

BRYSTKREFT! DAGKIRURGI! TILFREDS?

Et studie ved Ullevål Universitetssykehus:

**Pasienttilfredshetsundersøkelse for pasienter som har vært
behandlet dagkirurgisk for brystkreft**

*Obligatorisk skriftlig oppgave
ved*

med.stud. Ann Katarina Tonde V-01

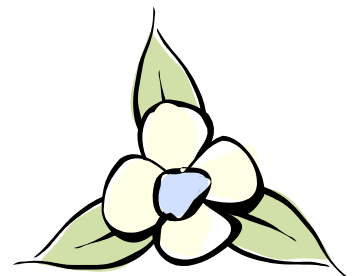


Innholdsfortegnelse:

1. Abstract	3
2. Innledning	4
3. Materiale og metode	5-6
3.1 Spørreundersøkelse og dybdeintervjuer	5
3.2 Feilkilder	6
4. Bakgrunn	7-18
5. Resultater	19-29
5.1 Spørreundersøkelse: Pasienttilfredshetsundersøkelse for pasienter som har vært behandlet dagkirurgisk for brystkreft	19-25
5.2 Intervjuer med dagkirurgisk brystkreftopererte kvinner pluss eventuelt pårørende	26-29
6. Diskusjon	30-33
7. Konklusjon	34
8. Referanser	35

Vedlegg:

- **Spørreskjema for pasientene: Pasienttilfredshetsundersøkelse
for pasienter som har vært behandlet dagkirurgisk for
brystkreft** **36-38**
- **Intervjuspørsmål for pasientene: Dagkirurgisk
brystkreftopererte kvinner pluss eventuelt pårørende** **39-40**



1. Abstract:

Investigation of satisfaction and quality of day surgery treatment for breast cancer

The aim of this study was to investigate the degree of patient satisfaction amongst women with breast cancer undergoing day surgery treatment.

Ullevål University Hospital treats the majority of breast cancer patients in Norway, over 500 cases each year. In May 2000 the "sentinel node" technique was introduced. That same year the Ullevål hotel for patients opened and one of the wards closed; after which day surgery treatment for breast cancer was introduced. Many health professionals were skeptical the introduction due to the risk of reduced physical and psychological following-up. Anesthetists demanded that patients were accompanied 24 hours after surgery by an adult. The procedure means that patients can choose to return home the same day as the surgery or stay at the hotel for a few days following the operation. On the first day the patients are seen at the hospital by a doctor and given both verbal as well as written information about breast cancer and its treatment. After the operation, they can meet doctors, nurses, and other patients who have undergone the same procedure in weekly meetings. They are also provided with contact details of nurses specializing in cancer care for further support. Three weeks postoperatively they are seen by their surgeon for a check-up.

An investigation in 2001 to see what the patients thought about day surgery as treatment for breast cancer showed that over 90% of the patients were very satisfied with this arrangement. In September 2002, a new day surgery ward opened. About sixteen patients are operated weekly. In June 2003, we started a new investigation to study the satisfaction and quality of day surgery treatment for breast cancer. We wanted to know what the patients thought of this arrangement and especially to see into what improvements can be made. After the operation all the patients were given a questionnaire containing thirty-three questions. Most of them returned the questionnaire with the answers at their three week postoperative follow-up. I have also done a small qualitative investigation with interviews of ten of the operated women.

74 of total 123 questionnaires were returned, consequently 60,2%. The average age of the women was 57 years. 72% of patients had a mastectomy and the others a breast conserving operation. 77% of all women were operated using the sentinel node technique and the remaining women had an axillary clearance, removing all the nodes of the axilla. In general, the results from the questionnaires and interviews were very positive. The women were very satisfied with the written as well as the verbal information provided about breast cancer treatment. Many of the women did not seek extra information about breast cancer in books or on the Internet. Many of the women knew of someone who had been through the same disease. The women said that it was good to have the opportunity to choose between the methods of treatment. However, some women also preferred to hear what the doctor recommended. They were less satisfied with long length of waiting time especially at the consultation office, and the information regarding complications of the treatment. They also thought that three weeks is too long to wait for the pathology result. Many women said these were the three most negative aspects of the day surgery treatment process. Some of the women did not feel well enough to leave the hospital so early after the operation and some of them would have preferred to stay at the hospital a few more hours. A few weeks after the operation all of the women reported that they were very pleased to be able to leave hospital so early. None of the women had any problems with arranging for someone to accompany them the first day after the operation. The women said that they felt much better after the operation than they expected. The patients were very satisfied when a doctor or nurse called them after they had come home. Some complications such as serom, infection and/or bleeding occurred, but all of these women were satisfied with the help they got at the hospital. 44 of the women contacted the nurses specializing in cancer care . All of these women were satisfied with the help they received. 98% of the operated women recommend day surgery treatment for breast cancer. The women also encourage other women around them to go through screening mammography.

In conclusion, the survey found that breast cancer managed by the day surgery technique is a very good arrangement, both for the hospital and the patients. In other words, it provides for both effective patient care as well as efficiency.

Supervisor: Ellen Schlichting
Department of Gastroenterology, Ullevål University Hospital.

2. Innledning:

Det er en økende forekomst av brystkreft i Norge med cirka 2600 rammede kvinner hvert år. Ullevål Universitetssykehus (UUS) behandler flest pasienter (cirka 550 hvert år) med denne sykdommen.

Fra og med år 2000 innførte UUS en ny metode for påvisning og operasjon av lymfeknuter i armhulen, såkalte vaktpostlymfeknuteteknikken eller "sentinel node" teknikken. Dermed kan cirka 70-80% av pasientene spares for fjerning av alle lymfeknutene i armhulen (aksilletoilette), og for dette inngrepets eventuelle komplikasjoner. I 2000 åpnet pasienthotellet på UUS og en sengepost ble stengt pga oppussing. Da måtte man tenke nytt med hensyn til pasientlogistikk for brystkreftpasientene. Man ønsket å prøve ut dagkirurgisk behandling av brystkreft med nye anestesimetoder med raskere oppvåkning og bedre postoperativ smertebehandling. Operasjonene kan være relativt store, men de fleste pasientene er i god fysisk form postoperativt. En del var skeptiske til dagkirurgisk behandling med hensyn til at den fysiske og psykiske oppfølgingen ikke skulle bli god nok. Anestesilegene krevde at en voksen person var sammen med pasienten første natten etter operasjonen. Pasientene får selv avgjøre om de vil være på sykehushotellet etter operasjonen eller reise hjem operasjonsdagen. Tidligere ble alle disse pasientene lagt inn på sengepost og var der i cirka 2-5 døgn postoperativt. Etter at det dagkirurgiske tilbudet kom, ble det forventet at bare de eldste og skrøpelige samt dem uten pårørende som kunne være hos dem første postoperative døgn, ville bli lagt inn på sengepost.

Pasientene får tilbud om å være med på gruppesamtaler med kreftsykepleier, leger og andre brystkreftopererte kvinner. De får også tilbud om å ta kontakt med spesialutdannede kreftsykepleiere. På denne måten blir pasienten nøye fulgt opp med minst mulig sykeliggjøring. Fagpersonell som arbeider med disse pasientene var etter noe skepsis til å begynne med, meget fornøyde med opplegget. Det var viktig å få kartlagt hva pasientene mente om organiseringen. Pasientene er jo i sentrum for sin egen behandling og bør være så fornøyde som mulig i en slik situasjon. På grunnlag av dette kan man også vurdere innføring av liknende behandlingsopplegg på andre sykehus i Norge.

Det ble gjort en pilotundersøkelse i 2001 for å høre hva pasientene syntes om dagkirurgisk behandling for brystkreft. Dette var en liten spørreskjemaundersøkelse med 45 besvarelser (cirka 50% svarprosent). Den viste at de fleste var fornøyde med opplegget. I tillegg var det mange positive muntlige tilbakemeldinger fra pasientene.

Min interesse har alltid vært stor for brystkreft. Da jeg forstod at vi ikke blir så mye undervist om brystkreft på medisinstudiet tok jeg kontakt med overlege dr. med. Ellen Schlichting på UUS i mars 2003. Jeg hadde stor interesse for å drive med klinisk forskning rundt faget. Jeg syntes det hørtes interessant å gjøre en større undersøkelse for å se nærmere på hvordan pasientenes tilfredshet er etter å ha blitt operert dagkirurgisk for brystkreft. Min oppgave ble da å lage et spørreskjema og intervjuer kvinner i en slik situasjon, samt analysere dette og komme med en evaluering av mine funn. Det ble ansett som en fordel at jeg som ikke var direkte involvert i behandlingen av disse pasientene gjennomførte studiet.

3. Materiale og metode:

3.1 Spørreundersøkelse og dybdeintervjuer:

Jeg gjorde først en litteraturgjennomgang av bøker og artikler om brystkreft og dagkirurgi. Det er svært få institusjoner som benytter dagkirurgisk brystkreftbehandling og lite litteratur på området. Spørsmålene til spørreskjemaet ble laget etter mitt utkast, men med korreksjoner fra et team på dagkirurgen som bestod av overlege dr. med Ellen Schlichting, overlege dr. med. Rolf Kåresen og sykepleier Inger Schou. Spørreskjemaets overskrift var **”Pasienttilfredshetsundersøkelse for pasienter som har vært behandlet dagkirurgisk for brystkreft”** og gikk ut på å undersøke hvor tilfreds kvinnene på dagkirurgisk avdeling S på UUS var med dagkirurgisk behandling av brystkreft.

I år 2002 åpnet en ny dagkirurgisk avdeling på UUS. Denne avdelingen skulle behandle brystkreftpasienter og plastikkirurgiske pasienter. Et helt nytt personale ble rekruttert og få av disse hadde erfaring med dagkirurgi eller brystkreft. Det behandles cirka 16 pasienter med brystkreft i uken. UUS har vært det eneste sykehuset i Norge som utfører dagkirurgisk behandling av brystkreftpasienter.

Jeg har gjort et prospektiv studie fra juni til oktober 2003, i form av at alle kvinner som ble operert dagkirurgisk for brystkreft fikk med seg et skjema hjem å svare på. Besvarelsene ble returnert da de kom på kontroll på poliklinikken tre uker etterpå. Vi hadde først planlagt å la pasientene svare ved å trykke på en dataskjerm (”touch screen”), men det ble endret til at vi ga pasientene spørsmålene i en konvolutt med seg hjem bl.a. fordi en del eldre kvinner synes det er litt ”skummelt” og vanskelig med en datamaskin. Vi vurderte også andre måter å få ut skjemaet på som f.eks. dele ut skjemaet under ventingen på poliklinisk avdeling før tre ukers kontrollen. Mange pasienter er da veldig engstelige og vi følte det ville bli for påtrengende å komme med et spørreskjema i en slik situasjon. Vi ga ut de første skjemaene i uke 23 i 2003 og fikk de første svarene tre uker etterpå. Jeg har fått inn 74 skjemaer av totalt 123 utdelte. Vi hadde en pause i utdelingen av skjema i forbindelse med sommerferie da dagkirurgen var stengt. Spørreskjemaet består av tre ark med et informasjonsark i tillegg. Det er sammenlagt 33 spørsmål med flertallet som ja/nei spørsmål. Det var også inkludert et felt for kommentarer. Vi valgte å basere oss litt på det skjemaet som hadde blitt brukt tidligere, men vi ville også prøve å fokusere på de områdene som vi ante kunne forbedres f.eks. når det gjelder ventetider og oppfølging postoperativt.

Under tiden da jeg ventet på de første besvarelsene leste jeg en del bøker, deltok på operasjoner (7 stk.), poliklinikker (20 dager) og gruppesamtaler med opererte kvinner, sykepleiere og leger. Dette for å få mer kunnskap om faget og få tips om hva som var viktig å undersøke nærmere i dybdeintervjuer med kvinnene. Jeg har hatt veldig god kontakt med veilederen min, Ellen Schlichting, med regelmessige møter. Hun har vært til veldig stor hjelp for meg og mitt arbeid.

I tillegg til denne undersøkelsen gjorde jeg dybdeintervjuer med spesiell fokus på informasjonen og pasientenes følelse av trygghet. Jeg hadde et møte med kreftsykepleier Inger Schou på UUS som ga svar på spørsmål om det å gjøre en kvalitativ undersøkelse i form av intervjuer. Inger Schou holdt da på med et prosjekt om brystkreftsoperertes angst og stressreaksjoner. Hun disputerte i januar 2005. Jeg intervjuet ti tilfeldig utvalgte kvinner i forskjellige aldre, av totalt tolv spurte. Kvinnene ble intervjuet av meg samme dag etter sin tre ukers kontroll på poliklinikken. Noen hadde sine pårørende med under intervjuene. Intervjuene varte i en halv til en time på et samtalerom på dagkirurgen S på UUS. Jeg har også gjort et kort intervju med anestesioverlege Kristin Sem Thagaard på Dagkirurgisk avdeling, for å høre hvordan kvinnene har det på dagen etter operasjonen. Det er rutine at anestesilege ringer alle pasientene som reiser hjem, dagen etter inngrepet.

I og med disse to undersøkelsene har jeg nå gjort en større kvantitativ undersøkelse og en mindre kvalitativ undersøkelse. Resultatene av disse undersøkelsene har blitt framført i form av to foredrag, et på kirurgisk høstmøte på Holmenkollen Park Hotell 24. oktober 2003, og et på et brystkreftseminar med 200 helsepersonell fra hele Norge på UUS 25. oktober 2003.

3.2 Feilkilder:

Spørreskjemaene:	Lite tallmateriale med liten svarprosent Vanskelige spørsmål Vagt med flest ja/nei spørsmål Pasientene vet ikke hvordan alternativet ville være dvs. ligge på sengepost etter operasjonen.
Intervjuene:	Min tolking av pasientens intervjusvar Pasientenes tolkning av mine spørsmål Pasientens "eager to please" Ikke brukt båndopptaker Ikke tid til å notere alt under intervjuene Ikke så stor intervjuerfaring Feil registrering av besvarelsene på datamaskinen

4. Bakgrunn:

Brystkreft er en malign tumor i brystet. En av fire kvinner søker til en brystklinikk med brystsymptomer (1). Det vanligste er at kvinnen får sin kreftdiagnose ved hjelp av et tilfeldig mammografifunn, og det nest vanligste er at kvinnen selv finner en kul (1). Insidensen av brystkreft i den vestlige verden er cirka 200-250 per 100 000 kvinner per år (2). Forekomsten i den vestlige verden er at 1 av 10 kvinner får brystkreft, og 1 av 18 vil dø av brystkreft (3). I Norge dør cirka 800 kvinner av brystkreft årlig av totalt cirka 2600 som får kreftdiagnosen (3,4). Brystkreft er en kreftform som er sjelden før 25 års alder (3). Finnes også hos menn, men i mye mindre omfang. Antall nye tilfeller av brystkjertelkreft hos menn er cirka 13 per år (3). Prognosen ved brystkreft har blitt bedre de senere årene, trolig pga tidligere diagnose og bedre behandling. Brystkreft påvirker ikke den rammede bare fysisk og med reduserte leveår, men også psykisk og med redusert livskvalitet.

