representerer ikke resultater eller kategorier, men er foreløpig steg i organiseringen (Malterud, 2017, s. 99-100).</p>
<p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;"><i>Meningsbærende enheter</i></p>	<p>I andre trinn drøftet vi våre foreløpige temaer. Sammen kom vi frem til fem foreløpige temaer som vi vurderte at belyste problemstillingen, og videre dannet grunnlag for kodegruppene i dette analysestrinnet. Kodegruppene vi kom frem til var "Kunnskapsbasert praksis", "Kommunikasjon", "Pasientgruppen", "Behandlingstilbudet", "Målsetning og tiltak". Deretter gjennomgikk vi materialet linje for linje for å identifisere de meningsbærende enhetene, og sorterte de videre innunder kodegruppene ved å markere dem i ulike farger. I systematisk tekstkondensering gjøres dette for å skille relevant tekst fra irrelevant tekst, ettersom hele teksten ikke anses som meningsbærende enheter (Malterud, 2017, s. 100-101).</p>
<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;"><i>Kondensering</i></p>	<p>I tredje trinn abstraherte vi den sorterte informasjonen fra kodegruppene ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, s. 105). Dette la grunnlag for å lage to til tre subgrupper for hver kodegruppe. Vi gjennomgikk de meningsbærende enhetene for å vurdere om de skulle gå inn i kondensatet til den enkelte subgruppen. Denne gjennomgangen gjorde at noen av de meningsbærende enhetene ble plassert i andre subgrupper, eller kodegrupper, de passet bedre i. Enkelte utgikk fullstendig fra analysen, da de ble ansett som mindre relevante for problemstillingen ut ifra hovedmønstrene vi hadde utviklet. Dette medførte at kodegruppene videre ble noe endret ifra analysestrinn to. Videre utarbeidet vi kondensat til hver subgruppe. Her forsøkte vi å oppsummere innholdet fra de meningsbærende enhetene, og representere hver av deltakerne godt. Deretter valgte vi ut gullsitat til hvert kondensat (Malterud, 2017, s.107-108).</p>
<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;"><i>Syntese</i></p>	<p>I siste analysestrinn brukte vi kondensatene for å danne en analytisk tekst for hver subgruppe. Den analytiske teksten utgjør relevante utvalg av forskningsprosjektets hovedfunn, som skal formidle fellestrekk med variasjoner fra alle informantene, og videre sammenfattes i analyse og syntese. Analyseprosessen ble avsluttet ved å gi nye og treffende overskrifter til resultatkategoriene som sammenfattes det viktigste som ble presentert i påfølgende avsnitt (Malterud, 2017, s.109-110). Navnene for resultatkategoriene vi kom frem til var "Skape trygghet i en krevende situasjon", "Pasienttilbudet og fysioterapeutisk tilnærming", og "Behov for spesialkompetanse". Disse resultatkategoriene legger grunnlaget for oppgavens resultater og drøfting.</p>

Vedlegg 3 viser et utdrag fra vår analyseprosess. Vi har ikke inkludert alle de meningsbærende enhetene fra subgruppen i utdraget, men tatt med en fra hver informant. "Den trygge støttespilleren" er en subkategori utarbeidet fra kodegruppen "kommunikasjon"

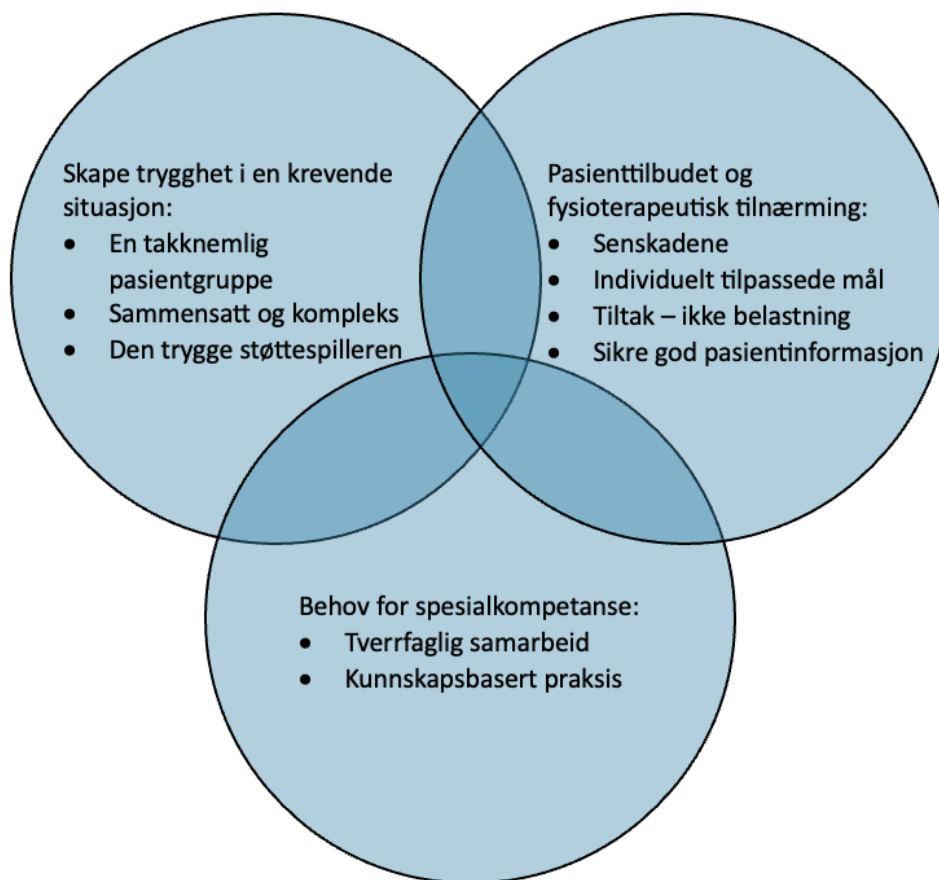
- som videre endte i resultat kategorien "Skape trygghet i en krevende situasjon". I kapittel 4 presenteres den analytiske teksten for denne kodegruppen.

3.8 Etiske aspekter

Viktige etiske aspekter ved kvalitative studier er å sørge for at informantenes personvern og anonymitet er ivaretatt. Vi fokuserte kontinuerlig på å følge retningslinjene utarbeidet av Høgskulen på Vestlandet, som er godkjent av Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. Gjennom det informerte samtykkeskjemaet (vedlegg 1) fikk informantene nødvendig informasjon slik de kunne ta en avgjørelse på om de ønsket å delta i prosjektet eller ikke (Dalland, 2021, s.82; Malterud, 2017, s.214). I tillegg fikk de informasjon om hvordan personvernet blir ivaretatt, hvilke rettigheter de har, og at de når som helst kan trekke samtykket tilbake. Alt materiale er passordbeskyttet, og mail, notater, lydopptak og andre identifiserbare data slettes ved prosjektavslutning. I transkripsjonene (Vedlegg 4-6) har vi anonymisert opplysninger som kan gjøre informantene gjenkjennbare.

4.0 Resultater

I dette kapitlet presenteres funnene fra datainnsamlingen. Igjennom analyseprosessen kom vi frem til tre hovedtemaer. Temaene er tett tilknyttet og tidvis overlappende, og har en helhetlig sammenheng og betydning for hverandre, se figur 1. De tre hovedtemaene er; skape trygghet i en krevende situasjon, pasienttilbudet og fysioterapeutisk tilnærming, og behov for spesialkompetanse.



Figur 1: Oversikt over temaer og sammenhengen mellom dem.

4.1 Presentasjon av informantene

Tabell 4: Presentasjon av informantene

Informanter	Presentasjon
Informant 1:	Spesialistfysioterapeut, skrevet en mastergrad innenfor senskader etter kreft. Lengst erfaring fra fysikalske institutter, har ellers jobbet på rehabiliteringssenter og kreftavdelinger på sykehus. Har arbeidet i et palliativt team. Gjennomført NFF sin kursrekke i onkologi. Tatt kurs innen lymfødembehandling. Engasjert innenfor ulike områder omhandlende onkologi.
Informant 2:	Fysioterapeut med driftstilskudd ved klinikk. Spesialist innenfor onkologisk fysioterapi. Har spesialkompetanse i komplett fysikalsk lymfødembehandling. Engasjert innenfor ulike områder omhandlende onkologi. Har gjennomført alle onkologi-kursene til NFF.
Informant 3:	Fysioterapeut, spesialist i onkologi. Har over 20 års erfaring med kreftpasienter. Har jobbet flere år på institutt, jobber nå på kreftavdeling på sykehus - kurativt, palliativt og poliklinisk. Gjennomført NFF sin kursrekke i onkologi. Har spesialkompetanse i komplett fysikalsk lymfødembehandling.

4.2. Skape trygghet i en krevende situasjon

4.2.1 En takknemlig pasientgruppe

“Det har kanskje vært en av de mest motiverende pasientgruppene å jobbe med. Det er veldig meningsfylt for meg å jobbe med dem, fordi de er veldig motiverte og takknemlige for hjelp.” (Informant 1).

Alle informantene beskriver brystkreftoverlevende med senskader som en svært givende pasientgruppe å jobbe med. Pasientene er veldig motiverte for å komme tilbake til hverdagen, har godt humør, klager lite, og er takknemlige for all hjelp de får. Informant 1 og 2 forteller at utenforstående kan synes synd på dem, og tror at det å jobbe med kreftpasienter er trist og tungt – men at dette er en misoppfatning. Samtidig opplever informantene at pasientene har et stort press på seg om å være flinke og å gjøre veldig mye - på tross av en krevende livssituasjon. Informant 2 og 3 erfarer at pasientene ikke alltid gir beskjed til helsepersonell dersom de plages med senskader, ettersom de er takknemlige for å ha fått hjelp og overlevd kreftdiagnosen.

4.2.2 Sammensatt og kompleks

Informant 1 forteller om en problematikk ved at noen senskader kan være vanskelig å se og forstå av menneskene rundt pasienten:

“Det var en pasient som sa til meg “[Informantnavn], den er så usynlig den her fatiguen ... jeg skulle ønske at jeg hadde en bandasje eller gips på meg, sånn at det hadde vært noe som var synlig”. Så den fatiguen, den usynligheten opplever de som utfordrende - at mange ikke tror på dem når de skal tilbake i hverdagen igjen.”

Videre beskriver informantene pasientgruppen som kompleks. Dette begrunnes med at pasientbildene ofte er sammensatte, og derfor krever mye individualisering og tilrettelegging. Informant 3 bemerker at brystkreftpasientene er veldig forskjellige; sykdommen rammer både toppidrettsutøvere og de som aldri har tenkt på trening før. Informant 2 forteller at toleranseevnen til pasientene er veldig varierende, og at selv pasienter med lik brystkreft og lik behandling - ikke er like i det hele tatt. Vedkommende tydeliggjør at det derfor er viktig å se hver enkelt pasient, og at behandlingen må person-tilpasses i stor grad. Informant 1 forteller at noen pasienter må motiveres ekstra, mens andre må bremses litt – ettersom de vil så mye. Det er sentralt for informant 2 å hjelpe pasientene til å se mulighetene de har, og flytte fokuset bort fra kun sykdom og begrensninger.

4.2.3 Den trygge støttespilleren

Den grunnleggende betydningen av god kommunikasjon med pasientene er et tema som stiller sterk hos alle informantene. Det kan bidra til trygghet og fremme en god pasient-terapeut relasjon. Videre vil det hjelpe fysioterapeutene å individualisere og tilrettelegge tiltakene. Før møtet med pasienten forbereder informantene seg, enten ved å lese i journalen eller kontakte aktuelle behandlere. En gjentakende faktor er at alle setter av rikelig tid til pasientene under førstegangsmøtet. Pasientene får god tid til å prate, mens fysioterapeutene lytter aktivt, og smått guider samtalen underveis. Under anamnesen ønsker fysioterapeutene å få omfattende informasjon om pasientenes hverdag og totalsituasjon. Informant 1 forklarer hvordan det hjelper vedkommende i å lage tiltak som harmonerer med pasientens hverdag. Informant 3 erfarer at gjennom å vise man genuint er

interessert i pasienten, kan man utjevne den asymmetriske relasjonen mellom terapeut og pasient, noe som kan berike samarbeidet fremover.

Informantene erfarer at frykt, engstelse og angst kan være faktorer som påvirker denne pasientgruppen. Informant 2 mener at mental helse burde spille en større rolle i møte med pasienten - fysioterapeuter må tørre å spørre pasientene hvordan de egentlig har det, ettersom en del gjerne legger ett "glansbilde" over hvordan livet faktisk er. Informantene peker på at trygging har en stor rolle i møte med pasientene, slik at pasientene tør å være åpne og ærlige. Både informant 1 og 3 tar opp at fysioterapeuter har en unik mulighet til å være en trygg støttespiller ettersom de følger opp pasientene over en lenger periode.

"Så kan vi bidra på de rent fysiske tingene, men vi kan også være et godt medmenneske. Å lytte og å bekrefte at «jeg ser dette er tøft for deg». Og da er det ikke så sjeldent at pasientene gir uttrykk for både glede og sorg, tårer, latter – alt mulig. Og det er mye helbredelse som skjer i det. Så det å ha oppfølging av fysioterapeut over tid er veldig mye mer enn bare det å prøve å styrke lårmuskulaturen eller forbedre skulderbevegelighet. For den omsorgen som vi gir er viktig" (Informant 3).

4.3 Pasienttilbudet og fysioterapeutisk tilnærming

4.3.1. Senskadene

Informantene erfarer at senskader etter brystkreft i stor grad avhenger av hvilken, og hvor omfattende, behandling pasientene har fått. Informant 1 forteller at brystkreftpasienter gjerne kan ha flere senskader samtidig. Det er særlig fem senskader som vektlegges av informantene; fatigue, lymfødem, nevropatier, og smerteproblematikk og/eller nedsatt funksjon i overekstremiteten. Videre snakker informantene om senskader som kognitive problemer og redusert fysisk funksjon med påfølgende muskelatrofi og/eller fedme. Informant 2 og 3 nevner også stoffskifteproblematikk, tidlig overgangsalder, og at hjerte- og lungefunksjon kan påvirkes negativt. Informant 3 trekker samt frem at seksuale funksjoner kan bli påvirket, og reflekterer rundt kognitive tilleggsårsaker til fatigue utover selve kreftbehandlingen:

"Men jeg tenker også at den fatiguen handler mye om det traumet det er å få en kreftsykdom. Den trusselen det er på livet, den tror jeg spiller mye inn - men dette er min personlige mening".

4.3.2 Individuelt tilpassede mål

“[...] hvis vi skal hjelpe de til å være mer aktive, så må vi jo prøve å finne ut hvor de er og hva de ønsker? At vi ikke bare trer nedover de et eller annet opplegg som vi tenker alle skal ha. Det må jo tilpasses” (Informant 3).

Informantene fokuserer på det å kartlegge pasientens totalsituasjon og hverdag, men også på deres tanker og mål for tiden fremover. Informant 1 og 2 poengterer at pasientene selv skal utarbeide målsetningene sine, men at de som fysioterapeuter guider dem i prosessen med å sette realistiske og individuelt tilpassede mål. Målene siktes ofte mot å bedre fysisk funksjon, og å komme tilbake til- og håndtere hverdagen sin igjen. Informant 2 tilføyer at det kan gi en følelse av mestring ved at kroppen fungerer og at man føler seg som seg selv igjen.

Vedkommende har hovedfokus på helse og funksjon i målsetting. Dersom pasientene har uhensiktsmessige mål om å bli tynnere og gå raskt ned i vekt, forsøker informanten noenlunde snu pasientenes tankegang. Alle informantene vektlegger at det er viktig at pasientene føler eierskap til målene, som videre kan øke selvstendighet gjennom behandlingsforløpet. Informant 2 tenker at nøkkelpunkter i forhold til målsetting er kunnskapsbaserte anbefalinger, kommunikasjon, trygghet og motivasjon.

4.3.3 Tiltak – ikke belastning

Fysisk aktivitet er ett tiltak alle informantene tar i bruk, og begrunnes med høy evidens. Informant 3 forklarer at aktiviteten som blir gjort regelmessig, er den som har effekt. Informant 1 poengterer at det noen ganger kan være vanskelig for disse pasientene å kontinuerlig være i fysisk aktivitet. Informantene legger vekt på belastningsstyring, og sammen med pasienten ønsker de finne en god balanse mellom aktivitet og hvile - der tiltakene tilrettelegges pasientenes hverdag. Både informant 1 og 3 snakker om hjelp til selvhjelp; pasienten skal hurtig få eierskap over tiltakene og å oppleve selvmestring. De forklarer at dersom det er mye redsel og smerte, kan også noen passive tiltak hjelpe pasienten. Informant 3 presiserer: *“Vi må ikke slutte å ta i pasientene våre. [...] Særlig når de har mye frykt, vondt og plager, er dette sentralt for å komme videre.”* Videre forklarer vedkommende: *«[...] ofte er hands on nødvendig for å komme hands off»*. Informanten

påpeker samtidig at pasientene ikke skal passiviseres slik at de blir avhengige av fysioterapeuten.

I forhold til langvarige smerter og mental helse, snakker informant 2 om kognitiv funksjonsrettet terapi, og hvordan det er et felt fysioterapeuter kan bli bedre på. Informant 2 og 3 tar for seg at kompresjon ved lymfødem er ett viktig tiltak, der informant 2 nevner at dette er nummer én behandling. Ifølge informant 3 er fysioterapeuter gjerne de eneste som kan hjelpe i møte med lymfødem. Informant 2 bemerker at enkelte felter, særlig manuell lymfedrenasje, innen komplett fysikalsk lymfødembehandling er litt utdaterte. Alle informantene formidler at ett sentralt tiltak er å gi råd og tilstrekkelig informasjon til pasientene.

4.3.4 Sikre god pasientinformasjon

Gjennomgående har informantene påpekt viktigheten av god og universal pasientinformasjon, omhandlende senskader og fysioterapi, gjennom hele sykdomsforløpet. Dette for å sikre at pasientene har nødvendig egenkompetanse rundt potensielle senskader, og hvor de kan få hjelp. Informant 1 og 2 har erfart at pasienter opplever at de ikke har fått tilstrekkelig informasjon under sykehusoppholdet, herunder om kreftrelaterte senskader og rehabiliteringstilbudet de kan benytte seg av. De forteller at dette skaper frustrasjon både hos pasient og terapeut. Informant 2 tror at sosioøkonomisk status kan være av betydning for hvem som får hjelp med senskadene, og har erfart at noen pasienter som er henvist - har bedt om dette selv på sykehuset. Informant 3 sier at fysioterapeutene på kreftavdelingen gir informasjon og anbefalinger både pre- og postoperativt, og opplever at pasienter leser seg opp selv og er godt informert. Alle informantene bemerker at det er viktig å ta i betraktning at pasientene har ulik grad av mottakelighet for slik informasjon under selve kreftbehandlingen. Derfor er viktig å spørre hva de sitter igjen med i etterkant.

“Samtidig tror jeg kanskje en del sies, men at under selve behandlingen er pasienten i et modus der man er lite mottagelig for annet enn; «Hvordan er prøvene mine?», «Blir jeg frisk?», og slikt. Derfor tror jeg gjerne at tiden i etterkant er den viktigste” (Informant 2).

Informant 1 forteller at det er et behov for at informasjonen om senskader blir lettere tilgjengelig, også visuelt, på sykehus og institutter, og at det blir en naturlig del av samtaler

med helsepersonell. Vedkommende vektlegger at fysioterapeuter aktivt burde synliggjøre seg selv og tilbudet de har utad.

4.4 Behov for spesialkompetanse

4.4.1 Tverrfaglig samarbeid

Når informantene blir spurt om å fortelle om det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienter med senskader, er dette noe alle vektlegger som veldig viktig. Dette ved at ulike helseprofesjoner kan bidra med sin konkrete kompetanse for å sammen bedre pasientenes helse. De understreker at man optimalt skal kunne kommunisere på tvers av faggrupper og helsetjenestenivå - og dermed gjøre hverandre gode. Informant 3 forteller at fysioterapeuter ofte ser pasienter over lengre tid, og følgelig kan oppdage om enkelte pasienter har ytterligere behov for annet helsepersonell med egnet kompetanse. Overordnet varierer det blant informantene hvor godt de opplever at det tverrfaglige samarbeidet fungerer i praksis. Uavhengig av hvor fornøyde de er, uttrykker alle et behov for ytterligere systematisk tverrfaglig samarbeid for å sikre lik og god informasjonsflyt ut til alle pasientene. Informant 1 benytter ordet “*krysskjema*”, og informant 2 “*sjekklister*”, over et felles ønske om et tverrfaglig kartleggingsverktøy for å kontrollere hva pasientene har fått med seg av informasjon.

