



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

INFORMATION OCH INDIVIDUELLT OMHÄNDERTAGANDE AV BRÖSTCANCER-PATIENTER

En enkätstudie

MARICA JARVÉN
CATHARINA SUNDBERG

Examensarbete i omvårdnad
51-60 poäng
Vårdvetenskap
Juni 2006

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

INFORMATION OCH INDIVIDUELLT OMHÄNDERTAGANDE AV BRÖSTCANCER-PATIENTER

En enkätstudie

Marica Jarvén
Catharina Sundberg

Jarvén, M. & Sundberg, C. Information och individuellt omhändertagande av bröstcancerpatienter. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola Hälsa och Samhälle, enheten för omvårdnad, 2006.

I Sverige drabbas ca 6 800 kvinnor av bröstcancer varje år. Onkologiska kliniken på universitetssjukhuset MAS i Malmö tar årligen emot cirka 230 bröstcancerpatienter för strål- och/eller cytostatikabehandling. Efter det första uppföljande läkarbesöket känner sig patienten ofta ensam och övergiven och fortsätter att ha ett stort behov av information. En empirisk kontrollstudie med kvantitativ ansats gjordes med syfte att undersöka om ett riktat informationsamtal med rådgivande onkologisjuksköterska, kunde öka kvinnliga bröstcancerpatienters trygghet och välbefinnande. Studiegruppen erhöll ett informationsamtal med sjuksköterska och båda grupperna fick besvara en enkät. Resultatet visade att studiegruppen i större omfattning visste när och till vilken sjuksköterska de skulle ringa. De motionerade mer och mådde fysiskt och psykiskt bättre. Båda grupperna kände sig väl omhändertagna och nöjda med råden de fick.

Nyckelord: Bröstcancer, uppföljning, information, omvårdnad, trygghet, stöd.

INFORMATION AND INDIVIDUAL CARETAKING OF BREAST CANCER PATIENTENS

Questionnaire

Marica Jarvén

Catharina Sundberg

Jarvén, M. & Sundberg, C. Information and individual caretaking of breast cancer patients. *Degree Project, 10 Credit Points*. Malmoe University: Health and Society, Department of nursing, 2006.

In Sweden about 6800 females are affected by breast cancer each year. The oncology clinic at MAS hospital in Malmö accepts approximately 230 breast cancer patients for radiation treatments and / or chemotherapy. Proceeding the initial doctors appointment the patients frequently feel abandoned and isolated and continue to require a large amount of information. An empirical study with quantitative attempts was conducted to investigate if directed information with a consultation nurse, could increase the female breast cancer patient's comfort and wellbeing. Two groups were formed out of which a trial group had an information session with an oncology consultation nurse, and both groups had to complete a questionnaire. The results proved that the trial group to a greater extent knew when to call, and which nurse to contact. They exercised more and felt better both physically and emotionally. Both groups felt well looked after and were satisfied with the advice provided.

Keywords; Breast cancer, follow-up, information, care, comfort, support.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Behandlingsstrategier	6
Strålbehandling	6
Cytostatikabehandling	6
Endokrin behandling	6
Uppföljning	6
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	7
METOD	7
Information och individuellt omhändertagande	7
Förberedelser för utvärdering	8
Datainsamling	8
Inklusionskriterier	9
Exklusionskriterier	9
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	10
Ålder, civilstånd och sysselsättning	10
Behandlingsstrategier	10
Välbefinnande och stöd	10
Sjuksköterskekontakt	11
Symtomkontroll och kontaktsjuksköterska	12
Informationssamtalet	13
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	15
REFERENSER	17
BILAGOR	19

INLEDNING

Enligt en artikel i Sydsvenska dagbladet den 23/10 2005 känner sig patienten ofta ensam och övergiven efter det första uppföljande läkarbesöket, efter avslutad strål- och/eller cytostatikabehandling. Kvinnorna som uttalat sig i artikeln talar av egna erfarenheter. Patienterna har under lång tid haft mycket kontakt, ibland dagliga, med sjukvården och det har varit mycket omkring dem och deras sjukdom. Efter det första uppföljningsbesöket upphör denna kontakt. Patienten är på väg till sitt vanliga liv och sina vanliga rutiner. Många patienter är fortfarande sjukskrivna vid denna tid och saknar därmed det sociala kontaktnät de tidigare haft med arbetskamrater. Samstämmiga uppgifter finns beskrivna i boken bröstcancer kapitel 20 av Jönsson (2004). Courtens, Stevens, Crebolder och Philipson (1996) fann att de närstående troligtvis trodde att patienten var i mindre behov av stöd när behandlingen var över. Även de patienter som går tillbaka till arbetet kan få problem som att arbetskamraterna saknar förståelse för deras situation. Överhuvudtaget kan omgivningens förväntningar vara påfrestande. Patienten är recidivfri och förväntas således vara botad och frisk.

BAKGRUND

Enligt Nationellt vårdprogram för bröstcancer (2006) är speciella rehabiliteringsåtgärder indicerade för vissa patienter. Recidivfria patienter har behov av att tala om sjukdomen och behandlingen och det bör erbjudas rehabiliteringssamtal vid återbesök hos läkaren. Den optimala tiden för detta är cirka ett år efter diagnosen då patienten är på väg in i bearbetningsfasen (Vårdprogram för bröstcancer, 1997). Denna fas är den tredje delen i krisbearbetningen enligt Cullberg (1994) där krisens förlopp delas in i fyra faser; chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorienteringsfas. Bearbetningsfasen kallas även reparationsfasen och inträder ca ett år efter en kris eller ett trauma. Förnekelse och försvar minskar och ett accepterande av att ha fått en cancerdiagnos tar vid. Patienten är nu på väg att återuppta sitt gamla liv och kan börja fokusera på framtiden igen (a.a.).

Raupach och Hiller (2002) visade i sin studie att kvinnorna fortsatte att ha ett stort behov av information, långt efter sin diagnos, relaterat till de problem som följde av bröstcancerdiagnosen. Problemen växlade över tiden liksom kunskapskällorna. Från att 6-11 månader efter diagnos vara läkar- och medicinskt fokuserade, förändrades kunskapskällorna senare till bl.a. radio och TV. Studien visade också att det fanns ett glapp mellan given och erhållen information. För att kunna tillfredställa behovet av information är det viktigt för sjuksköterskan att identifiera behovet hos patienten.

Under våren 2005 genomgick återbesöksverksamheten till läkarna på onkologiska kliniken mottagning UMAS en omorganisation. Tidigare var återbesöken huvudsakligen knutna till en och samma läkare med en periodvis ojämn kö till densamma. Detta i sin tur genererade oro hos patienterna. Idag arbetar läkarna utifrån diagnosteam, vilket innebär att återbesöken sker inom planerad tid. Nackdelen är dock att patienterna inte alltid träffar samma läkare, men alltid någon inom teamet. Här ser vi att sjuksköterskan kan bli en trygghet för patienten

i en periodvis orolig situation. Detta bekräftas delvis av Koinberg et al (2002) som visade att patienterna kände tillfredställelse av att veta vart och till vilken sjuksköterska de skulle ringa. Vikten av att kvinnor med bröstcancer skall vara informerade om vem de skall kontakta vid symtom framhålls i Vårdprogram för bröstcancer (1997).

Behandlingsstrategier

I Sverige drabbas ca 6 800 (Nystrand, 2005) kvinnor av bröstcancer varje år. Onkologiska kliniken vid universitetssjukhuset MAS i Malmö tar årligen emot ca 230 nyopererade kvinnor för behandling av bröstcancer (Patientadministrativt system i sjukvården). Kvinnorna blir vanligtvis remitterade från kirurgiska kliniken på UMAS eller kirurgiska kliniken på Trelleborgs lasarett. De vanligaste behandlingsstrategierna efter operation är strålbehandling och/eller cytostatikabehandling med/utan påföljande endokrin behandling.

Strålbehandling

Strålbehandling ges vid strålbehandlingsavdelningen. Denna innebär att patienten får behandling varje dag (vardagar) i fem veckor. Biverkningarna är lokala såsom rodnad och svullnad av det strålade området. Många patienter drabbas av trötthet (fatigue). Enligt Nail & King (1987) definieras fatigue enligt följande:

”Fatigue är ett mänskligt svar på erfarenheten av att ha cancer och genomgå behandling av cancer. Fatigue är ett självupplevt fenomen medförande hur individen känner och hur dessa känslor påverkar de aktiviteter i vilka de väljer att binda sig.” (s.257).