Hvorfor får noen brystkreft, men andre ikke: ”Hvorfor akkurat meg?”

I dag kjenner vi bare noen faktorer som predisponerer for brystkreftutvikling (5,2). 75% av alle nydiagnostiserte kvinner med brystkreft har ikke noen av de i dag kjente risikofaktorene, slik at det er altså mye som vi ennå ikke vet. De viktigste faktorene er helt klart *kjønn* og *alder*. Det er mange flere kvinner enn menn som får brystkreft, og flere eldre enn yngre kvinner.

Den tredje viktigste faktoren er *arv*, men det er bare 5-7% av alle med brystkreft som har den arvelige typen (5). Arven er autosomt dominant med begrenset penetrans. Det finnes familiær brystkreft, der nesten alle kvinner i familien utvikler brystkreft ved en spesifikk alder. De har ikke bare økt risiko for brystkreft, men også for andre kreftformer. Man har funnet noen viktige gener som kan være med i brystkreft utviklingen som f.eks. brystkreftgen 1 og 2 (BrCa 1 og 2). Arvelig brystkreft har lik prognose som alle de andre som får brystkreft.

Ulike kjennetegn på familier med arvelig brystkreft er (5):

- Antall tilfeller i familien
- Forekomst i flere generasjoner, spesielt den første generasjonen
- Alder ved diagnose
- Bilateralitet
- Ovariekreft
- Brystkreft hos menn

Den fjerde viktige faktoren er tilstedeværelse av *atypisk prolifererende benign brystforandring* (1). Flertallet av de benigne forandringene hører til gruppen som ikke har noen økt risiko for brystkreft.

Andre litt mindre viktige faktorer som predisponerer er f.eks. barnløshet, sen første fødsel (>35 år), amming i kort tid, tidlig menstruasjon, sen menopause, kost med høyt fettinnhold, lite fysisk aktivitet, overvekt, alkohol, stråling, hormontilskudd, p-piller, psykisk stress med mer (1).

Benigne brystforandringer:

Flertallet av brystforandringer er benigne. De benigne forandringene er en meget heterogen gruppe som har en tofoldig viktighet. For det første så kan de kjennes som en kul og/eller sees radiologisk og dermed kan være vanskelig å skille fra kreft. Det andre er at histologisk undersøkelse av benigne preparater kan si noe om pasientens risiko for å utvikle brystkreft pga noen benigne forandringer har en risk for å utvikles til kreft (1).

Forstadier til kreft:

Tidlige kreftforandringer kalles for kreftforstadier. Det finnes fire typer forstadier, som alle har en glidende overgang til hverandre (6,5,8).

- Epitelhyperplasi uten atypi
- Epitelhyperplasi med atypi
- Lobulær carcinoma in situ (LCIS)
- Duktal carcinoma in situ (DCIS)

Man tror i dag at LCIS bare er en markør for en økt kreftrisiko, men DCIS agerer som en virkelig anatomisk forløper. Alle invasive duktales karsinomer tros å utvikle seg fra DCIS eller LCIS, men ikke alle DCIS eller LCIS blir til invasive duktales karsinomer. DCIS og LCIS risiko for å utvikle invasiv kreft er cirka 25-50% over en 30 års periode (1).

Maligne brystforandringer: Brystkreft

Mer enn 95% av alle brystkrefttilfeller kommer fra epitelcellene i duktene og lobene, såkalte *adenokarsinomer* (6,7,8). Den vanligste typen som står for hele 75%, er de duktales infiltrerende karsinomer og 5-10% er lobulært infiltrerende karsinom. Den mest brukte inndelingen var tidligere duktales eller lobulært infiltrerende karsinom, men i dag vet vi imidlertid at invasive duktales og lobulære karsinomer begge oppstår fra den terminale duct av den lobulære enheten. De kan deles in i tre grupper ved hjelp av mikroskopi, som vel differensiert (grad 1), moderat differensiert (grad 2) og lite differensiert (grad 3). Det er meget vanlig å se forstadiendringer rundt en invasiv kreftsvulst. Andre mindre vanlige typer av brystkreft er f.eks. medullær, mucinøs (kolloid), tubulær, adenocystisk, papillær, karsinosarkom, metastaser, lymfom med mer.

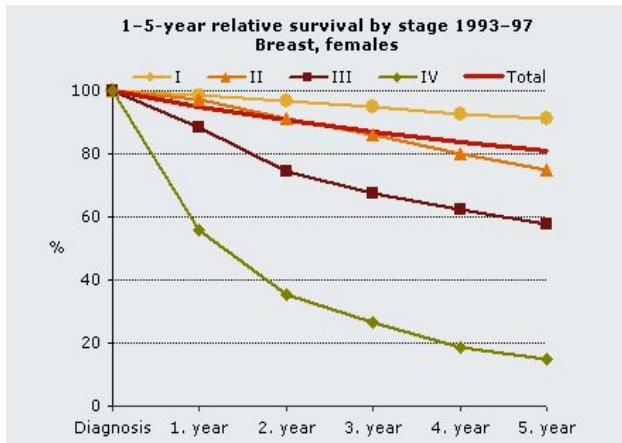
Svulster er vanligvis cirka 1 cm store før det er mulig å palpere dem. Før dette har maligne celler fått vokse i cirka 8 år, og det har vært in situ forandringer i flere år før dette igjen (1). I og med at tumorceller invaderer lokalt så trigges et fibrøst svar i omkringliggende brystvev. Dette gjør at man tror at tumoren er større ved palpasjon enn den er i virkeligheten, målt histologisk og med ultralyd. Tumorcellene kan gå inn i lymfeårene og spre seg til lokale lymfeknuter i armhulen eller til mammas interne grupper bak sternum, og senere til supraklavikulærområdet. Ny forskning har vist at man kan finne den første lymfeknuten som drenerer tumorområdet, vaktpostlymfeknuten, ved hjelp av radioaktivitet og/eller blåfarge. Ved å ta ut denne og undersøke den med frysesnitt kan patologene si om det er spredning til denne. Påvises slik spredning gjøres aksilletoilette dersom vaktpostlymfeknuten er lokalisert i armhulen. Vaktpostlymfeknuten finnes hos cirka 95% av pasientene i armhulen (6). Spredning av brystkreft antas å skje hovedsaklig via lymfebaner, men cirka 10-15% kan skje via blodbanen. Spredning til blod eller benmarg kan påvises ved hjelp av mikrometastaseundersøkelser, men dette er ikke i klinisk bruk foreløpig (9).

Prognosen:

Det er meget vanskelig å si noe om prognosen. De prognostiske faktorene kan bli klassifisert i to store grupper (6,1,2). *Kronologiske faktorer*, som indikerer hvor lenge kreften har vært tilstede og stadiet av sykdommen ved diagnosetidspunkt. Tumortypen sier relativt lite om prognosen, men tumorstørrelsen har mye å si. Størrelsen på svulsten sier noe om risiko for spredning til lymfeknuter. Jo større svulsten er, desto høyere sannsynlighet for lymfeknutespredning. De små svulstene under 1 cm har 10-20% spredning dit. Prognosen avhenger også av antall involverte lymfeknuter og nivået på lymfeknuteinvolvingen. I dag vet man ikke helt når fjernspredningen skjer (9). Noen tumorer er klinisk "stille" i mange år og så plutselig oppstår det en metastase. Metastasing kan oppstå så sent som 35 år etter diagnosen, men 60% av dem oppstår innen de første 2 årene postoperativt. De *biologiske faktorene* sier noe om den potensielle atferden av tumoren. Graden av tumoren sier noe om

prognosen, der grad 3 (lite differensiert) har dårligst prognose. En annen faktor som har betydning er tilstedeværelsen av østrogen- og/eller progesteronreseptorer på tumorcellene. De fleste tumorer er ER (østrogen) og PgR (progesteron) positive, og har da en bedre prognose enn om disse reseptorene er negative (6). Det lever cirka 25.000 brystkreftopererte kvinner i Norge og ingen kan få en friskmelding, bare beskjed om at risikoen for residiv blir mindre for hvert år som går etter diagnosen. Det er ikke som ved mange andre kreftsykdommer at en person som har vært frisk i fem år kan bli sagt å være kurert (9).

Resultat av undersøkelser av den relative overlevelsen for brystkreft, Krefregisteret (3):



Det finnes et generelt tumorgraderings system; **TNM-systemet** (7)

T: Tumorstørrelse

- T0 Ingen tumor
- T1 Tumor <2cm
- T2 Tumor 2-5cm
- T3 Tumor >5cm
- T4 Tumorinfiltrasjon til huden og/eller brystveggen

N: Lymfeknutespredning

- N1 Mobile lymfeknuter
- N2 Fikserte lymfeknuter
- N3 Ipsilateral intern mamma lymfeknute forstørrelse

M: Metastase

- M0 Ingen metastase
- M1 Metastase tilstede
- MX Trolig metastase

Ved hjelp av TNM-systemet kan brystkreft deles in i fire stadier:

Stadiet:	Forklaring:
0	Karsinoma in situ
1	T1, uten N eller M
2	T1-T2 + N1 eller T3 +N0
3	T1-T4, N2-N3
4	M1

Diagnostisering:

De aller fleste brystforandringer blir som tidligere nevnt funnet ved mammografiscreening, men noen kvinner finner kulen ved selvundersøkelse. En kul i brystet kan være alt fra den "snilleste" benigne forandring til en avansert malign tumor. Benigne forandringer er det vanligste (1,10).

Vanlige symptomer og tegn ved brystsykdom (2):

Symptomer og tegn:	Klinisk misstanke:
1. Smerte: <i>Varies med menstruasjon</i> <i>Uavhengig av menstruasjon</i>	<i>Benign tumor</i> <i>Benign/Malign tumor. Infeksjon.</i>
2. Kul: <i>Hard (velavgrenset)</i> <i>Hard (ikke velavgrenset)</i> <i>Fast (ikke velavgrenset)</i> <i>Myk</i>	<i>Fibroadenose/Fibroadenom</i> <i>Malign tumor</i> <i>Fibroadenose</i> <i>Lipom. Cyste.</i>
3. Hudforandringer: <i>Hudinddragning</i> <i>Synlig kul</i> <i>Peau d'orange</i> <i>Rubor</i> <i>Ulcerasjon</i>	<i>Malign tumor</i> <i>Malign tumor. Cyste.</i> <i>Malign tumor. Infeksjon.</i> <i>Infeksjon. Duktectasi.</i> <i>Malign tumor</i>
4. Brystvorteforandringer: <i>Inversjon</i> <i>Eksem (Paget's sykdom)</i> <i>Sekret</i>	<i>Malign tumor. Duktectasi.</i> <i>Malign tumor.</i> <i>Fysiologisk. Graviditet. Perimenopausal.</i> <i>Duktectasi. Cyste. Intraduktal papillom.</i> <i>Malign tumor.</i>

Alle som har funnet en forandring i brystet og kommer til legen skal gjennomgå en såkalt trippeldiagnostikk, som har en treffsikkerhet på 98-99%. Det bør bare ta ca 2-3 uker fra man har funnet noe mistenkelig til man stilt diagnose og begynt med behandling.

Trippeldiagnostikken omfatter (6,5):

1. Klinisk diagnostikk: Anamnese og status presens med inspeksjon og palpasjon.
2. Mammografi eventuelt i tillegg ultralyd eller MR.
3. Celleprøve tatt med en tynn nål såkalt finnåleaspirasjonscytologi (FNAC), eventuelt grovnålsbiopsi.

Hvis en av de tre undersøkelsene taler for kreft så skal det tas en biopsi. Dersom forandringen som skal fjernes ikke er palpabel og bare sees på røntgen, må det aktuelle området merkes av radiologen via ultralyd ved hjelp av en tynn metalltråd med krok. Denne tråden brukes som en ledetråd for kirurgen, såkalt merkebiopsi. For å sikre at den egentlige forandringen er fjernet, undersøker man preparatet etterpå med mammografiteknikk. Hvis to eller flere av undersøkelsene taler for kreft så kan det på det grunnlaget utføres operasjon.

Behandling:

Brystkreft ble tidlig beskrevet i den medisinske litteraturen, men det var ikke før anestesien og antiseptikken kom på 1800-tallet at kirurgien ble en viktig behandlingsmetode for brystkreft (9). I dag har brystbevarende kirurgi blitt den dominerende operasjonsmetoden og gjøres på store sykehus hos cirka 70% av pasientene. Kirurgi er fortsatt den viktigste behandlingsmetoden (6). Brystkreftkirurgi har vært utført på cirka 50 sykehus i landet. Sosial- og helsedepartementet har nå bestemt at bare cirka 15-20 sykehus skal behandle brystkreftpasienter. Dette fordi nye behandlingsmetoder som f.eks. vaktpostlymfeknuteteknikken krever samarbeide av flere samarbeidende avdelinger og erfarne kirurger. De operasjonsmetoder som er vanligst å bruke er (6):

- **Brystbevarende kirurgi (Lumpektomi)**
- **Mastektomi (Ablatio mamma/Fjerning av hele brystet)**

Brystbevarende operasjon:



Mastektomi:



Det har blitt gjort et flertall studier om leveutsiktene ved konservativ behandling pluss postoperativ stråling sammenlignet med mastektomi alene. Det viser seg å være lik forventet levealder (6,9). Om det ikke gis stråling postoperativt så er residivrisikoen større for brystbevarende enn for mastektomi. Strålebehandling er derfor en del av det å gjøre brystbevarende operasjon.

Brystbevarende kirurgi:

Tumoren fjernes med god avstand til normalt brystvev ved et snitt i huden ovenfor tumor. Jo større fri reseksjonsrand desto mindre residivrisiko, men et dårligere kosmetisk resultat. De som er egnet for brystbevarende teknikk er (1):

- ✓ En klinisk eller mammografisk lesjon.
- ✓ Tumor < 4 cm i diameter, men tillater tumor opptil 5 cm i et stort bryst.
- ✓ Ikke tegn til lokal avansert lesjon, stor lymfeknuteinvolvering eller fjernmetastaser.
- ✓ Forventet kosmetisk resultat.