4.4.2 Kunnskapsbasert praksis

Forskningsbasert kunnskap og kompetanse er nøkkelord i alle intervjuene. Ifølge informant 2 er det, spesielt innenfor onkologisk fysioterapi, god evidens for tiltakene. Vedkommende forklarer: “[...] vi er nødt til å bruke kunnskapsbaserte anbefalinger. Det skal være grunnlaget for hva vi driver med som fysioterapeuter”. Det blir pekt på at dersom man tar i bruk kunnskapsbaserte anbefalinger, kan det også reflektere positivt på kvaliteten av yrkesutøvelsen fysioterapeuter praktiserer. Informant 3 bemerker at ikke alle brystkreftpasienter er i stand til å delta på forskningsstudier, og derfor må forskning brukes på en god måte. Vedkommende forteller om viktigheten av erfaringsbasert kunnskap i møte med senskadene, eksempelvis lymfødem. Når man gradvis opparbeider seg erfaring - vil det være lettere å vite hvilke tiltak man kan sette i gang. I møte med senskader etter brystkreft har man som fysioterapeut ulike verktøy man kan bruke. Vedkommende forteller

også: *“Fysioterapeuter er viktige for kreftpasientene [...] vi har kompetanse som ikke andre yrkesgrupper har”.*

Informant 1 og 2 bemerker at det kommer til å bli flere kreftoverlevende, og for å være en god ressurs i møte med kompleksiteten innen kreftrelaterte senskader - må man ha en god faglig kompetanse i bunn. Informant 2 uttrykker et sterkt ønske om å få strukturert fysioterapeutisk trening i pakkeforløpet. Vedkommende opplever videre at kunnskap og kompetanse må økes hos helsepersonell, pasienter, og pårørende. For å øke kompetansen til fysioterapeuter i møte med onkologiske pasienter, ønsker informant 1 at det skal komme en egen fagspesifikk utdanning.

5.0 Drøfting

Diskusjonskapittelet er todelt, hvor vi først drøfter metoden og deretter resultatene. Her skal problemstillingen *“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av pasienter med senskader etter brystkreft?”* drøftes i lys av resultatene og litteratur. Vi anser problemstillingen som relativt åpen. Den ble utarbeidet med hensikten om å få størst mulig innblikk i fysioterapeuters erfaringer og deres tilnærming til pasientene. Videre ga en åpen problemstilling mulighet til å ha en følgelig åpen intervjuguide - som ikke snevret seg spesifikt inn på enkelte felt vår forforståelse kanskje ville ansett som viktig. Da kunne vi potensielt ha gått glipp av tema informantene selv har erfart som mest sentrale.

5.1 Metodedrøfting

Reliabilitet betyr pålitelighet, og sikrer kvaliteten i forskningen (Dalland, 2021, s.58). For å styrke reliabiliteten i bacheloroppgaven har vi fokusert på å være transparent i arbeidet vi gjør, og videre sikte på overførbarhet. Transparens omhandler at forskningsmetoden skal være tilgjengelig for innsyn og utfordringer (Malterud, 2017, s.36). Derfor har vi formidlet resultatene, og igjennom metodekapittelet forsøkt å beskrive prosessen, så eksakt som mulig.

5.1.1 Valg av metode og informanter

Ettersom vi ønsket å innhente erfaringsbasert kunnskap benyttet vi kvalitativ metode. For å belyse problemstillingen på best mulig måte gjennomførte vi semistrukturerte individualintervju med tre ulike informanter. Vi anser informantutvalget som en styrke i oppgaven, ettersom de har både lang klinisk erfaring og spesialkompetanse med brystkreftoverlevende. Samtidig kunne fysioterapeuter med annen erfaring fra pasientgruppen tenkelig økt resultatets variasjonsbredde. Det kvalitative intervjuet sikter mot å gå i dybden, derfor falt valget på tre informanter (Dalland, 2021, s.81). På forhånd ønsket vi primært å intervjuer fysioterapeuter som arbeidet ute i klinikken; da forforståelsen vår gjorde at vi trodde fysioterapeuter på sykehuset ikke arbeidet så mye med senskader etter brystkreft. Vi fikk derimot avkreftet dette, og valgte å inkludere en informant som per i dag arbeider på sykehus. Dette førte til at vi også fikk informasjon om erfaringer under selve kreftbehandlingen, som vi erfarer er litt utenfor vår problemstilling. Samtidig lærte vi mye,

og opplever at det kan ha gitt oppgaven ett bredere perspektiv og mer fullstendig innsyn i hele pasientforløpet. Vi ønsket å ha alle intervjuene fysisk, men grunnet geografisk avstand til den ene informanten, var ikke dette oppnåelig. For å likevel kunne til å observere ansiktsuttrykk og kroppsspråk, valgte vi å gjennomføre intervjuet over Zoom. Vi opplever at å ikke bare oppsøke informanter innenfor ett geografisk område kan ha styrket oppgaven vår, da det kan gi ett mer vidtfavnende perspektiv.

5.1.2 Bearbeiding av data og analyse

Vi gjennomførte alle intervjuene i løpet av en uke. Opprinnelig ønsket vi mer tid mellom hvert intervju, men grunnet utsettelse og fulle timeplaner hos informantene var vi fleksible. På tross av kort tid mellom intervjuene rakk vi å transkribere hvert intervju, og reflektere rundt informasjonen vi hadde fått, før neste intervju. På en side det kan sees på som en svakhet at vi ikke hadde bedre tid til å bearbeide datamaterialet, og ytterligere vurdere om intervjuguiden skulle justeres. På en annen side opplevde vi at den korte tiden mellom intervjuene kan ha bidratt til at aktuelle temaer, fra foregående intervju, var ferskere i minnet. Følgelig kan det ha frigjort oss mer fra intervjuguiden, slik at vi enklere kunne stille gode oppfølgingsspørsmål. Samt er intervjuguiden semistrukturert, og ikke en fast mal vi måtte holde oss til.

I analyseprosessen benyttet vi systematisk tekstkondensering, da dette ga oss en innføring i hvordan analyseprosessen av empirisk data kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte (Malterud, 2017, s.97). Gjennom dette arbeidet var også prosjektloggen et viktig hjelpemiddel for vår håndtering av prosessdata. I prosjektloggen skrev vi fortløpende ned refleksjoner og vurderingen underveis, slik at vi lettere kunne se tilbake på overveielser vi hadde gjort og valg vi hadde tatt (Malterud, 2017, s.53). Dette gjorde det lettere for oss å rekapitulere beslutninger og veivalg underveis i prosessen, og kan på den måten ha styrket kvaliteten på vår oppgave ved at vi i stor grad har reflektert rundt valgene vi gjorde underveis. Videre opplevde vi det som en styrke for vår oppgave å være to personer. Malterud (2017, s.100) skriver at *“to er bedre enn en, og tre er bedre enn fire”* omhandlende analyseprosessen. Hun begrunner dette med at det er en stor fordel å gjennomføre analysen sammen med en annen forsker, og at man sammen kan få øye på detaljer og nyanser som en ikke ser alene.

5.1.3 Validitet og refleksivitet

I forskning må man alltid stille spørsmål om metoden man har brukt representerer en logisk vei til kunnskap som belyser problemstillingen (Malterud, 2017, s.192). Vi stiller oss kritiske til kunnskapens gyldighet. Informantutvalget representerer ikke alle fysioterapeuters erfaringer, men vi opplever at dataene bidrar til økt kunnskap. Under intervjuene stilte vi oppfølgingsspørsmål, men da dette var første gang vi hadde intervju, har det sannsynligvis påvirket hvor mange som ble stilt. Det kan ha ført til at vi gikk glipp av potensiell empiri.

Refleksivitet handler om å reflektere og stille spørsmål over eget bidrag i fremgangsmåten og konklusjonen. Det er nødvendig å gå inn i oppgaven med ett åpent sinn med rom for tvil, ettertanker og uventede konklusjoner (Malterud, 2017, s.19). Vi har kontinuerlig vært observante på hva forforståelsen vår er, reflektert over fremgangsmåten og stilt spørsmål til funnene våre. Vi anerkjenner både styrker og svakheter i vår forskningsprosess, hvor vi ikke alltid ser hvilke skjulte spor vår forforståelse har satt i oppgaven.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Skape trygghet i en krevende situasjon

Våre funn viser mange likheter i informantenes helhetlige pasienttilnærming, dette opplever vi som verdifullt for fagutøvelsen. Tilnærmingen kan ses i sammenheng med ICF modellen, som systematisk fokuserer på å fremme ett helhetlig perspektiv over pasientens situasjon (Helsedirektoratet, 2018). Pasientgruppen er takknemlige og motiverte, samtidig som pasientbildene ofte er sammensatte og komplekse. Følgelig krever det at informantene bruker god tid i møte med nye pasienter og aktivt lytter for å sette seg inn i deres totalsituasjon. Dette gjenspeiles i Zulman et al. (2020) sin studie som presiserer viktigheten av å sette seg inn i pasientens sykehistorie, validere pasientens følelser og aktivt lytte – da det spiller en stor rolle i å øke tilstedeværelsen og pasient-terapeut relasjonen.

Under anamnesen gir informantene god tid og rom, slik at man kan skape ett trygt miljø. Dette anser vi som en positiv kontrast til den allmenne oppfatningen av helsevesenet, hvor dårlig tid under både samtale og undersøkelse er et veletablert frustrasjonsmoment. Særlig informant 3 vektlegger å validere pasientens emosjoner. Thornquist (2009, s.125) skriver at å validere og å anerkjenne pasientens følelser har en stor betydning for samarbeidet, trygghet,

og tillit mellom partene. I første møte med pasienten kartlegger informantene også om pasientene har noen psykiske reaksjoner. Kreftpasienter har økt sjanse for å få psykiske reaksjoner etter kreftbehandling som depresjon, angst og traumereaksjon (O'Toole, 2020, s.122). Reaksjonene kommer gjerne etter behandlingen er over, noe informant 2 også erfarer. Vedkommende vektlegger at man må tørre å spørre hvordan pasienten faktisk har det, og ikke bare se det fysiske, men også det psykiske og sosiale.

Uavhengig av hvordan man møter pasienter, finnes det alltid en asymmetrisk relasjon mellom terapeuten og pasienten (Thornquist, 2009, s.30). Informant 3 erfarer at ved å vise en genuin interesse vil man utjevne asymmetrien mellom partene. Når man lærer å kjenne pasienten, har man en unik anledning til å gi pasientene en trygg arena, og videre styrke relasjonen (Informant 2). Trygghet er ett nøkkelord i møte med pasientene, og ettersom fysioterapeuter har mulighet til å følge pasienter over lenger tid, vil man også få mulighet til å være en trygg person for brystkreftoverleverne. Informant 1 kan følge pasienter over to-tre år, da enkelte pasienter uttrykker behov for tryggheten etablert underveis i behandlingen. På en annen side snakker informant 2 og 3 om at man ikke skal gjøre pasientene avhengig av fysioterapi, og at det ikke er noe man skal gå til resten av livet. Gjennom intervjuene erfarer vi at informantene bevisst ser pasienten i ett biopsykososialt perspektiv, og følgelig klarer å se hele mennesket. Samtidig får vi inntrykk av at skjønn spiller en stor rolle inn i å finne en god balanse for hvor lenge oppfølging skal vare.

5.2.2 Pasienttilbudet og fysioterapeutisk tilnærming

Fatigue, lymfødem, nevropatier, og smerteproblematikk og/eller nedsatt funksjon i overekstremiteten er senskadene informantene så mest av. Dette er hovedsakelig somatiske senskader knyttet til kreftbehandlingen, men informant 3 opplever at fatiguen også i stor grad kan handle om den traumatiske opplevelsen det er å få en kreftsykdom.

Helsedirektoratet (2020a, s.28) bruker katastrofetanker som eksempel på en faktor som kan være symptomvedlikeholdene ved kreftrelatert fatigue. Likedan har informantene erfart at pasientene kan slite med bekymringer for tiden fremover. Dette vektlegger ytterligere deres erfaringer med at denne pasientgruppen er sammensatt og kompleks. Informantens store fokus på mental helse innunder senskader var mer omfattende enn vår forforståelse tilsa, og er noe vi anser som et interessant og givende funn. Fokuset på mental helse er

relevant ettersom kreftoverleverer har økt risiko for å utvikle psykisk sykdom, og det er sentralt for helsepersonell å ha kompetanse om kjennetegn ved psykiske reaksjoner (O'Toole et al., 2020, s.122). På bakgrunn av dette er det essensielt for onkologiske fysioterapeuter, uten å gå ut over sin profesjon, å se funksjon i et større perspektiv enn det rent somatiske.

Sett i sammenheng med den helhetlige tilnærmingen; er det avgjørende å utarbeide meningsfulle mål og tilpasse tiltak i samråd med brystkreftpasientene. Det er varierende hvor detaljert informantene beskriver målsettingsprosessen. Informant 1 og 2 meddeler at pasientene selv skal sette målene, og at fysioterapeutene hjelper dem på veien med å finne realistiske og individuelt tilpassede mål. Hovedmålene er tilsynelatende rettet mot å bedre fysisk funksjon og følgelig lindre senskadene, og å selvstendiggjøre pasientene i deres hverdag. Informant 3 utdyper ikke hvordan målsettingsprosessen foregår. Dette kan muligens ha med å gjøre at vedkommende arbeider på sykehus, og i større grad har fastsatte prosedyrer omhandlende mål for brystkreftoverleverne. Dette er dog en antakelse fra vår side, og tenkelig noe vi burde spurt respektive om i etterkant. Samtidig vektlegger informant 3 at pasientens meninger og tanker er viktige å kartlegge. Nettopp brukermedvirkning er et sentralt begrep i kunnskapsbasert praksis, noe alle informantene synes å ha stort fokus på under målsetning. Herunder skal pasientens egne syn og meninger vektlegges i beslutningene. For at pasientene best mulig skal kunne utarbeide målsetninger, er det sentralt at de har god kunnskap og har fått tilstrekkelig informasjon (Jamtvedt et. al, 2015, s.27).

Nødvendigheten av god pasientinformasjon kommer tydelig frem i alle intervjuene, og styrkes ytterligere av Kreftregisterets årsrapport (2022a, s.96). I rapporten står det at 30% av kvinner med brystkreft opplever å i liten grad/ikke i det hele tatt få tilstrekkelig informasjon om mulige seneffekter av brystkreftbehandlingen. Kreftregisteret skriver videre at det fremover i større grad burde vektlegges å gi informasjon om senskader. Dette gir også informantene uttrykk for, men vi synes det er interessant at de samtidig bemerker at det er vesentlig å ta pasientenes grad av mottakelighet av informasjon under selve kreftbehandlingen, i betraktning. Informant 1 tror derfor at tiden i etterkant er den viktigste. At informant 3 forteller at pasientene på sykehuset får informasjon både pre- og

postoperativt, kan styrke denne oppfatningen. Slik vi ser det, vil dette tenkelig kunne legge et større ansvar for god informasjonsformidling om senskader over på fysioterapeuter ute i klinikken - som skal møte disse pasientene etter endt kreftbehandling. Det faktum at informant 2 tenker at sosioøkonomisk status kan ha betydning for hvem som får hjelp eller ikke, problematiserer dette ytterligere. Dette ved at selv om pasienter får informasjon på sykehuset, kan de videre risikere å ikke få den hjelpen de behøver senere i forløpet. Her anser vi informant 1 sin uttalelse om at fysioterapeuter må bli flinkere på å synliggjøre seg utad som ytterst relevant - ettersom økt synlighet kan bidra til at flere pasienter med senskader, uavhengig av sosioøkonomisk status, i større grad vet hvor de kan oppsøke nødvendig hjelp.

Å gi pasientene tilstrekkelige informasjon og gode råd omhandlende senskader er altså sentrale tiltak hos alle informantene. Samt er fysisk aktivitet ett tiltak alle informantene implementerer i behandlingen - så fremt det ikke blir en belastning. Dette begrunnes med høy evidens, noe vi også ser i teorien. Tilrettelagt trening anbefales brystkreftpasienter, og har positiv effekt på skulderfunksjonen, generell fysisk funksjon, helse relatert livskvalitet, smerte, overvekt, og reduserer osteoporose og fatigue (Nesvold, 2016, s. 35,37). Det kommer frem at informantene ikke ønsker å passivisere og gjøre pasientene avhengige av fysioterapeuten - men heller ønsker å fremme langsiktig selvstendigjøring. Imidlertid anser vi informant 1 og 3 sine tanker om å også implementere passive tiltak, særlig i begynnelsen, som interessante. Informant 3 forteller at det ofte er nødvendig å være hands on for å komme hands off. Massasje kan på kort sikt bidra til smertelindring og dempe engstelse og fatigue. Manuell lymfedrenasje kan også virke smertedempende (Nesvold, 2016, s. 35).

Innunder KFL, er manuell lymfedrenasje noe informant 2 stiller seg kritisk til at fremdeles i stor grad praktiseres – og peker på motstridende forskning. En systematisk oversikt viser at manuell lymfedrenasje ikke signifikant reduserer eller forebygger lymfødeme hos brystkreftopererte pasienter (Liang et al., 2020). Samtidig pekes det på behov for videre forskning på feltet. Folkehelseinstituttet (tidligere: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten) publiserte allerede tilbake i 2009 en rapport hvor ett resultat var: *“Det er fortsatt usikkert om manuell lymfedrenasje gir noen ytterligere effekt ut over generell*

behandling med kompresjonsbandasje” (Juvet et al., 2009, s.4). Disse funnene problematiserer manuell lymfedrenasje som et evidensbasert tiltak, og vi som fysioterapistudenter stiller derfor spørsmål ved at dette fremdeles er implementert i vårt studieløp. På en annen side kan slike strykninger tenkelig anses som massasje, som fremmer avslapning og trygging. Da mener vi det viktigste er å gi realistiske forhåpninger til pasienten om hva behandlingen kan bidra med.

5.2.3 Behov for spesialkompetanse

Informantene er samstemte i at det tverrfaglige samarbeidet rundt brystkreftoverleverne er essensielt, men det varierer hvor godt de opplever at det fungerer i praksis. Informant 3 påpeker at gjennom ett helhetlig perspektiv av pasientens nåværende situasjon, vil det være enklere å koble på andre aktuelle yrkesgrupper. Informant 1 og 2 har et felles ønske om at helsepersonell systematisk skal kartlegge hva pasientene har fått med seg av informasjon. Det kan tenkes at et sjekklister-system potensielt kan føre til et mer likeverdig og sikkert pasientforløp, ved at risikoen for at noen pasienter ikke får tilstrekkelig informasjon minskes.

I resultatet kommer det frem at kunnskap og kompetanse har en sentral plass i yrkesutøvelsen. Informant 1 opplever at man må ha en god nok grunnkunnskap for å kunne ivareta kompleksiteten til pasientgruppen. Informant 2 erfarer at kunnskap blant pasienter og pårørende, samt helsepersonell må økes. Vedkommende understreker viktigheten av å bruke kunnskapsbasert praksis når den er tilgjengelig, da det kan øke kvaliteten av yrkesutøvelsen. Informanten mener også at det onkologiske fagfeltet er ett av få felter med god evidens innenfor fysioterapi. Denne påstanden stiller vi spørsmål til i etterkant, da vi erfarer, gjennom undervisning og praksis, at fysioterapi kan bidra positivt for mange pasientgrupper. Kunnskapsbasert praksis skal sikre pasientsikkerheten og god kvalitet i yrkesutøvelsen (Jamtvedt et. al, 2015, s. 22-23). I en artikkel av Campbell (et al., 2019) kommer det frem at trening er både trygt og anbefalt, for kreftpasienter. De fant nok evidens til å konkludere med spesifikke doser av aerob- og styrketrening, og en kombinasjon av disse. Samtidig peker informant 3 på at de som deltar i forskningsstudiene er de som er i stand til det, så vi må huske å bruke forskningen på en bevisst måte. Selv om forskning er sentralt, poengterer vedkommende at erfaringsbasert kunnskap er viktig for pasientene,

blant annet ved lymfødem. Informant 2 er derimot oppmerksom på hvilke tiltak det er kultur for å bruke i møte med lymfødem og hvorvidt de er evidensbaserte. Erfaringsbasert kunnskap er grunnleggende i fysioterapiutøvelse, men det kan føre til feilslutninger dersom man bedømmer om «noe» forårsaker «noe annet» (Jamtvedt, et al., 2015, s.17).

For å øke kompetansen innenfor onkologisk fysioterapi, mener informant 1 at det må komme en fagspesifikk utdanning. Informanten opplever det er ett behov, ettersom forekomsten av kreftpasienter og –overlevende øker (Kreftregisteret, 2022b). Videre ser informant 2 ett stort behov for å implementere strukturert fysioterapeutisk trening i pakkeforløpet. Pakkeforløpet skal heve kvaliteten, og gi pasienten ett helhetlig, godt organisert og forutsigbart forløp. Det skal individuelt vurderes pasientens behov for fysioterapi - men vi anser det potensielt som mangelfullt at det ikke utdypes hvordan, eller av hvem, denne vurderingen tas. I pakkeforløpets kapittel om rehabilitering nevnes kort fysisk aktivitet, rehabiliteringsprogrammer og lymfødembehandling (Helsedirektoratet, 2016a). På en side oppleves det positivt at det står om fysisk aktivitet som ett tilbud. På den andre siden kan det diskuteres om å nevne det gir tilstrekkelig oversikt for å sikre videre rehabilitering, både for fagutøvere og pasienter. På bakgrunn av våre foregående funn, og at det er behandling gitt for mange år siden er grunnlaget for dagens kunnskap om senskader (Helsedirektoratet, 2020a, s.8) - ser vi et behov for mer forskning på behandling av senskader.