I vissa fall uppkommer strålpneumonit, en lunginflammation orsakad av strålbehandling som givits mot bröstkorgen. När vänstersidig strålbehandling givits kan hjärtpåverkan uppkomma och vid mer central strålbehandling sväljningssvårigheter (Jönsson, 2004).

Cytostatikabehandling

Cytostatikabehandling ges på cytostatikamottagningen. Vanligtvis sker behandlingen före strålbehandlingen men kan även ges som singelbehandling. Att få cytostatika innebär vanligtvis poliklinisk behandling var tredje vecka i sex cykler. Biverkningarna är större än vid strålbehandling och kan engagera hela kroppen; håravfall, matleda, illamående, diarréer, viktnedgång och fatigue (Jönsson, 2004).

Endokrin behandling

Endokrin behandling ges till bröstcancerpatienter med receptorpositiv tumör. Behandlingen insätts som regel redan postoperativt på kirurgkliniken och sker peroralt. Behandlingen fortsätter i fem år framåt. Biverkningsgraden är individuell och består av svettningar och klimakterieliknande symptom (Jönsson, 2004).

Uppföljning

Efter att strål- och/eller cytostatikabehandlingen avslutats sker uppföljningen av patienten på onkologiska klinikens mottagning i tre år i enlighet med vårdprogrammet (Vårdprogram bröstcancer södra sjukvårdsregionen, 1997):

- Patienten som genomgått strålbehandling kommer på en s.k. postradiologisk kontroll till onkologspecialist efter avslutad behandling. Intervallet mellan avslutad strålbehandling och postradiologisk kontroll varierar mellan två och sex månader. Läkaren på strålbehandlingen gör denna bedömning beroende på om patienten förväntas vara sjukskriven länge eller har andra problem. Innan den postradiologiska kontrollen har patienten varit på bröstsköterskemottagningen på strålbehandlingsavdelningen minst en gång, inom två veckor efter avslutad strålbehandling. Efter det första återbesöket hos läkare återkommer patienten en gång årligen.
- Patienten som genomgått cytostatikabehandling kommer för återbesök till en onkologspecialist vid onkologens mottagning ca två månader efter det att behandlingen är avslutad. Efter detta första besök återkommer patienten efter ca sex månader och därefter en gång årligen.
- Vid sista kontrollen, under förutsättning att patienten är recidivfri, avslutas patientens kontroller på onkologkliniken. Patienten får vid 3-års-kontrollen en broschyr om självkontroll av bröstet och ett informationsbrev. I brevet står angivet slutdatum för den eventuella antihormonella behandlingen samt hänvisning till husläkare för recept och remiss till mammografikontroller framöver. Patienter mellan 50-74 år remitteras till mammografiscreeningen. Patienten kan även vända sig till onkologmottagningen för dessa åtgärder om inte husläkarkontakt finns.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet var att undersöka om ett riktat informationssamtal med rådgivande onkologisjuksköterska, kunde öka kvinnliga bröstcancerpatienters trygghet och välbefinnande.

Hur känner sig patienterna fysiskt och psykiskt?

Vet patienterna vart de skall vända sig och när?

Känner patienterna sig trygga och väl omhändertagna?

METOD

En empirisk studie med kvantitativ ansats genomfördes (Backman, 1998). Studien var tänkt som ett utvärderingsinstrument för det nya arbetssättet som planeras att införas permanent, på onkologiska klinikens mottagning på Universitetssjukhuset

MAS. Studien delades in i två moment; ”information och individuellt omhändertagande” och ”utvärdering” av densamma.

Information och individuellt omhändertagande

Då patienten kom på sin första uppföljningskontroll hos läkaren, på onkologens mottagning, erbjöds hon ett samtal med sjuksköterska direkt efter läkarbesöket. Samtalet beräknades till 20 minuter. Patienten kunde erbjudas samtal vid ett senare tillfälle om inte tiden skulle passa. Detta skulle ske i så snar anslutning som möjligt till läkarbesöket. För att ingå i studien fick samtalet inte ske senare än en vecka efter läkarbesöket.

Samtalet med sjuksköterskan var av informativ karaktär och skedde i strukturerad form. Patienten informerades enligt en checklista (bilaga 1) såväl muntligt som skriftligt. Informationen var vedertagen på kliniken. Samtalet skedde i ett undersökningsrum på mottagningen.

Förberedelser för utvärderingen

För att utvärdera det nya arbetssättet jämfördes två grupper; en studiegrupp och en kontrollgrupp. Studiegruppen innefattade de patienter som fått samtal med sjuksköterska i samband med första uppföljningsbesöket hos läkare på mottagningen. Kontrollgruppen innefattade de patienter som endast erhållit läkarbesöket.

Presumptiva patienter till studien identifierades kontinuerligt under hösten 2005 efter genomgång av mottagningslistor. Därefter bedömdes via journalanteckningar om patienten uppfyllde inklusionskriterierna enligt nedan. En lista upprättades för att kunna tillfråga patienterna om de ville ingå i studien. Listorna förvarades på ett tryggt och säkert sätt i enlighet med patientjournalagen (1985:562) och utan vetskap för annan person än oss.

Kontrollgruppen tillfrågades personligen, vid den andra uppföljningskontrollen hos läkaren. De erhöll skriftlig information (bilaga 2) om syftet med studien, att deras svar skulle behandlas konfidentiellt och att resultatet inte skulle kunna härledas till enskild person och att det var frivilligt att delta i studien. Patienten lämnade skriftligt samtycke, s.k. informed consent, genom att fylla i en enkät (bilaga 3).

Patienterna i studiegruppen tillfrågades personligen, i samband med det första läkarbesöket, efter samtalet med sjuksköterska om de ville ingå i studien. De fick samma skriftliga information som ovan (bilaga 2) om syftet med studien, att deras svar behandlades konfidentiellt och att resultatet inte skulle kunna härledas till enskild person och att det var frivilligt att delta i studien. Patienten lämnade även här skriftligt samtycke, s.k. informed consent, genom att fylla i en utökad enkät (bilaga 4). De fick ett frankerat svarskuvert och uppmanades att insända enkäten efter två veckor.

Datainsamling

Enkätfrågorna utformades av författarna för att möta undersökningens syfte. Influenser till utformandet av enkäten hämtades från Barbro Gunnars avhandling

Livskvalitet vid cytostatikabehandling (1991) och KUPP- kvalitet ur patientens perspektiv (Wilde Larsson, 2001). Frågor om ålder och civilstånd motiverades av en studie av Lindop & Cannon (2001) som visade att kvinnor i åldrarna 46-53 år hade ett större behov av stöd än kvinnor över 54 år. Samma studie visade att gifta/sammanboende kvinnor har ett ökat stödbehov jämfört med ensamstående kvinnor. Utifrån en artikel om information och stöd för kvinnor efter den primära behandlingen av bröstcancer av Raupach & Hiller (2002) utgick frågorna ifrån behovet av kompletterande information rörande fysiska, sociala/stödande och praktiska problem, vilka passade in i vår frågeställning. Respondenterna bedömde sitt fysiska och psykiska hälsotillstånd med en självskattningsskala gällande hälsotillståndet före cancerdiagnosen (bilaga 3 & 4). Frågan om motion ansågs relevant, då fysisk aktivitet kan förbättra fysiskt och mentalt välmående för både friska individer och individer med fysisk ohälsa (Mock et al, 1997).

Enkäterna pilottestades på två kollegor och en utomstående person och efter detta ändrades svarsalternativen från tre till fem.

Antalet tillfrågade patienter i varje grupp antecknades, och antal svar räknades och jämfördes. Mellanskillnaden utgjorde bortfallet. Enkätsvaren bearbetades och analyserades.

Inklusionskriterier

- Kvinnor från 18 år opererade för bröstcancer.
- Ej tidigare haft cancer.
- Operation: Borttagande av hela bröstet eller bröstbevarande kirurgi med eller utan utrymning av lymfkörtlar i armhålan.
- Postoperativ adjuvant (förebyggande) behandling: Strålbehandling, cytostatikabehandling eller cytostatika och strålbehandling i kombination.
- För studiegruppen: patient, som har sitt första läkarbesök efter avslutad behandling.
- För kontrollgruppen: patient, som har sitt andra läkarbesök efter avslutad behandling.