Fordelen med denne operasjonsteknikken er at kvinnen får beholde en stor del av brystet sitt. Ulempen er at alle må få etterbehandling med stråling av brystet. Stråling begynner etter at operasjonssåret har grodd (etter cirka 6 uker) og holder på fem dager i uken i totalt fem til seks uker. Hvis det ikke gjøres etterbehandling i form av stråling får cirka 40% residiv i løpet av 10 år, men med strålebehandling får bare cirka 10% residiv. Dersom det ikke er fri reseksjonsrand må det gjøres en rereseksjon. Lumpektomi sammen med postoperativ stråling har som mål å gi et fint kosmetisk resultat og samtidig ikke redusere leveårene. Hvis pasienten får residiv må man fjerne hele brystet (6).

Mastektomi:

Hele brystet fjernes med kjertelvev og fettvev, men ikke underliggende muskulatur. Ved mastektomi gjøres et felles snitt for fjerning av brystet og fjerning av lymfeknuter inkludert fettvev i armhulen. Her brukes ikke postoperativ stråling hvis ikke tumoren har vokst fast i brystveggsmuskulaturen pga lokalt avansert tumor. Indikasjoner for mastektomi er pasientens eget valg, kontraindikasjoner til postoperativ stråling, graviditet, forventet dårlig kosmetisk resultat ved brystbevarende operasjon, eller diffus/multifokal sykdom. Cirka 20-30% av alle pasienter med lokalisert brystkreft er ikke egnet for brystbevarende teknikk, men må få en mastektomi.

Etter operasjonen får alle pasienter et "kunstig" bryst i form av en utvendig, løs protese til å ha i en spesial-BH. Flertallet aksepterer kroppen som den er og vil ikke ha noen rekonstruksjon av brystet. Noen pasienter vil ha en permanent brysterstatning. Vanligvis gjøres rekonstruksjon noen måneder/år etter primæroperasjonen, dels av kapasitetsgrunner, men også fordi noen skal ha strålebehandling og det gjør primær rekonstruksjon vanskeligere. For å gjøre en brystrekonstruksjon skal pasienten være lokalt tumorfri og ikke ha tegn til generalisert sykdom. Det finnes to teknikker å velge mellom (2,1). Ved den ene teknikken anvender man et kunstig implantat eventuelt med ekspander, bestående av silikon eller saltvannsløsning. Ved den andre teknikken brukes pasientens eget vev (2,11). Man bruker da en myokutan lapp fra musculus latissimus dorsi eller musculus rectus abdominis. Det kan lages en ny areola ved tatovering, eller transplantasjon fra den gjenværende brystvorten eller fra lårets innside. Selve brystvorten kan dannes via proteser eller transplantasjon fra det gjenværende brystet (1). Ved store mamma kan en reduksjonsplastikk av gjenværende (kontralaterale) mamma bli nødvendig både av kosmetiske og funksjonelle grunner.

Lymfeknutejerning:

Brystet dreneres av lymfeknuter som går til armhulen, parasternalt eller supraklavikulært. Det finns tre ulike nivåer for fjerning av aksillære lymfeknuter, som alle ligger under vena axillaris (1). De deles opp i de tre gruppene avhengig av hvor de ligger i forhold til musculus pectoralis:

- Nivå 1 (Nedre: Lateralt for muskelen)
- Nivå 2 (Midt/Sentral: Bak muskelen)
- Nivå 3 (Øvre/Apikal: Mellom den mediale muskelkanten, 1. costae og vena axillaris).

Det er i gjennomsnitt 20 aksillære lymfeknuter med respektive tretten i nivå 1, fem i nivå 2 og to i nivå 3. Vanligvis skjer drenasjen i bestemt rekkefølge fra nivå 1, til 2 og til slutt til 3. Det er meget sjelden at man ser så kalte "skipmetastaser" dvs. påvirkning av nivå 3 uten nivå 1 eller 2, eller påvirkning av nivå 2 uten nivå 1.

Ulike faktorer som er assosiert med lymfeknuteinvolvement er spesielt stor tumor, histologisk type grad 3, klinisk symptomatisk tumor, nærvær av lymfatisk- og vaskulærinvasjon i og rundt tumoren, og østrogen reseptor negative tumorer. Lymfeknutespredningen er som nevnt en av de to viktigste prognostiske faktorene. Hvis det er tumorceller i lymfeknutene i nivå 1, så er det 12,5% risiko for at det også er det i nivå 2, og hvis det er tumorceller i nivå 2, så er det 50% risiko for at det er tumorceller også i nivå 3 (1). Derfor gjør man aksilletoilette hvis det er funnet tumorceller i noen av lymfeknutene. Ved en aksilletoilette skal det fjernes et tilstrekkelig antall lymfekjertler for å kunne få et histopatologisk pålitelig svar.

Mer enn 70% av de som blir operert med armhulekirurgi har ikke spredning til armhulen. Vaktpostlymfeknuteteknikken bidrar til at mange slipper en unødig aksilletoilette. Vaktpostknuten finnes ved at man sprøyter et radioaktivt stoff inn rundt tumoren dagen før operasjonen. Stoffet går til den første lymfeknuten som drenerer tumor (vaktpostlymfeknuten)

og kirurgen kan da finne denne ved å registrere radioaktiviteten ved hjelp av en gammaprobe. Det settes også inn et blått fargestoff rundt tumor, som gjør at lymfebaner og vaktpostknuten farges blå, og dette hjelper kirurgen med å påvise knuten. Når kirurgen finner vaktpostlymfeknuten så sendes den direkte til frysesnittundersøkelse. Hvis det ikke er spredning til denne så avsluttes inngrepet i armhulen. På UUS finner kirurgene cirka 92% av alle vaktpostlymfeknutene. Hvis kirurgen ikke finner den så er aksilletoilette indisert. Fjerning av parasternale lymfeknuter utføres dersom det påvises spredning dit ved hjelp av lymfoscintigrafi (1).

Komplikasjoner til brystkreftkirurgi (6):

- Blødning fra såret.
- Serom
- Infeksjon i såret.
- Arrdannelse og deformasjon av brystet.
- Fantomsmerter
- Feilbelastning av skulderpartiet med ubehag i skulder og nakke pga ensidig fjerning av et stort bryst.

Komplikasjoner til aksilletoilettekirurgi (1):

- Smerte
- Serom
- Lymfødem, sårinfeksjon, erysipelas og lymfangitt.
- Redusert sensibilitet proksimalt på overarmens innside og/eller armhulen.
- Redusert bevegelse i skulder og arm.

Kontroll:

Alle pasienter som har gjennomgått et kirurgisk inngrep skal komme på kontroll cirka tre uker etter operasjonen (6,9). På denne kontrollen får pasienten beskjed om tumorstørrelse, reseksjonsrand, tumorgraden og hormonfølsomhet. Legen gir på grunnlag av dette informasjon om videre behandling. Kirurgen vurderer også det kirurgiske resultatet og hører hvordan pasienten har det rent psykisk sett. Neste kontroll får pasienten etter seks måneder og da med mammografi og klinisk kontroll. Videre blir det årlige kontroller med mammografi og klinisk kontroll hos fastlegen. Det skal være oppfølging i minst ti år etter operasjonen. I tillegg er det viktig med egenkontroll en gang i måneden.

Målet med kontrollene er (9):

1. Oppdage tidlig et eventuelt residiv.
2. Oppdage eventuelt kreft i det kontralaterale brystet.
3. Registrere det naturlige forløpet av sykdommen og dermed øke våre kunnskaper om den.
4. Kontrollere den kirurgiske og onkologiske metodikken for primærbehandling og oppdage eventuelle bivirkninger og redusere dem.
5. Skape trygghet og minske pasientens uro. Pasienten skal vite hvor hun skal henvende seg ved symptomer eller tegn, eller om hun har noen spørsmål.

Residiv og metastaser:

Mange kvinner frykter residiv. Hos de med avansert brystkreft kommer vanligvis residiv i løpet av noen år etterpå, men med mindre avanserte former kan residiv oppstå mye senere. Residivrisikoen er lik for brystbevarende kirurgi med postoperativ stråling, og etter mastektomi (6). Vanligvis kommer residivene i arret på det behandlede brystet eller i armhulen. Residivrisikoen ligger på cirka 3-8%, men om pasienten har hatt positive lymfeknuter er risikoen 19-27% (6). Gjennomsnittlig overlevelse etter lokalt residiv er 2-3 år (9). Det er ikke vist noen bedre overlevelse om fjernmetastaser finnes tidlig, men det er økt overlevelsessjansje hvis lokale residiver finnes tidlig (6).

Lokale residiver fjernes kirurgisk og det gis ofte stråling i tillegg. Man kan også gi hormonmedikamenter med antiøstrogener om tumoren har østrogenreseptorer, ellers kan man gi cytostatika (6). Det pasientene frykter mest er fjernspredning dvs. metastaser. Fjernspredningen skjer vanligvis til skjelettet, lever, lungene, hjernen og binyrene (1). Brystkreft er en av et fåtall kreftformer som har metastaser med et så variert forløp og effekt på overlevelsen. Den gjennomsnittlige overlevelsen fra diagnostidspunkt av fjernmetastaser er 18-24 måneder.

Adjuvant behandling:

Adjuvant behandling er i de fleste tilfeller aktuelt etter kirurgi. Det er systemisk behandling som gis til pasienter som til tross kan ha mikrometastaser. Hvis kirurgi ikke er mulig så kan det også brukes som palliativ behandling. Iblant kan også ulike adjuvante behandlingsmetoder f.eks. cytostatika gjøre at tumoren skrumper og at man deretter kan utføre kirurgi (neoadjuvant behandling) (9). Ved brystkreft er distinksjonen mellom kurative og palliative metoder ikke alltid skarp ettersom det individuelle forløpet skiller seg ekstremt. Det er derfor meget viktig at man klargjør målsetningen for pasienten. Brystkreft responderer meget godt på systemisk behandling (9).

Cytostatika: Det brukes en kombinasjon av flere cytostatika pga synergistisk virkning og flere angrepspunkter (6). Vanligvis brukes Cyclofosamid, 5-Fluorouracil og Epirubicin (FEC). Behandlingen begynner cirka seks uker etter operasjonen og gis poliklinisk i seks kurer med tre ukers mellomrom (6). Bivirkninger av cytostatika er f.eks. kvalme, oppkast, konjunktivitt, øsofagitt, leukopeni, slapphet, vektøkning, alopeci, obstipasjon, kardiotoksisitet, tidlig menopause med mer (1).

Retningslinjene for hvem som skal ha cytostatikabehandling er (14):

- a. Kvinne under 55 år med lymfeknutespredning.
- b. Kvinne under 55 år uten lymfeknutespredning, men har en tumor >10mm og grad 2/3.
- c. Kvinne 56-70 år med lymfeknutespredning, tumoren uten østrogenreseptorer >50%.
- d. Kvinne i 56-70 år med tumor >10mm og grad 2-3, tumoren uten østrogenreseptorer >50%.

Tidligere ga man cytostatika og stråling sammen, men ikke nå lenger pga at det har blitt oppdaget interaksjon av dem med påvirkning av hud, lungevev eller CNS. I dag venter man med strålingen to til tre uker etter at cellegiftbehandlingen er ferdig (6).

Strålebehandling: I begynnelsen brukte man bare strålingen som palliativ behandling, men i dag brukes den også som adjuvant behandling. Det gis fem ganger i uken i seks uker etter at såret har grodd. Komplikasjoner etter stråling kan deles in i akutte og kroniske komplikasjoner. De akutte er f.eks. erytem, kløe, subkutant ødem, håravfall, pulmonalfibrose, tretthet, kvalme med mer. Kroniske komplikasjoner er f.eks. telangiektasier, osteradionekrose, brystretraksjon, strålingspneumoni, hjerteskode, sarkomutvikling, brystkreftdannelse i det bestrålte området med mer (2).

Hormonbehandling: Noen tumorer har østrogenreseptorer på tumorcellemembranen og trenger østrogen for å vokse. De som har en tumor som er østrogenpositiv kan få antiøstrogenbehandling i form av Tamoxifen (TAM) tabletter (6). Det skal tas 1 tablett (20mg) daglig i fem år (6). Tamoxifen er bra pga lav toksisitet og den er førstevalg ved hormonell brystkreftbehandling, men aromatasehemmer kan komme til å ta dens plass i behandlingen i løpet av kort tid. Aromatasehemmere kan bare benyttes av postmenopausale kvinner. Hvis tumoren er reseptorpositiv så kan man med Tamoxifen redusere residiv med 20-50% (6). Tamoxifen gis til (6):

1. Kvinner med spredning til lymfeknuter med østrogen eller progesteronreseptor positiv tumor.
2. Kvinner med en tumor over 10 mm som har positiv reseptor og grad 2-3.

De vanligste bivirkningene for Tamoxifen er søvnvansker, vektøkning, humørsvingninger, angst/depresjon, gastrointestinale-, gynekologiske-, og urologiske symptomer (2,6). Alle kvinner som fått brystkreft og står på østrogenilskudd bes seponere dette. De må bruke andre symptomdempende medikamenter som klonidin mot f.eks. hetetokter.

Mange bruker *alternativ medisin* i tillegg pga at man i dag ikke har en kurerende behandling mot brystkreft.

Psykiske belastninger for en brystkreftpasient:

Det kan oppstå mange fysiske problemer pga brystkreft og brystkreftbehandlingen, men den psykiske belastningen *kan være den største*. Det er ekstremt belastende å få diagnosen, å leve med kreft, å gjennomgå behandlingsregimet og å leve med usikkerheten med hensyn til tilbakefall resten av livet. Vi må heller ikke glemme at det ikke bare er en belastning for pasienten, men også for hennes nære og kjære. Den psykiske responsen i en kvinne med brystkreft er ikke tegn på noen psykiatrisk sykdom, men en normal respons på det å ha kreft. En brystkreftpasient vil få kjenne på mange ulike følelser som sjokk, misstro, vrede, fornektelse, nedstemthet, fortvilet, uvisshet og redsel. Pasienten kan få depresjoner, angst, søvnløshet, nedstemthet, usikkerhet for fremtiden, tap av selvbilde, selvmordstanker, motløshet med mer.