6.0 Konklusjon

Formålet med denne bacheloroppgaven var å rette søkelys på, og tilegne oss kunnskap om, fysioterapeuters erfaringer med behandling av pasienter med senskader etter brystkreft. I møte med brystkreftoverlevende påpeker informantene ulike faktorer som påvirker både pasient-terapeut relasjonen, og behandlingsforløpet. Det fremkommer en enighet om å bruke god tid, lytte og vise genuin interesse. Da vil man bedre kunne trygge, individualisere, og tilrettelegge behandlingsforløpet for en kompleks pasientgruppe – som kan slite mentalt så vel som fysisk. Det blir belyst viktigheten av meningsfull utforming av mål og tiltak, hvor brukermedvirkning og selvstendigjøring vektlegges. Det ble funnet ulikheter i informantenes anvendelse av passive tiltak. Derimot er ett gjennomgående tiltak fysisk aktivitet, noe som underbygges av forskning og litteratur. Videre kommer det frem at man må anvende tilgjengelig forskning, og ved å benytte kunnskapsbasert praksis kan man øke kvaliteten av yrkesutøvelsen. Det uttrykkes et ønske om å videre styrke det tverrfaglige samarbeidet – blant annet for å kryssjekke hvilken informasjon pasienten sitter igjen med etter brystkreftbehandlingen.

Vi sitter igjen med større forståelse, og innsikt, i hvordan man skal møte brystkreftoverlevende og øvrige komplekse pasientgrupper. Dette anser vi som positiv og givende lærdom for vår videre fagutøvelse. Vi håper denne oppgaven kan belyse belastningen pasientene kan gjennomgå ved å bli kreftfri - men fremdeles ikke være friske. En kreftdiagnose er en stor trussel på livet, og vi har fått stadfestet at et biopsykososialt perspektiv er essensielt for å gi ett helhetlig behandlingstilbud. Likeledes håper vi at oppgaven fremstiller viktigheten av onkologisk fysioterapi i et samfunn hvor krefttilfeller årlig øker. For veien videre håper vi at bacheloroppgaven kan formidle informantenes ønske om å utarbeide en fagspesifikk onkologisk utdanning, at fysioterapeutens rolle vil bli tydeliggjort i pakkeforløpet, og at kunnskapsbasert praksis ytterligere legges som grunnlag i videre fagutøvelse.

Litteraturliste

- Bautz-Holter, E. (2014). Rehabilitering. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 390-407). Cappelen Damm Akademisk.
- Campbell, K. L., Winters-Stone, K. M., Wiskemann, J., May, A. M., Schwartz, A. L., Courneya, K. S., Zucker, D. S., Matthews, C. E., Ligibel, J. A., Gerber, L. H., Morris, G. S., Patel, A. V., Hue, T. F., Perna, F. M., & Schmitz, K. H. (2019). Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Medicine and science in sports and exercise*, 51(11), 2375–2390.
<https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002116>
- Dahl, A. A. (2014). Grunnlaget for psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 31-44). Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Eckhoff, L., Knoop, A., Jensen, M. B., & Ewertz, M. (2015). Persistence of docetaxel-induced neuropathy and impact on quality of life among breast cancer survivors. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*, 51(3), 292–300.
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2014.11.024>
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2016a, 18. januar). 5. *Oppfølging og kontroll av brystkreft*
<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/brystkreft/oppfolging-og-kontroll-av-brystkreft#rehabilitering>
- Helsedirektoratet. (2016b, 1. august). *Om pakkeforløpet*.
<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/brystkreft/om-pakkeforlopet>
- Helsedirektoratet. (2018, 25. juni). *Bruk av kodeverk – Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)*.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/bruk-av-kodeverk-internasjonalt-klassifisering-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse-icf>
- Helsedirektoratet. (2020a, 21. april). *Seneffekter etter kreftbehandling* (Bestillingsnummer: IS-2872). Helsedirektoratet, avdeling spesialisthelsetjenester.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf

Helsedirektoratet. (2020b, 10. desember). *Behandling av brystkreft – Hovedgrupper av behandlingsforløp*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/brystkreft/behandling-av-brystkreft#hovedgrupper-av-behandlingsforlop>

Helsedirektoratet. (2023, 11. januar). *Brystkreft – handlingsprogram*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/brystkreft-handlingsprogram>

Jacobsen, D., Kjeldsen, S., Røise, O., Toverud, K., Buanes, T., & Ingvaldsen, B. (2021). *Sykdomslære Indremedisin, kirurgi, anestesi, akutt- og intensivmedisin* (4. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.

Jamtvedt, G., Hagen, K. B. & Bjørndal, A. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi: Metoder og arbeidsmåter* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Juvet, L. K., Elvsaas, I-K. Ø., Leivseth, G., Anker, G., Bertheussen, G. F., Falkmer, U., Fors, E.A., Lundgren, S., Oldervoll, L.M., Thune, I., Norderhaug, I. N. (2009) *Rehabilitation of breast cancer patients*. Rapport fra Kunnskapscenteret nr 02–2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0902_brystkreftrehabilitering.pdf

Kreftforeningen. (2023a, 2. februar). *Brystkreft*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/brystkreft/>

Kreftforeningen. (2023b, 27. mars). *Senskader etter kreftbehandling blant voksne*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader-voksne/>

Kreftregisteret. (2022a, mai). *Årsrapport 2021 med resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft* (ISBN: 978-82-473-0106-7). <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2022/arsrapport-2021-nasjonalt-kvalitetsregister-for-brystkreft.pdf>

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

Liang, M., Chen, Q., Peng, K., Deng, L., He, L., Hou, Y., Zhang, Y., Guo, J., Mei, Z., & Li, L. (2020, 4. desember). Manual lymphatic drainage for lymphedema in patients after breast cancer surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*, 99(49), e23192. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023192>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget

- Nesvold, I. L. (2016). Fysioterapi ved ulike kreftdiagnoser: Brystkreft. Frantzen, T. L., Nesvold, I. L., & Tagholdt, K. L. (Red.), *Fysioterapi til kreftpasienter* (s. 34–38). Norsk Fysioterapeutforbund, faggruppen for onkologi og lymfologi.
- O´Toole, M. S., Tauber, N. M., Nissen, E. R. (2020). Psykologiske reaksjoner blandt personer behandlet for kreft. I B. Zachariae & M. Y. Mehlsen (Red.), *Livet etter kreft* (s.122-132). FADL´s Forlag.
- Reinertsen, K. V., Cvancarova, M., Loge, J. H., Edvardsen, H., Wist, E., & Fosså, S. D. (2010). Predictors and course of chronic fatigue in long-term breast cancer survivors. *Journal of cancer survivorship: research and practice*, 4(4), 405–414.
<https://doi.org/10.1007/s11764-010-0145-7>
- Roald, B., Sauer, T. & Klepp, O. (2023, 6. januar). *Kreft*. Store Medisinske Leksikon.
<https://sml.snl.no/kreft>
- Schlichting, E., Klepp, O., Hofslie, E. & Jernberg Engstrøm, M. (2023, 20.mars). *Brystkreft*. Store medisinske leksikon på snl.no. <http://sml.snl.no/brystkreft>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Zulman, D. M., Haverfield, M. C., Shaw, J. G., Brown-Johnson, C. G., Schwartz, R., Tierney, A. A., Zions, D. L., Safaeinili, N., Fischer, M., Thadaney Israni, S., Asch, S. M., & Verghese, A. (2020). Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter. *JAMA*, 323(1), 70–81.
<https://doi.org/10.1001/jama.2019.19003>

Vedlegg

Vedlegg 1 – Informert samtykkeskjema

Vil du delta i bachelorprosjektet

Kreftfri, men ikke frisk. Fysioterapeutens erfaring med pasienter med senskader etter brystkreft.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med behandling av senskader etter brystkreft. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er to studenter ved fysioterapiutdanningen på Høgskulen på Vestlandet, fakultet for helse og sosialvitenskap, institutt for helse og funksjon. Formålet med dette prosjektet er å få en dypere innsikt i fysioterapeutens erfaring med tilnærming/behandling av senskader hos personer som har/har hatt brystkreft og som har gjennomgått en kreftbehandling. I tillegg vil vi også forsøke å belyse fysioterapeutens rolle og oppgaver i en slik rehabiliteringsprosess, samt om rehabiliteringstilbudet pasientgruppa har tilbud om i dag er tilstrekkelig. Det er også ett formål å bidra til større kunnskap rundt dette temaet. Dette gjennom å åpne for kunnskap forankret i informantens erfaringsbakgrunn, og å få rikest mulig beskrivelser med konkrete eksempler og fortellinger.

Vi skal belyse problemstillinga ved å bruke kvalitativ metode. Vi vil intervju tre fysioterapeuter som har erfaring med behandling av personer som har senskader etter brystkreft. Intervjuene vil enten bli avholdt fysisk eller digitalt. Problemstillinga vi skal analysere i oppgaven er: ««Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av pasienter med senskader etter brystkreft?»»

Dette prosjektet vil utgjøre en bacheloroppgave i fysioterapi.

Opplysningene som samles inn skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette prosjektet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut og har erfaring med pasienter som har fått senskader etter brystkreft.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema. De viktigste/overordnede spørsmålene i intervjuet vil omhandle din bakgrunn og erfaringer med å jobbe med pasientgruppen, organisering av tilbudet, dine oppgaver og din rolle, hvilke tiltak som tas i bruk, hvilke utfordringer du har møtt, samt dine tanker om tilbudet for pasientgruppen. Det vil ta deg ca. 30-60 min. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun vi som student vil ha tilgang til dataene.

Lydopptaket vil lagres i passordbeskyttet pc, og slettet etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data.

Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (senest ved utgangen av august 2023).

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Bachelorstudent:
- Bachelorstudent:
- Veileder:
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig førsteamanuensis Mona K. Aaslund, mokra@hvl.no
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, personvernombudet@hvl.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjeneste sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Intervjuguide

Problemstilling:

“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av pasienter med senskader etter brystkreft?”

Studentene informerer om tidspunkt og dato. Informanten presenterer seg med navn, alder og arbeidsplass.

Innledende spørsmål: utdanning og erfaring

1. **Kan du kort fortelle om din utdanning, og din bakgrunn som fysioterapeut?**
 - a. Eventuell videreutdanning og kurs?
2. **Hvilken erfaring har du med å jobbe med pasienter som har senskader etter brystkreft?**
 - b. Hvor lenge har dette vært en pasientgruppe for deg?
 - c. Kan du fortelle litt om hvordan du synes det er å jobbe med denne pasientgruppen?

Informantens opplevelser og erfaringer med å jobbe med pasientgruppen

3. **Hva opplever du de mest utbredte senskadene etter brystkreft? Ser du noen sammenheng mellom ulike kreftbehandlinger og ulike senskader?**
4. **Kan du fortelle litt om hvordan første møte med pasientene er?**
 - a. Anamnese og undersøkelse?
5. **Kan du fortelle litt hva du legger vekt på i utarbeidingen av tiltak for pasientene?**
 - a. Hva er målet med de fysioterapeutiske tiltakene?
 - b. Aktiv eller passiv tilnærming?
6. **Hva opplever du er pasientenes forventninger til fysioterapi?**
 - a. Kan du utdype litt om motivasjon hos pasientene?
 - b. Hva med utfordringer?
7. **Har du lyst til å dele spesifikke hendelser/eksempler med denne pasientgruppen?**

Pasienttilbudet

8. **Kan du beskrive organiseringen av behandlingstilbudet for denne pasientgruppen hos dere?**
 - a. Er pasientene henvist (evt. henvisningsårsak?) eller oppsøker de deg selv?
 - i. Når i forløpet møter du pasienten?
 - ii. Ser du noe sammenheng i pasientenes sosioøkonomiske status?
 - b. Er det flere faggrupper involvert i et tverrfaglig samarbeid?
 - i. Fysioterapeutens rolle i dette?
9. **Kan du fortelle litt om dine erfaringer og tanker om det overordnede rehabiliteringstilbudet denne pasientgruppen har i dag?**
 - a. Opplever du at pasientene har fått tilstrekkelig informasjon om senskader og mulige tilbud etter sykehusopphold og endt pakkeforløp?
 - b. Ser du behov for en endring i dagens tilbud for pasientgruppen?

Avslutningsvis

10. **Hvis du skal oppsummere kort, hva tenker du er de viktigste elementene i en fysioterapeutisk tilnærming til pasienter med senskader etter brystkreft?**
11. **Er det noe du ønsker å tilføye som vi ikke har snakket om og du tenker er relevant for vår oppgave?**
12. **Kan vi kontakte deg dersom det er andre opplysninger vi behøver oppklaring i?**

Vedlegg 3 – Utdrag fra analyseprosessen

Tabell 1: Vedlegg 3: Utdrag fra analyseprosessen:

Meningsbærende enheter	Kondensat	Subgruppe
<p>“I møte med brystkreftpasienter har jeg ofte på forhånd, via telefon, avklart at den første timen eller to hovedsakelig skal brukes til å snakke sammen. Der jeg sier: «Jeg skal bli kjent med deg for at de tiltakene vi skal legge opp, blir så tilpasset deg som mulig.»” (informant 1)</p> <p>“Så det med mental helse tror jeg det snakkes altfor lite om, i forhold til depresjon og angst i etterkant. [...] Så jeg sier alltid til mine pasienter «kommunikasjon det er nøkkelen til suksess».” (informant 2)</p> <p>“Så kan vi bidra på de rent fysiske tingene, men vi kan også være et godt medmenneske. Å lytte og å bekrefte at “jeg ser at dette er tøft for deg”. Og da er det ikke så sjeldent at pasientene gir uttrykk for både glede og sorg, tårer, latter - alt mulig.” (informant 3)</p>	<p>Først og fremst er det viktig å forberede seg, og sette av god tid til pasienten. De skal få snakke, og jeg skal aktivt lytte og smått guide de gjennom anamnesen. Videre er det sentralt å fokusere på hele mennesket, og at jeg tørr å spørre om det mentale - så vel som det fysiske. Dersom jeg klarer å tilrettelegge og tilpasse, vil det bidra til økt tillit, trygghet og relasjonsbygging over tid. Å betrygge pasientene kan også gi ekstra motivasjon. Som jeg pleier å si; "Kommunikasjon er nøkkelen til suksess!"</p>	<p>Den trygge støttespilleren</p>

Vedlegg 4 – Transkripsjon intervju 1

Informant: I**Student 1: S1****Student 2: S2**

S1: Først av alt så vil vi vite litt mer om din utdanning og erfaring. Har du lyst til å fortelle litt om utdanning og din bakgrunn som fysio?

I: Ja! Jeg ble jo ferdig utdannet ved [universitet] i 2009. Og da ble jeg introdusert for det onkologiske fagfeltet under turnustjenesten min ved en kreftavdeling. Den ene veilederen min der, som var kreftfysioterapeut, sa: *“Er du taktisk i årene som kommer nå, så går du den retningen, for da det jobbmuligheter å få som fysioterapeut.”* Så det gjorde jeg. Da tok jeg NFF sin kursrekke i onkologi. Jeg tok kurset til skandinavisk forum når det gjelder lymfødembehandling. Jeg tok etter hvert en mastergrad i ved [universitet] i fysioterapi, hvor jeg skrev om [spesifikt tema omhandlende senskader etter kreft]. Jeg sitter også i en faggruppe for [spesifikt felt].

S1: Oi, jaha.

I: Jeg har også tatt kurs i undersøkelser og behandling av brystkreftopererte, og ellers diverse kurs innen smerteproblematikk, tendinopatier, og så videre.

S1: Ja veldig mye relevant.

I: Ja, det er jo det, men problemet er jo at de har jo ikke en egen fagspesifikk kreftutdanning for fysioterapeuter i Norge i dag. Så det er noe vi håper at kan skje da. Jeg har jobbet alt i alt cirka 13 år som fysioterapeut. Der 8 av de har vært på fysikalsk institutter hvor jeg hovedsakelig har jobbet med denne pasientgruppen, og resterende på fordelt på rehabiliteringssenter og kreftavdelinger på sykehus.

S1: Ja, er det der du jobber nå og?

I: Inntil nylig har jeg jobbet ved ett palliativt team det har jeg, men jeg har lengst fartstid fra fysikalsk institutt - så jeg tenker jeg vil svare på spørsmålene deres i tråd med institutthverdagen min.

S1: Ja, så du har jobbet med denne pasientgruppen siden turnustjenesten?

I: Grovt sett så kan man si at jeg har arbeidet fast med denne pasientgruppen siden 2013.

S1: Jaha!

I: Ja, men jeg begynte allerede så smått fra turnustjenesten. Det var der jeg fikk gode råd og veiledning.

S1: Har du lyst til å fortelle litt om hvordan du synes det er å jobbe med denne pasientgruppen?

I: Jeg blir jo ofte møtt av fysioterapikolleger som kanskje ikke jobber med det feltet *«oi det må jo være en tung gruppe å jobbe med»*. Men vet dere hva jeg synes? Det har kanskje vært

en av de mest motiverende pasientgruppene å jobbe med. Det er veldig meningsfylt for meg å jobbe med dem, fordi de er veldig motiverte og takknemlige for hjelp. Det kan ha noe med situasjon de har kommet i, og at det er et slags veiskille. De vil jo gjøre alt de kan for å bli friske og komme tilbake til sin gamle hverdag igjen. Det kan jo ha noe med det å gjøre. Så alt i alt er det en veldig takknemlig gruppe å jobbe med

S1: Så bra! Vi er jo veldig interessert i det med senskader etter brystkreft, og hva opplever du de mest utbredte senskadene hos pasientene du møter?

I: De kvinnene som har kommet til meg med brystkreft kommer jo først og fremst på grunn av smerteproblematikk i affisert arm, overekstremitet, overkropp, og lymfødem problematikk. Og så er det kreftrelatert fatigue. I kjølvannet av det, ser man at en følge er redusert fysisk form og –funksjon. Men kreftrelatert fatigue, smerteproblematikk og lymfødem vil jeg trekke fram som mine hyppigste opplevelser.

S1: Ja, men ser du en sammenheng mellom hvilken behandling de har fått og hvilke senskader pasientene har?

I: Ja det jeg har sett i de årene jeg har jobbet, er at jo mer uttalt behandling de har fått, jo flere komponenter, som for eksempel om en pasient har hatt kirurgi, kjemoterapi, strålebehandling, hormonterapi - jo mer uttalte senplager ser jeg at de har. Hvis jeg fragmenterer det litt opp til de jeg møter under kreftbehandling, så er det jo ofte det her med fatigue og tretthet som kommer frem. Og nevropatier på grunn av cellegiftbehandlingen. Etter hvert når de er litt godt ut i kreftbehandlingsforløpet, og nærmer seg ferdig, så kommer det litt med den smerteproblematikken. For eksempel på grunn av kirurgien, og kanskje strålebehandlingen, som har gjort noe i forhold til vevet.

S2: Ja, mhm.

I: De har kanskje vært mindre aktive, ikke sant, og endret bevegelsesmønsteret. Og da er som oftest en smerteproblematikk som kommer fram og gjør at de tar kontakt. En stor gruppe man møter er de som kommer etter avsluttet behandling og skal tilbake til hverdagen sin igjen. Da er det gjerne kreftrelatert fatigue, og gjerne mental fatigue, som er en stor utfordring i forhold til det å komme tilbake til arbeidsoppgavene, skal håndtere unger og aktiviteter. Så det her er belastningsstyring jobber jeg veldig mye med i forhold til den gruppa. For du kan dele litt inn i faser også.

S1: Men du møter pasienter i veldig forskjellige faser, sånn som jeg forstår, både under behandling og etter. Men hvordan møter du brystkreftpasienter- hvordan er det første møtet med dem?

I: Da kan jeg ta dere litt kort gjennom en litt typisk anamnese og undersøkelsessituasjon.

S1: Ja gjerne!