Exklusionskriterier

- Patient, som ska ha sina återbesök på annan mottagning.
- Patient som på grund av språkproblem eller andra problem inte bedömts kunna tillgodogöra sig nödvändig information, undervisning eller fullfölja enkäter.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Etikprövning skedde enligt SFS 2003:460 lag om etikprövning av forskning som avser människor. Studien utgick ifrån de fyra etiska principer, beskrivna av Beauchamp & Childres (2001);

- Autonomiprincipen: Patienterna informerades skriftligen om syftet med studien, att deras svar skulle behandlas konfidentiellt och att resultatet inte skulle kunna härledas till enskild person och att det var frivilligt att delta i

studien. Patienten lämnade skriftligt samtycke, s.k. informed consent, genom att fylla i enkäten. Patienten kunde välja att avstå från detta och deltog då inte i utvärderingen. Patienten hade naturligtvis även rätt att avstå från informationen och samtalet med sjuksköterska

- Godhetsprincipen: Studien gjordes i syfte att förbättra och utveckla vården för bröstcancerpatienter och i förlängningen även för andra cancerpatienter. Detta står i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
- Icke-skada-principen: Patienterna har inte, så vitt vi kan bedöma, skadats av att delta i studien. Frågorna var inte av känslig karaktär. Patienterna sattes inte i lojalitetskonflikt eller i skuld gentemot vårdpersonalen p.g.a. frågornas karaktär. Svaren har behandlats konfidentiellt.
- Rättvis principen: Studien har inte påverkat omvårdnaden av patienterna eftersom det gäller utvärdering av ett nytt arbetssätt. Omvårdnaden har varit lika för alla i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Patienterna i kontrollgruppen, som inte fick information och samtal med sjuksköterska, erbjöds detta efter att de fått skriftlig information om studien. Erbjudandet var oavhängigt deltagandet i studien eller ej.

RESULTAT

Av 19 utdelade enkäter inkom samtliga. Studiegruppen och kontrollgruppen hade åtta respektive elva respondenter.

Ålder, civilstånd och sysselsättning

I studiegrupp var medelvärdet 62 år och medianvärdet 64 år. I kontrollgruppen var medelvärdet 59,6 år och medianvärdet 64 år (bilaga 5, figur 1). I båda grupperna var majoriteten gifta eller sammanboende (bilaga 5, figur 2). Drygt hälften var pensionerade i båda grupperna (bilaga 5, figur 3). Figuren visar också att tre av åtta patienter i studiegruppen förvärvsarbetade medan det endast var en i kontrollgruppen. Beträffande sjukskrivning var förhållandet det spegelvända; endast en i studiegruppen men fyra i kontrollgruppen var sjukskrivna 100 % (bilaga 5, figur 3).

Behandlingsstrategier

Majoriteten av patienterna hade endast genomgått strålbehandling och ett fåtal fått strålbehandling i kombination med cytostatikabehandling (bilaga 5, figur 4).

Välbefinnande och stöd

Figur 5 (bilaga 5) visar att respondenternas fysiska tillstånd till stor del var som före diagnos i båda grupperna. Endast en i studiegruppen uppgav att det inte alls var som innan. I kontrollgruppen var det psykiska välbefinnandet sämre än i studiegruppen (figur 6, bilaga 5).

De flesta av respondenterna i båda grupperna upplevde stöd och förståelse helt eller till stor del från sin omgivning, d.v.s. familjen och/eller vänner (figur 7,

bilaga 5). Likaså kunde majoriteten av respondenterna i båda grupperna leva som tidigare med familj, vänner, hobby- och fritidsaktiviteter (figur 8, bilaga 5). Detta var oavhängigt av det psykiska välbefinnandet.

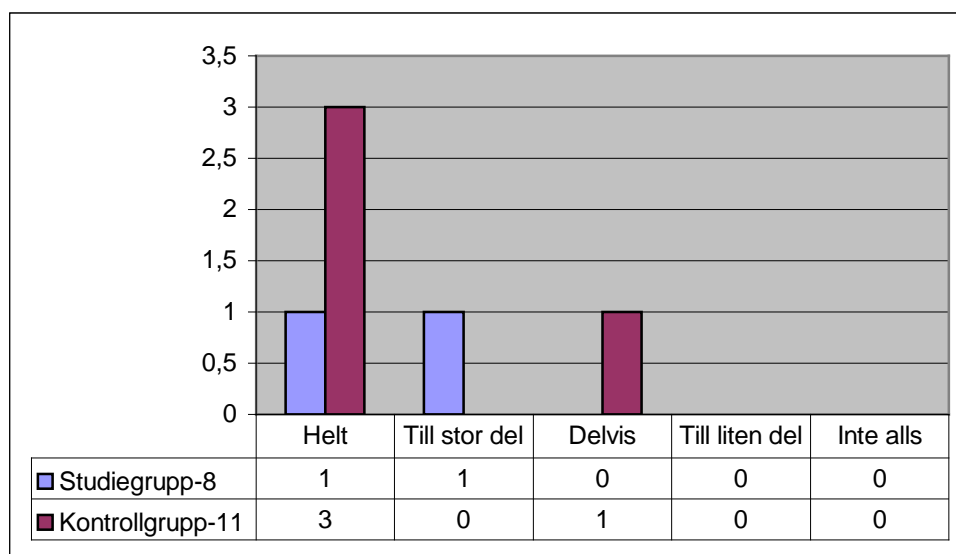
Angående motion så motionerade respondenterna i studiegruppen i högre grad än de i kontrollgruppen (figur 9, bilaga 5).

Majoriteten i båda grupperna kände sig väl omhändertagna på onkologens mottagning (figur 10, bilaga 5).

Faktorer som i denna studie kan vara en bidragande orsak till ett sämre välbefinnande hos bröstcancerpatienter är följande; ensamstående patienter som erhållit cytostatika- och strålbehandling postoperativt, ej motionerar regelbundet och är under 50 år.

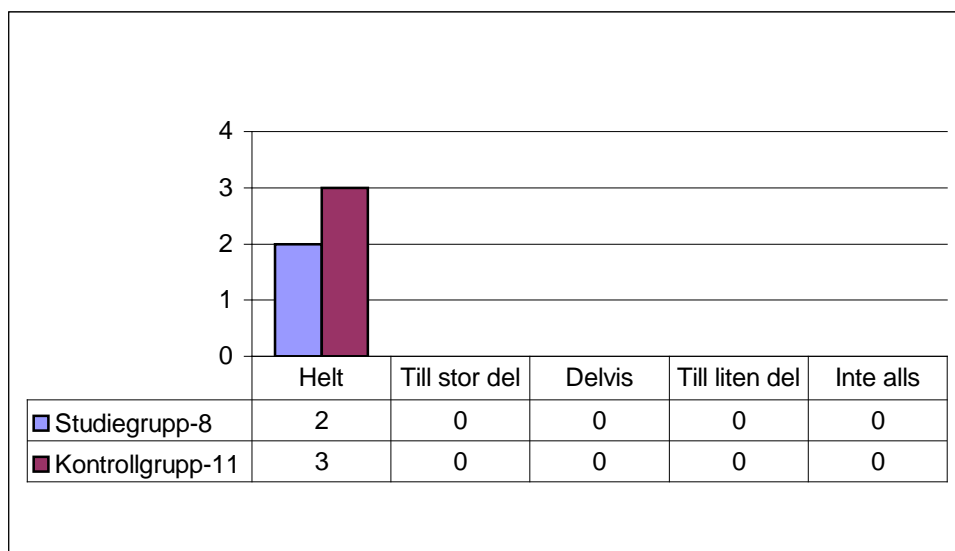
Sjuksköterskekontakt

I figur 11 och 12 i bilaga 5 redovisas svaren från de sex respondenter som haft kontakt med onkologens rådgivande sjuksköterska redan innan de inkluderades i studien. De flesta tyckte att det var lätt att komma fram till sjuksköterska på telefon och lätt att boka tid hos sjuksköterska. Enligt figur 13 kände de flesta respondenterna trygghet med de råd och den hjälp som de fick då de konsulterat rådgivande sjuksköterska.



Figur 13. Trygghetskänsla.

Följsamheten till råd var total i båda grupperna (figur 14).