De fleste kvinner som finner en brystforandring tenker en eller annen gang på at det kan være kreft. Dette trigger en stressrespons hos kvinnen. Hvis kvinnen går til legen, som finner ut at hun har kreft så trigger en ny stressrespons hos kvinnen (6). Vanligvis kan kvinnens respons deles in i tre faser. Den første er "*sjokkfasen*" (6,1,12). Sjokket kommer pga tanker om prognosen, frykten for å dø, trusselen for å måtte fjerne deler av brystet, all uvitenhet om kreft og av å ikke ha kontroll over sin egen kropp. Stressets dybde og varighet avhenger av pasientens konstitusjon og tidligere opplevelser (12). Kvinnen later til å høre på det legen forteller, men hører egentlig ikke noe. Pasienten har vanskelig for å innta informasjon i en slik situasjon. Det beste er å gi skriftlig informasjon og la pasienten stille egne spørsmål. Det er viktig at pasienten er aktiv i samtalen når informasjonen gis. Da får pasienten så mye informasjon som hun er i stand at ta imot. Det vanligste er at det bare er ordet "kreft" som huskes av kvinnen. I denne situasjonen er det legens plikt å gi den vanskelige informasjonen på en sensitiv og direkte måte. Legen kan også påvirkes psykisk ved å måtte gi en dårlig nyhet. Det er bra om pasienten har med seg en person til konsultasjonen. Slik informasjon skal helst gis muntlig via en konsultasjon. Informasjonen bør repeteres etter 3-4 dager, da det største sjokket vanligvis har gått over. Det er viktig å ha noen hos seg i denne perioden. Mange føler ensomhet til tross for at de har mange rundt seg som hjelper til. Natten er vanligvis verst, da alle tanker kommer inn på. I sjokkfasen benekter kvinnene at de har kreft. Kreftdiagnosen er for mange direkte assosiert med for tidlig død. Kreftsykdommen har en spesiell stilling i forhold til andre sykdommer. Skremselspropaganda gjør at mange går med dårlig samvittighet for at de kanskje har gjort noe som står på listen over predisponerende faktorer til kreft. Vi må poengtere at årsakene er veldig lite kjent, men eneste unntaket er de arvelige kreftformene (4). Benektingen er sentrum i sjokkfasen og den forhindrer at pasienten går inn i et psykisk sammenbrudd, og dermed kan fungere som vanlig i hverdagen (4). Det er viktig at pårørende lar den rammede være trist. Det er ikke bra om de forsøker å oppmuntre personen hele tiden, de må heller lytte og støtte. Etter hvert er det viktig for kvinnen å ta seg ut av benektingen. Menneskene rundt kvinnen gjør det bare mer vanskelig for henne å komme inn i aggresjons- og aksepteringsfasen hvis de lar henne fortsette å benekte. Sjokkfasen er en fase da virkeligheten kommer gradvis til en.

Fasen etter sjokkfasen er den såkalte "*aggresjonsfasen*" (6,12,1). Da kommer vanligvis sinne og frustrasjon for å ha kreft, og pasienten blir sint på alt og alle. Alle må vise forståelse for aggresjonen og ikke vise aggresjon tilbake. I denne fasen tenker den rammede på hvorfor akkurat hun skulle få kreft og hva hun kan ha gjort for å fortjene det. Det er vanlig at pasienten er sint på legene, som ikke har stilt diagnosen tidligere. Sinnet fra den rammede er ikke et uttrykk på at de er sinte på noen, men de maskerer andre følelser som er mye vanskeligere å gi uttrykk for f.eks. smerter og redsel. Når dette sinnet har gått over er det vanlig at personen føler seg veldig nedstemt og bærer på en sterk følelse av hjelpløshet. Mange pasienter spør da legen om hvor lenge de har igjen å leve. En lege bør da aldri svare ut ifra statistikk hvor lang tid pasienten har igjen. For det første vet legen for lite om hvor lenge

akkurat denne pasienten kommer til å leve, og for det andre så kan en leges vurdering påvirke slik at pasienten dør ved den tiden som legen har oppgitt.

Pasienten kommer tidsnok inn i en fase som kalles ”aksepteringsfasen” (6,12,1). Da er pasienten klar over hva hun står overfor og vil sloss for å leve. Aksepteringsfasen kan være vanskelig å komme inn i pga all uvitenhet om sykdommen i dag. Noen kommer inn i en fase med ”hvorfør ikke meg”, som er en form for akseptering. Da kan man se at det kan komme noe godt ut av sykdommen sin. Disse pasientene synes ikke det er gøy å være syk, men de føler en sinnsro. Mange som vet om at de er alvorlig syke og ikke har lang tid igjen, lengter etter døden og smertefrihet.

Krisereaksjonen hos en brystkreftpasient blir ofte permanent i form av angst og depresjon som må behandles (9). Av alle de som får en brystkreftdiagnose så kommer cirka 30% innen et år til å lide av angst eller depresjon (1). Det er ikke noen forskjell om pasienten gjennomgått en brystbevarende operasjon eller en mastektomi (9).

Det er ikke bare det å få kreftdiagnose som anses som en stor belastning for kvinnen, men også selve behandlingen i form av kirurgi, stråling, kjemoterapi og hormonbehandling. Behandlingen kan ikke fjerne tanken om risikoen for residiv. Det å komme seg etter at etterbehandlingen er ferdig kan også være en stor belastning. Kvinnen trenger da støtte og omsorg selv om hun ser ut å være helt frisk (12). En kreftpasient kommer sannsynligvis aldri til å føle seg helt kurert. Kreft er noe man lærer seg å leve med. Noen hevder at det å leve med kreft er det samme som at leve med sin død. Selv om behandlingen er avsluttet og legen sier at alt gått bra, så starter frykten for å få tilbakefall. Kvinner lurer mye på om det er spredning og om kreften vandrer rundt i kroppen som ukontrollerbare voksende celler med mer (13). Kvinner anser dette som en tyngre belastning å tenke på enn f.eks. det å få fjernet brystet. Om det skulle bli oppdaget at hun har residiv, så trigges en ny akutt krisesitasjon som er dypere og vanskeligere å komme seg ut av (13).

En del kvinner tenker også på risikoen for at barna får brystkreft. Pasienten kan kjenne en skyldfølelse for dette. Noen i høyrisikofamilier velger å fjerne brystet profylaktisk. De kan også få problemer som en rar følelse av at det er uvanlig å ikke leve med risiko, og de kan begynne å tro at de har fått kreft et annet sted. Noen mener at det å leve med risiko er en ting som man kan gjemme seg bak (6,1,14).

Andre problemer for kvinner med brystkreft i dagens samfunn er at mange mennesker er veldig uavhengige av hverandre. En stor påkjenning for dem vil då være redselen for å bli hjelpeløs og dermed avhengig av hjelp. Noen rundt omkring vil reagere med å oppføre seg avvisende og nedlatende. Mange kreftpasienter føler da at de ikke lengre er godkjente som forelder, partner eller venn. Noen kan føle at kreften fører mennesker nærmere hverandre, men i en del tilfeller kan f.eks. ekteskap bryte. Det som er viktig er å forsøke å være så deltagende som mulig i kvinnens situasjon og hjelpe henne gjennom den vanskelige tiden. Det er viktig å snakke med hverandre om kreften. Kreft er en test for selvfølelsen, seksualiteten og samlivet (12). I dag betones vår seksualitet mye mer enn den gjorde før i tiden. En kreftsykdom kan true et individs selvfølelse. Lenge har kvinnebrystet vært symbolet på den kvinnelige seksualiteten. Det har vist seg at cirka 50% av alle kvinner mener at deres selvfølelse vil endres etter en mastektomi. Mange kvinner føler at de etter en mastektomi ikke lengre er seksuelt tiltrekkende og gjennomgår en seksuell identitetskrise. Dette kan påvirke samleiet, spesielt om brystet har vært et sentral punkt. Det som viser seg å være mest påvirkende er hvordan kvinnen føler hennes partner reagerer på det at hun har mistet et bryst. Mange studier har vist at det er eldre kvinner som mest har problemer med det seksuelle bilde av seg selv etter en mastektomi (12). Av de som gjennomgår en mastektomi får ca 20-30% problemer med kroppsbilde og seksuelt samliv (1). Slike problemer er mindre for de som har fått en brystbevarende operasjon. De som får brystkonstruksjon kort tid etter en mastektomi er mindre utsatt for disse psykiske problemene (1). Det er viktig at pasienten preoperativt får se

på bilder av behandlede kvinner for å forberede seg på hva som skal skje. Det er ikke bare det å miste et bryst som kan påvirke den seksuelle lysten. Andre ting som kan være årsak til dette er f.eks. at kvinnen er trett, sliten og smerteplaget, som følge av selve sykdommen eller behandlingen.

Mange føler at de etter en tid begynner å ta mer vare på livet og sørge mer for kvalitet og ikke kvantitet (12). De som har hatt kreft begynner vanligvis å se livet på en annen måte og er mer takknemlige for å leve. Dette gjør ofte at de endrer sitt liv og verdier. Da blir livskvaliteten sett på som en mer verdifull ting. Livskvalitet er et vanskelig ord å definere, men det innbefatter vanligvis fire ting som: fysisk funksjon, psykisk funksjon, sosial funksjon og helbredsrelaterte forhold, herunder sykdoms- og behandlingsrelaterte symptomer. Helse er motsatsen til sykdom og lidelse. Når vi rammes av sykdom kan vi ofte først da sette virkelig pris på helse. Det er viktig å tørre å begynne på nytt etter behandlingen er avsluttet. Det er viktig at man ser det positive i livet og at man forsøker å leve for dagen. Et viktig mål er å aldri gi opp håpet. Man skal forsøke å være så åpen som mulig og fortelle hvis det er noe som er feil. Det er også viktig å ha noen å prate med. Pasienten må finne noen mål i livet, ikke for langsiktig og heller ikke for kortsiktig. Fokus bør være på at det er mulig å komme seg gjennom sykdommen og bli frisk. Det handler ofte om at man med alle midler forhindre at kreften tar overtaket. Derfor er det ganske mange kvinner som tyr til alternativ behandling (6).

Kontrollene hos legen kan også være en belastning, da alle minnene kommer tilbake og kan utløse fysiske reaksjoner (6). Det kan også være en stor psykisk belastning for noen kvinner å gå på regelmessig mammografiscreening (6).

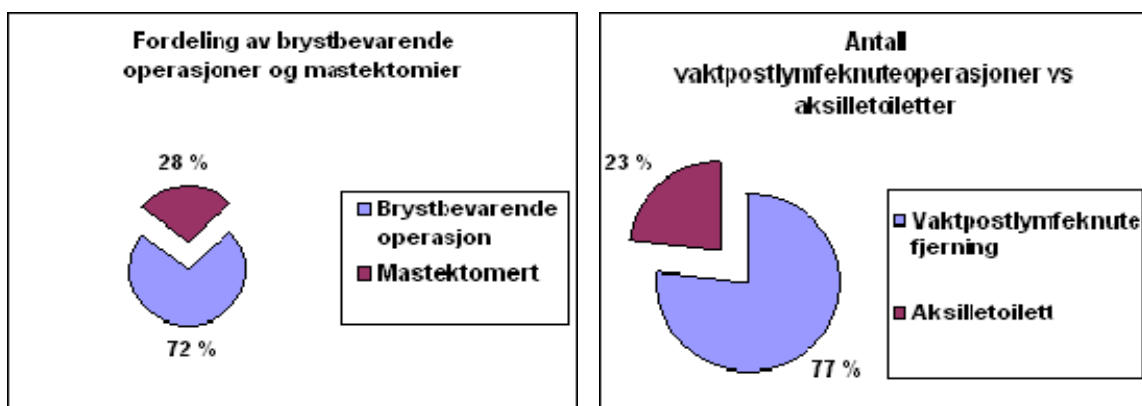
5. Resultater:

5.1 Spørreskjema: Pasienttilfredshetsundersøkelse for pasienter som har vært behandlet dagkirurgisk for brystkreft

Totalmateriale:

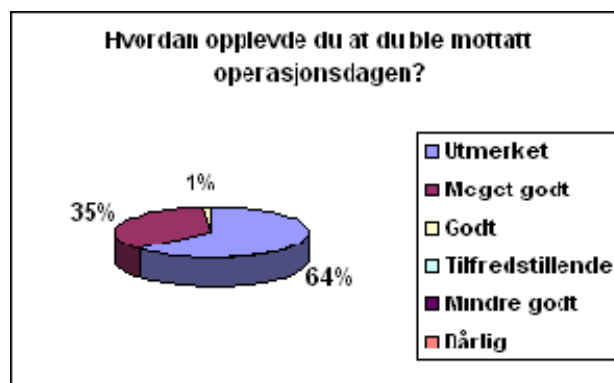
Jeg fikk inn totalt 74 besvarte skjemaer av 123 utgitte (60,2% i svarprosent). Gjennomsnittsalderen var 57 år, der den yngste var 37 og den eldste 91 år. Alle har blitt operert for sikker brystkreft.

Det var 72% som fikk utført en brystbevarende operasjon og på de andre ble det gjort en mastektomi. Vaktpostlymfeknuteoperasjon ble utført hos 77% av kvinnene og på de resterende ble det gjort et aksilletoilette.

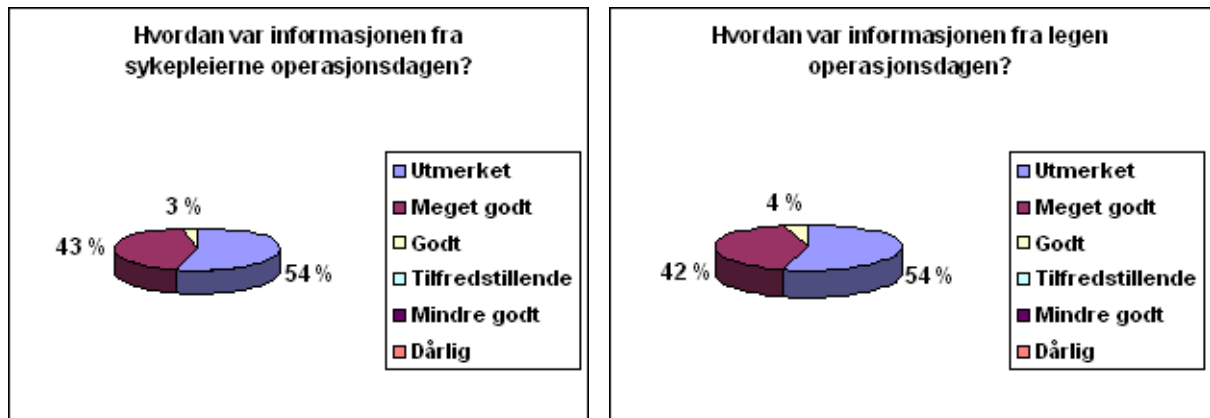


Opplevelsen av ivaretagelse og informasjon:

De fleste kvinnene følte seg utmerket, meget godt og godt mottatt på operasjonsdagen. Disse står for 100%, og dermed var ikke noen tilfredsstillende, mindre godt eller dårlig mottatt.



De fleste følte seg også meget godt informert av både leger og sykepleiere, der 96 respektive 97% svarer at de var utmerket eller meget godt fornøye med dette. Ingen svarte at informasjonen var tilfredsstillende, mindre god eller dårlig.



Informasjonen i brystkreftbrosjyren og på internett:

Nesten alle er godt til utmerket fornøye med brystkreftbrosjyren som de fikk utdelt på poliklinikken ved diagnosekonsultasjonen. De fleste ser denne som en av de store informasjonskildene som de bruker ved siden av informasjonen fra leger og sykepleiere.