I: I møte med brystkreftpasienter har jeg ofte på forhånd, via telefon, avklart at den første timen eller to hovedsakelig skal brukes til å snakke sammen. Der jeg sier: *“Jeg skal bli kjent med deg for at de tiltakene vi skal legge opp, blir så tilpasset deg som mulig”*. Da er vedkommende klar over dette når de kommer til første time hos meg. Da skal vi

hovedsakelig snakke sammen, og så skal vi undersøke kanskje andre eller tredje time. Da er jeg nysgjerrig på å la pasienten få prate mest mulig, men jeg guider dem ved å spørre om de har utført brystbevarende kirurgi eller mastektomi. Jeg lurer på hvor lenge det er siden kirurgi, når det gjelder sårtilheling og belastnings restriksjoner. Og så er jeg nysgjerrig på om det er en såkalt høyrisiko pasient når det gjelder lymfødem i arm. Det er for eksempel hvis det er fjernet veldig mange lymfeknuter i axillen, eller det er utført stråling i axillen, eller de kanskje er overvektige. Og så er jeg nysgjerrig på hvilken type kemoterapi de har fått. For eksempel taxaner. Taxan behandling vet vi kan trigge en ødemtilstand. Videre er jeg nysgjerrig på å høre om de har noen bivirkninger av en eventuell cellegift, altså som typen nevropatier, kvalme, fatigue. Har de etter operasjonen hatt noen serom, smerte, infeksjon, eller andre komplikasjoner? Også jeg er nysgjerrig på det her med ADL, om aktiviteter i hverdagen deres, om det er noen opplevde begrensninger de har der? Hvordan var aktivitetsnivået før kreftdiagnosen og behandlingen? Har de noen tilleggssykdommer? Og til slutt om hvordan om de er fortsatt i jobb og hvilken type jobb og ikke minst hva som er det viktigste for dem i forhold til det å ha god livskvalitet? Hva er det som gir dem god energi? Det er oppsummerende det jeg ønsker å trekke ut av anamnesen, det som blir viktig for meg, og styrende for meg videre. Hovedfokus i brystkreftrehabilitering etter operasjonen er ellers å øke range of motion, og å øke den fysiske funksjonen av overekstremiteten. Så undersøkelsen da ... hvis dere ønsker jeg bare skal gå litt kjapt igjennom hva jeg grovt sett tester?

S1 og S2: Ja takk!

I: Så går det jo selvfølgelig på range of motion i skuldre, nakke, og rygg. Så undersøker jeg kanskje nevrodynamiske tester av overekstremiteter, dette hvis pasienten rapporterer symptomer på utstrålende ubehag i arm, fingre, spenninger i nakke og overekstremiteter. Og så går det litt på det med pasientrapporterte spørreskjemaer, i forhold til dette med nevropatier. Hvis de rapporterer noe form for det. Særlig i forbindelse med cellegift. Jeg vil gjøre noen muskelstyrke tester og funksjonelle tester. Det er jo særlig viktig for de som er under kreftbehandling. Vi vet jo det at sarkopeni og tap av mye skjelettmuskulatur, korrelerer veldig med dårlig prognose for kreftpasienter. Så det er viktig for meg å kartlegge. Og muskelstyrketester for overkropp, men også underkropp selv om det er brystkreftpasienter. 6 min walking test det er noe som jeg liker i forhold til total gangdistanse. Det sier noe om deres dekondisjonering. Og sit-to-stand synes jeg også er fin. Ellers spørreskjema i forhold til å kartlegge kreftrelatert fatigue. Spørreskjema som går på det her med funksjonssvikt og symptomer i overekstremitet da synes jeg for eksempel DASH questionnaire er fin. Og til slutt, hvis de nevner noe om søvn. Vi vet jo at søvnkvalitet er viktig i forhold til den her gruppen med tanke på restitusjon og behandlingskvalitet. Så pittsburg sleep quality indeks bruker jeg en del. Og hvis de nevner noe ødem problematikk eller noe tyngdefølelse i arm, så kartlegger jeg i forhold til det her med kreftrelatert lymfødem og eventuelle omkretsmålinger. Så det er en grovkisse over hva jeg trekker frem i en undersøkelse.

S1: Ja, for det er jo ganske mange ting som kan skje etter en omfattende behandling.

I: Veldig mye, og det som du påpeker her er kjempeviktig, fordi det med kreftpasienter og brystkreftpasienter - det er så komplekst, det de kan sitte igjen med av senplager. For ofte er det jo ikke bare en senplage, det flere ting de har på en gang. Som vi fysioterapeuter må

håndtere i klinikken, ikke sant. Og så må vi jo ha den faglige kompetansen i bunn til å kunne vite hvilke seneffekter det gjelder. Onkologi, altså kreftlære generelt, men også det her med å møte pasientene på en god måte. Trygging og god informasjon blir også veldig viktig.

S1: Men når du har gjennomført den undersøkelsen og anamnesen, hvordan går du videre til å utarbeide tiltak for de ulike typer senskadene? Det blir vel veldig omfattende det og?

I: Da blir vi jo enige om noe. Selvfølgelig er det jo pasienten som skal selv forme målsettingene sine, både langsiktig og kortsiktige. Men jeg hjelper pasienten gjennom å guide målene til å bli mer målbare og realistiske. Og så er det noe med det at de tiltakene som jeg legger opp, som jeg vil løfte frem til dere og som er veldig viktig å tenke på; er at tiltakene må harmonere med deres hverdag. Dere som studenter kjenner dere gjerne igjen i at det er så lett å tenke *«Å! Ja, men det har jeg jo lest, og jeg vet jo det her - og det her er fantastiske tiltak»*. Og så ønsker man å gi de så mye, men så må man stoppe litt opp og videre tenke: *«Hei, de har en hverdag der ute de skal tilbake til. Det må være en balanse mellom den hverdagen de har og de tiltakene vi gir»*. Så blir veldig styrende for meg, når jeg legger opp de tiltakene. Hva er det pasientene skal hjem til? Hva er det hverdagen deres består av? Hva er viktig for dem å kunne utføre? Og så prøver vi å tilpasse tiltakene ut ifra hverdagen deres, slik at det blir et 24 timers opplegg. Men det er klart; alt i alt så handler det mye om dette med belastningsstyring, og balansegangen mellom aktivitet og hvile. Vi ønsker å få til tilpasset fysisk trening for dem, allerede fra første stund. Helst før operasjonen og før kreftbehandlingen starter, så er det noe med å komme i gang og finne ut hva som er riktig mengde og dosering, og intensitet og så videre. Så har du mer spesifikke tiltak i forhold til smerteproblematikk. I starten går man kanskje inn også med en litt passiv tilnærming. Den aktive tilnærmingen er jo der hele veien, men den passive tilnærmingen kan jo hjelpe å roe ned nervesystemet. Den kan gi kortvarig smertelindring. Og å gi dem noen aktive tiltak selv, i forhold til det med strykning av hud, og strekk av hud, for å lindre litt i det lokale området. Men det er veldig mye aktivt rettet fokus det er det det handler om.

S1: Jaha. Det er vel ett godt samarbeid som skal til for å få det best mulige resultatet?

I: Ja, helt sikkert - og det er vel kanskje her dere ønsker at jeg skal trekke samarbeid med andre fagpersoner også?

S1: Veldig gjerne!

I: For da er det særlig viktig for pasienter som er under en aktiv kreftbehandling, at jeg er i en hyppig dialog med både onkologer og fysioterapeuter på kreftavdelingen. Ute i kommunen så er det kreftkoordinatorer og kreftsykepleiere som er kjempeviktige sparringspartnere. Ofte er det kreftsykepleiere og kreftkoordinatorer i kommunen som tar kontakt med meg på vegne av pasienten. De har ofte en stor oversikt over de ulike fysioterapeutene som kan tilby riktig type oppfølging. Men det stiller store krav til oss som jobber med denne gruppen - at vi synliggjør oss. Dette ved at vi sender ut informasjon om hva vi kan tilby og hvor vi er, og at vi er flinke til å opprettholde det tverrfaglige samarbeidet. Så det går masse telefoner fram og tilbake for å kartlegge den medisinske helsetilstanden til pasienten underveis, spesielt hvis det er noe som gjør at jeg kjenner at her må jeg bli litt tryggere, og høre litt mer. For det er ikke sikkert pasienten får med seg alt av informasjon til enhver tid. Så da er det en rask telefon hit eller dit. Det er kjempesint! I den fasen etter kreftbehandling så er det jo

hovedsakelig fastlegen, og kreftkoordinator og kreftsykepleier i kommunen. Ja, så det er det klart at det er veldig sammenvevd, men veldig viktig at vi klarer å opprettholde det her samarbeidet på tvers av nivåer.

S1: Jeg lurte litt på det du sier med det du sier om at du møter de både under behandling og etter. Er det et tidspunkt du kommer mest inn, eller ... når er det tidspunktet du normalt kommer inn på?

I: Godt spørsmål! Ja, ofte så er det gjerne når plagene og symptomene først har kommet ikke sant. At de da tar kontakt, og da er de jo gjerne litt senere ut i forløpet under aktiv behandling eller etter avsluttet behandling.

S1 og S2: Mhm, ja.

I: Så jeg skulle helst ha møtt de før oppstart av kreftbehandling, sant? Her tenker vi et forebyggende perspektiv og litt av det dere sikkert har lest litt om - det her med prehabilitering.

S1 og S2: Ja!

I: Det å trene seg opp og få informasjon før oppstart. Igjen så kan det jo gå noen uker før selve kreftbehandlingen starter, ettersom de venter på oppstart av operasjonen. Så da har man et slags rom; en gylden anledning der til å starte å komme i gang i forkant. Så det er noe som vi ønsker å få til.

S1: Ja, men oppsøker pasientene deg selv eller går det som regel mellom ... ulike faggrupper?

I: Ja, som regel via andre faggrupper.

S1: Ok.

I: Som regel så er det når de er under kreftbehandling. Da er det gjerne fysioterapeutene ved kreftavdelingen som tar en telefon. Og sier at "*her kommer det en pasient som...*" ... ja, "*hun eller han trenger litt ekstra oppfølging. [Informant 1 navn] fint om du ser litt på hun eller han*". Så ordner de og tilrettelegger for det. Og ellers så er det kreftkoordinatorer og kreftsykepleiere ute i kommunen som tar kontakt

S1: Jaha.

I: Så det er et mindre antall som gjør det selv.

S1: Men de som oppsøker deg selv.. Er det ofte de som er ferdig behandlet for lenge siden? Eller er det tidligere?

I: Både og! Da har de fått gjerne hørt det via-via, ikke sant?

S1: Jaja.

I: Ja, så har de gjerne fått hørt det via fagpersoner eller andre pasienter.

S1: Ja. Jeg lurte bare på om vi kunne gå litt tilbake til forventningene pasientene har?

I: Mhm!

S1: Kunne du sagt litt mer om det? Både om motivasjon og hvilke utfordringer du møter på i møte med dem.

I: Og da er det jo litt som vi også har vært inne på, at de er jo en gruppe som er veldig motivert. Og ofte så er det et fokus... *zoom bildet og lyden fryser* ... hvilke tiltak er det jeg kan prøve å ta med meg hjem... *lyden hakker*

S1: Unnskyld, videoen og lyden stoppet litt. Kunne du bare gjentatt det?

I: Ja det kan jeg gjøre! Hører dere meg godt nå?

S1 og S2: Ja!

I: Ja, så det var litt det vi var inne på i forhold til at jeg opplevde de som en veldig motivert pasientgruppe. Der de, ganske fra første stund, jevnt over er interessert i å vite hva det er de kan gjøre selv. Altså det her med hjelp til selvhjelp, det er jo et fokus som er viktig for meg å ha. Da får de et slags raskt eierforhold til det de skal gjøre.

S1 og S2: Mhm!

I: Og det er veldig viktig poeng. Så det er det ene. Og det andre handler jo om at pasientene går gjennom en slags liv og død situasjon. De får døden veldig tett på seg ... Selv om de har gode prognoser, så er det jo mye engstelse her, og vi vet jo at angstproblematikk er en stor del av det de utfordres i den pasientgruppen her. Så det her med betrygging gjør jo at de blir ekstra motivert. Og så tenker jeg at de utfordringene som jeg møter mest på med denne gruppen her, det gjelder kanskje dette med kontinuitet av fysisk trening. Også særlig med tanke på de under kreftbehandling - selv da er det en del bivirkninger og fatigue, som gjør at det blir litt av og på. Er ikke bare-bare å holde den kontinuiteten. Og det her med belastningsstyring, samt det her med at pasienten og jeg sammen med å finne ut av den balansegangen mellom aktivitet og hvile. Noen pasienter må dras litt opp kanskje. Andre pasienter må dras litt ned, siden de vil så mye. Og da det så viktig å bli godt kjent med vedkommende! Man må gjerne be de lage seg en slags notatbok eller dagbok i forhold til aktivitetsnivået de gjør gjennom dagen og hvordan fatiguen responderer på det. Det er et eksempel noe vi bruker som et verktøy. Og så vil jeg trekke inn det her med tilstrekkelig restitusjon.

S2: Mhm

I: Det går jo også litt hånd i hanske med belastningsstyring. Så det er kanskje noe som jeg har opplevd som utfordrende da.

S1: Har du noen spesifikke hendelser du har lyst til å dele?

I: Det er jo at det er jo så mange at jeg må tenkte.. Jeg så jo det spørsmålet sto der ... om det er en spesifikk hendelse jeg vil trekke fram ... umiddelbart så har det på en måte ikke slått meg et tilfelle jeg har lyst til å løfte fram. Alt i alt er dette med å sikre god informasjon noe av

det viktigste for meg.

S1: Mhm.

I: Og kanskje den frustrasjonen jeg har kjent på når det gjelder enkelte pasienter som kommer til meg og sier at *“jeg har ikke fått nok informasjon om senskader i det hele tatt. Ingen fortalte meg om dette tilbudet her og at du var her”*. Og pasienter kjenner på en stor frustrasjon rundt dette. De tilfellene har gjort noe med meg i form av at jeg tenker: *“Hva må vi som fysioterapeuter og fagpersoner gjøre for å sikre at det er lett tilgjengelig informasjon der ute”*? Og vi må kanskje bli flinkere som fysioterapeuter til å kryssjekke hva er det de har fått med seg av informasjon.

S1: Mhm

I: Vi vet jo at, underveis i behandlingen, at de kan ha fått så mye informasjon at de ikke klarer å ta til seg halvparten en gang. Så det er viktig å spørre dem *“hva er det du sitter igjen med? Hva er det du har fått av informasjon nå? Hva er det du savner?”*. Ta det litt underveis, og som jeg sa; gjøre det lett tilgjengelig. Men også å spille på hverandre på tvers av faggrupper og helsetjenestenivå. At vi gjør hverandre gode og sikrer at informasjonen kommer ut det. Så det er kanskje det jeg vil trekke fram som et eksempel. Litt den frustrasjonen mange kjenner på med akkurat det.

S2: Skjønner.

I: Men ellers opplever jeg, når det gjelder seneffekter og pasientcaser, at det går veldig mye på dette med fatigue, altså utmattethet. Og det her med å håndtere egen hverdag, som de skal tilbake til igjen. Det var en pasient som sa til meg *“[Informant 1 navn], den er så usynlig den her fatiguen...jeg skulle ønske at jeg hadde en bandasje eller gips på meg, sånn at det hadde vært noe som var synlig”*. Så den fatiguen, den usynligheten opplever de som utfordrende da - at mange ikke tror på dem når de skal tilbake i hverdagen igjen. Ja, jeg vet ikke om det var nok for dere, var det det dere var litt ute etter?

S1: Jaja, det var bare litt av dine erfaringer vi tenkte på ja! Men det er spennende det du sier med å komme tilbake til hverdagen.. for hvor lenge du følger du som regel pasienter?

I: Åh, det er veldig individuelt. Det kommer jo inn på det her med at jeg jo gjerne ønsker at de skal, så raskt som mulig, få et eierforhold til det de gjør. Vi skal så raskt som mulig få tiltak som de selv er ansvarlig for. Men så er det så viktig det her med den her *“menneske-behandlingen”*.

S1: Ja

I: Rett og slett det her med at vi som fysioterapeuter er veldig gode på å betrygge pasientene. Siden de er jo i en veldig sårbar situasjon selv om de er ferdige med kreftbehandlingen. Så jeg har jo pasienter jeg har fulgt opp lenge. Her må man jo se an pasienten litt. Noen merker man kanskje har mye av den engstelsen og sårbarheten i seg, og trenger litt av den ekstra tryggingen. Så da kan jeg ha fulgt de opp 2 til 3 år etterpå. Da tar de kontakt hvis det er noe, og så kommer de kanskje en gang i uken der de gjør øvelsene sine. Og jeg bare er der og ser over hva det er de gjør og snakker litt med dem ... Men de er i

trygge omgivelser når det utføres. Så jeg ser veldig an den enkelte og det behovet de har. Ja, så da bruker jeg veldig mye skjønn.

S1: Ja, ja sånn som du sier med at pasienter får veldig mye informasjon, men at de ikke alltid får med seg alt. Ser du noe behov for at det blir en endring med informasjonsgivning eller noe sånt... Eller synes du det er fint sånn som det er?

I: Nei altså, jeg synes at vi har en jobb å gjøre når det gjelder det her vi snakket om i stad. Det å gjøre den informasjonen til pasienten lettere tilgjengelig.

S1 og S2: Mhm.

I: Vi fagpersoner er nødt til å bli flinkere til å kryssjekke hva pasientene har fått med seg av informasjon, når vi snakker med dem. Så det er veldig viktig i forhold til den tidlige fasen og underveis i kreftbehandlingen. Samtidig at vi som fysioterapeuter er flinke på å synliggjøre oss, og informere helsepersonell og pasienter om at vi eksisterer - og hva det er vi kan bidra med. Og jeg tenker at det kanskje er en stor hjelp i dette ønske om å gi pasientene bedre informasjon, at hvis vi er gode til det, og gode til å opprettholde det tverrfaglige samarbeidet - så hjelper vi hverandre litt med å få ut informasjonen. Vi kan hjelpe hverandre med å sikre at det kommer frem. Fordi vi er jo gjerne flere som følger opp pasienten på en gang. Også er det jo det her med "aktiv mot kreft" og de pusterommene som etableres nå rundt omkring på mange sykehus i Norge. De gjør jo også en veldig god jobb i forhold til dette her med å omfatsynliggjøre og å få fram informasjonen så tidlig som mulig - rundt det her med fysisk aktivitet og trening, og seneffekter. Så vi er mange ledd her som må spille på lag og få informasjon fram så tidlig som mulig. Ja, gjør informasjon lettere tilgjengelig, også visuelt; la det henges opp rundt omkring på fellesområder på sykehus, på venterom ... La det bli en naturlig del av samtaler med helsepersonell!

S1: Ja! Hvis du skulle oppsummert litt, hva er de viktigste elementene i din tilnærming til pasientene?

I: Først og fremst at vi er menneske-behandlere. Vi skal jo ha faglig god nok kompetanse innen kreftlære og kreftrelaterte seneffekter for å kunne ivareta kompleksiteten med denne pasientgruppen. Og som vi var inne på i sted, så vil jeg trekke frem det med at dersom man har en brystkreftpasient som kommer inn med ulike seneffekter og man skal gi dem tiltak, så er det så viktig at de tiltakene ikke blir en belastning for pasientene.

S1 og S2: Ja, mhm.

I: Det må passe inn i deres hverdag. Det er så viktig for denne gruppa at vi klarer å sette funnene våre i undersøkelsen; inn i en større kontekst. Der hverdagen deres skal harmonere med tiltakene vi gir. Fordi dette er jo også noe de skal jobbe med hjemme, ikke bare hos oss. Så det er kanskje det jeg vil egentlig avslutte med å si, ja og trekke fram som det viktigste.

S1: Ja, er det noe mer du føler vi burde tatt med eller synes det er relevant for vår oppgave som vi ikke har spurt om?

I: ... Jeg tenker at akkurat nå så har vi kommet inn på veldig mange punkter. Jeg tenker at dere bare må ta kontakt med meg hvis det skulle være noe som dukker opp. For det er noe

med at når dere bearbeider materialet litt ikke sant, og trekker ut kategorier dere har landet på - så kan dere heller bare sende meg en mail. Ja, og be meg utdype kanskje? For nå var det bare det å få en litt større helhet rundt det. Og så tenker jeg at når dere får landet på noe så er det bare å ta kontakt igjen

S1: Tusen takk!

S2: Det setter vi veldig stor pris på!

S2: Ja, tusen takk for at du har vært så behjelpelig med alt!

I: Bare hyggelig. Det var så lite - og jeg er jo bare så glad for at dere er nysgjerrig på dette feltet! Jeg er veldig glad for å høre det.

S1: Åh, men så bra!!

I: Er dette noe dere kunne tenkt dere å gå videre med? Eller hvordan kom dere inn på dette temaet?

S1: Nei altså ... vi ønsket å lære mer om et tema som var dagsaktuelt, og om noe som rammer en større pasientgruppe. Og brystkreft er jo kreftformen som rammer flest kvinner i Norge, og vi fant også ut at forekomsten øker. Da vil det jo også være stor mulighet for at vi selv vil møte på disse pasientene i videre i arbeidsliv - da er det jo fint å ha fått en dypere forståelse for hva de kan gå gjennom.

I: Det er jo akkurat det. Og det er jo de faggruppene eldre pasienter og onkologiske pasienter, som brystkreftpasientene jo er en del av, er de som vil øke mest i tiden fremover. Så det er jo et veldig godt argument for hvorfor det er et høyst relevant tema dere har valgt. Vi vet jo det at forskning viser at statistisk vil antall kreftpasienter vil øke med cirka 40% innen 2034.