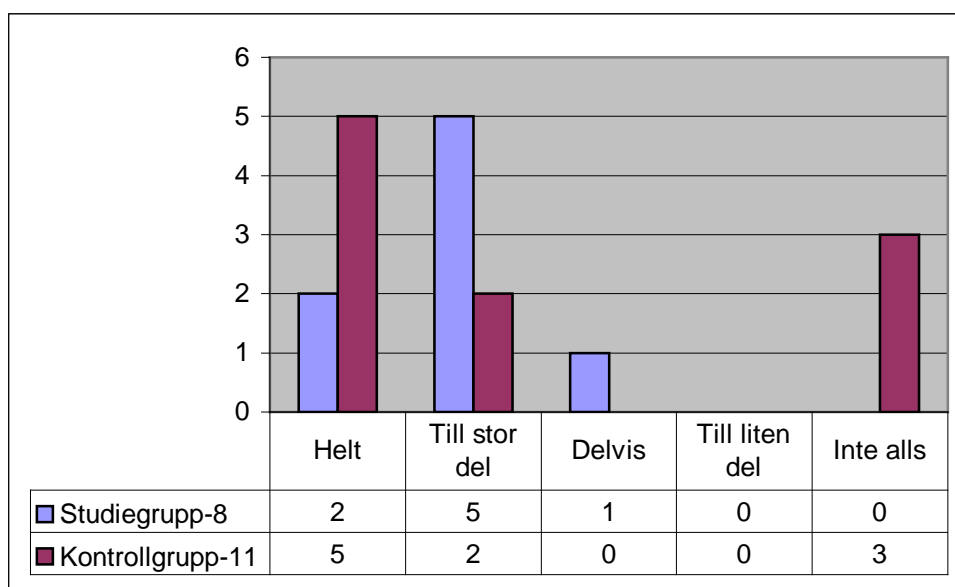


Figur 14. Följsamhet (compliance).

Symtomkontroll och kontaktsjuksköterska

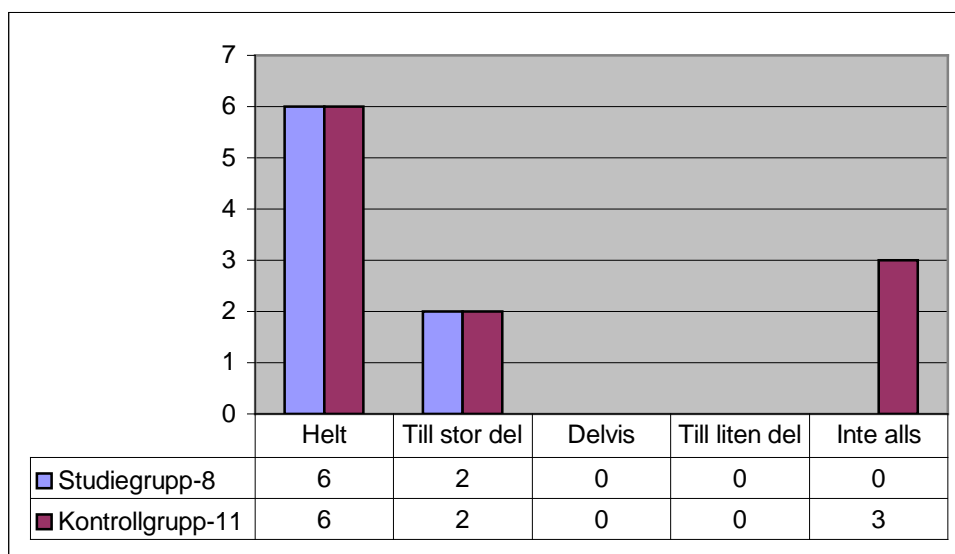
Figur 15 visar att flertalet av respondenterna visste vilka symtom de skulle söka för samt att fler i kontrollgruppen var helt säkra. Samma tabell visar att flertalet i studiegruppen till stor del visste vilka symtom de skulle söka för. Tre respondenter i kontrollgruppen visste inte alls vilka symtom de skulle söka för. Antalet svar på denna fråga blev, av okänd anledning, endast tio i kontrollgruppen.

Majoriteten av dem som inte visste när och till vem de skulle ringa hade också ett sämre psykiskt välbefinnande.



Figur 15. Kunskap om symtomkontroll.

Resultatet är samstämmigt i nästa fråga om vilken sjuksköterska som skall kontaktas vid symtom (figur 16). De respondenter som inte visste för vilka symtom de skulle söka visste inte heller vem de skulle kontakta.

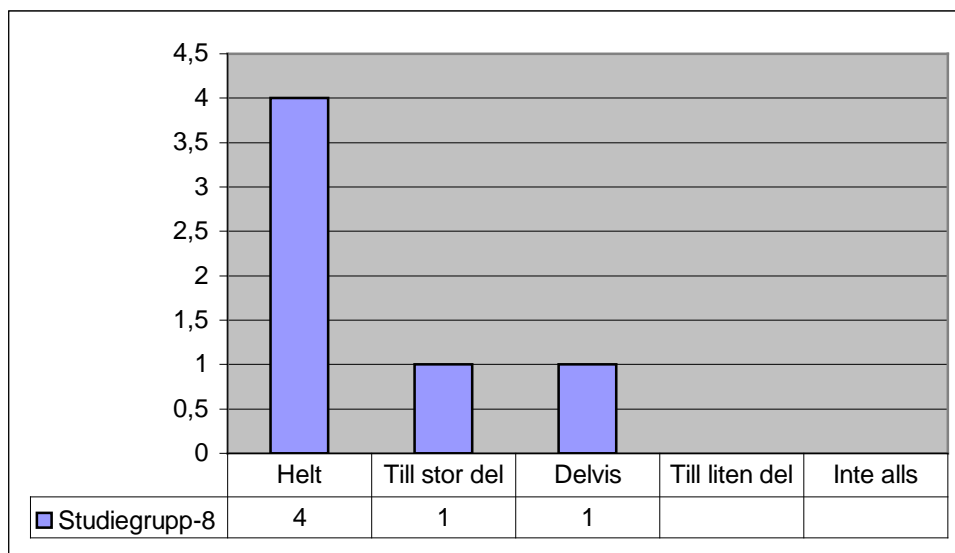


Figur 16. Kännedom om kontaktsjuksköterska.

Informationssamtalet

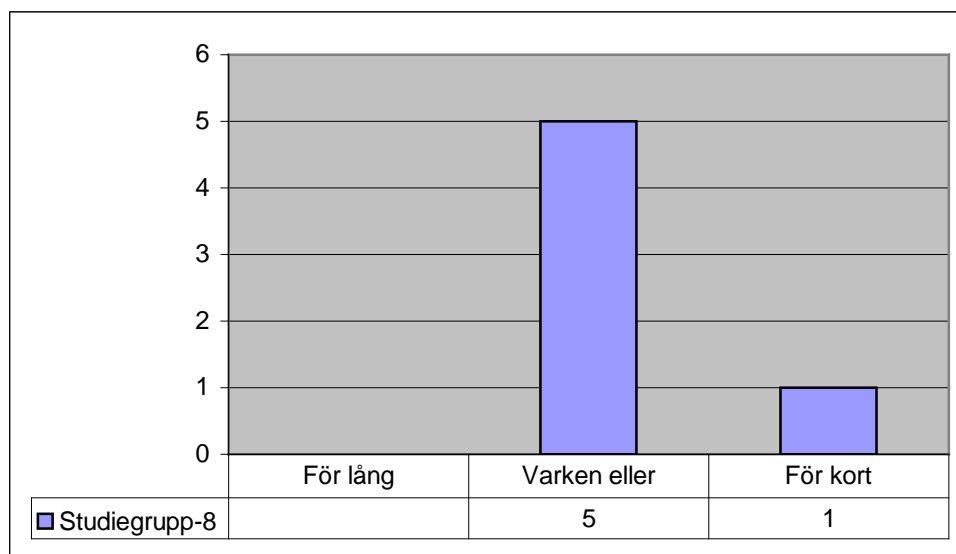
Två respondenter i studiegruppen hade inte uppmärksammat att enkäten bestod av tre sidor, därav gav det endast sex svar avseende informationssamtalet.

Majoriteten av deltagarna i studiegruppen var nöjda med informationssamtalet med rådgivande sjuksköterska (figur 17).



Figur 17. Tillfredsställelsen med informationssamtalet.

Majoriteten upplevde tiden för informationssamtalet som lagom lång (figur 18).



Figur 18. Samtalstid.

En tendens till att svaren följer varandra hos respondenterna noterades. Antingen ligger de genomgående mer åt det positiva eller det negativa hållet. De respondenter som mådde fysiskt och psykiskt bättre, motionerade också i högre grad och var genomgående nöjda och trygga.