Av de 16 som benyttet seg av Ullevål Universitetssykehus sine nettsider var 14 fornøye med informasjonen som de fant der.

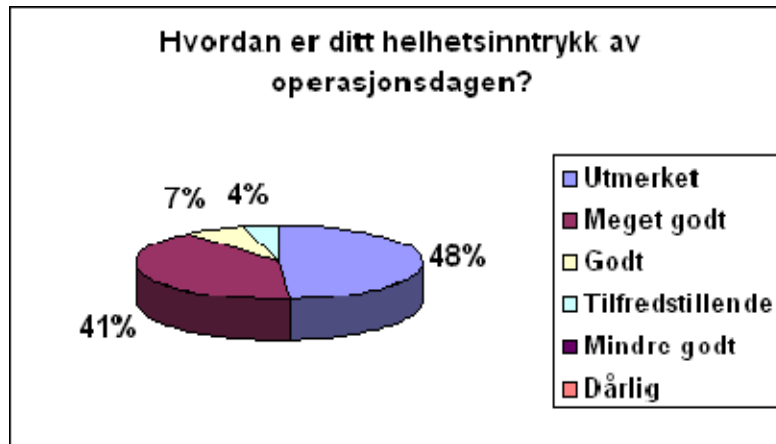


Ventetider:

En av de store negative faktorene rundt behandlingen er ventetiden. Mest problematisk er den iblant lange ventetiden på poliklinikken. Ventetiden på operasjonsdagen ses ikke som like problematisk som den på poliklinikken. 14% svarer at det ikke var akseptabel ventetid på poliklinikken, respektive 9% på operasjonsdagen.

Helhetsinntrykket av operasjonsdagen:

96% svarer at de har et godt til utmerket inntrykk av operasjonsdagen. Det er ikke noen som sitter igjen med et mindre godt eller dårlig helhetsinntrykk.



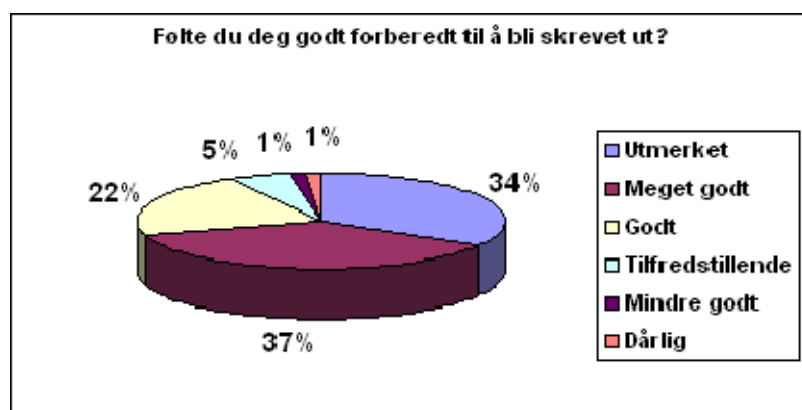
Bruk av pårørende:

57 av kvinnene er gift/samboer. I de fleste tilfeller er partneren med, men i de andre tilfellene har kvinnen en venninne eller voksent barn hos seg til dagen etter. Det var ikke noen som syntes det var problematisk å skaffe en person til å være hos seg første natten etter operasjonen. Men 6 av 74 kvinner svarte at de trodde at denne personen følte det belastende "å ta ansvar" for henne den første natten.

Alle utenom en var fornøyd med oppholdet på hotellet og følte seg trygg der. (Totalt 27 pasienter som overnattet på hotellet.) Fem av dem trengte hjelp fra helsepersonell. Bare to hadde ønsket å være på sykehus (sengepost) i stedet for pasienthotellet den første natten etter operasjonen. Det var 40 som reiste hjem og 7 reiste et annet sted (f.eks. til pårørende) etter operasjonen.

Forberedelse på å bli utskrevet:

Mange kvinner føler seg ikke helt klar for å bli utskrevet så fort. Noen ville gjerne ligget på postoperativ sengepost noen timer til. Det er 71% som er utmerket eller meget godt klare til å skrives ut. Men 22% er bare godt forberedt på å bli utskrevet. De gjenværende som står for 7% er tilfredsstillende til dårlig forberedt på å bli skrevet ut. De fleste blant disse 7% er eldre kvinner.



Komplikasjoner etter operasjonen:

Ja:	Nei:
17 stk	57 stk

Hvilke komplikasjoner var vanligst:

Væske i såret som måtte tappes ut:	Sårinfeksjon med behov for antibiotika:	Blødning i såret som medførte ny operasjon:
10 (Noen mer enn en gang!)	2	1

Andre komplikasjon:

Fire av kvinnene nevner følgende:

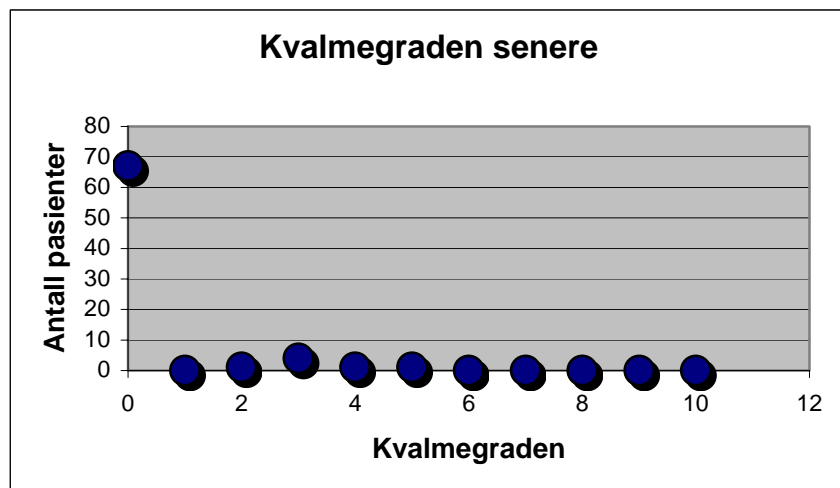
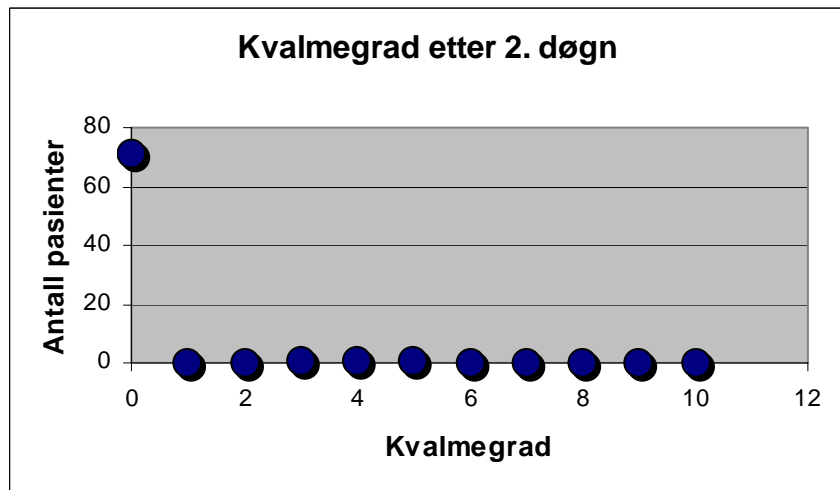
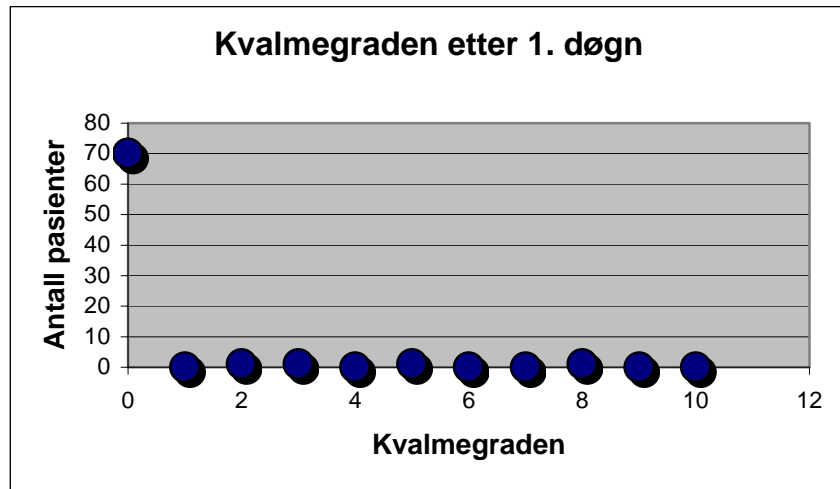
- Litt blod ut av såret.
- Litt væskedannelse, men ikke noe behov for tapping.
- Stor smertefull hevelse ovenfor såret i bryst og arm.
- Suturer som gikk opp.

Behov for å kontakte sykehuset etter hjemkomst:

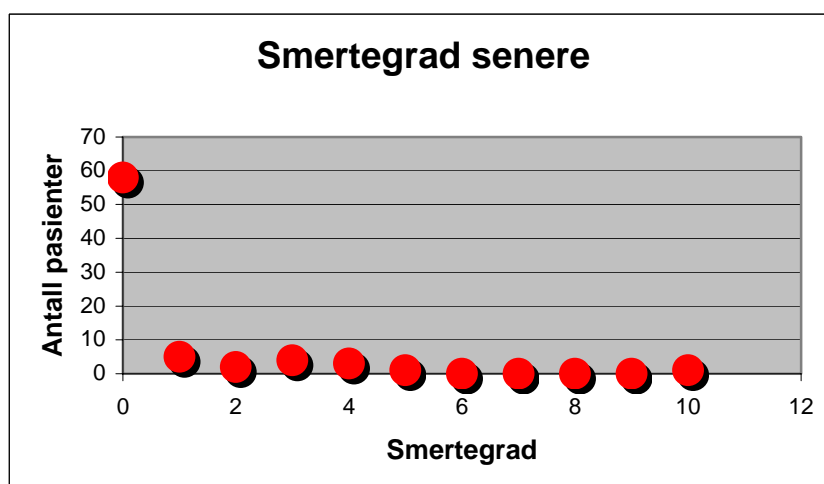
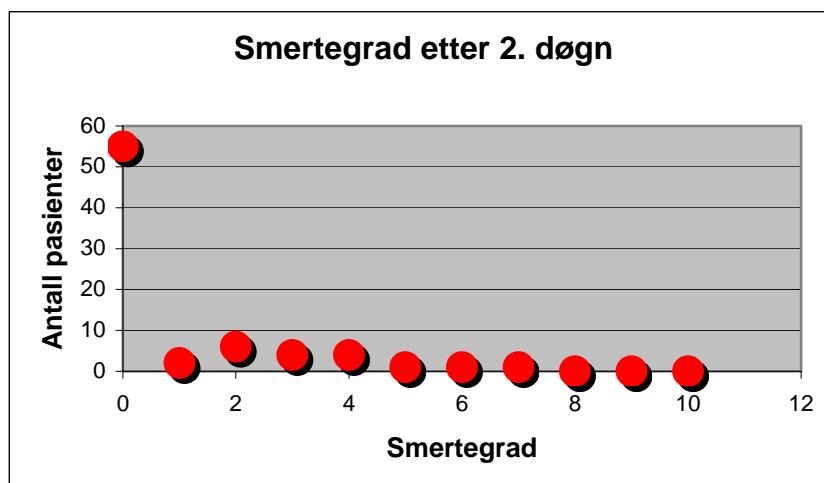
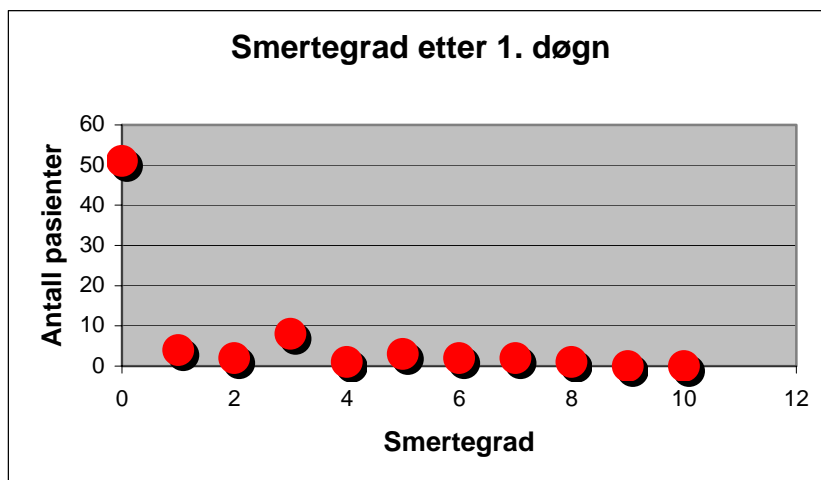
Det er 28 pasienter som har hatt behov for å kontakte sykehuset etter at de kom hjem. 27 av disse hadde ikke noe problem med å vite hvor de skulle henvende seg. 26 av dem fikk den hjelp de hadde forventet. Alle kvinner som benyttet seg av kontaktsykepleierne er fornøyde med den hjelp disse kunne gi.

Kvalme- og smertegrad etter første døgn, andre døgn og senere:

Det var 10 av 74 som var plaget med kvalme noen gang etter operasjonen dvs. totalt 13,5%. De som nevner kvalme etter et døgn er de samme kvinnene som har kvalme etter to døgn og senere.



25 av 74 er plaget med smerter etter operasjonen dvs. totalt 34%. Dermed er smerte et mye større problem for pasientene enn det kvalme er. Men her gjelder også at det er de samme kvinner som har smerte første døgn, som også nevner det etter andre døgn og senere.



Anbefaling av dagkirurgisk behandling til andre brystkreftpasienter:

Hele 98% anbefaler et slikt behandlingsopplegg. En kvinne vet ikke om hun vil anbefale det, og en annen kvinne vil ikke anbefale det. De har ikke gitt noen grunn til hvorfor de svarer slik, men den kvinnen som ikke vil anbefale det har allikevel svart at hun sitter igjen med et godt helhetsinntrykk.



Kommentarer fra pasientene:

Kvinnene nevner at de ble meget bra behandlet med både omsorg og varme, og at de følte seg trygge i en vanskelig tid. De synes at dette er et tilbud som er både raskt og bra. En del kvinner skriver at de savner informasjon om hvordan brystet ville kunne se ut etter operasjonen, fysioterapi og egentrening av armen, og mulige komplikasjoner etter operasjonen. Mange nevner at de gruer seg til videre behandling i form av cytostatika og stråling. Mange spørsmål dukker opp for kvinnene etter at de har kommet hjem f.eks. hygiene av såret med mer. De nevner at det er bra at de fikk kvalme- og smertestillende etter operasjonen. De fleste følte seg meget bedre fysisk enn de hadde forventet etter operasjonen. Noen av de litt eldre kvinnene nevner at behandlingen gikk litt for fort. Kontaktsykepleierne føles som helt nødvendige. Det er kjemp fint at en anestesilege/anestesisykepleie ringer hjem til kvinnene dagen etter operasjonen.