S1: Ja det er mye!

I: Det er hinsides og det vil eksplodere. Det er bare starten vi ser nå. Som fysioterapeuter med onkologisk kompetanse blir bare mer og mer attraktivt i årene som kommer.

S1: Men vet du om det kommer mer informasjon i forhold til studiet vårt, om et kommer til å bli mer spesifikt i fagene?

I: Det er noe som vi jobber med nå. Vi er en gruppe som jobber for å opprette en egen fagspesifikk utdanning på universitets og høyskolenivå. Det er noe vi må få til skal vi kunne følge med på den ballen her - som ruller fort.

S1: Absolutt!

S2: Men er det en endring du har sett behov for? For det blir vel da en mastergrad eller?

I: Det er jo det som er hovedmålet, men så er det litt dette med at universitets- og høyskolemiljøene må jo ha nok penger, og midler tilgjengelig for å opprette et nytt masterstudie. Så per nå så er det jo en videreutdanning som er realistisk, kanskje 60

studiepoeng, altså at man kan bygge på med emnet. Dere får bare følge med det!

S1: Ja, det skal vi.

S2: Tusen takk!

I: Ja jeg håper dere føler at dere fikk med dere noe nyttig.

S1 og S2: Ja, absolutt!

I: Ja så er det bare å ta kontakt, om det er noe som dere opplever er usikkert eller at jeg pratet for fort eller uklart - så send heller en mail med: *“Du svarte noe sånn i forhold til det og det.. kan du fortelle litt hva du mente med det?”*. Bare slik at dere får konteksten. Så bare send en gang for mye enn en gang for lite, det blir så dumt å lure på ting.

S1: Tusen takk! Du får ha en fin dag videre!

I: Takk takk, hadebra!

Vedlegg 5 - Transkripsjon intervju 2

Informant: I**Student 1: S1****Student 2: S2**

S1: Kan du kort begynne med å fortelle om din utdanning og din bakgrunn som fysioterapeut?

I: Yes, jeg tok utdannelsen i [sted] på [skole], det var fra 2006-2009. Så hadde jeg turnus i [sted] kommune og på [sted] sykehus, så videre jobbet jeg på en klinikk i [sted3] som privatpraktiserende med tilskudd der i 2 år. Så ble det tilbake til [sted], og her har jeg jobbet med tilskudd hele veien. Så egentlig har jeg jobbet i så å si privat praksis da. Jeg har jobbet her siden 2016, og nå er jeg daglig leder ved [fysioklinikk]. Ellers har jeg spesialkompetanse i komplett ... vi liker egentlig ikke å bruke disse ordene. Men jeg har hvertfall spesialkompetanse i lymfologi-behandling. Altså nei, vi bruker ikke dette "komplett" lenger, men hvert fall så har jeg det [spesialkompetanse i Komplette fysikalsk lymfødembehandling]. Så jobber jeg en del med lymfødempasienter. Og så har jeg alle onkologi-kursene til NFF, også deltar jeg årlig på kongresser i utlandet.

S1: Oi!

I: Jeg er veldig engasjert innenfor dette fagfeltet, blant annet i [anonymisert]. Ja, så jeg har litt på å gjøre på akkurat på dette feltet.

S1: Ja! Men du sier at dere ikke er kaller det "komplett"?

I: Ja altså vi er ikke så glade i dette her "komplett fysikalsk lymfødembehandling", og det har jo litt å si med at det skjer en liten endring kanskje på det feltet fremover. For det som blir sett på som komplett fysikalsk lymfødembehandling det er jo rett og slett lymfedrenasje, bandasjering, kompresjon og hudbehandling ... altså den typen, så er det enkelte av de feltene kanskje er litt utdatert som vi går litt bort ifra etter hvert. Så nummer en behandling for lymfødempasienter i dag det er kompresjon.

S1 og S2: Ah, ok!

I: Så er det fysisk aktivitet, kostholdsoptimalisering eller rett og slett stabilisering og så er det hud. Så de går litt bort ifra disse her passive tiltakene og mot aktiv tilnærming da.

S1: Ja, passiv hva legger du i det? Massasje og sånt?

I: Ja, man har lymfedrenasje og da kan vi si i forhold til brystkreft, som dere holder på med - så viser nyeste forskningen at det har ingen effekt på lymfødempasienter og volum.

S1: Aha, ok. Men er det fortsatt i retningslinjene?

I: Hm.. Vi har jo ikke noe offisielle retningslinjer, men det er vel en kultur for å drive på med det i Norge enda. Og det er en kultur vi egentlig jobber ... det er litt sterke fronter frem og tilbake her, det er mange som har drevet med dette i mange, mange år og det å få folk til å endre praksis er ikke alltid like lett. Og det tar ofte lang tid, men vi ser at vi har såpass god forskning på akkurat dette nå - at det må skje en endring. For akkurat det med brystkreft og

lymfødembehandling og manuell lymfedrenasje - det er kjempegodt dokumentert at det ikke har effekt på volum. Så ja, folk burde ikke drive med det, men det gjøres enda i stor grad.

S1: Det er interessant! Og så lurte vi litt mer på om din erfaring med å jobbe med pasienter som har senskader etter brystkreft?

I: Ja! Jeg jobber jo primært med kreftpasienter, så jeg har jo en stor bestand av de som har brystkreft. Så jeg jobber absolutt med senskader. Skal jeg ramse opp litt hvilke typer senskader jeg tenker er mest relevant for brystkreftpasienter?

S1 og S2: Ja!

I: Så da er det jo fatigue sant, i forhold til det tror jeg det rammer rundt 30-40% av brystkreftpasienter om jeg ikke tar helt feil. Så er det vel og i forhold til nerveskader, polyneuropati – vi ser mest etter cellegift egentlig. Det som er litt særegent med brystkreft, er jo det at de ofte får hormonbehandling. Fordi de aller fleste brystkrefttilfeller, jeg tror det er rundt 80%, er hormonsensitive. Så det betyr at de må gå på disse aromatasehemmerne i etterkant som gjør at de kommer i tidligere overgangsalder, får tørre slimhinner, mye i forhold til hetetokter. Disse aromatasehemmerne kan føre til at de får muskelskjelettsmerter. Så en god del av dem som har det, eller går/står på det, så kan de få en god del muskelskjelettsmerter. Skal vi se ... Det er jo kognitive funksjoner som det kanskje ikke prates så mye om egentlig, og det er jo det der med konsentrasjon, hukommelse. Jeg tror det har vært litt mer fokus på det der, jeg vet ikke hvor mye dere får med dere, men det har vært litt mer fokus på det i media siste tiden. Dette med hukommelse og konsentrasjonsevnen, det er utfordrende i forhold til videre i jobblivet og den type ting. Mental helse tenker jeg definitivt det burde det absolutt være mye mer fokus på. Det er jo en pasientgruppe som har vært alvorlig syke. Kanskje de har stått i sin største livskrise noensinne, og den frykten for, ihvertfall for de som har et kurativt forløp, å få tilbakefall er kjempestor hos de aller fleste. Så det med mental helse tror jeg det snakkes altfor lite om, i forhold til depresjon og angst i etterkant. Og egentlig underveis i behandlingen! Ofte ser jeg at underveis i behandlingen, er de såpass fokusert på det de gjør at overlevelsesinstinktet eller -moduset slår inn. Jeg føler at det er ofte i etterkant av behandlingen, når hverdagen roer seg litt igjen, at dette med depresjon, angst, frykten for livet - hvordan kommer det til å bli? Enkelte havner utenfor arbeidslivet, som jo er viktig for vår identitet. Mange som har vært alvorlig syke kan få problemer i familiesituasjonen, i forhold til samvær og den type ting. Videre er det jo dette med frykt for ny sykdom, eller å få tilbakefall, og for dem som er i et palliativt forløp; der de frykter hvordan fremtiden vil bli. Så jeg tenker at det er noe som snakkes altfor lite om. Det nevnes jo lite den tiden pasientene er på sykehuset. Dette er heller ikke noe de spør om i etterkant av det. Så der har vi en viktig jobb å gjøre, vi som jobber ute i klinikken. Dette med hjertesykdom ser jeg ikke så mye lenger nå. Og det har nok litt med teknikken i forhold til stråling og bedre behandlingsmetoder. Men jeg så det vel litt mer da jeg begynte å jobbe med dette her, i 2011-2012. I forhold til kvinner, så kan stoffskifteproblematikk med nedsatt stoffskifte være en senskade. Så ser vi jo det med at en risikofaktor etter brystkreft er fedme. Og mange tenker jo at når man får kreft så går man ofte ned i vekt. Det er mye fokus i medier på dette og flere av disse tilfellene med folk som er underernært og ikke får i seg mat under behandlingen. Men for brystkreftdamene er det heller motsatt. De som står på hormonpreparat og slikt i etterkant, da er det vanskelig å gå ned i vekt - og mange er overvektige.

S1: Mhm.

I: Fedme kan også være grunnet stoffskifte problematikk. Det kan jo tenkes at de var overvektige i forkant - så det ikke blir en klar senskade. Men man ser det gjerne som ett problem i etterkant. Så er det smerter sant, i strålefelt, arvev, bryst, og nedsatt mobilitet i skulder. Kommer man raskt ut i klinikk, og så må man oppnå en viss mobilitet i skulder etter operasjon for å få lov til å bli strålt. Så dersom det viser seg å være nedsatt mobilitet, så er det noe vi raskt starter opp tiltak for. Videre er det lymfødem som jeg og jobber med. Det er ikke ekstremt mange lymfødertilfeller i året, hvert fall ikke etter brystkreft - for der er operasjonsteknikken blitt mye bedre. Men så er det jo selvfølgelig slik at når man fjerner lymfeknuter, så er risikoen kanskje litt høyere, også tanke på stråling i etterkant. Vi ser jo også at flere med lymfødem fra før er genetisk disponert for å få det. De som ikke er det, vil normalt sett ikke få lymfødem. Men det er ikke ekstremt mange tilfeller vi har i året. Vi ser det mye mer i andre kreftformer nå, men selvfølgelig det er flere som har brystkreft totalt, men i malignt melanom og typer underlivskreft - er det nok noe mer av lymfødem der. Ja, da tror jeg egentlig jeg har vært igjennom litt det jeg hadde tenkt å snakke om ... Eller muskelsvinn og slikt da, men det går litt under fysisk funksjon kanskje - som er nedsatt etter behandlingen.

S1: Jeg tenkte litt på det du sa med mental helse, er det der noe du føler vi fysioterapeuter kan bidra med?

I: Absolutt, absolutt! Det tenker jeg definitivt. Jeg tenker at her må vi ta litt plass, og så handler det mye det å tørre å spørre! Jeg tror vi har en stor fordel i forhold til eksempelvis leger og den type helsepersonell som har dårlig tid. Og når man da kommer på kontroller og så har man ofte **hermetegn** litt lyst til å please legen litt ikke sant. Legen spør: *"Har du det det bra? Eller hvordan går det med deg?"* Også er de så takknemlige for at de sitter her og er kreftfri hvertfall, og svarer bare *"Ja det går fint det"* og så spør ikke legen mer om det. Så jeg har jo et stort ønske om at disse legene skal få sjekklister. Jeg jobber forresten også i et [prosjekt] på [sykehus] med lipødem, der bruker vi sånne sjekklister - jeg er med å diagnostisere lipødepasienter med en kirurg. Der bruker vi sjekklister, og det synes vi er veldig bra. Etter en 3 måneders kontroll på kreftbehandling, så synes jeg det kunne vært greit å spørre. For jeg får jo ofte, spesielt i forhold til lymfologi og sånn, en del caser som jeg tenker er veldig unødvendige - fordi de jo burde vært diagnostisert mye før. Men så tørr kanskje ikke en mann å si at det er ødem i genitaliene, hvis ikke legen spør han direkte.

S1 og S2: Mhm.

I: Men for all del, i forhold til mental helse er det definitivt noe vi kan - og jeg prøver å jobbe en del med kognitive teknikker også i forhold til den akkurat den biten der. Kognitiv funksjonsrettet terapi har dere kanskje hørt litt, som Fersum og disse her synes jeg er kjempebra i forhold til det der å jobber med litt atferdsteknikker og slike ting. Så der tror jeg vi har mye å gå på vi fysioterapeuter. Jeg vet ikke om dere har noe av det i skolen, eller om det er ingenting?

S1: Jo ja, men det er jo på en måte litt av alt. Så det kunne absolutt vært mer ja!

I: Ja jeg tenker nok dette er litt fremtiden og da, og ikke bare på mitt felt. Men mye i forhold til smerter og den type ting - langvarige smerter som vi ser mye av i vår klinikk. Så jeg tenker

definitivt at å jobbe med, ja kognitive ting, det tenker jeg er et felt vi kan bli flinkere på.

S2: Absolutt!

S1: Ja! Da går vi litt videre. Kan du fortelle litt om det første møtet med pasientene? Litt med tanke på anamnese og undersøkelse?

I: Ja, vil dere vite litt mer inngående hva spør og eller bare litt sånn i forhold til hva jeg gjør på førstegangskonsultasjonen?

S1: Litt både og da? Hva du legger vekt på?

I: Altså til en førstegangskonsultasjon så setter jeg av en time til pasienten, og den brukes! Det jeg begynner med er ... altså det varierer litt om jeg får informasjon fra sykehuset. En del av mine pasienter får jeg henvist fra kreftavdelingen, og da har jeg ofte pratet med de i forkant. Men så er det en god del som kommer uten papirer, så første del går egentlig på å ta en god anamnese. La pasientene få lov å prate mye, at de kan få tømme seg litt og fortelle om sine opplevelser i helsevesenet. Jeg lytter ganske mye, og kommer med små innstikk og spørsmål i anamnesen. Det varierer jo selvfølgelig - noen pøser på, mens andre trenger litt mer innspill. Men jeg opplever der er viktig å ha vært igjennom sykehistorien. Hvilken type behandling har de fått - det er ikke alle som vet helt hvilken type behandling de har fått heller, så å nøste litt opp i det. Og det er jo viktig i forhold til stråling, jeg er litt opptatt av antall strålebehandlinger, antall cellegiftkurer, hvilken type cellegiftkurer og den type ting ... Operasjon, er det fjernet lymfeknuter, det er ikke alltid alle vet, men er det en eller er det flere? Sånt øker risiko for senskader. Og så jeg tenker kanskje er det viktigste for meg i forhold til anamnesen; det er jo å få statusen på hvordan de har det per dags dato, men også hver deres mål er. Noe som jeg kanskje synes er det viktigste, for alle mine pasienter prøver jeg å hjelpe de med målsetning. For det har litt å si i forhold til hvilken type behandling, og egentlig hva vi skal jobbe imot. For jeg har jo litt det synet; at man ikke skal gå til fysioterapi i hele livet!

S1: Mhm!

I: Det handler om at man har et mål å jobbe mot, og så kan man se at når noen mål er nådd - så er det kanskje noen andre som heller skal få hjelp. Det å skape et realistisk mål er kanskje er det viktigste i forhold til undersøkelser. Som sagt, så er det veldig mange forskjellige mål jeg får, men jeg tenker hvertfall at veldig mye av det vi gjør her kan hjelpe pasientene mot de målene. Så før jeg gjør en generell undersøkelse, så bruker ganske mye tid på anamnesen - sikkert en halv time, nesten 40 minutter. Deretter tester jeg generell funksjon, i forhold til skulder tester og så videre. Det ikke så mye jeg gjør med disse pasientene – hvert fall ikke brystkreftpasientene, men mer i forhold til: hva klarer du, hva sliter du med? Og i forhold til både styrke og så prøver jeg å teste litt utholdenhet hvis jeg får tid til det på mølle eller et eller annet sånt. I en undersøkelse legger jeg mer vekt på spesifikke tester. Så lager vi en plan videre. Noen er jo ute av jobben for tiden og skal tilbake i arbeid, andre har ikke det perspektivet sant? Så er det jo litt i forhold til alder og sånt også. Og det varierer litt, jeg har en del av de yngre brystkreftpasientene her i [sted] kanskje, kontra en del andre terapeuter har ofte de 60 pluss pasientene. Men så er det en del av de yngre som går til meg da.

S1: Ah, okay.

I: Det varierer litt i forhold til alder, men heldigvis så er jo det ikke alt for mange av yngre som får brystkreft. Men ja, det er jo enda en del.

S1: Du nevnte at noen ble henvist og andre kom selv?

I: Ja, det det varierer jo litt. I forhold til meg, så er det jo det at jeg jobber spesifikt med det. Det er ikke så veldig mange som jobber slik med kreft fysioterapi her i [sted1]. Ofte er det kanskje enkelte som kun jobber med lymfødeme, altså kun jobber med spesifikke ting - mens jeg jobber med ulike krefttyper. Så vi har jo ofte peiling på hvem hverandre er, og etter hvert bygger man sitt eget navn opp imot sykehuset og får bekjentskaper. Men selvfølgelig trenger man ikke henvisning til fysioterapeut lenger - men de som har lymfødeme er de eneste som må henvises til fysioterapi i dag.

S1 og S2: Åja!

I: Og det handler litt om at de har en egen avtale, altså de får dekket kompresjonen. Vi har behandlingshjelpemidler, og da skal de være henvist fra spesialister. Akkurat det handler noe om det økonomiske. I forhold til lymfødeme så skal det alltid være utelukket annen sykdom i bunn, at det ikke er DVT [Dyp venetrombose], eller at det ikke er noe svulst som ikke er oppdaget da. Så det skal egentlig være testet før, men ellers så kommer folk av seg selv også ja. Det kan være bekjentskap og at de gjerne har hørt om meg – eller sendt fra sykehuset.

S1: Hva opplever du er pasientenes forventninger til fysioterapi?

I: Forventningene tenker jeg ... er litt forskjellig egentlig. Jeg tror at i starten kommer enkelte for å bli behandlet - mens andre kommer for at de trenger tips og veiledning. Så forsøker jeg å snu det til at de ikke skal bli behandlet, men at de prøver å gjøre innsatsene selv. Og så skal jeg der som er lite som støttespiller. Jeg pleier å si at de er kapteinen på laget, og så er jeg er litt en supporter. Så de er litt ulike. I forhold til lymfødeme er det heller veldig spesifikke mål; at vi ønsker å redusere volum på en arm for eksempel. Mens i forhold til brystkreftpasienter generelt, så er det kanskje et mål om å bedre fysisk funksjon eller egentlig bare få det bedre i hverdagen sin. Få bedre yteevne rett og slett altså. Å bli seg selv igjen tenker jeg også er en ting. Å føle mestring, å føle at kroppen begynner å fungere igjen da - er kanskje de tingene som de forventer ... eller ønsker da kanskje et bedre ord å bruke. Men de får jo ofte nedsatt fysisk funksjon og yteevne også, det er jo mange bivirkninger og seneffekter når man har vært igjennom en tøff kreftbehandling eller er i tøff kreftbehandling. For jeg møter de både underveis og i etterkant.

S1: Åh ja, møter du noen før også?

I: Altså hmm ... kreftbehandlingen er jo sånn i dag at du starter opp veldig sånn *knipser med fingrene*. Hvis de har gått til meg i forkant så er det mest sannsynlig at de har vært hos meg av andre grunner. Men det er noen som tar kontakt med meg og sier at "*nå har jeg fått kreft, jeg skal i behandling*" men veldig sjeldent - for de går rett inn i modus da. Da er det behandlingen som egentlig står i hodet og ja. Så er de jo ofte kanskje operert etter noen uker.

S1: Med tanke på dine opplevelser og erfaringer med pasientgruppen, så lurte vi på om du har noen konkrete hendelser eller eksempler du ønsker å dele?

I: Er det sånne suksesshistorier? *Ler lett* Jeg trekke fram hun som var her i sted. Det er en av mine pasienter som begynte her i fjor. Hun har heldigvis kurativt forløp, men har trippel negativ brystkreft. Jeg vet ikke om dere fått lest dere litt opp på de ulike typene og sånn?

S2: Jo, det har vi.

I: Men som dere vet, så det er jo ikke den hormonsensitiv- og har ikke (proteinet) HER2, som gjør at det ofte er en stor spredningsfare. Altså en litt mer alvorlig kreftform, omfatter ca. 15% av brystkreftene, mens den andre er oppimot 80%. Så dette er jo sjeldnere. Det er ofte yngre pasienter og som får dette. Hun er en tobarnsmor med små barn. Da hun kom til meg for første gang, gikk hun inn med rullator og klarte ikke å reise og sette seg. Hun hadde akkurat avsluttet behandlingen da. Han gikk gjennom veldig tøffe cellegiftkurer og var operert og hadde blitt strålt også. Så kommer hun med rullator til meg ... Jeg spør ofte først da: «*hvordan har du egentlig?*» siden mange kanskje legger et glansbilde oppå ting. Jeg så jo at hun slet der hun satt - og så sier hun «*[Informantnavn] jeg har det egentlig helt jævlig for å si det sånn*». Men jeg ser at de har muligheter, og det tenker jeg det er noe av det viktigste jeg som terapeut har som en oppgave. Få de til å se hvilke muligheter de har, ikke bare se sykdommen. Så det at vi blir enige om at målet hennes, det var hun som fikk satt det helt selv, og at hun skulle stå på ski igjen.