METODDISKUSSION

En enkätstudie av denna ringa omfattning har naturligtvis sina brister. Författarna hade under identifieringen av presumtiva respondenter blivit varse, att antalet deltagare blev lägre än vad som vore önskvärt för att resultatet skall räknas som tillförlitligt (Ejlertsson, 2005). Författarna ansåg ändå att det borde gagna kvaliteten vid omvårdnaden av patienterna. Den ideala metoden vid denna studie hade dock varit djupintervjuer, vilket också diskuterades initialt. Detta kändes som ett omöjligt projekt av många skäl. En av anledningarna är att onkologens mottagning är en liten enhet med enbart två sjuksköterskor, båda vidtecknade. Intervjua och vårda samma patient leder till en jävsituation. Frågan författarna ställde sig var; går det att få ärliga svar från patienterna då? Ett alternativ hade naturligtvis varit att intervjua patienter från onkologmottagningen på Universitetssjukhuset i Lund. Dock hade detta inte fungerat som en utvärdering av arbetssättet på onkologmottagningen. Syftet hade blivit ett annat. Tids- och platsbristen hade också varit ett hinder vid ett sådant tillvägagångssätt. Intervjuerna hade då fått ske efter arbetstid och en plats för intervjuerna hade fått arrangeras.

Mycket inspiration inhämtades från Barbro Gunnars avhandling Livskvalitet vid cytostatikabehandling (1991) vid formuleringen av enkätfrågorna. I likhet härmed hade de från början endast tre svarsalternativ. Efter övervägande valde författarna dock att ha fem svarsalternativ för att få mer nyanserade svar, vilket även rekommenderas enligt Ejlertsson (2005). Frågornas antal diskuterades ingående och överenskommelsen blev att det inte skulle vara för många. Detta för att

minska bortfallet då författarna av erfarenhet vet att många människor drar sig för att besvara långa enkäter.

RESULTATDISKUSSION

Trots att det kan vara svårt att dra några slutsatser ur denna enkätstudie, anses av resultatet en tendens till, att yngre kvinnor med bröstcancer mår sämre än de lite äldre. Detta är i enighet med vad Lindop & Cannon (2001) fann i sin studie. Samma studie visade att gifta/sammanboende kvinnor hade ett ökat stödbehov. Dessa faktorer hade inte någon korrelation i vår studie. Angående välbefinnandet framgick det att de respondenter som motionerade dagligen eller regelbundet mår fysiskt och psykiskt bättre. Mock et al (1997) visade i en randomiserad studie en signifikant minskning i graden av fatigue mellan patienter som tränade (en rask promenad på 30 minuter, fem tillfällen per vecka) jämfört med dem som inte gjorde det. Av resultatet framkom att de respondenter som inte motionerade tillhörde samtliga kontrollgruppen. Rimligtvis borde detta vara en slump.

Flertalet kvinnor i kontrollgruppen vet vilken sjuksköterska de skall kontakta vid symtom. Raupach och Hiller (2002) fann i sin studie att kvinnorna hade ett fortsatt stort informationsbehov lång efter diagnostillfället. Det är då positivt att kvinnorna upplever sig veta vilken sjuksköterska de skall kontakta och känner sig trygga med detta. Det kan dock vara så att den sjuksköterska som de menar är sjuksköterskan på strålbehandlingsavdelningen eller cytostatikamottagningen. Enkäten besvarar tyvärr inte detta. I studiegruppen vet samtliga respondenter vilken sjuksköterska de skall kontakta vid symtom och här har vi dragit slutsatsen att de vet att det är till rådgivande sjuksköterska på mottagningen de skall ringa eftersom vi informerat om detta.

Trots att erbjudandet fanns i informationsbladet var det ingen av kvinnorna i kontrollgruppen som bad om ett informationsamtal med sjuksköterska. Detta är lite förvånande med tanke på att tre respondenter inte alls visste vilken sjuksköterska de skulle kontakta eller vilka symtom som föranleder en kontakt. Ytterligare en respondent visste endast delvis när hon skulle söka. Denna respondent hade skrivit ut hela sitt personnummer i enkäten, vilket gav upphov till diskussion huruvida detta skulle tolkas som en önskan om kontakt eller ej.

Ett intressant bifynd i studiegruppen var att nästan samtliga respondenter spontant talade om hur de hade fått sin diagnos och hur de upplevde detta. Uppenbarligen finns ett starkt behov av att tala om upplevelsen kring när och hur man fått sin cancerdiagnos ganska lång tid efteråt, vilket stämmer väl överens med Nationellt vårdprogram för bröstcancer (2006), vilket förespråkar rehabiliteringssamtal vid återbesök hos läkaren. En fråga att ställa sig är, om cancerpatienter bereds tillfällen att tala om detta i tillräckligt hög grad? Kanske har onkologisjuksköterskan här ett nytt arbetsfält, som dessutom är mer kostnadseffektivt. Tyvärr var inte alla diagnosbesked givna på det sätt man skulle önska, enligt respondenterna, vilket verkligen är beklagligt. Det är en konst att lämna negativa besked och sker det på fel sätt är det något som ofta sätter spår länge hos den drabbade.

Något som förvånade författarna var att det skriftliga informationsmaterialet i många fall var okänt för respondenterna. Detta då vi vet att materialet till stor del

finns tillgängligt i väntrummen på kliniken. En broschyr som skiljde sig från mängden i färg, form och placering hade dock flertalet erhållit. Det framkom också en okunskap till vem rehabiliteringskurserna vänder sig och vad syftet med dessa är. Av detta drar författarna slutsatsen att den skriftliga informationen måste kompletteras med muntlig information.

En respondent hade angivit på egna kommentarer att hon hade önskat att sjuksköterskan varit mer insatt i hennes individuella situation. Detta var en sak som författarna diskuterat redan innan. En tanke fanns att för mycket förförståelse skulle påverka resultatet i någon riktning.

Utifrån resultatet vill vi införa det sjuksköterskebaserade informationssamtalet, som en del i det dagliga arbetet som ett nytt arbetssätt för sjuksköterskorna, där deras omvårdnadskompetens kommer till användning. Sjuksköterskan blir första handskontakten och en naturlig samarbetspartner för patienter och närstående. Författarnas förhoppning är att detta kan leda till ett effektivare omhändertagande, minskad oro för patienter och närstående samt en minskning av irrelevanta läkarbesök.

Ett praktiskt problem med att införa rutinen är att nå patienterna, då det arbetssätt vi använt i studien inte är praktiskt genomförbart, då alla patienter, som ska ha sina fortsatta kontroller vid onkologens mottagning ska erbjudas densamma. Vår plan är att be läkaren lämna en skriftlig information till berörda patienter med vårt telefonnummer, så att patienten kan ringa och boka en tid med rådgivande sjuksköterska alternativt boka tiden redan vid läkarbesöket. På sikt ska samtliga diagnoser på kliniken erbjudas det sjuksköterskebaserade informationssamtalet. Syftet med studien var att undersöka om sjuksköterskan kan öka bröstcancerpatienters trygghet och välbefinnande genom ett informativt samtal kompletterat med skriftlig information. Enligt Nationellt vårdprogram för bröstcancer (2006) bör patienten upplysas om att läkarkontroller inte har någon bevisad nytta förrän att upptäcka recidiv av cancersjukdomen. Patienten skall informeras om vikten av självundersökning. Slutsatsen av detta blir att; Informationsbroschyren *Självkontroll efter bröstcancer samt vanliga frågor och svar* (Schering-Plough Nordic Biotech, 2002) som delas ut då patienten avslutar sina kontroller på kliniken, är minst lika viktig att ha med från början. Ett resultat av studien är att broschyren skall delas ut då kvinnorna börjar sina kontroller på onkologens mottagning.

REFERENSER

- Backman J. (1998) *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Beauchamp T. & Childres J. (2001) *Principles of biomedical ethics* (6th ed) ed. Oxford: Oxford University Press.
- Courtens A., Stevens F., Crebolder H. & Philipson H. (1996) Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nursing* 3, 162-169.
- Cullberg J. (1984) *Dynamisk psykiatri*. Arlöv: Natur och Kultur.
- Ejlertsson G. (2005) *Enkäten i praktiken: en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Gunnars B. (1991) *Livskvalitet under cytostatikabehandling*. Avhandling för doktorexamen Lunds Universitet.
- Jönsson P- E. (2004) *Bröstcancer*. Södertälje: Astra Zeneca.
- Koinberg I-L. (2002) Breast cancer patients' satisfaction with a spontaneous system of check-up visits to a specialist nurse. *Scandinavian Journal of Caring science*; 16; 209-215.
- Lindop E. & Cannon S. (2001) Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 760-771.
- Mock V., Dow K H., Meares C J., Grimm P M., Dienemann J A., Haisfield-Wolfe M E., Quitasol W., Mitchell S., Chakravarthy A. & Gage I. (1997). Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24(6), 991-1000.
- Nationellt vårdprogram för bröstcancer (2006). www.swebcg.roc.se
- Nystrand A. Red (2005) *Cancer i siffror*. Stockholm: Cancerfonden.
- Nail L M. & King K B. (1987). *Symptom Distress. Fatigue Semin Oncol Nurse*. No 3(4) (257-262).
- Omvårdnad av kvinnor med Bröstcancer (2001), *Regionalt vårdprogram Västra sjukvårdsregionen*. Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg
- Raupach J C A. & Hiller J E. (2002) *Information and support for women following the primary treatment of breast cancer*. Blackwell Science Ltd *Health Expectations*, 5 (289-301).
- Självkontroll efter bröstcancer samt vanliga frågor och svar* (2002), Schering-Plough Nordic Biotech. Stockholm.
- SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag* (2006). Stockholm: Liber AB.