5.2 Intervjuer med dagkirurgisk brystkreftopererte kvinner pluss evt. pårørende:

Intervjuene er gjort med kvinner som kommer på treukers-kontroll etter gjennomgått dagkirurgisk brystkreftoperasjon på UUS. Intervjuene har foregått i samtalerom på UUS gastro- og karkirurgisk polikliniske avdeling. I noen tilfeller var også en/flere pårørende tilstede. Jeg har intervjuet ti kvinner i alderne 37, 46, 58, 59, 60, 62, 64, 70, 75 og 91. Det var ti av tolv tilfeldig spurte kvinner som takket ja til et intervju. Halvparten av dem har gjennomgått mastektomi og den andre halvparten har fått brystbevarende operasjon. To av dem har fått utført aksilletoilette og de andre vaktpostlymfeknutefjerning. Tre av dem har måtte gjennomgå to operasjoner. En måtte gjøre en rereseksjon, en annen en aksilletoilette etterpå, og en tredje måtte utføre mastektomi pga kreftfunn i det kontralaterale brystet. Fem av dem oppdaget selv en kul i brystet. De andre fem svulstene ble oppdaget av en fagperson via mammografiundersøkelse. En kvinne på 37 år fant den når hun ammet, men hun trodde da akkurat som fastlegen sin at det var en normal forandring i ammeperioden. Åtte av kvinnene skal få stråling, tre skal få cytostatika og fire skal få antiøstrogener. De fleste av dem har vært helt friske før de fikk brystkreft, men noen av dem har (hatt) i tillegg hypertensjon, osteoporose, metabolsk syndrom, pulmonalemboli og hjerneslag.

Fire hovedtemaer i intervjuene:

1. *Informasjon*
2. *Trygghet*
3. *Hva som vært det beste*
4. *Hva som vært det verste*

Informasjon: De fleste kvinnene er meget fornøyde med den skriftlige informasjonen i de tildelte brosjyrene og den muntlige informasjonen fra legen. Flertallet synes at denne informasjonen er nok og har ikke hatt behov for å søke etter mer informasjon på egen hånd. Men kvinnen på 37 år hadde sammen med sin mann søkt mye informasjon på egen hånd. Dette paret vurderte også å besøke Montebellosentret og bli med i Brystkreftforeningen. Det har vist seg i en del tidligere studier at det oftest er de yngre pasientene som vil vite mest mulig om sykdommen sin. Mange synes at informasjonen fra legene er den viktigste og hører nøye på hva legen har å si. Kvinnene synes det er meget positivt at det er et lite team som arbeider på avdelingen fordi da møter de oftest et eller flere kjente ansikter. De synes det er fint at en og samme lege følger dem under den vanskelige perioden. Legene gir også informasjonen på en fin og direkte måte via konsultasjonene. De mener at legene skal være konkrete, men kan gjerne ha litt humor som letter opp stemningen.

Noen eksempler som kvinnene husker ble sagt da de fikk diagnosen:

Dame 64 år: *"Vi har funnet kreftceller i den prøven vi tok ut fra brystet ditt."*

Dame 46 år: *"Det viser seg å være noe som vi må ta bort."*

Dame 59 år: *"Dessverre..."* Så kom mange latinske ord, som hun ikke forstod. Da spurte hun om hun hadde kreft og legen svarte: *"Ja."*

Dame 75 år: *"... du har kreft."*

Den syttiårige kvinnen fikk informasjonen per telefon og var ikke helt fornøyd med måten det ble fortalt på. Hun sier også at legen kunne fortalt at prognosen ikke var så dårlig. Han sa: *"Dessverre... har man funnet at du har brystkreft."* Det gjorde ikke noe for henne å få informasjonen per telefon pga hun var forberedt på beskjeden. De ni kvinnene som fikk informasjonen ved en konsultasjon følte det var godt å ha en pårørende med seg. Men mange synes det var litt stressende når de fikk informasjon om at de måtte ha med seg en pårørende

til konsultasjonen. Da følte de med en gang at noe var galt. De fleste pasienter sier at de ikke husket så mye av hva som ble sagt på konsultasjonen, og nevner at skriftlig informasjon er helt nødvendig. Kvinnene vil gjerne ha mer informasjon om de forskjellige etterbehandlingene.

Det er meget positive tilbakemeldinger om informasjonen som blir gitt av legene og sykepleierne, spesielt rett før og etter operasjonen. De synes det er kjempefint at legene eller sykepleierne ringer til dem etter at de kommet hjem fra operasjonen. Dette får dem å føle seg ivaretatte. De synes at de er bra med de to spesialutdannede kontaktsykepleierne. Det er bare to pasienter som benyttet seg av dem, men de andre føler at det er et veldig fint tilbud og en stor trygghet. Fem av de intervjuede var med på gruppesamtalen med andre kvinner, og følte det var en god opplevelse. En kvinne følte ikke behov for dette pga hun har så stort nettverk rundt seg.

Trygghet: De fleste av kvinnene har noen i nærheten, familie eller venninner, som har hatt brystkreft. Men to av kvinnene visste ikke om noen rundt seg med brystkreft. To av kvinnene har også underlivskreft i familien. De har følt at det vært avstressende når de har sett at det har gått fint med bekjente, venner eller familie som har blitt operert for brystkreft. Kvinnene snakker mye med personer de kjenner som har vært gjennom det samme.

Alle synes det er et fint tilbud å kunne velge hvilken behandlingstype som skal utføres, men de fleste vil gjerne først høre hva legen synes er det beste valget. I begynnelsen reagerte de fleste når legen sa at operasjonen skulle utføres dagkirurgisk. Men i ettertid er nesten alle kjempefornøyde med at det gikk så fort. To av kvinnene forteller også at de fått mange negative reaksjoner fra nære venner og familie da de fikk høre at det skulle gjøres dagkirurgisk. Kvinnene føler at en natt på hotellet er et meget fint tilbud etter operasjonen, men ikke alle benytter seg av dette. Fire av dem overnattet på hotellet, fire reiste direkte hjem, og pasientene på nittien og syttifem år fikk overnatte på sykehuset en natt og så på hotellet. To av kvinnene nevner at det gikk litt for fort etter operasjonen. De synes de skulle få ligge på postoperativ litt lengre. Kvinnene forteller at det er kjempefint å få treffe sine nære så fort etter operasjonen.

Kvinnenes viktigste støttepersoner har vært barna, venninnene, svigerinnene, mennene og søsken. For de fleste som har sin mann i live så har han vært delaktig. Men to av kvinnene har valgt å ikke ha sin mann med så mye pga den ene sier at hennes mann er meget følsom og den andre sier at han ikke ennå forstår at hun har kreft.

De fleste av kvinnene visste ikke så mye om brystkreft før de fikk det selv. Kvinnene har pratet mye med sine nære venner og familie om brystkreften sin. Men ikke mange har fortalt det til f.eks. naboer med mer pga rykter. Damen på sekstifire år sa at det først var da hun fortalte det til andre at det gikk opp for henne at hun hadde fått brystkreft. Noen av pasientene har måttet trøste pårørende mer enn de måtte trøste seg selv. Kvinnen på trettisyv år fortalte at hun måtte fortelle sine venner og familie om å ikke snakke så mye om sykdommen hennes, spesielt ikke på kvelden. En pasient sa at det var slitsomt når alle venner ringte og forsøkte å oppmuntre henne ved å gi eksempel på mennesker som klart seg bra etter brystkreften sin. Hun ønsket heller at de ringte og hørte mer på hva hun hadde å si.

Det verste og det beste: Mange av kvinnene forteller at nettene er vanskelige for da flyr tankene omkring i hodet. De forteller at de glemmer sykdommen sin litt når de er aktive. De verste var å legge seg ned. To av kvinnene forteller også at de har fått en del rare drømmer etterpå. Det var bra å få innsovningstabletter. Mange vet ikke riktig hvordan de skal ligge i sengen og vil ikke ligge på den opererte siden. Kvinnene savner informasjon om hvordan de skal håndtere såret sitt etter operasjonen. To av kvinnene har fått vite i ettertid at de ikke behøvde være så forsiktige som de hadde vært med det opererte området. Kvinnene føler at de

overbeskyttet den opererte siden etter operasjonen. Alle er fornøyde med operasjonsresultatet. Ingen av dem har tenkt å utføre en brystrekonstruksjon. En av de fem som har fått utført mastektomi bruker den tildelte proteser i blant. Men en annen bruker den når hun skal ut blant andre mennesker. En kommenterer at hun ikke vil være med på en operasjon til om det ikke er helt nødvendig, og for henne er en rekonstruksjon dermed helt uaktuelt. To av kvinnene som fikk utført en mastektomi fikk det av eget valg pga de ville slippe gå og tenke på eventuelt lokalt tilbakefall i brystet. Mens to av kvinnene som fikk utført brystbevarende kirurgi anser det som en meget positiv ting at de ikke behøvde fjerne hele brystet sitt. De som valgte brystbevarende kirurgi pluss postoperativ stråling følte at det var unødvendig å fjerne hele brystet når begge kirurgitypene har lik prognose. Kvinnen på førtiseks år hadde først bestemt seg for mastektomi, men bestemte seg for brystbevarende når hun hørte at prognosen var lik.

Kvinnene føler ikke noen avsky til den opererte siden, men føler det var godt å bli kvitt det syke. Kvinnene har ikke noen problem med å se på brystet sitt. De synes ikke at de har endret seg som personer etterpå og det bekrefter de tilstedeværende pårørende. Noen av kvinnene føler at de har fått kognitiv svekkelse f.eks. hukommelsessvekkelse. De forteller at de har vært nedstemte etter at de fått diagnosen, men ikke like mye etter selve operasjonen. Noen har vært deprimerte, hatt humørsvingninger, nedsatt appetitt og vekttap. Fem av kvinnene er pensjonerte, men fire har arbeid. De er nå sykemeldte og har ikke hatt noe problem med arbeidsgiverne sine pga sykdommen. Kvinnene synes de kom seg fortere fysisk enn psykisk etter operasjonen. De fleste forteller at de ikke har hatt noen smerte eller kvalme. To nevner at merkingen med metalltråden var litt smertefull. Noen har fått små fysiske komplikasjoner etterpå som stivhet, ømhet, stikking og nedsatt bevegelse i armen. En måtte tappe væske fra operasjonssåret og en fikk en liten sårinfeksjon. Men de nevner at disse komplikasjonene ikke har betydd så mye for dem.

De fleste gruet seg til treukers-kontrollen etter operasjonen. De synes at det er altfor lang tid å vente i tre uker etter operasjonen. Det som kvinnene er mest bekymret for viser seg å være eventuelt spredning til lymfeknutene og dermed behov for aksilletoilette. Men også om det trengs å gjøre en rereseksjon og hva slags etterbehandling som skal gis samt bivirkninger av dette bekymrer kvinnene mye. Mange har både korte og lange fremtidsplaner. De fleste ser kontrolltiden som en stor mur som må overstiges før de kan begynne å legge planer. Senere kommer en annen mur, i form av når etterbehandlingen skal begynne. To kvinner forteller sterkt om at de har fått et helt annet syn på livet. Nå virker ikke visse ting like viktige lengre som f.eks. lite støv hjemme. De føler at de nå vet hva som er viktigst med livet, å nyte det så lenge man har det. Ta vare på hver dag og være mer sammen med familien og venner. Tre av kvinnene bruker alternativ behandling som yoga, akupunktur og soneterapi. De andre har ikke brukt og har ikke tenkt å ta kontakt med alternativ behandling.

De fleste av kvinnene har ikke gjort seg noen tanker om hvorfor akkurat de fikk kreft. Noen av dem har tanker om eventuelle årsaker slik som:

Dame 70 år: *Stråling fra miljøet via tv, mobiltelefoner, mikrobølgeovn med mer.*

Dame 46 år: *Stråling fra mikrobølgeovn.*

Dame 37 år: *P-pillebruk.*

Flere kvinner nevner at det beste var at legene eller sykepleierne ringte dem etter at de hadde kommet hjem. Det er også bra at alle leger og sykepleiere er så snille og gjør at kvinnene føler seg trygge. Men to pasienter hadde en dårlig erfaring med legen sin, som hadde vært overlegen, kontrollerende, dømmende og stresset. Legen hadde ikke sett på henne når han pratet og hadde dårlig humor som ikke var passende synes hun. Kvinnene føler at det var bra at alt gikk så fort og at de slapp å være på sykehuset så lenge.

Det verste med denne perioden var ventetiden. En kvinne forteller at ventetiden ikke gjør noe så lenge hun blir fortalt om hvorfor hun må vente. Det var ikke lang ventetid på operasjonsdagen, men ventetiden på poliklinikken ble ansett som et stort problem. De tre damene som måtte opereres to ganger synes det var en liten nedtur å få beskjed om at de skulle opereres en gang til. Andre negative ting som ble nevnt av kvinnene var bivirkningene av etterbehandlingen. Flere visste heller ikke at de midlertidig kunne få en litt annen farge i ansiktet pga blåfargen fra vaktpostlymfeknutemerkingen.

Kvinnene oppmuntret andre å gå på rutinemessig mammografiscreening. De vil sterkt anbefale dagkirurgi til andre kvinner i samme situasjon.

Jeg har også intervjuet **anestesioverlege Kristin Sem Thagaard på UUS**. Hun er en av de som pleier å ringe til de nyopererte brystkreftpasientene dagen etter at de kommet hjem. Da spør hun om de har hatt problemer med hjemreisen/hjemkomsten, smerter, kvalme, oppkast, hodepine, angst/uro, nattesøvnens mengde og kvalitet, funksjonen dagen etter, komplikasjoner og eventuelt behov for å kontakte helsevesenet, og til slutt om de har noe mer å fortelle om. En slik samtale tar ca. fem minutter. Alle pasienter som reiser hjem operasjonsdagen blir ringt til dagen etter. Pasienter som legges på hotellet blir ikke ringt til da de får egen oppfølging av en kirurg samme dag som de skal hjem. Dr. Thagaard pleier alltid å fortelle om at hun ringer for å spørre hvordan den opererte kvinnen har det. Dette må hun si først ellers kan kvinnene tro at hun ringer for å fortelle noe om sykdommen. Hun forteller at pasientene ikke har så mange plager å fortelle om. De fleste er fornøyde og føler seg i bra fysisk form. Pasientene får med seg smertestillende (Paracetamol, NSAID`s, Paralgin Forte) hjem, men de fleste trenger ikke så mye smertestillende. Dr. Thagaard tror at de fleste forventer mye mer smerte enn de har etter operasjonen og derfor synes de at litt smerte ikke er noe å bry seg om. Kvinnene har veldig lite kvalme. De får ikke med seg kvalmestillende hjem, men postoperativt får de en del medikamenter som virker kvalmestillende. Hvis man vet at pasienten blir lett kvalm så brukes det ikke lystgass i narkosen. Det er mange færre som får hodepine enn de som får smerter eller blir kvalme. Pasientene er oftest i relativt god fysisk form dagen etter, men tar det som oftest rolig. Pasientene får med seg sovetabletter og de fleste bruker disse. Første natten kan være plagsom pga de ikke kan ligge som de vil pga operasjonssåret eller tanker/uro med mer. Mange lurer på en del praktiske ting som dusj og stell, bilkjøring, alkoholdriking med mer. Det er nesten ingen som har noen komplikasjoner eller som har hatt behov for å kontakte helsevesenet. Eventuelle komplikasjoner kommer oftest senere.