S1 og S2: Jaa!

I: For hun var utrolig glad for å stå på ski. For hun sa sånn «*det blir noen år til jeg skal klare det på en måte*». Okei, vi kan sette et mål, et litt hårete mål, at du skal stå på ski i vinter. For familien er veldig glad i å stå på ski, de har hytte på [sted]. Og hun har trent hos meg 1-2 ganger i uken, siden i fjor. Dette var vår nest siste økt, og vi har vår siste økt sammen på fredag. Og litt uti februar da jeg kom på jobb en mandag, og hadde fått en video tilsendt på melding – der hun stod på ski!

S1: Åhh!

I: Ja, det er jo veldig fin historie, men det skal sies at hun hele tiden har vært ekstremt motivert, altså ... ja trent godt og hatt veldig godt humør. Og det er jo slik jeg ofte synes det er med kreftpasienter - for jeg merker det er mange som blir veldig redde når de hører ordet kreft, og tenker: «*stakkars deg som jobber med kreftpasienter, og det må jo være helt forferdelig mye trist*». Men kreftpasienter kjører på, og har ofte veldig godt humør, og de klager veldig lite i forhold til andre pasientgrupper vi har synes jeg. Vondt i en finger? «*Uff stakkar deg*», mens de [kreftpasientene] sier ofte «*Jeg klarer det, det går fint*». Men jeg tror mye handler om trygghet. Jeg har jo sjeldenhet mål om at mine pasienter skal bli toppidrettsutøver, men at jeg heller gir de litt mer kunnskap og forståelse om kreft og trening. Å få de til å se muligheter, og ikke bare begrensningene med sykdommen, tenker jeg er kjempeviktig.

S1: Ja, og så lurte vi på er det flere faggrupper innover i et tverrfaglig samarbeid?

I: Det er jo ønskelig at det var det, men vi ser jo det egentlig er litt lite av det. Jeg jobber ganske alene, og så er det selvfølgelig kontakt med eksempelvis fastlege av og til, eller sykehuslege. Men det er lite tverrfaglig der ute. Så jeg synes det er veldig kjekt når jeg er på [sykehus] og jobber, at man får jobbe litt mer i team. Så det skulle jo vært ønskelig, men det

har jo kanskje litt å si hvilken bydel man er i. Til og med kreftkoordinator er det er vanskelig å få til et samarbeid med.

S1: Åja, okei!

I: Så det synes jeg er veldig kjipt da.

S1: Ja, det går litt inn på spørsmålet om du kan fortelle litt om dine erfaringer og tanker om det overordnede rehabiliteringstilbudet for pasientgruppen her, i dag?

I: Og da tenkte du litt på i forhold til det med informasjonsbiten? Det er jo ingen tvil om at det burde kanskje ha vært, som jeg sa i sted, litt bedre i forhold til informasjon. For jeg tror hverken pasienter eller pårørende egentlig får god nok kunnskap, om hvert fall videre i forhold til senskader, seneffekter og bivirkninger. Kanskje mer om bivirkninger og om sykdom, på sykehuset da. "Samtidig tror jeg kanskje en del sies, men at under selve behandlingen er pasienten i et modus der man er lite mottagelig for annet enn; «Hvordan er prøvene mine?», «Blir jeg frisk?», og slikt. Derfor tror jeg gjerne at tiden i etterkant er den viktigste." For akkurat under behandling så tror jeg det er veldig vanskelig å få inn informasjonsbiten, at det er utfordrende. Disse brosjyrene som de av og til får, tror jeg må digitaliseres eller et eller annet. Ønskelig skulle de ha fått litt mer kunnskap der. Ja, og så skulle jeg egentlig ønske at flere kanskje fikk litt mer informasjon om hva tilbudet er ute i distriktet. For det opplever jeg er litt forskjellig i forhold til informasjonsbitene om fysioterapi for eksempel. Jeg synes det er begrenset informasjon der. Jeg har jo gruppetrening for kreftpasienter - som jeg tenker er et unikt tilbud i forhold til den pasientgruppen. Man får møte folk som har eller har hatt kreft, og de får være i et fellesskap som jeg tror er kjempeviktig i forhold til det der med å fortsette å være fysisk aktiv. Så jeg tenker at informasjonsbiten fra sykehuset burde ha vært betraktelig mye bedre altså. Og så var litt i forhold til endringer av dagens tilbud, for det har jeg lyst til å si littegrann om.

S1: Ja.

I: For det tenkte jeg litt på i morges, jeg tenker jo definitivt at vi blir flere kreftoverlevende, flere mennesker som skal tilbake i jobb, tilbake i familieliv og den type ting. Og i dagens kreftbehandling får de aller fleste senskader, ergo så tenker jeg at vi må øke kunnskapen, og kompetansen blant helsepersonell, og ikke minst blant pasienter og pårørende. Og så må vi få i gang strukturert fysioterapeutisk trening av kreftpasienter i pakkeforløpet.

S1 og S2: Mhm!

I: Det synes jeg er kjempeviktig, og jeg tenker at vår rolle som fysioterapeuter i pakkeforløpet må synliggjøres mye tydeligere enn det er. Jeg tror at resultatene av selve kreftbehandlingen, nasjonalt, ville fått ett ganske stort løft, om fysisk trening fikk innpass i kreftpakkeforløpet. Så det var jeg viktig for meg å få sagt litt om, for det synes jeg er en av tingene vi må få til.

S1: Ja, for vi har stusset litt på det også. Vi har jo sett på pakkeforløpene, og det slutter jo på en måte etter den behandlingen, og er ikke noe videre.

I: Ingenting! Jeg tenker at potensialet for kreftfysioterapien er så ekstremt, men vi bare får

det ikke frem. For jeg tenker at det hadde vært ekstremt mange arbeidsplasser - hvis vi kunne fått det inn i pakkeforløpet. Det vi driver med i vårt felt, altså kreftterapi, det er på en måte ett av de få feltene innen fysioterapi der vi har god evidens for det vi faktisk holder på med. Og det synes jeg er veldig viktig å presisere, for mange har jo lyst til å jobbe med idrett, har lyst til å bli manuellterapeut, psykomotorikere ... og for all del - vi skal bli forskjellige ting. Men veldig mange av feltene innen fysioterapi har jo egentlig dårlig evidens for det man holder på med. Og dette er jo store diskusjonstema rundt om i de ulike faggruppene, men vi har så god evidens for det vi gjør. For forskning og erfaring viser at tilpasset trening før, under, og etter behandlingen, har en stor gevinst for pasientene, og det gir god helseøkonomi. Så jeg prøver å få det litt opp på høyere nivå. Og så er det utrolig viktig at vi som fysioterapeuter nettopp bruker forskningen og den kunnskapen som den gir oss. Og så var det ... jeg vet ikke om dere har lest den forrige fysioterapeuten?

S1 og S2: Ja, vi har sett gjennom den.

I: For jeg synes det er en setning som var så utrolig god, som jeg har lyst til [å videreformidle]: «*Forskningen sier at nåtidens store utfordringer i forhold til fysioterapifaget, det er manglende bruk av kompetanse og kunnskap, og god forskning som kilder for å begrunne valg man gjør som en fysioterapeut*». Og jeg er så utrolig enig der, og vi har en stor diskusjon innenfor mitt felt og i forhold til at vi er nødt til å bruke kunnskapsbaserte anbefalinger. Det skal være grunnlaget for hva vi driver på med som fysioterapeuter. Det er jo kanskje her vi ser diskrepansen blant de ulike fysioterapeuter i Norge, som kan kanskje kan være litt utfordrende. Men jeg tenker at det er noe vi må bare få frem. Skal vi bli tatt på alvor så må vi bruke kunnskapsbaserte anbefalinger. Og vår gruppe har det, forskningen ligger der, det er jo bare å gripe og ta den og bruke den. Og da synes det er veldig trist når folk ikke velger å gjøre det. Det tror jeg vi må for å ivareta kvaliteten av yrkesutøvelsen, og løfte faget vårt videre litt.

S1: Ja, men veldig bra! Da er det litt sånn avslutningsvis - så vi ikke bruker opp all tiden din her.

I: Det går bra, dere kan få 5 minutter til.

S1: Hvis du skal oppsummere kort, hva tenker du om viktigste elementene i en fysioterapeutisk tilnærming til pasienter med senskader etter brystkreft?

I: Ja, altså jeg tenker jo det er at vi må skape, for det første, fysioterapeuter som har god kompetanse om kreft, kreftbehandling, bivirkninger, seneflekter, trening, og kanskje hensyn som skal bli tatt i forhold til en kreftpasient. Fordi det som er viktig her, og grunnen til at jeg tenker at fysisk trening er viktig, det er jo at vi har evidens og forskning på det. Men samtidig så er det på en måte viktig at den treningen som vi holder på med er ikke frisk trening i samme grad. Og det er her kompetansen blant de som jobber med dette må økes. For det ikke sånn at du kan sende en kreftpasient på treningssenter eller noe sånn og bare kjøre på. Det er det er hensyn som må bli tatt, og man må tilrettelegge og persontilpasse treningen i veldig stor grad. Så det at en fysioterapeut må først og fremst ha den kunnskapen som trengs. Kunnskapen vår igjen gir pasienten trygghet, gir pasienten en trygg arena for trening både før, under, og etter kreftbehandling. Og så har jeg notert, igjen, at vi må bruke de kunnskapsbaserte anbefalingene som vi kan i vår yrkesutøvelse, og bygge vår praksis på

evidensbaserte anbefalinger om trening og annen form for behandling. Som for eksempel kognitiv funksjonsretteterapi, eller lymfødembehandling, eller den type ting.

S2: Ja!

I: Så jeg sier alltid til mine pasienter «*kommunikasjon det er nøkkelen til suksess*». Det tenker jeg det aller viktigste punktet. Og så er det der med å skape trygghet, relasjonsbygging. Så sier jeg alltid at som fysioterapeut: få pasienten til å lage en målsetning. Jeg tenker at det gir kjempemotivasjon for arbeidet underveis og egentlig å ha noe å se og å jobbe mot. I forhold til målsetning tenker jeg noen nøkkelpunkter er kunnskap, kunnskapsbaserte anbefalinger, kommunikasjon, trygghet, og motivasjon

S1: Er der noe du ønsker å tilføye som vi enda ikke har snakket om, som du tenker er relevant for oppgaven vår?

I: Nei, altså dere har jo skrevet litt om det i forhold til sammenheng mellom sosioøkonomiske status? Er det noe dere skal ha litt om i oppgaven?

S1: Vi vil i hvert fall spørre deg om det, med tanke på dette med henvisning. Hvis det bare er de med høy sosioøkonomisk status, som har kompetanse om helse som oppsøker deg da, at det kanskje noen som faller utenfor? Det var det vi lurte på.

I: Ja, og det tror jeg nok det gjør ... det vil jeg faktisk absolutt si at det gjør. Vi ser jo det på forskningen at det er forskjeller i forhold til sosioøkonomisk status, og det ser jeg nok selv også - i forhold til disse pasientene som henvises til meg at gjerne de har spurt om det selv på sykehuset. Også jobber jeg i [sted] og der folk har gode økonomisk forutsetninger. Så det har nok litt å si om du jobber på [sted] eller [sted]. Det tror jeg dessverre da, og det håper jeg egentlig ikke at det skal være. Ergo er det viktigere for sykehusene at de får rutiner på å gi den informasjonen ut til alle, og rettigheter og muligheter videre tenker jeg. Ellers så tror jeg jeg har sagt det jeg har notert ned.

S1: Har du noen du vil tilføye [S2]?

S2: Jeg lurte bare litt på det du snakker med om målsetning. Opplever du ofte at pasientene har realistiske mål?

I: Ofte ja, det vil jeg si. Jeg ser jo min pasientgruppe, hvis du snakker om mål til en idrettsutøver, for jeg jobber også litt med idrett eller ungdom, så sier de «*ok jeg skal bli bedre på det, jeg skal bli sterkere, skal bli...*». Og en del av mine pasienter har også lyst til å bli sterkere og den type ting, men ofte er det hovedfokus på helse. Jeg fikk en ny alvorlig case inn [kreftpasient], der var målet å hente datteren i barnehagen. Så det blir hennes mål. Jeg tenker at det er veldig få som sier «*jeg har lyst til å gå mount Everest*».

S2: Litt mer slike ADL-mål?

I: Ja, og hvis de er helt ute og kjører så sier jeg gjerne; «*Bra ide, men kanskje vi skal se på andre ting også, andre aspekter som du tenker kan være ...*». Men det jeg absolutt liker minst, er mål om å bli tynnere. Da prøver vi å endre det litt til; «*er det mer energi du ønsker med det å gå ned i vekt?*» Prøver å få de litt vekk fra den tankegangen. Jeg er ikke så veldig

stor fan av at de skal raskt ned i vekt. Men det er jo en bit vi kan absolutt mye flinkere på. Jeg har vært veldig heldig, jeg jobber jo i et prosjekt på [sykehus], og der jobber jeg sammen en ernæringsfysiolog. Da har jeg blitt mye bedre på den biten der. Vi har mye å gå på i forhold til anbefalinger der. Og så skal man jo selvfølgelig være litt forsiktig med å uttale seg for mye. Vi vet jo at det sjeldent er det er disse drastiske slankekurene som gjør at folk holder en stabil vekt over tid. Og så litt i forhold til utfordringene ... kanskje jeg ikke har snakket om hva jeg føler er utfordringene hos pasientene som jeg møter. Det jeg av og til tenker er at det som skiller oss litt, er at fysioterapioppfølgingen vår blir ganske kompleks, og at for mine pasienter er toleranseevnen deres veldig varierende. Toleransegrensene kan variere ekstremt mye. For all del, alle pasienter er ulike, men mine pasienter, med samme behandling, lik brystkreft, er ikke like i det hele tatt. Så det er det å se hver enkelt pasient, og persontilpasse behandlingen i veldig stor grad.

S2: Opplever du at det er mer individualisert med brystkreftpasienter enn med idrettsfolkene du jobber med?

I: Ja.

S2: Okei.

I: Det vil jeg si, ofte har vi en øvelsesbank du kan bruke en del på idrettsutøvere - men selvfølgelig det er jo varierer der også. Der handler det kanskje mer om litt andre ting og aspekter, enn for en brystkreftpasient. Når de kommer til meg med lymfødem for eksempel, så er det kanskje ikke bare lymfødem som senplage, men de har gjerne andre senskader i tillegg. Så det blir kanskje en litt større case, enn hvis man har en strekkskade.

S1, S2 og I: *Humrer*

S1: Kan vi kontakte deg dersom det er noen opplysninger vi behøver oppklaring i?

I: Det kan dere få lov til.

S1: Takk! Yes, men da har vi det.

I: Men så bra da!

S1 og S2: Tusen takk!

Vedlegg 6 - Transkripsjon intervju 3

Informant: I**Student 1: S1****Student 2: S2**

S2: Da har vi først noen innledende spørsmål. Litt om din utdanning og erfaring. Så da lurte vi på om du kan fortelle om din utdanning og din bakgrunn som fysioterapeut?

I: Ja det kan jeg. Altså jeg har utdannet meg på [universitet]. Jeg var ferdig i -99, og så hadde jeg turnus i [sted]. Etter det har jeg jobbet på [sykehus], først på [-avdeling], og så jobbet jeg syv år på institutt, og så har jeg jobbet på kreftavdelingen etterpå. Så har kanskje jobbet i, noen og 20 år.

S2: Ja, har du noen videreutdanning eller kurs du har tatt?

I: Ja jeg har videreutdannet meg i den onkologiske kursrekken til fysioterapiforbundet. Og så har jeg tatt lymfødemutdanning, og ellers ja, kurs hele veien. Egentlig mye forskjellig. Det er jo veldig mye kurs og ting som mindre kurs, som foregår på sykehuset - intern undervisning. Men, ja først og fremst er det NFF sin kursrekke innenfor onkologisk fysioterapi og lymfødemutdanning.

S2: Hvilken erfaring har du med å jobbe med pasienter som har senskader til brystkreft?

I: Brystkreft er jo en veldig stor pasientgruppe. Jeg møter jo på mange pasienter som har senskader etter brystkreft når jeg arbeider innenfor dette feltet. Og så har jeg også truffet mange andre diagnoser, kreftdiagnoser som også har senskader. Et bredt spekter, og både med barn og voksne.

S2: Du sa du hadde jobbet her i sånn 20 år?

I: Jeg har jobbet med kreft, både kurativ og palliativ i alle disse årene egentlig. Det er vel kanskje 23 år eller noe sånt?

S2: Hvordan synes du hva synes du det er å jobbe med denne pasientgruppa?

I: Det er veldig fint, veldig meningsfylt. Og vi som fysioterapeuter har veldig mye bra som vi kan hjelpe disse pasientene med. Vi er veldig heldige som er fysioterapeuter. Veldig mye av det som vi driver med kommer det jo mer og mer forskning på at det er viktig, og det er jo særlig fysisk aktivitet som er det aller meste dokumenterte. Men vi har og veldig mange andre tiltak som er både som er dokumentert, men også fra vår erfaringsbaserte kunnskap, som er viktig for mange av disse pasientene. For eksempel lymfødem eller andre senskader.

S2: Har du lyst til å utdype litt mer om det du sier med klinisk erfaring i forhold til lymfødembehandling?

I: Ja, jeg har jobbet mye med lymfødem. Både på institutt og i sykehus. Egentlig både hos pasienter som er behandlet kurativt som har et lymfødem, som er friske, som skal ut i arbeidet og fungere - og mer alvorlig syke pasienter som lever enten med en kronisk kreftsykdom som de får livsforlengende behandling for, og er i livets siste fase. Jeg har jobbet mye med palliasjon, og er svært engasjert innenfor dette feltet.

S2: Hva opplever du er de mest utbredte senskadene etter brystkreft?

I: Altså brystkreftpasientene har jo ganske mange plager vil jeg si - eller de kan jo få veldig mange forskjellige. Men det er ikke alle senskadene som vi jobber like mye med, men vi ser dem jo og klar over dem. Det har jo endret seg over årene - før hadde de jo noen plager som var mer uttalte, som er mindre av i dag. For eksempel lymfødem var det mye mer av før, fordi veldig mange flere pasienter hadde mye større kirurgiske inngrep. Mens i dag kan man unngå dette ved at man bruker sentinel node for eksempel, istedenfor å gjøre axilleglandeltoalett - som man gjorde på veldig mange flere før. I dag er det mye mer individuelt tilpasset behandling. Så veldig mange flere har brystbevarende kirurgi. Alt er mye mer skreddersydd. I gamle dager var det mye mer grovere kirurgi - de tok ut mange flere lymfeknuter, og pasientene fikk mye mer voldsom strålebehandling. Mange flere fikk større senskader, men det er jo fortsatt sånn at folk får senskader, dessverre.

S1 og S2: Ja.

I: Og så er det jo sånn og at når man gjør en mindre omfattende kirurgi, så er det veldig mange flere som får strålebehandling - alle de som har brystbevarende kirurgi får stråling.

S2: Så du ser en sammenheng med behandling pasientene får og hvilke senskader de senere utvikler?

I: Ja, og det er det jo skrevet masse om. Det vet vi jo, sant?

S1 og S2: Mhm.

I: Altså vi vet jo at det er slik for brystkreftpasientene, at vi kan skille mellom en del akutte plager som kommer, og så er det senskadene - som vi sier at det skal gå en viss tid før man definerer det som senskader.

S2: Hvor lang tid da?

I: Det skal i hvert fall gå ett år etter avsluttet behandling. Under behandlingen kan man jo få mange akutte plager, altså de kan få stråleskader og ting som går over. Men det er jo det som vedvarer etter at det er gått en viss tid, som definerer som senskader. Når det gjelder brystkreftpasientene, er kirurgi den den behandlingen som de aller fleste får først. Og kirurgien kan jo gi skader i forbindelse med arr og smerter på grunn av det. Særlig inngrep i armhulen - axilleglandeltoalett spesielt, gir jo gjerne både nedsatt bevegelse og smerter. Noen av brystkreftpasientene har mye plager med serom, eller væsning fra sår etter operasjon, men de fleste har det ikke. Og man kan også få axillary web syndrome, eller cording, eller stram lymfe streng. Det er jo egentlig ikke en diagnose, men et begrep som blir brukt, og det kan også være veldig smertefullt, men hos de fleste går det over ganske raskt. Noen vil ha det i lenger tid. Strålebehandlingen vil jo også gjøre at vevet blir litt stramt og da er det er veldig viktig at de beveger kroppen, og beveger på armen. Så de vanligste plagene hos brystkreftpasienter er gjerne smerter, nedsatt skulder- armfunksjon, lymfødem. I tillegg så kan jo en del av de ha nedsatt hjerte- lungfunksjon. Det er mindre av det nå enn før, men det er fortsatt sånn at hjertet og lungene kan bli påvirket av strålebehandlingen, og en god del av cellegiften kan også virke toksisk både på hjerte og lunger. Og man kan lettere få lungeinfeksjoner, og noen kan få fibrose i lungevevet, nedsatt hjertefunksjon, man kan få

hjertesvikt. Det er mange ting som kan skje i hjertekar- og i lungesystemet. De fleste får jo ikke dette, men det er en av de tingene som brystkreftpasienter kan få. De kan også få hormonelle forandringer som kan være veldig plagsomme. Mange av de får jo behandling som gjør at de kommer i overgangsalderen, og får flere plager med dette - gjerne når man er mye yngre enn når man skulle hatt det. Og den behandlingen må de ofte stå på i mange år for å unngå tilbakefall, så det ganske krevende.