SFS 2003:460 *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (2006). Stockholm: Liber AB.

SFS 1985:562 *Patientjournallag* (2006). Stockholm: Liber AB.

SOSFS 1993:20 *Skyldighet att föra en patientjournal* (2006). Stockholm: Liber AB.

<http://sydsvenskan.se/sverige/article124223.ece>

Vårdprogram bröstcancer södra sjukvårdsregionen (1997). www.ocsyd.lu.se.

Wilde Larsson B. (1998) *KUPP, kvalitet ur patientens perspektiv*, Stockholm: Grafiska gruppen.

BILAGOR

Bilaga 1: Checklista broschyrer och patientinformation.

Bilaga 2: Patientinformation angående studie.

Bilaga 3: Frågeformulär kontrollgrupp.

Bilaga 4: Frågeformulär studiegrupp.

Bilaga 5: Diagram för figurerna 1-12.

Bilaga 1

CHECKLISTA ONKOLOGENS MOTTAGNING

INFORMATION OCH RÅDGIVNING vid bröstcancer

Informationsbrochyrer

- *Välkommen till onkologens mottagning*, Universitetssjukhuset MAS, Onkologiska kliniken, Malmö.
- *Självkontroll efter bröstcancer samt vanliga frågor och svar*, (2002) Schering-Plough Nordic Biotech, Stockholm.
- *Cancerrehabilitering*, Stiftelsen CTRF, Lydiagården, Höör.
- *Lära sig leva med cancer*, Universitetssjukhuset MAS, Onkologiska kliniken, Malmö.
- *Information till dig som efterbehandlas med Nolvadex mot bröstcancer*, Astra Zeneca Onkologi, Mölndal.
- *Patientinformation. Endokrin behandling av bröstcancer Aromasin* (2001), Pharmacia, Stockholm.
- *Någon att prata med om bröstcancer*, Bröstcancerföreningen Malmöhus.
- *Smultronstället- nätverket för yngre kvinnor*, Bröstcancerföreningen Malmöhus.

Informationsblad

- *Bröstprotesmottagningen*, Universitetssjukhuset MAS, Kirurgiska kliniken, Malmö.

Bilaga 2

PATIENTINFORMATION ANGÅENDE STUDIE

Bästa patient

Vid Onkologiska klinikens mottagning, Universitetssjukhuset MAS, bedrivs nu en studie angående omhändertagandet av kvinnliga patienter som behandlats mot bröstcancer. Studiens syfte är att undersöka om ett informationsbaserat samtal med rådgivande sjuksköterska kan öka patientens trygghet och välbefinnande. Vi har därför infört ett nytt arbetssätt på mottagningen som innebär att patienten erbjuds ett informations- och rådgivningssamtal med sjuksköterska i samband med det första läkarbesöket. För att kunna utvärdera detta behöver vi jämföra enkätsvaren från de patienter, som enbart fått samtal med läkare med de patienter, som även fått samtal med sjuksköterska.

Om Du vill vara med i studien och därmed bidra till att utveckla vården för Dig och Dina medpatienter är vi mycket tacksamma. Medverkan innebär att fylla i bifogad enkät och lägga i bifogat svarskuvert. Enkätsvaren kommer att behandlas helt konfidentiellt och kan inte knytas till Din identitet. Det är helt frivilligt att delta i studien.

Tillhör Du en av dem som enbart haft läkarbesök och önskar samtal med sjuksköterska finns möjlighet att boka ett samtal. Kontakta någon av oss rådgivande sjuksköterskor. Detta gäller självklart oavsett om Du väljer att ingå i studien eller inte.

Vi som bedriver studien arbetar som rådgivande sjuksköterskor på Onkologiska klinikens mottagning. Forskningshuvudman för studien är Malmö Högskola. Resultatet av studien kommer att publiceras Malmö Högskolas hemsida i mitten av år 2006.

Härmed tillfrågas Du om deltagande i studien.

Malmö 2005-11-25

.....
Marica Jarvén
Rådgivande sjuksköterska, avdelningschef

.....
Catharina Sundberg
Rådgivande sjuksköterska

Onkologiska klinikens mottagning
Ingång 75 plan 2
205 02 Malmö
Telefon: 040-33 60 75.

Bilaga 3

FRÅGEFORMULÄR

Ringa in det alternativ som gäller för dig

Födelseår.....

Civilstånd Gift/sammanboende
 Ensamstående

Sysselsättning Förvärvsarbetande/studerande
 Arbetslös
 Pensionerad
 Sjukskriven för närvarande

Avslutad behandling Strålning Cytostatika Strålning + cytostatika

Mitt fysiska hälsotillstånd är som tidigare (*före diagnos*).

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Mitt psykiska välbefinnande är som tidigare (*före diagnos*).

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag upplever stöd och förståelse från min omgivning d.v.s. familj och/eller vänner.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag kan leva mitt liv som tidigare d.v.s. med socialt umgänge,
hobby/fritidsaktivitet?

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag motionerar regelbundet (även promenader är motion).

Varje dag Några ggr/vecka Några ggr/mån Enstaka gånger Aldrig

Jag kände mig väl omhändertagen på onkologens mottagning.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag vet när jag skall söka för olika symptom.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag vet vilken sjuksköterska jag skall kontakta vid symptom.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Följande frågor gäller dig som haft kontakt med rådgivande sjuksköterska på onkologens mottagning efter att Din strål/cytostatikabehandling avslutats.

Det var lätt att komma fram per telefon till sjuksköterska.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Det var lätt att boka tid till sjuksköterska.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag kände mig trygg med de råd och den hjälp jag fick.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag kommer att följa de råd jag fick.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Egna kommentarer positiva såväl som negativa.....
.....

Tack för Din medverkan!

Bilaga 4

FRÅGEFORMULÄR

Ringa in det alternativ som gäller för dig.

Födelseår.....

Civilstånd Gift/sammanboende
 Ensamstående

Sysselsättning Förvärvsarbetande/studerande
 Arbetslös
 Pensionerad
 Sjukskriven för närvarande

Avslutad behandling: Strålning Cytostatika Strålning + cytostatika

Mitt fysiska hälsotillstånd är som tidigare (*före diagnos*).

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Mitt psykiska välbefinnande är som tidigare (*före diagnos*).

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag upplever stöd och förståelse från min omgivning d.v.s. familj och/eller vänner.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag kan leva mitt liv som tidigare d.v.s. med socialt umgänge,
hobby/fritidsaktivitet?

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag motionerar regelbundet (även promenader är motion).

Varje dag Några ggr/vecka Några ggr/mån Enstaka gånger Aldrig

Jag kände mig väl omhändertagen på onkologens mottagning.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag vet när jag skall söka för olika symptom.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag vet vilken sjuksköterska jag skall kontakta vid symtom.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Följande frågor gäller dig som haft kontakt med rådgivande sjuksköterska på onkologens mottagning efter att Din strål/cytostatikabehandling avslutats.

Det var lätt att komma fram per telefon till sjuksköterska.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Det var lätt att boka tid till sjuksköterska.

Instämmer :Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag kände mig trygg med de råd och den hjälp jag fick.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag kommer att följa de råd jag fick.

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Egna kommentarer positiva såväl som

negativa.....
.....
.....

Följande frågor gäller Dig som haft enskilt samtal med rådgivande sjuksköterska i samband med Ditt läkarbesök på onkologens mottagning.

Jag var nöjd med de råd och den information jag fick av rådgivande sjuksköterska?

Instämmer: Helt Till stor del Delvis Till liten del Inte alls

Jag hade önskat mer eller annan information?.....
.....
.....