6. Diskusjon:

Formålet med de to undersøkelsene var å finne ut om det er bra å bruke dagkirurgisk behandling på brystkreftpasienter fra pasientenes synsvinkel. I tillegg ville jeg utforske mulige endringer som kan gjøres for å få et slikt behandlingsopplegg bedre.

Spørreskjemaene og intervjuene:

Spørreskjemaundersøkelsen og intervjuerne ble utført sommeren og høsten 2003 på UUS. Det var ikke noe problem å finne kvinner som ville være med på en intervju, ti av tolv spurte kvinner takket ja. Men det virket som at intervjuene var litt belastende for noen av kvinnene, mens andre syntes det var fint å få prate med meg. De sa at det følte bra å prate med en som var utenforstående og ikke hadde noe med behandlingen deres å gjøre. Jeg hadde ganske mange spørsmål i utgangspunktet, men lot kvinnene prate meget fritt om hva de syntes om behandlingsopplegget med mer. Jeg har aldri tidligere gjort en kvalitativ undersøkelse og syntes det var ganske vanskelig å sammenstille resultatene. Det som kunne vært endret på i intervjuene var at jeg ville gjerne hatt mer tid til hver av kvinnene. Men de fleste syntes at en halv til en time var nok for dem. Jeg lærte meg mye ved å intervjuer kvinnene. En endring som jeg kan gjøre til neste gang jeg gjør en kvalitativ undersøkelse er at det ikke trengs så mange spørsmål som jeg hadde på forhånd. Jeg kan i stedet bare bruke stikkord. Da kan jeg nok lettere la kvinnene prate mer fritt om hva de synes. Det jeg har sett er at resultatene fra intervjuene stemmer bra overens med spørreskjemaresultatene.

Vi har ikke fått noen store negative tilbakemeldinger på selve skjemaets utforming. Men en kvinne syntes det var altfor mange alternativspørsmål, og hun ville svare mer med sine egne ord på blanke linjer. Noen av kvinnene hadde problemer med å skjønne at de skulle gradere kvalme- og smertegraden ved å krysse av på linje ved spørsmålene 29 og 31. En del av kvinnene skrev på linjen i stedet. Av den grunn skulle det nok vært mer spesifikk informasjon om på hvilken måte pasientene skulle krysse av på disse spørsmålene. Noen av kvinnene syntes at "vet ikke" også skulle være et alternativ blant ja/nei spørsmålene. Vi syntes ikke det var nødvendig å ha med dette pga spørsmålene skulle være relativt enkle å svare ja eller nei på. To spørsmål som var vanskelige for noen var 10 og 11, dvs. om de var blitt operert med fjerning av bare vaktpostlymfeknuten(e) eller fjerning av alle kjertlene i armhulen. Vi kunne i tillegg spurt om de hadde vakumdren postoperativt for dette benyttes bare hos de som har fått gjort aksilletoilette. Spørsmål 12, dvs. spørsmål om pasienten er gift/samboer burde ha vært utformet på en annen måte pga den ble litt misstolket. Synes vi burde spurt om sivilstand i starten av skjemaet i stedet. Vi ga skjemaet til alle som ble operert dagkirurgisk, dvs. også til dem som måtte opereres flere ganger. Dette kom frem indirekte i besvarelsene på skjemaet eller i kommentarene på sluttet av skjemaet, men det hadde vært lettere hvis vi spurte direkte i begynnelsen av skjemaet om de skulle opereres for brystkreft første gang. Forventet en noe høyere svarprosent, men ut fra andre tilsvarende pasientundersøkelser er dette en vanlig svarprosent. En mulig forklaring på at vi ikke fikk høyere svarprosent var at vi var avhengige av mange forskjellige personer som leger, sykepleier og sekretærer, ved både utlevering og innlevering av skjemaene. I starten informerte vi nøye om undersøkelsen vår, og jeg prøvde å være ofte på poliklinikken og sengeposten for å hjelpe dem med å huske på det. Det var så pass mange spørsmål og en relativt høy andel eldre pasienter som kan kanskje også forklare noe lav svarprosent. Men på bakgrunn av at jeg også har intervjuet tilfeldige utvalgte pasienter på poliklinikken og fått samme oppfatning som på svarskjemaene, velger jeg å tillegge svarskjemaene relativt stor vekt. Ansattes positive tilbakemeldinger, både personlige og hva de formidler av hva pasientene forteller, støtter denne oppfatningen.

Aldersfordeling og operasjonstypevalg:

Det var bra at vi fikk et så bredt spektrum av aldre, fra 37 til 91 år i de besvarte spørreskjemaene. En del eldre er for skrøpelige til å bli behandlet dagkirurgisk f.eks. pga andre tilleggssykdommer. Men ser at gjennomsnittsalderen i undersøkelsen min er 57 år, som viser at ganske mange eldre kan behandles dagkirurgisk. Det finns mange spreke og friske eldre. Kanskje kommentere at den eldste i materialet var 91 år, altså egentlig langt over den aldersgrensen man skulle tenke det var mulig å behandle dagkirurgisk!

Brystbevarende operasjonsteknikk har blitt mer og mer populært etter at det ble vist at prognosen er lik i forhold til en mastektomi. I begynnelsen av min undersøkelse trodde jeg at mange flere skulle velge mastektomi enn det resultatene viser. Da kunne jeg også selv sagt at jeg hadde valgt mastektomi hvis jeg ble rammet av brystkreft, men nå er mitt standpunkt blitt endret. Har innsett hvor verdifullt et bryst er for flertallet av kvinnene. Jeg synes at det er en utrolig fin mulighet at kvinnene i de fleste tilfellene selv kan bestemme operasjonstype, og det virker som at de fleste synes det er godt å få bestemme litt selv. Man ser at tilliten til legene er stor pga mange spør fortsatt hva legen synes er best for akkurat hennes situasjon. Virker å være meget betryggende for mange at prognosen er lik uansett operasjonstype.

Informasjon:

I og med at de største informasjonskildene for pasientene er den muntlige informasjonen fra helsepersonell og den skriftlige informasjonen fra brystkreftbrosjyren, så er det utrolig viktig at de to kildene er så bra som mulig. Helsepersonell må ta seg god tid til pasientene ved konsultasjonene. Legene og sykepleiene må ikke vise at de er stresset, og må gi informasjon på en snill men direkte måte. Jeg synes at det burde settes av lengre konsultasjonstid på poliklinikken. Mange anser ventetiden som et stort problem, og tror at det er viktig at de blir informert om at det kan bli en del venting for da er de forberedt på det. Må prøve å holde brystkreftbrosjyren så oppdatert som mulig hele tiden. Noen av kvinnene savner en del informasjon i den. Jeg synes det kan skrives litt mer om f.eks. forskjellige typer aktuelle etterbehandlinger og hvorfor noen får en spesiell type av en slik behandling mens andre får en annen type, komplikasjoner av etterbehandlingen, lymfeknutefjerning og eventuelt behandling av dette postoperativt. Bra om det også hadde vært mer praktisk informasjon om tiden etter operasjonen som f.eks. sårstell, hvordan et bryst kan se ut etter operasjonen, fargeendring i ansikt pga blåfargen ved SN-merkingen er noen ting som kan nevnes mer.

Det viser seg at de fleste kvinner ikke søker egen informasjon på egen hånd. Jeg synes at man skal prøve å oppmuntre litt mer til dette. Jeg tror at man dermed kan få pårørende til å føle seg mer delaktig ved å f.eks. søke informasjon på internett og lese bøker sammen. Det er bra at kvinnene føler seg mer delaktige i sin egen situasjon, men det er også så viktig å ha gode støttepersoner i miljøene rundt seg. Men jeg tror at en stor grunn til at kvinner ikke søker så mye informasjon på egen hånd beror på benektelse for sin sykdom og redsel for hva de kan finne om f.eks. prognose. Som sagt synes jeg man skal oppmuntre pasientene til å søke informasjon på egen hånd, men tror også det er viktig å gi informasjon om hvor den viktigste og mest oppdaterte informasjonen om brystkreft finnes. Jeg ble ganske overrasket når jeg oppdaget hvor lite noen av kvinnene vet om sin sykdom og behandling. Noen visste f.eks. ikke om de hadde fått bare en vaktpostlymfeknutefjerning eller en aksilleteillette. Dette kan bero både på dårlig informasjon fra helsepersonell eller benekting om sin egen sykdom fra pasienten. En ting som virker viktig å legge vekt på når man skal informere om brystkreft er at man ikke vet så mye om årsakene til det. Det virker som at mange går og tenker på hva feil de har gjort i livet sitt for å ha fortjent dette.

Det jeg synes er litt mangelfullt i hensyn til den generelle informasjon rundt brystkreft ligger i førstelinje helsetjenesten. Fastleger og annet helsepersonell i førstelinje tjenesten burde oppfordre flere til selvundersøkelse og å gå kontinuerlig på mammografiundersøkelser.

Ivaretagelsen og helhetsinntrykket av operasjonsdagen:

De føler seg veldig godt mottatt på operasjonsdagen, og et bra første inntrykk er viktig. Kvinnene er veldig fornøyde med operasjonsdagen, og det beror nok dels på personellet og dels på kort ventetid. Jeg tror også at det gode helhetsinntrykket beror mye på at det er et lite team som arbeider der og som er veldig innsatt i sitt arbeid, og dermed kan gi bra informasjon og oppfølging. Kvinnene sier at det er godt at de i de fleste tilfellene møter et kjent ansikt, og det er bra fordi pasientene blir mindre forvirrede, føler seg mer hjemme og mer trygge på situasjonen de er i.

Forberedelse på å bli skrevet ut og bruk av pårørende:

Mange av pasientene har følelsen av at de ikke er klare til å utskrives så fort etter operasjonen, men når man spør kvinnene tre uker etter operasjonen så sier de fleste at det var deilig at det gikk så fort. De kvinnene som viser seg å være minst fornøyde med å skrives ut så fort er de litt eldre pasientene. Tror at de trenger litt ekstra tid på seg på postoperativ avdeling og litt mer nøye informasjon om videre oppfølging når de reiser hjem. Man må finne ut i forveien om det er noen som trenger mer tid etter operasjonen.

Ingen av kvinnene hadde problemer med å skaffe noen som kunne være hos dem første døgnet etter operasjonen. Men noen trodde det var belastende for denne personen at være sammen med henne da. Nå er rutinene på hotellet endret slik at det er sykepleier tilstede døgnet rundt i den etasjen brystkreftpasientene overnatter. Dermed er det ikke lenger nødvendig å ha med egen pårørende. Men pårørende tror jeg er en meget viktig, og for lite brukt ressurs. Pårørende er viktig pga at de kjenner pasienten veldig godt og kan lettere forstå situasjonen hvis de er delaktige i opplegget, og dermed føle seg nyttig som hjelp. De er også en viktig kilde for informasjon som pasientene iblant ikke husker like godt. Det viser seg at kreftsykepleiere er meget viktige, men ikke alle benytter seg av dem. Jeg tror at mange kvinner føler seg trygge på at de vet at de finnes noen der om de trenger det. Pårørende burde oppfordres til å være med den første konsultasjonen også. Ventetiden sees før mange pasienter som det verste, og dette er et vanlig tilbakevendende problem på alle sykehus. Den største belastningen for kvinnene er ventingen på tre ukers kontrollen og selve konsultasjonsdagen. De føler at det er altfor lang tid å vente tre uker på patologisvaret, og dermed hvilken type etterbehandling som er aktuelt for henne. Ventetiden på patologisvaret er nå nede i to uker og dette er mer akseptabelt for pasientene.

Komplikasjoner og behov for å kontakte sykehuset:

Vanlige komplikasjoner er serom, smerte, infeksjon og blødning. Vanlig kommer eventuelt komplikasjonene en tid etter at pasientene har kommet hjem, og dermed er det viktig at de vet hvor de skal henvende seg om de trenger hjelp. Pasientene får god informasjon om hvor de skal henvende seg ved eventuelle komplikasjoner eller spørsmål, og ingen har klaget på at dette vært mangelfullt. De får såpass bra kvalme- og smertebehandling etter operasjonen at de ikke skal være så plaget av dette. De andre komplikasjonene som kommer senere er et større problem for dem. Det er veldig bra at en helseperson ringer hjem dagen etterpå for å høre hvordan det går med den nyopererte. Man burde vurdere om det kan være lurt å ha f.eks. en sykepleier i stedet for en anestesilegen som ringer til pasientene. Det er vist at det er mange flere praktiske spørsmål omkring selve såret, enn det er om f.eks. selve anestesien/operasjonen. Synes at det kanskje hadde vært fint hvis de kunne ringe til den opererte kvinnen en gang til etter cirka en uke for å høre hvordan det går då. Mange føler seg meget bra fysisk etter operasjonen, men det man ikke må glemme er at de fleste sliter mye psykisk. Dermed er det veldig viktig å gjøre en undersøkelse av pasientens nettverk og fortelle om møtene som arrangeres sammen med andre brystkreftopererte kvinner, sykepleier og leger.

Anbefaling av dagkirurgisk behandling til brystkreftpasienter:

At 98% av kvinnene vil anbefale behandlingsopplegget til andre i samme situasjon, synes jeg forteller mye om hvor godt fornøyde pasientene er. Jeg tror at kvinnene synes at det er veldig bra at de blir mindre sykkeliggjort og får komme raskt hjem etterpå. Burde forsøkt å få pasientene til å fortelle hva de føler om dette til pårørende, fordi det virker som om mange pårørende blir litt urolige når de hører at pasientene bare er på sykehuset et døgn. Pårørende bør derfor være mer informert om behandlingsopplegget tidligere f.eks. ved første konsultasjon.