S2: Mhm.

I: Det påvirker også muskel- og skjelettapparatet, man kan ha leddsmerter, få tørre slimhinner, hetetokter, og mange slike ting som vanligvis eldre kvinner får. Man kan få lymfødem, man kan få perifere nevropatier, altså at man får en nedsatt følelse, smerter, prikking, stikking, putefølelse i hender og føtter. Det er ganske vanlig, og det kan være noe som vedvarer, men ofte så er det jo verst til å begynne med, men så går det gradvis tilbake.

S2: Ja.

I: Jeg vet liksom ikke om jeg klarer å huske om jeg har sagt alt, men da kan dere bare spørre hvis det er noe jeg glemmer!

S2: Ja absolutt! Jeg bare lurte på om du kunne fortelle litt -

I: ... Og fatigue selvfølgelig! Det er jo noe som mange brystkreftpasienter har. Mange kreftpasienter får også ofte påvirket sine seksuale funksjoner. Kirurgien kan jo ha gitt nerveskader, det er kanskje mer prostatakreftpasientene som har det, men gynekreftpasienter kan også ha mye problemer med mage-tarm etter stråling for eksempel. De kan mye problemer med mage-tarm, fordi slimhinnen er blitt veldig utsatt. De kan blø og ha smerter, og diare. Mange slike ting som påvirker livskvalitet, og frihet til å være i aktivitet. Inkontinens og diare, problemer med å holde på luft og avføring. Så det kan være veldig mange forskjellige ting. Prostatakreft mennene har jo også problemer gjerne med ereksjon og inkontinens i starten, men det blir ofte bedre. Men mange av de får lymfødem. Så det er mange forskjellige ting, men nå er det brystkreftpasienter dere var mest interessert i.

S2: Ja.

I: Da er det vel kanskje smerte og skulder- armfunksjon, lymfødem, fatigue, perifer nevropati er kanskje noen av de viktigst ja.

S2: Ja, men hvordan er det første møte med disse pasientene da?

I: Ja, jeg er veldig glad i folk. Jeg synes det er veldig kjekt bli kjent med pasienten. Så jeg opplever at det er viktig å ha god tid når jeg skal treffe ny pasient, og at pasienten opplever at du har tid til å høre etter, og være til stede. Så da har man kommet et veldig langt steg i det første møtet. Det er jo veldig mange ting som har vært litt i vinden i det siste. Sånn som dette med visittstolen, 4 gode vaner, altså mange slike kurs som har vært i de senere årene. Det handler jo nettopp om dette, med at man er til stede med pasienten, og det at de opplever at de får fortelle, og får spørre, og får tid, men og det å få lov å vise hvem du er. Det har jeg veldig tro på. Jeg synes det er veldig godt når jeg blir møtt sånn, av dere nå for eksempel.

S2: Så bra!

I: Og det å kunne få lov å fortelle at man er mye mer enn bare akkurat det problemet som legen har henvist for, det få lov å vise litt mer av seg selv. At man kjenner at noen er ekte interessert i deg. Og det er merker man jo veldig godt, om noen er interessert i å spørre ordentlig eller om det er på bare sånn på overflaten. Det er jo og noe med den sårbarheten og maktbalansen som er i et sånt møte, som er litt skjev, og det er å prøve å utjevne den litt tror jeg er viktig. Heldigvis er det og litt sånn nå, man skal ikke være privat med pasientene, men vi har lov til å være litt personlig. Ikke bringe inn vårt eget, det er pasienten det handler om, men at vi kan være litt mer alminnelig. Jeg tror det er veldig bra for hvordan vi kan samarbeide videre sammen. Og at man kjenner at noen er interessert i deg, har lyst til å hjelpe deg, det har jeg veldig tro på. Så det å ha litt god tid det er viktig. Og i en travel arbeidshverdag så er det er ikke sånn at du har like mye tid til alle hver eneste dag, så hvis du har fått etablert denne gode tilliten, så tåler pasientene at du sier *«i dag har jeg denne halvtimen og da skal vi trene, og så må jeg gå litt gå litt fortare videre»*. Da tenker jeg kanskje særlig på inneliggende pasienter på ett sykehus. Men vi har jo både inneliggende og poliklinikk, og jeg jobber på veldig mange forskjellige måter.

S2: Men i undersøkelsen, hva legger du vekt på der?

I: Ja, altså hvis jeg får en ny brystkreftpasient ... Først leser jeg journalen til pasienten, og setter meg inn i henvisningen. Sånn jeg har det med meg, men det er ikke sånn at jeg forteller pasienten hva de har vært med på, for jeg vil gjerne høre at pasienten også forteller sin historie. Jeg sier ofte *«kan du fortelle litt kort til meg hva behandling du har fått, hvordan du har hatt underveis, hva har skjedd?»*. Da kan de selv fortelle. Jeg sitter gjerne og hører pasienten sier *«og så ble jeg operert i mai og så...»*, selv om jeg egentlig har lest det i journalen deres. Men selvfølgelig kan det jo være at det blir for mye, at man må stoppe og begrense litt hvis man skal komme gjennom alt. Ofte så setter jeg av en time til en ny pasient, hvis jeg skal ha en poliklinisk vurdering av for eksempel en kvinne som har smerter eller lymfødeme så bruker jeg ofte en time. Så da forbereder jeg meg som sagt ved å lese journalen. Selv om jeg kanskje ser og tror hun er hoven i armen, så gjør jeg alltid en grunnleggende undersøkelse. Jeg observerer; om det en dame kommer gående, er det en gammel dame? Ser hun ustø ut? Hvordan er almenntilstanden? Virker hun redusert? Kanskje hun holder på med cellegiftbehandling? Eller virker hun frisk, og oppegående? Så man får med en gang et inntrykk og ser hvordan folk går. Er de ustø? Bruker de ganghjelpemiddel? Altså alle de der store tingene. Hører jeg noe fra pusten, er de tungpustet? Har de strevet med å komme seg opp trappen, og det å komme på undersøkelse er en påkjenning? Eller er det en ung «frisk» pasient som har en plage? Så man danner seg jo et bilde av dem, og så snakker jeg med pasienten. Da spør jeg ofte *«kan du fortelle meg litt om du har familie?»*. Så forteller de kanskje *«ja, jeg er 41 år, jeg har 2 barn, jeg går i arbeid»*. Eller det kan være en gammel dame, eller midt i livet, det kan jo være veldig forskjellig. Ofte så spør jeg kanskje *«hvor kommer du fra?»*, hvis det er noen fra byen, jeg vil at de skal kjenne at jeg er interessert i dem uten at jeg skal grave. Og jeg er ekte interessert i dem også!

S1 og S2: Jaa!

I: Det er ikke sånn at jeg later som, for det er faktisk noe som gjør at det er veldig meningsfylt. Og det hjelper oss til å lage et opplegg. Og noe for å få et inntrykk av om dette

er en person som for eksempel allerede har et utrolig travelt liv, for eksempel tre små barn, eller kanskje har en liten baby og at de er våkne om natten. Det er viktig å ha med seg inn når du skal gi råd om hva som kan være de gode tiltakene her. Hva kan være beste hjelpen? Så å allerede danne seg et lite bilde. Jeg spør jo selvfølgelig pasienten «*er det noen ting som er vanskelig for deg, noe i de daglige aktivitetene, noe som er vanskelig?*». Det kan jo være alt ifra at de har problemer med å få opp armen sin så det blir vanskelig å henge opp klær, eller de kan være sånn praktiske ting som gir meg et bilde. Eller det kan være at de kommer med kjempemasse dårlig samvittighet fordi de ikke har fått trent. Det er veldig mange ting i dag som legger veldig press på pasientene, de skal være så flinke til veldig mye, og det er en utfordring med brystkreftpasientene. At de det er veldig fokus på at det er viktig at de fysisk aktivitet, at de gjerne går på pusterom, altså det er veldig mange sånne flinke piker som skal gjøre alt veldig skikkelig. Og at det kan av og til bli litt voldsomt. Så det de trenger av og til er å få lov å slappe av og hvile seg. Noen ganger så fanger jeg opp at dette er en som har skuldrene veldig høyt oppe og de vil så gjerne klare å være i jobb, og å klare mange ting da. Så du får ett bilde av hvordan livet egentlig er.

S2: Ja, men hva ville du ha lagt fokus på i møtet med en sånn pasient?

I: Da er dette viktig å få med. Og når jeg har gjort det, så sier jeg «*nå kommer jeg til å gjøre en undersøkelse, og da vil jeg se litt på hvordan du beveger deg*». Da ser jeg på aktiv bevegelse. Ser om pasienten klarer å kle av seg - spør om det går greit. Sånn at jeg kan se på hud, arr og dette. Gjerne ha pasient delvis avkledd når de beveger seg, så du kan se strukturene. Om det er noe som henger fast noe sted. Du vil med en gang se om det er noe hevelse. Men da tar jeg ofte først på meg skulder/armfunksjon-briller, så ser jeg på funksjon. Hvis jeg ser at det er noe som er nedsatt under aktiv bevegelse - så kan jeg gå inn å gjøre noe passivt. Registrerer om det er noe som gjør vondt. Det kan være observasjon og palpasjon. Tester kraft, sensibilitet og identifikasjons muskulatur - hvis det er aktuelt. Det er ikke så ofte at det er noe nerveskader hos en brystkreftpasient lenger. I gamle dager kunne det være at hun fikk en vinget scapula, for det kunne være nerveskade, det er veldig sjeldent i dag. Men det er det sånn at jeg gjerne ber pasienten å for eksempel gjøre push up mot kanten på benken, eller mot veggen for å se på den scapula-humorale rytmen. Se om det er en forskjell på de to sidene. Altså en helt grunnleggende undersøkelse. Det gjør vi på alle pasienter. Og så tar jeg gjerne på meg ødem-brillene, og så leter jeg etter tegn på begynnende lymfødem. Og da er det gjerne og at pasienten har sagt noe om at armen er stiv, eller tung, de sier gjerne under historien at de har hørt om lymfødem, og spør om kan det være det. Folk er jo veldig godt opplest. Folk leser seg gjerne veldig mye opp i dag, og er godt informert. Hvis jeg ser noe som jeg tenker kan være en senskade, så begynner jeg jo selvfølgelig å spørre og grave. «*Når begynte dette, hvordan oppfører det seg?*» Ved smerte; «*Når gjør det vondt?*», en smerteanamnese, sant?

S2: Ja.

I: «*Hva slags type smerte er det?*». Og da kan det jo være i retning av arr og sår, innskrenket bevegelse, det kan være at det er kort brystmuskulatur – det er eldig vanlig. Se på holdning, kjempviktig hos brystkreftpasienter. De er ofte korte på fremsiden og trenger å styrke baksiden. Dersom det er tegn på ødem så spør jeg om jeg er døgnvariasjoner, og så palperer jeg og tar mål. Sjekke om det er forskjell på de to sidene. Og så kan det være at jeg får noe informasjon som gjør at jeg tenker i retning periferende nevropati. Det kan jo og gi

smerte. Så handler det og ofte om å informere pasienten om hva som er vanlig, for eksempel hvis de sier det prikker og stikker ut i armene, så kan jeg si «*dette er helt vanlig der du er nå i forløpet*». Det kan være nervestrek smerter de kjenner på. Kanskje har de aldri strukket ut armene sine sånn *viser nervestrek ved ekstensjon-abduksjon skulder* noen gang før, og hvis vi gjør det nå så kan vi også kjenne det slik. Men de kan tenke «*Ånei!*», men så det kan hende de har det samme på andre siden. Og det er ofte det å få en forklaring og trygging på at dette er normalt, og at det blir bedre.

S2: Mhm.

I: Og at dette kan bli mye bedre, så vi bør forsøke å gjøre “*sånn og sånn*” for å få det best mulig. Ofte er det trygging og informasjon.

S2: Inn i tiltak og?

I: J, dette går jo veldig inn i hverandre. Jeg setter jo alltid i gang noe, så har jeg mye fokus på mestring, og å istandsette pasienten til å hjelpe seg selv. De får kunnskap og får tips om hva de kan gjøre. Men jeg har liksom oppi hele spekteret fra aktive til passive, altså jeg er ikke fremmed for å bruke hele verktøyskrinet, men det er jo ofte ting man skal lære seg å gjøre selv. Det er jo kjempeviktig.

S2: Bruker du mye hands on?

I: Ja, jeg bruker mye hands on. Og ofte er hands on nødvendig for å komme til hands off hvis du har mye smerte og kanskje er redd. Det kan også være veldig nødvendig å legge pasienten ned, for eksempel når du skal gjøre øvelser. Det er jo veldig tung å løfte armene imot tyngdekraften hvis du har smerter. Så hvis du legger pasienten ned på benken og får man hjelp fra tyngdekraften istedenfor å få motstand under øvelser. At du kan tøye ved å legge armen ut - mye mindre anstrengende enn å stå opp og gjøre det i aktive stillinger mot tyngdekraften. Det og å legge hendene på og være med gjør det aktivt-ledet sammen med pasienten, da går det forttere å bli bedre. Vi må ikke slutte å ta i pasientene våre. Men vi skal ikke passivisere pasienten, og gjøre de avhengig av oss - men det kan være viktige verktøy på veien. Særlig når de har mye frykt, vondt og plager, er dette sentralt for å komme videre.

S2: Hvis du skulle oppsummert litt i forhold til dette med motivasjon og utfordringer hos pasienter?

I: Motivasjon ... Det er jo veldig viktig å få tak i hvem denne pasienten er. For pasientene er jo enormt forskjellig. Brystkreft rammer jo både de som har vært toppidrettsutøvere og de som aldri har tenkt på trening i løpet av hele livet sitt. Kanskje de liker å gå på konsert og lese bøker, kanskje de synes det er greit å rusle en tur, men de har aldri tenkt på trening. Det er jo veldig store forskjeller. Jeg har jo hatt pasienter som er vant til å gå i Arktis med pulk bak og 40 kilo, som er brystkreftoperert. Eller som driver med fjellklatring, eller som er toppidrettsutøvere. Og jeg kan også få pasienter som aldri har tenkt på dette med trening. De har hatt gym på skolen, men det var liksom ikke favoritt faget. Derfor er det viktig - hvis vi skal hjelpe de til å være mer aktive, så må vi jo prøve å finne ut hvor de er og hva de ønsker? At vi ikke bare trer nedover de et eller annet opplegg som vi tenker alle skal ha. Det må jo tilpasses. Det er jo gjort mange studier på fysisk aktivitet. Vi vet at det er anbefalt under, og etter kreftbehandling, men det er ikke så entydig akkurat hvordan det skal gjøres, særlig

under, men vi vet det skal tilpasses.

S2: Ja ikke sant.

I: At du klarer å fange opp hvem denne pasienten er og tilrettelegge opplegget til dem. For de som er vant til å trene veldig mye er ikke så fornøyd med noe sånn "pingle greier", de har lyst til å trene skikkelig. For det er slike pasienter som kan si "*når kan jeg begynne å jogge? Når kan jeg begynne med løpingen min igjen?*", og så er de operert for en uke siden. Og så har du dem som ikke er vant til trening i det hele tatt. Og det jeg ville si i stedet er at det er gjort mye forskning på brystkreftpasientene - det er nok den det er gjort mest på. Men de som klarer å gå inn i studiene og være disse pasientene som denne forskningsinformasjonen kommer fra, det er jo de som er i stand til å delta i forskningsstudiene. Vi må huske på det at vi må bruke forskningen på en god måte. Mange klarer ikke ... fordi anbefalingene for de som er under kreftbehandling er jo egentlig de samme som for friske voksne. Som Helsedirektoratet sine anbefalinger om fysisk aktivitet sant, så er jo det - ja styrke.. vet dere hvor mange ganger i uken det er styrketrening og hvor mange ganger i uken det er kondisjonstrening for en frisk voksen dame som meg?

S2: Man skal vel få opp pulsen 30 min hver dag og styrke 3 ganger i uka?

I: Ja det er ganske høye krav. Så de anbefalingene gjelder også for de som gjennomgår kreftbehandling, og så kan man tenke litt sånn "hvem av oss er det som alltid klarer å nå opp til de målene?". Så husk bare på det, at man ikke legger for mye, altså ... man må være litt ydmyk og huske på at den aktiviteten som har effekt, er den som blir gjort og helst regelmessig. Alt vi klarer å få til, som blir gjort regelmessig, får opp tempen - blir litt varm, svetter og beveger seg. Prøve å fremme motivasjon, for å få smaken på det - som vi jo vet er så bra! Da er du inne i et godt spor ikke sant. Fordi hvis vi bare lager kjempemye dårlig samvittighet og de ikke klarer det - så trykker vi de litt ned pasientene. Og noen av de får jo masse kurer før de ble operert, så når de kommer til operasjon så har de allerede vært gjennom tøff cellegiftbehandling. Det gjelder mange av de unge med litt aggressiv brystkreft de har kanskje mistet håret, fått taxotere og noen av de har fått kjempestore hovene tømmerstokkbein. Negler på hender og føtter faller av, de har putefølelse i hender og føtter, kanskje har de små barn hjemme - altså det er noe med å se litt hvor de er Og så skal de opereres og så skal de da gjerne i gang med strålebehandling etterpå. Så vi må tilpasse altså, det er kjempeviktig. Det er å finne ut hvem denne pasienten er.

S2: Ja å bruke det som motivasjon?

I: Ja fordi det er der jeg tror du kan finne nøkkelen, og så spørre pasienten "*hva ønsker du at jeg skal hjelpe deg med?*" så ja, og at vi sørger for at vi informerer pasienten om hva som er anbefalt. Men veldig ofte har de fått det veldig tydelig med seg, så det ligger ofte i grunn. Men det er klart at vi skal gi de de beste rådene vi har, vi skal ikke si at det "ikke er så farlig å trene" og sånn, for det er klart at det er jo viktig at vi sier "at forskningen viser at det er viktig". For det er jo kanskje særlig å vedlikeholde fysisk form under behandlingen -for en av de store problemene er jo dette med muskelatrofi.

S2: Ja.

I: Ja sant, man taper så mye form underveis i behandlingen, så det å holde kroppen vedlike

er kjempeviktig. Mye av behandlingen påvirker også kroppssammensetningen. Så det er viktig å gi informasjon om kosthold og disse tingene.

S2: I forhold til mål da? Hva er det du legger du vekt på?

S2: Og altså ... Med fokus på brystkreftpasienter, som du sier - etter ett år, når de fremdeles har de plagene?

I: Ja altså vi møter jo brystkreftpasientene ... nå jobber ikke jeg på kirurgisk avdeling, men jeg jobber på kreftavdelingen. I forbindelse med operasjonen så får de informasjon om øvelser, og de som skal ha det - får også informasjon om risiko for lymfødem blant annet. Og så får de tilbud om å delta i en gruppe der de får informasjon om lymfødem og instruksjon i øvelser. Der plukker vi også opp de pasientene som har noe spesielt - for eksempel at de har veldig mye smerter eller allerede har begynt å bli hoven. Kanskje noen av de har fått cellegiftbehandling og slikt i lengre tid, og allerede har plager med armen sin. Så vi møter de jo på mange forskjellige tidspunkt ... vi får jo også henvist. Egentlig kan vi få de henvist på hvilken som helst tid i forløpet. Vi får de ofte henvist i forbindelse med kirurgien – da blir det jo mer informasjon og instruksjon, så får vi de i gruppen som de også er henvist til. Det er jo for å gi de informasjon for å forebygge plager. Videre får vi henvist de som strever med å få god bevegelighet i armen, og som skal i gang med strålebehandling - men som ikke får armen helt opp. Og når du får stråling så ligger du helt opp i en slik stilling *Informant legger armene opp over hodet*, så du må egentlig ha veldig god skulderbevegelighet. Og det er jo for at de skal kunne gjennomføre strålebehandlingen til riktig tid sånn at det ikke blir en forsinkelse i behandlingen. Det er jo og fordi vi ønsker at de skal ha det bra videre - at alt fungerer godt. Så kan vi egentlig få de henvist når som helst under selve behandlingen, alt etter hvilke problemer som oppstår. Noen har jo ingen problemer så da kommer de ikke til oss. Og så kan vi få pasienter henvist. Pasienter kommer jo på kontroller regelmessig, år etter år etter en sånn behandling. Hvis det da har oppstått problemer med skulder, lymfødem, nevropati, eller at de har spørsmål, eller føler seg sliten. Eller at opplever at de har, altså ... det finnes jo denne "fatigue sekken" som kan være mange ting. Det at man er trøtt og sliten, og føler at man har lav energi. Ofte kan det være nedsatt hukommelse og konsentrasjonsvansker, og det ikke henger sammen med det pasienten har gjort. Altså det er ikke den vanlige trøttheten.