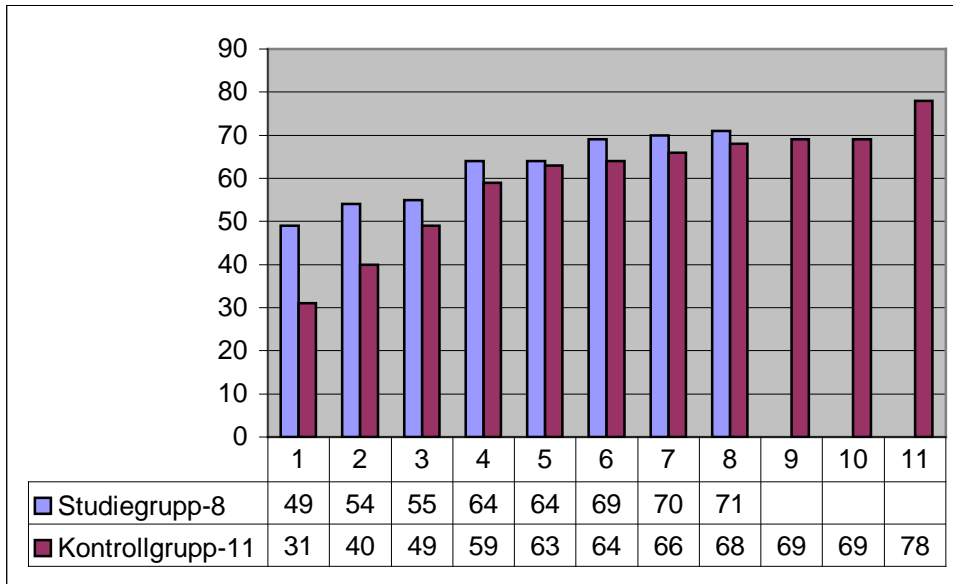
Hur tycker jag att tiden var anpassad för samtalet?

För lång Varken för lång eller för kort För kort

Egna kommentarer positiva såväl som negativa.....
.....
.....

Tack för Din medverkan!

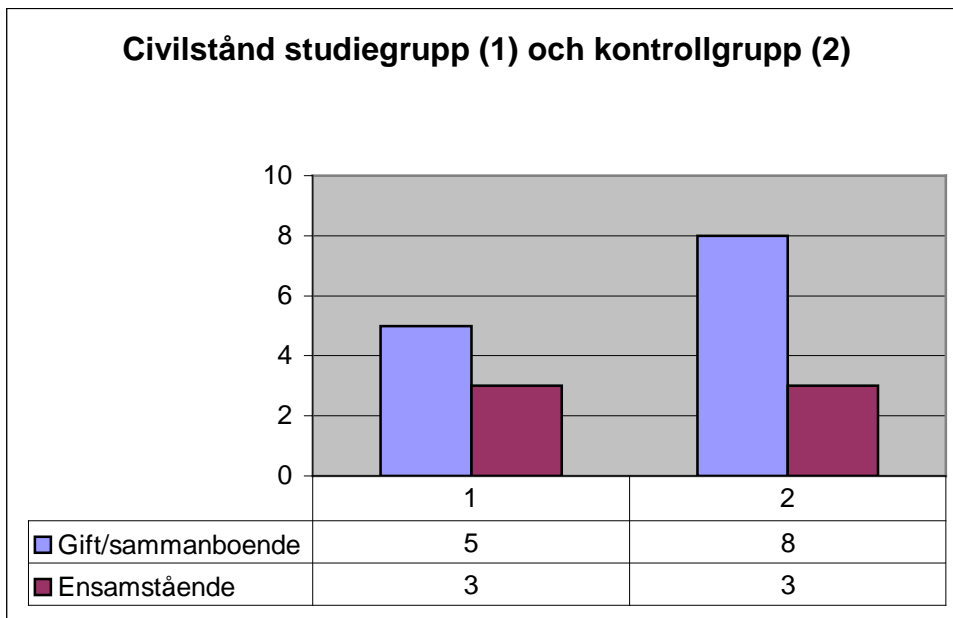
Bilaga 5: Diagram för figurerna 1-12.



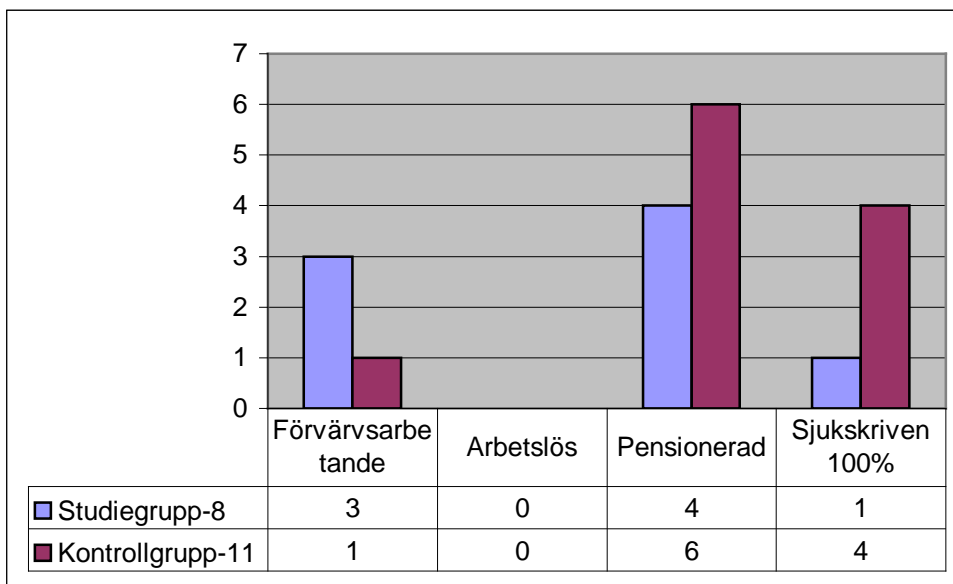
Figur 1. Åldersfördelning.

Studiegrupp: medelvärde: 62 år; medianvärde 64 år.

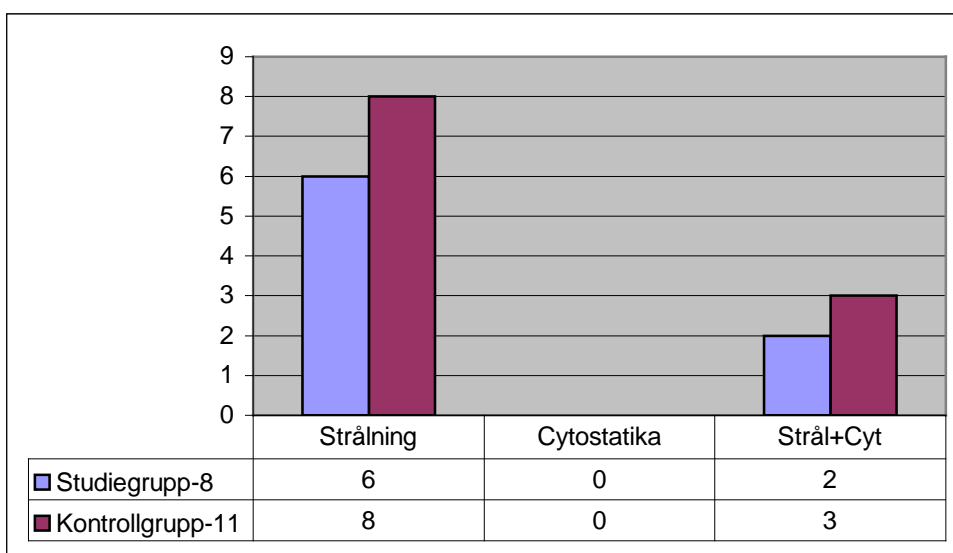
Kontrollgrupp: medelvärde 59,6 år; medianvärde 64 år.



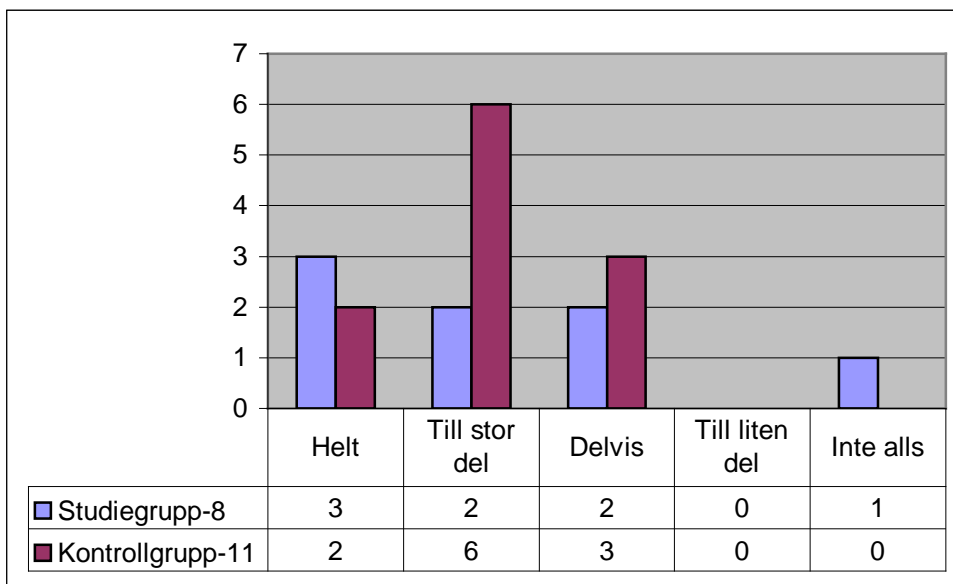
Figur 2. Civilstånd.