7. Konklusjon:

Dagkirurgisk behandling av brystkreftpasienter har vært etablert på UUS fra 2000. Noen av forutsetningene for dette var nye anestesimetoder med tidlig oppvåking, god smertebehandling og nye kirurgiske teknikker som brystbevarende operasjon og vaktpostlymfeknuteteknikk. Mange var i tvil om dagkirurgisk behandling av denne kreftgruppen var akseptabelt med hensyn på at fysisk og psykisk oppfølging av den opererte kvinnen ikke ble god nok. Erfaringene viser at alt fagpersonell som arbeider med dagkirurgi for brystkreftpasienter synes at dette er en meget god behandlingsmåte. Mine undersøkelser viser at pasientene er meget godt fornøyde med dette opplegget. Den opererte kvinnen slipper å være innelagt på sykehus og blir dermed mindre sykeliggjort. Men opplegget fungerer ikke for kvinner i alle aldrer, der en del eldre pasienter og de pasientene med andre sykdommer i tillegg trenger en mer nøye oppfølging postoperativt. Kvinnene blir meget godt oppfulgt av sykepleiere og leger, og det er arrangert gruppesamtaler postoperativt. Hvis det ikke fantes en slik god oppfølging tror jeg ikke at dette behandlingsopplegget ville fungert. Kvinnene føler seg godt ivaretatte av både leger og sykepleiere. Det som en del av kvinnene påpeker er at det går litt for fort etter operasjonen, og at de ikke er helt forberedte på å bli utskrevet. Noen trenger noen ekstra timer på postoperativ. De påpeker også at ventetiden kunne vært kortere, spesielt ventingen i tre uker på patologisvaret, og dermed eventuelt aktuell etterbehandling eller ytterligere kirurgi. Basert på funn i denne studien har det blitt gjort et intensivt arbeid med å få kortet ned svartiden fra patologen og blitt satt opp mer realistiske polikliniske økter med tanke på tidsforbruk per pasient. Ventetiden på patologisvaret er nå nede i to uker. I dag finnes det mulighet i de fleste situasjoner for at kvinnen selv kan bestemme hvilken operasjonstype som skal foretas. I behandlingsopplegget som finnes i dag er det gjort slik at kvinnen blir mer deltagende i situasjonen sin. Pårørende blir også mer aktive, og det er viktig at de setter seg inn i kvinnens situasjon slik at de kan hjelpe kvinnen og seg selv i den vanskelige tiden. Mange kvinner og deres pårørende reagerer når de får vite at behandlingen gjøres dagkirurgisk. Men de aller fleste går ifra sykehuset med et meget positivt inntrykk av at det gikk så raskt. Jeg synes det sier ganske mye at det var hele 98% som vil anbefale dagkirurgisk behandling til kvinner i samme situasjon. Jeg tror at dette er et meget bra opplegg, ikke bare for fagpersonell og sykehuset, men også for pasienten. Omsorg lar seg altså kombinere med effektivitet. Det tilsier at det må være et bra samarbeid mellom de ulike instansene som mammografiavdeling, poliklinikken, sengeposten og operasjonsstuene. Overgangen til dagkirurgisk behandling har medført en besparelse på minimum 3 millioner kroner årlig. Dette var intet hovedpoeng, men er også en gevinst som blitt oppnådd uten at det trolig har medført noe dårligere tilbud til pasientene. Alle kvinnene er veldig fornøyde med at det er et lite team som arbeider på avdelingen slik at pasientene treffer minst mulig forskjellige fagpersonell under behandlingsperioden. Legene kan i stor grad følge en pasient gjennom hele hennes behandling. Det har vært mulig å lære opp et personale av leger og sykepleier som nesten bare arbeider med brystkreftpasienter og dette bidrar til å øke kvaliteten på behandlingen i alle ledd. Dagkirurgisk behandling kan anbefales til andre sykehus i Norge som behandler brystkreft.

8. Referanser:

1. ABC of Breast diseases
Edited by J Michael Dixon, BMJ Books 2000 (Second edition)
2. Atlas of Breast Cancer, Second Edition
Editor: Daniel F. Hayes, Mosby 2000
3. www.kreftregisteret.no og www.kreft.no/kreftsykdommer/brystkreft/articles/artid
4. Sterk Dame: Kvinner, brystkreft og norsk helsepolitikk
Kari Lindebrække og Norhild Midtbø, Aschehoug 2003
5. Brystkreft; Diagnostikk og behandling (En veiledning)
Norsk Bryst Cancer Gruppe (NBCG), Norsk Kirurgisk Forening, Norsk Onkologisk Forening, Den Norske Kreftforeningen, 5. utgaven 1998.
6. Brystkreft; En informasjonsbok for pasienter og pårørende
Rolf Kåresen, Ellen Schlichting og Erik Wist, Universitetsforlaget AS 1998.
7. Essential Surgery; Problems, Diagnosis and management
H. George Burkitt, Clive R. G. Quick, ill. by Philip J. Deakin, Churchill Livingstone 2002 (Third edition).
8. Kreftsykdommer, en basisbok for helsepersonell
Rolf Kåresen og Erik Wist (Red.), Gyldendal Akademisk 2000
9. *Wiedswang G, Borgen E, Kåresen R et al. Detection of isolated tumor cells in bone marrow is an independent prognostic factor in breast cancer. J Clin oncol 2003;21:3469-3478*
10. Bröstcancer. *Redaktör Stefan Rydén, Förlag Zeneca AB 1996.*
11. Epidemiological studies of breast cancer in Norway –with focus on implementation of organized mammography screening
Hege Wang, Faculty of Medicine, University of Oslo 2002
12. www.uus.no/mama/
13. Leva med cancer
Judi Johnson, Linda Klein, Svensk bearbetning: Gertrud Grahn, Studentlitteratur 1994
14. På stier med lavmælt lys: Livet etter en kreftdiagnose
Else Hanna Tendø, Genesis 2000
15. Livskvalitet, resignation og overlevelse; En prospektiv undersøgelse af 292 kræftbehandlede kvinder – Beskrevet ud fra Trivselsteroien
Eggert Petersen, Bent Enig, Thomas Nielsen, Hanne Nødskov Petersen, Henrik Albeck, Bo Sommerlund, Psykologisk Institut Aarhus Universitet 1997
16. Ingen svarte skyer
Ingrid Haug, Cappelen 2000
17. Livet med kræft, i et støtte- og omsorgsperspektiv
Tine Rask Eriksen, Munksgaard 1996

Pasienttilfredshetsundersøkelse for pasienter som har vært behandlet dagkirurgisk for brystkreft.

Vennligst sett et kryss for det svaralternativ som passer best. Skjemaet leveres når du kommer til kontroll på poliklinikken ca. 3 uke etter operasjonen.

1. Hvor gammel er du?

Følgende spørsmål har disse svaralternativene:

utmerket, meget god(t), god(t), tilfredsstillende, mindre god(t), dårlig

2. Hvordan opplevde du at du ble mottatt operasjonsdagen?

utmerket meget god(t) god(t) tilfredsstillende mindre god(t) dårlig

3. Hvordan var informasjonen fra sykepleieren(e) operasjonsdagen?

utmerket meget god(t) god(t) tilfredsstillende mindre god(t) dårlig

4. Hvordan var informasjonen fra legen operasjonsdagen?

utmerket meget god(t) god(t) tilfredsstillende mindre god(t) dårlig

5. Følte du deg godt forberedt til å bli skrevet ut?

utmerket meget god(t) god(t) tilfredsstillende mindre god(t) dårlig

6. Hvordan er ditt helhetsinntrykk av operasjonsdagen?

utmerket meget god(t) god(t) tilfredsstillende mindre god(t) dårlig

7. Hvor godt fornøyd er du med brystkreftbrosjyren du fikk utdelt på poliklinikken?

utmerket meget god(t) god(t) tilfredsstillende mindre god(t) dårlig

Følgende spørsmål besvares med ja eller nei:

8. Fikk du utført brystbevarende operasjon (bare fjernet en del av brystet)?

ja nei

9. Fikk du fjernet hele brystet?

ja nei

10. Ble du operert med fjerning av bare vaktpostlymfeknuten(e)?

ja nei

11. Ble du operert med fjerning av alle kjertlene i armhulen?

ja nei

12. Er du samboer/gift?

ja nei

13. Var det problematisk å skaffe en person til å være hos deg første natten etter operasjonen?

ja nei

14. Tror du denne personen følte det belastende "å ta ansvar" for deg?

ja nei

15. Benyttet du pasienthotellet?

ja nei

16. I tilfelle svaret er ja;

Var du fornøyd med oppholdet der?

ja nei

Følte du deg trygg på hotellet?

ja nei

Trengte du hjelp fra helsepersonell mens du var på hotellet?

ja nei

Var du fornøyd med tilbudet på hotellfilialen (visitt)?

ja nei

17. Har du hatt noen komplikasjoner etter operasjonen?

ja nei

18. I tilfelle svaret er ja, hvilke(n) komplikasjon(er)?

Væske i såret som måtte tappes ut?

ja nei

Sårinfeksjon med behov for antibiotika?

ja nei

Blødning i såret som medførte ny operasjon?

ja nei

Annet?

.....

19. Benyttet du deg av kontaktsykepleierne våre (Elin eller Anne Kjersti)?

ja nei

20. I tilfelle svaret er ja;

Var du fornøyd med den hjelp de kunne gi deg?

ja nei

21. Har du hatt behov for å kontakte sykehuset etter at du kom hjem?

ja nei

22. I tilfelle svaret er ja;

Var det noe problem å vite hvor du skulle henvende deg?

ja nei

Fikk du den hjelp du forventet?

ja nei

23. Vil du anbefale dagkirurgisk behandling til kvinner i samme situasjon?

ja nei

24. Var det en akseptabel ventetid den første dagen du var på vår poliklinikk?

- ja nei

25. Var det en akseptabel ventetid den dagen du ble operert?

- ja nei

26. Har du benyttet deg av informasjonen om brystkreft som er lagt ut på Ullevål sykehus sine nettsider?

- ja nei

27. I tilfelle svaret er ja;

Var du fornøyd med den informasjonen du fant der?

- ja nei

28. Var du plaget med kvalme etter operasjonen?

- ja nei

29. I tilfelle svaret er ja; kan du krysse av på linjene nedenfor hvor kvalm du var:

Ikke i det hele tatt

Uttalt

1. døgn etter operasjonen: _____

2. døgn etter operasjonen: _____

Senere: _____

30. Var du plaget med smerter etter operasjonen?

- ja nei

31. I tilfelle svaret er ja; kan du krysse av på linjene nedenfor hvor smerteplaget du var:

Ikke i det hele tatt

Uttalt

1. døgn etter operasjonen: _____

2. døgn etter operasjonen: _____

Senere: _____

32. Hvor dro du etter operasjonen (kryss av)?

- Hjem Ullevål Hotell Annet sted

33. Kommentarer?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Takk for hjelpen!

Intervjuspørsmål:

Dato:

Navn:

Alder:

Arbeid/Pensjonist:

Gift/Samboer/Aleneboer:

Barn:

Operasjonstype (mastektomi/brystbevarende):

Lymfeknutefjerning (vaktpostlymfeknuten(e)/aksilleteoilette):

Etterbehandling:

1. Informasjon:

Hvem var det som oppdaget at noe var galt med brystet ditt?

Hvis du oppdaget det selv, hvor lang tid tok det før du søkte lege?

Hvilke eventuelle symptomer følte du?

Hadde du noen tanker om hva det kunne være?

Hvem fortalte deg hva det var, og på hvilken måte ble det fortalt?

Hvordan var din reaksjon når du fikk informasjonen?

Var det noen som var med deg ved den første konsultasjonen?

Hvordan taklet din medfølger å være med?

Hva husker du fra konsultasjonen da du fikk diagnosen?

Hva husker din medfølger?

Har du lest den skriftlige informasjonen du fikk med deg hjem?

Har du søkt informasjon andre steder f.eks. internett, bøker eller liknende?

Føler du at du fått nok informasjon f.eks. muntlig fra helsepersonell og skriftlig i brosjyrene?

Noe som kunne endres på i forhold til informasjonen?

Hva var det beste og dårligste med informasjonen?

Har du noen i nær familie eller nære venner som har hatt noen type av kreft?

Har du hatt kreft tidligere?

Har du noen annen sykdom?

Visste du noe om brystkreft før du fikk det?

Har du pratet med nære venner og familie om brystkreft, og hvordan har deres respons vært?

Synes du det er vanskelig å prate om kreft?

Hvem fortalte du det til først?

Hvem har vært din beste støtteperson?

Har du noen tanker om hvorfor du fikk kreft?

2. Trygghet:

Har du følt deg ivaretatt av din fastlege og sykehuset?

Hvordan ble du mottatt på operasjonsdagen?

Var det en akseptabel ventetid operasjonsdagen?

Fikk du svar på spørsmålene dine før operasjonen?

Kunne du velge operasjonstype selv, og i så fall hvorfor valgte du akkurat den typen?

Er du fornøyd med behandlingsresultatet?

Har du brukt brystprotese?

Har du ønsker om å få utført en brystrekonstruksjon eller brystreduksjon?

Hvor reiste du etter operasjonen?

Hvem var hos deg første natten?

Var det vanskelig å skaffe en person som kunne være hos deg første natten?

Hvordan tror du denne personen følte det å være hos deg første natten?
Føler du at du heller ville vært innelagt på sykehus første natten etter operasjonen?
Hvordan var den første natten?
Føler du at det var tilstrekkelig tid mellom operasjonen og til du kom på hotellet/hjem?
Hvordan opplever du kroppen din i dag?
Hvordan ser du på det opererte brystet ditt?
Hvordan har du følt deg i forhold til familie og venner?
Har du eventuelt trengt å trøste menneskene omkring deg mer enn de behøvde å trøste deg?
Hva har gjort deg mest trist?
Hvilken holdning har du til å ha kreft?
Hvordan var det å komme tilbake til hverdagen?
Hvordan ser en vanlig hverdag ut for deg nå?
Har det skjedd noen spesifikke endringer i ditt sosiale liv etter operasjonen?
Føles det som du har endret deg som person?
Har du hatt noen fysiske eller psykiske komplikasjoner etter operasjonen?
Følte du at du kom deg raskest fysisk eller psykisk?
Har du hatt noen praktiske eller økonomiske problemer etter operasjonen?
Hvilke tanker har du om fremtiden?
Hvordan føler du at det var å komme på kontroll?
Vil du anbefale dagkirurgisk behandling til andre kvinner i samme situasjon?
Har du eller tenker du å ta kontakt med noen annen behandlingsform som f.eks. alternativ behandling?

3. Hva syns du har vært det aller verste i denne tiden?

4. Hva syns du har vært det beste i denne tiden?

5. Noe som du vil fortelle mer om?