S1 og S2: Mhm!

I: Og da er det jo ofte at man heller ikke klarer å være så mye i aktivitet, og da kan man havne i en ond sirkel. Med tiden kjenner de også at de begynner å bli svakere i kroppen rent fysisk - og at man da kanskje forsøker å få de henvist. Og det vi ofte gjør på sykehuset, er at vi kartlegger de og hvis de er under utredning for eksempel fatigue - så vil de også bli utredet for hjerte-lunge, hormon plager ... altså man vil jo lete etter andre årsaker til trøttheten enn fatigue. Så man skal utelukke alle de andre tingene, og gi pasienten på alle mulige andre måter en god forklaring og oppfølging, slik at det ikke er noe som er utrygt eller usikkert. Sjekke om de har bekymringer knyttet til økonomi, arbeidsliv ... hele livet. Det kan hende man står igjen med at man har en veldig redusert kapasitet så man går inn i dette fatigueområdet. Og da får vi de jo også ofte henvist. Først og fremst så kartlegger vi pasientene slik at vi kan hjelpe de videre.

S1 og S2: Ah ja!

I: Og da er det jo ofte en samtale - det å ha god tid med pasienten, hvor man får høre hvordan hverdagen deres fungerer. Det kan være alt ifra de som er så preget og rammet av dette at de er mye i sengen og ikke klarer å være så mye med familien sin fordi at de må bare må skjerme seg. At de har falt ut av arbeidslivet. Det kan være veldig mye sorg og fortvilelse, depresjon, tunge tanker, livet er helt forandret, frykt for å sykdom tilbake - altså det kan være veldig mange ting. Da kan vi ofte avdekke om de kanskje trenger noen å snakke med om det. Og så er det jo gjerne det rent fysiske og kroppen vi gjerne vil forsøke å hjelpe med. Om det er noe med skulder- armfunksjon, eller om det er noe med lymfødem eller de tingene. Men litt mer for hele kroppen så er det gjerne dette med å få til tilpasset aktivitet - å gå inn og jobbe med balansegangen mellom hvile og aktivitet, og å se på aktivitetsregulering. Det er jo et sentralt begrep som er viktig. Det å tilpasse energinivået i forhold til alt, det er det å finne en ny balanse i livet slik som det er blitt nå. Det er jo veldig omfattende, det er mye å bearbeide – det å finne ut “*hvordan skal jeg leve nå?*”. Det omfatter veldig mange ting og det kan ofte være aktuelt med individuell oppfølging hos fysioterapeut.

S2: Henviser dere videre da?

I: Ja da henviser vi videre.

S2: Både kommunalt og -

I: - Jaja, vi legger til rette, det kan være helt alt etter hvor de bor og hva som er det riktige tilbudet for den enkelte. Det kan være det å gi informasjon om et rehabiliteringsopphold. I vår region er det jo for eksempel [rehabiliteringssenter1], det kan også være andre kortere opphold på blant annet [rehabiliteringssenter2]. De har masse gode kurs, det kan være lærings- og mestringssenter som [senter] - det er mange tilbud som de kan ha nytte av.

S2: Har du noen spesifikke eksempler eller pasienthendelser du har lyst til å dele?

I: ... Jeg har veldig mange, brystkreft er jo en veldig stor gruppe. Jeg må tenke meg litt om ... Ja brystkreft rammer jo veldig mange, men det rammer jo flest folk etter fylte 50 år. Jeg vil jo kanskje si at det nok er de unge som blir frisk for kreften, men som skal leve videre. Småbarnsmødre og sånt ... At gjerne noen av de er mye rammet av dette med fatigue synes jeg.

S2: Ah okey!

I: Ja og det er jo tøft for eldre pasienter også, men de yngre er jo kanskje i en enda mer krevende tid i livet; det er en voldsom trussel å få en kreftsykdom hvis du er 32 år og har to-tre små barn. Det er en veldig alvorlig hendelse i livet. Du blir jo veldig skaket i hele tilværelsen - frykten for å dø fra barna dine og ektefellen ... det er veldig voldsomme ting. Og det ser vi mye av når vi har grupper. Vi treffer de på grupper gjerne 1-5 uker etter de har operert. Da er jo de veldig glade for at de har fått så fort behandling. For det går jo veldig fort fra de blir diagnostiserte, til de blir operert – og det er de veldig glad for, men så begynner der å gå det litt mer opp for dem. Det er jo en voldsom hendelse. Kanskje man snakker mye om at fatiguen er knyttet til cellegiften, strålebehandlingen, alle de fysiske

tingene. Men jeg tenker også at den fatiguen handler mye om det traumet det er å få en kreftsykdom. Den trusselen det er på livet, den tror jeg spiller mye inn - men dette er min personlige mening. Og derfor tror jeg også at det å bli trygget og støttet, og å bli tatt på alvor og lyttet til. At man gjør en grundig utredning av alle ting – det er viktig. Men så kan man på en måte aldri helt ta bort all uroen de har for om dette kan komme igjen. Og så er det jo også noe med at fatigue også er ganske vanlig generelt i befolkningen. Og mennesker som lever med kronisk sykdom som innebærer en viss belastning og begrensning – det er ganske krevende. Det kan jo være for eksempel diabetes, alvorlig hudsykdom som krever masse egenomsorg hver eneste dag, alvorlig reumatisk sykdom ... det kan være masse, masse ting.

S1 og S2: Ja ja!

I: Så ja jeg tenker at det er nok veldig sammensatt, men jeg opplever at pasientene har veldig behov og et stort ønske om hjelp til oppfølging for disse tingene. Når vi har hatt kurs på lærings- og mestringssenter, som er når de har avsluttet behandlingen, så hadde vi for en tid tilbake ett kurs som het "*veien videre*". Den hadde de etter de var ferdig med all behandlingen og de var friske. Den handlet om hvordan de skulle leve videre. Så var det det de mest var opptatt av; lymfødem og fatigue.

S2: Ja, hva føler du er din rolle som fysioterapeut med disse problemene?

I: Jeg føler at jeg kan gjøre mye nyttig. At jeg har mye bra i mitt verktøyskrin som kan være hjelpsomt for pasientene, og jeg opplever at de gir tilbakemelding på at det var nyttig for dem. Men det er veldig viktig å istandsatte pasienten til å hjelpe seg selv, det å mestre selv er kjempeviktig. Men på veien dit så har vi lov å bruke hele verktøyskrinet og hands on. Og å prate sammen og å følge de opp - for det skjer veldig mye i livene deres, men vi er jo ikke psykologer. Men det kan hende vi oppdager at noen skulle hatt noen å snakke med som har mer kompetanse på det området. Da kan jo vi fange det opp, og så å veilede dem i riktig retning. Men vi fysioterapeuter er heldig med det at vi ofte er lenge og flere ganger etter hverandre, sammen med pasientene. Og vi har mulighet til å ordentlig høre på pasientene. Og det å få lov å fortelle, å bli lyttet til, og det at pasienten hører sin egen stemme. Jeg kan lytte og jeg kan bekrefte, og når man etter hvert får litt mer erfaring, så kan man og si "*du, dette er veldig vanlig*" eller "*det der burde du kanskje spurt legen om*". Så kan vi bidra på de rent fysiske tingene, men vi kan også være et godt medmenneske. Å lytte og å bekrefte at "*jeg ser at dette er tøft for deg*". Og da er det ikke så sjeldent at pasientene gir uttrykk for både glede og sorg, tårer, latter - alt mulig. Og det er mye helbredelse som skjer i det. Så det å ha oppfølging av fysioterapeut over tid er veldig mye mer enn bare det å prøve å styrke lårmuskulaturen eller forbedre skulderbevegelse. For den omsorgen som vi gir og er viktig. Og så kan vi jo gjøre mye konkrete ting; vi kan legge en god bandasje, vi kan ta mål til en god armstrømpe - vi kan mange sånne praktiske ting som pasientene trenger.

S1 og S2: Ja, mhm!

I: Ja, så jeg føler at vi har mye å bidra med. Og nå kommer det jo litt an på hvor du jobber. Det er fysioterapeuter på for eksempel pusterommet eller i privatpraksis som har gruppetreningstilbud på rehabiliteringssentre, men også andre som jobber med friskliv - altså treningssenter. Det er jo så mange mennesker som rammes av kreft, og disse

pasientene skal jo ut i det vanlige livet og bruke de vanlige tilbudene, og gå på SATS osv. Men kanskje trenger de litt på veien, og dette kan vi bidra med. Fysioterapeuter er viktig for kreftpasientene; vi kan undersøke muskelskjelett-apparatet, vi kan trening i forhold til sykdom, og vi kan de tingene ... vi har kompetanse som ikke andre yrkesgrupper har. Men så er det og mange andre som kan jobbe med disse pasientene i forhold til generell fysisk aktivitet.

S2: Tidligere snakket du litt om dette med henvisning. Får du bare pasienter som er henvist eller får du pasienter som oppsøker deg selv?

I: Det kan være pasienter som ringer til fysioterapiavdelingen som kanskje har vært under behandling.

S2: Som kommer poliklinisk?

I: Ja så vi kan ta inn poliklinisk. Men de blir jo ofte henvist fra kreftavdelingen eller fra bryst- og endokrinkirurgisk avdeling, men det kan være forskjellig. De kan også fanget opp ett eller annet sted, for eksempel når de har vært på kontroll, og det kan jo være mange år senere. Det som er litt viktig å si er jo at det blir nå etablert senskade-poliklinikker på alle de store sykehusene.

S2: For kreftpasienter eller generelt?

I: For kreftpasienter. Brystkreft kommer til å være en stor gruppe der. Nå har man jo fått klarsignal fra helsemyndighetene, og det etableres nå høyspesialiserte poliklinikker for å utrede pasienter som har gjennomgått kreft og som har senskader. Det er tverrfaglig, og der skal også vi blant annet være.

S2: Så fantastisk! Litt i forhold til det med sosioøkonomisk status. Har du opplevd en forskjell i sosioøkonomisk status på pasientene?

I: Jeg tror ikke det, nei. De aller aller fleste ... altså nå skal ikke jeg akkurat si at jeg har tallet på det, men de fleste pasienter går jo enten til en kommunal fysioterapeut eller til en fysioterapeut med driftsavtale med kommunen.

S2: Mhm!

I: De er ikke helprivate, de er avtalefysioterapeuter. Men det finnes det jo selvfølgelig også en del helprivate fysioterapeuter som man kan gå til. Og det kan jo hende at det er noen som har gode forsikringer, og det er det nok mer av i dag. Altså de som har gode forsikringer og avtaler gjennom jobben eller slikt, som man benytter seg av. Men veldig mange bruker oss og kommune, og avtalefysioterapeuter. Og det er jo da en del av den kommunale tjenesten.

S2: Så du opplever ikke store forskjeller i forhold til sosioøkonomisk status? Eller at noen kanskje faller litt utenfor?

I: Det kan jo være noen, altså det har jo blitt mer dette med forsikring også - men jeg kan ikke akkurat gi dere noen tall. Jeg tror jo og at det har noe med kompetanse å gjøre. Hvis du

har lang erfaring med dette, så har noen kanskje jobbet opp mot det etablerte miljøet i sykehus, i kreftavdeling, eller har lymfødemkompetanse derifra. Fordi man er nødt til å ha en driftsavtale hvis du skal kunne jobbe med det, hvis ikke får man ikke avtale med helseforetaket. Så det henger jo litt sånn sammen. Men det er flinke fysioterapeuter som er helprivate og kan gi en god behandling for brystkreftpasienter – absolutt! Men jeg tror generelt Norge er litt annerledes enn utenlandet akkurat her, foreløpig er det litt mer likt her. Og det vil nok gjøre at våre forskningsresultater nok er mindre preget av økonomi og sosial status enn forskning i andre land.

S2: Ja, men det er jo veldig bra at det er sånn!

I: Ja det er det. Men det jo klart at det kan være noen som ikke klarer å stå opp for seg selv hvis de har det veldig vanskelig eller ja ... noen er flinkere å stå på for seg selv. Det vil det jo alltid være forskjell på, men vi har jo gode systemer for folk. Altså vi har jo brystkreftforløp der det er faste punkter om når man skal ta kontroll, man skal til "sånn og sånn og sånn". Så man går jo igjennom en slik løype - et sånn pakkeforløp. Der kommer du innom uansett hvilken status du har på en måte.

S2: Ja, så bra!

S2: Men hva tenker du på veien videre etter endt pakkeforløp da?

I: Ja det har jo vært et sånn pakkeforløp helt hjem eller rett hjem.. Eller jeg husker ikke helt. Men der jeg tror jeg faktisk jeg vil skryte litt av fysioterapeutene - jeg tror vi er ganske flinke på å sørge for gode forløp. Men det vi kan bli bedre på, er det å få gode helhetlige forløp. Og at det blir mer likt for alle, men vi er nok gode til, på kreftavdelingen spesielt, at vi sørger for oppfølging. At pasienten har enten fått hørt "*denne fysioterapeuten ringer hjem til deg i løpet av en uke*", eller "*her er nummeret til fysioterapeuten*", eller "*her har du sammenfatningen, jeg har avtalt at du kan ringe*". Vi lager litt bindendeavtaler, så jeg vil påstå at vi egentlig er veldig gode på det. Og nå har vi dessuten veldig gode muligheter for å sende elektroniske sammenfatninger, men veldig ofte ringer vi og snakker med fysioterapeutene. Vi liker å legge stafettpinnen opp i neste hånd, men det er jo veldig forskjellig. Hvis det er syke pasienter som har redusert kapasitet, da følger vi de jo opp enda tettere. Men hvis du (S1) var brystkreftoperert, så har du nok ikke bruk for at jeg springer etter deg på den måten, men du må få vite hvor du kan få god hjelp! Hvis sånne forhold er trygt nok for deg, så det kan hende at du synes det er nok at du får en liste hvor det står at du kan ringe en av disse fysioterapeutene, og så ordner du det selv. Mens så kanskje du (S2) vil ha litt tettere oppfølging. Altså der er vi jo litt forskjellige. Ja, jeg vet ikke om jeg svarte helt på spørsmålet...?

S2: Joda! Og så lurte vi på om du kan fortelle litt om dine erfaringer og tanker om det overordnede rehabiliteringstilbudet for denne pasientgruppa i dag?

I: Ja, det er jo blitt mer og bedre fokus på senskader - og det er bra. Og nå er det ganske mange år siden det ble etablert, det nasjonale kompetansesenteret i Oslo for senskader. Og for ikke så lenge siden så ble det jo skrevet en ny rapport i fra helsemyndighetene om senskader. Så det er mer fokus på det, men det er jo ikke nok. Og nå dette med at vi får en senskadepoliklinikk, det viser jo at dette skal adresseres. Legene blir da også mer bevisstgjort på dette. Og så er det jo kanskje sånn at det ikke alle som har senskader skal bli sendt til en

senskadet poliklinikk i spesialisthelsetjenesten. Målgruppen blir gjerne de som er mest rammet, eller at man har en lags utvelgelse av hvilke pasienter som mottar tilbudet –men det vet jeg ikke. Det er jo litt i skapelsen hvordan dette skal bli, men for alle som kommer inn til en kontroll etter, for eksempel brystkreft, så skal dette adresseres. Legen skal jo ha i tankene sine om det for eksempel er noen utfordringer i forhold til arbeidsliv - at man skal spørre om disse områdene. At det ikke bare er det fysiske. Men så er det selvfølgelig alltid en utfordring i en travel hverdag, mange oppgaver, kanskje pasienten kommer og har tenkt på det - men så blir de opptatt så glemte de å ta det opp. Eller at de ikke visste at dette var noe de kunne få hjelp til ... det er jo ofte det og. Det med informasjon er jo viktig, og det er jo blitt mer skrevet om det. Det var nok kanskje mer sånn før at man måtte være glad bare man hadde overlevd og så klaget man ikke – men at man hadde kjempe-mange plager. Men følte liksom ikke at man kunne si noe, for man hadde liksom tross alt overlevd kreftsykdommen. Det er nok tenkelig litt mer tillatt i dag. Samtidig så er det jo sånn at selv om kreftbehandlingen går fremover og det blir mer og mer individuelt tilpasset, og det er færre som får senskader - så ser det likevel sånn at vi dessverre har en kreftbehandling som gir senskader og det er ikke sånn at vi klarer å unngå alle de, og vi klarer heller ikke å ta bort alle. Men vi må gjøre så godt vi kan, og prøve å lindre og hjelpe disse pasientene er viktig.

S2: Hvis du skal oppsummere kort; hva tenker du er de viktigste elementene du tar med deg inn i en fysioterapeuts tilnærming med pasienter som har senskader etter brystkreft.

I: Da vil jeg si; at jeg har tid til å så ta meg god nok tid til den pasienten, og snakke med dem og lytte til dem. Ta de på alvor, og gjøre en grundig undersøkelse. Ja og få tak i den enkelte, og sørge for en god oppfølging - enten at jeg følger opp pasienten selv, eller at vi hjelper de i riktig retning. Og ikke bare slipper de ut, men at vi holder litt igjen til at vi ser vi ser at de har landet på en god måte. Men det å se og ha tid, og å lytte til og ta de på alvor det tror jeg er ekstremt viktig. For det er nok en av de tingene som mange av disse kommer med; at de føler at det ikke er noen som forstår eller skjønner hvor vanskelig det er. Mange har det kjempekrevene med disse plagene. Og så blir jeg noen ganger veldig glad når jeg ser pasienter og kan tenke: *“oi det der det kan vi hjelpe veldig masse med! Det kan jo bli kjempe-mye bedre hvis vi gjør sånn og sånn!”*. Så jeg ser jo for eksempel at en som går med kjempestor arm eller et eller annet - så vet jeg at dette, fordi erfaringen min erfaringen min tilsier meg det, at her er det mye vi kan gjøre for dem, sant? Men pasientene kan jo ikke vite det.

S2: Nei de kan jo ikke det.

I: Så det med informasjon er jo kjempeviktig. De må jo vite om at *“dette her som jeg har her, det er lymfødeme”*. Og at det er noe man kan gjøre med det, og at man tar det på alvor. At ikke de kommer på legetime etter legetime. eller til sykepleier etter sykepleier, eller fysioterapeut for den saks skyld, og så er det ingen som sier: *“du den armen din? Jeg ser at det er noe”*. Vi må jo ta det på alvor.

S2: Ja!

I: Jeg tenker ofte så enkelt som *“Hvordan ville du blitt tatt imot hvis det gjaldt deg”*. Hvordan hadde jeg hatt lyst til at det skulle vært hvis det var min mor eller min søster. Så det å ta i bruk den er jo veldig fint. Vi er jo ofte veldig empatiske.

S2: Ja, vi har jo mulighet til å gjøre det!

I: Jeg er jo kanskje litt enkel da, men jeg blir veldig glad når jeg kan hjelpe noen - det gjør meg godt. Og jeg tror jo at mange av oss som jobber i helsevesenet er hjelpere, og jeg tror kanskje jeg kunne likt å være sykepleier og altså. Det er fordi det handler om mennesker, og at det gir mening når vi kan gjøre en forskjell. Da blir vi glad - så enkelt!

S2: Ja. Er det noe du vil tilføye som vi ikke har snakket om, men som du tenker er aktuelt for vår oppgave?

I: Det er jo et stort tema da, jeg må tenke litt tilbake på problemstillingen. Ja, altså ... jeg tenker at fysioterapeuter er en veldig sentral yrkesgruppe i forhold til å hjelpe pasienter med senskader etter brystkreft. Fordi vi har verktøy og kunnskap i forhold til flere av de vanligste plagene og tingene som plager disse pasientene. Og hos noen av de - så er vi kanskje de eneste som kan hjelpe, og det gjelder kanskje særlig lymfødem. Sånn det er klart at det er mange andre som for eksempel kan stimulere til fysisk aktivitet, det kan jo være de vanlige tilbudene som finnes i samfunnet. Og det er jo så mange som rammes av kreft, så vi må jo bare heie på alle gode krefter. Men akkurat det er kanskje et godt eksempel da, på et område som jeg tenker at fysioterapeuter er veldig viktig.

S2: Helt til slutt lurer vi at om dersom det er noen opplysninger vi trenger oppklaring eller noe sånt - kan vi da ta kontakt med deg igjen?

I: Selvfølgelig kan dere gjøre det!

S1 og S2: Tusen takk! Og det var alt vi hadde. Tusen takk for at du tok deg tiden til å være informant.

I: Bare hyggelig!