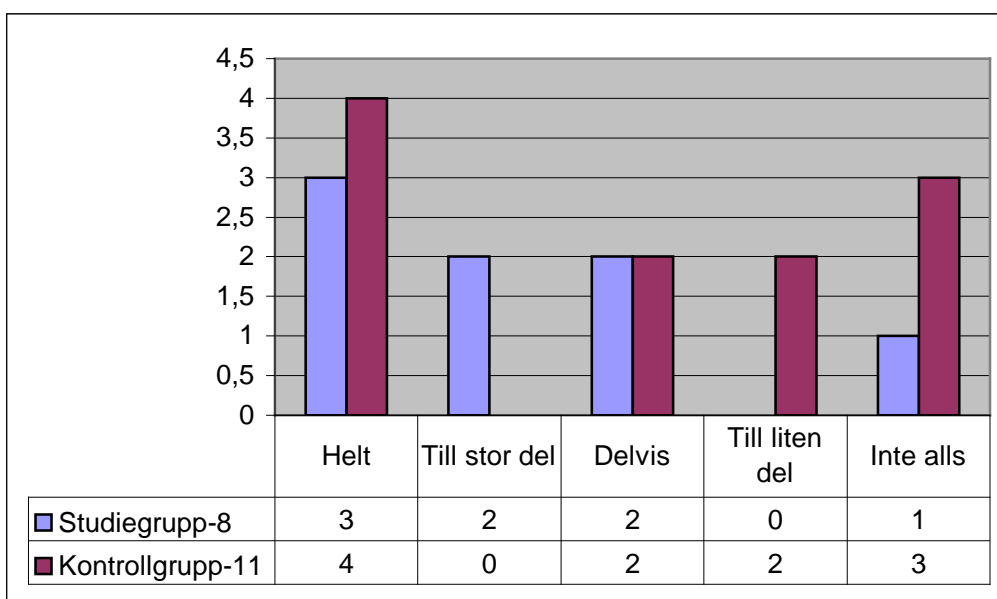
Figur 3. Sysselsättning.



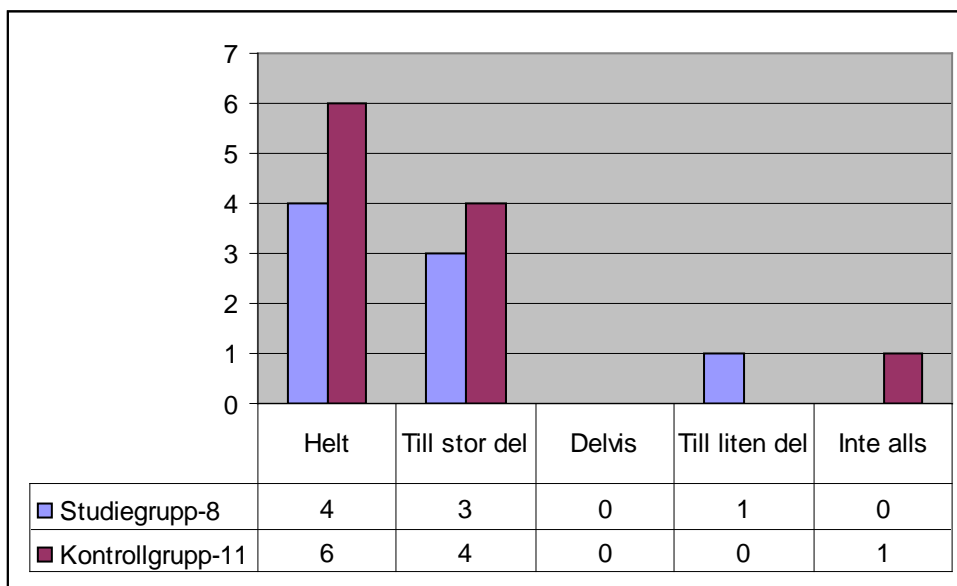
Figur 4. Behandlingsstrategier.



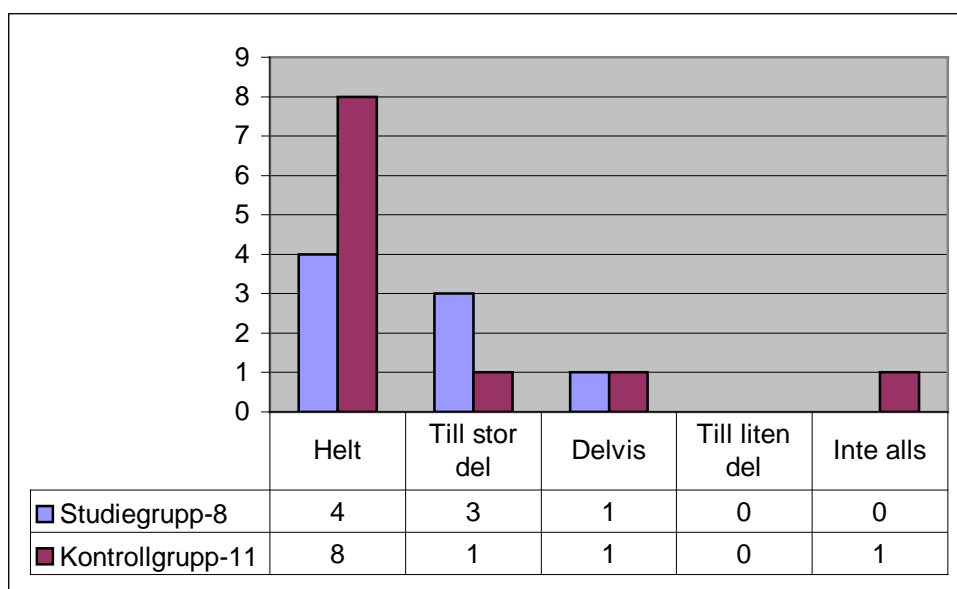
Figur 5. Fysiskt hälsotillstånd som före diagnos.



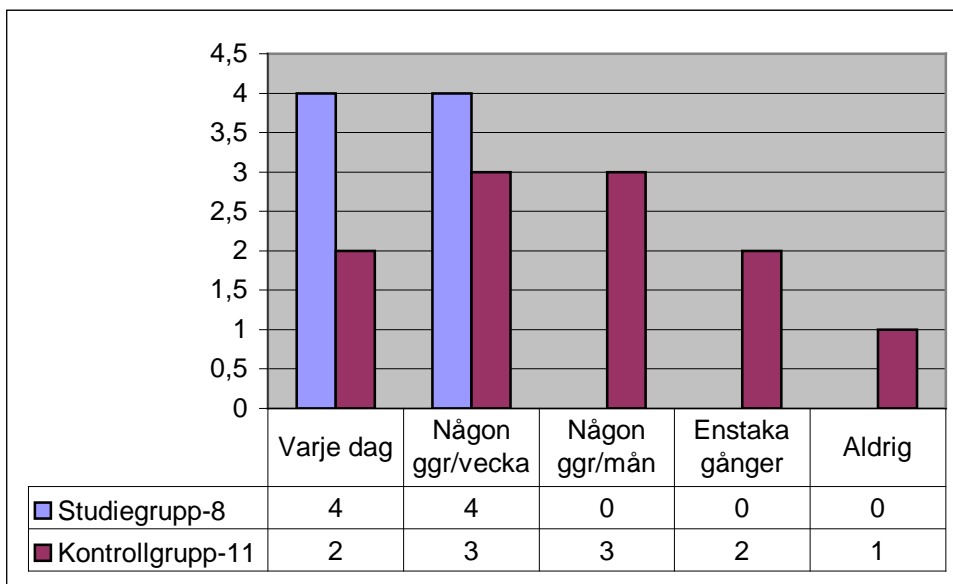
Figur 6. Psykiskt hälsotillstånd som för diagnos.



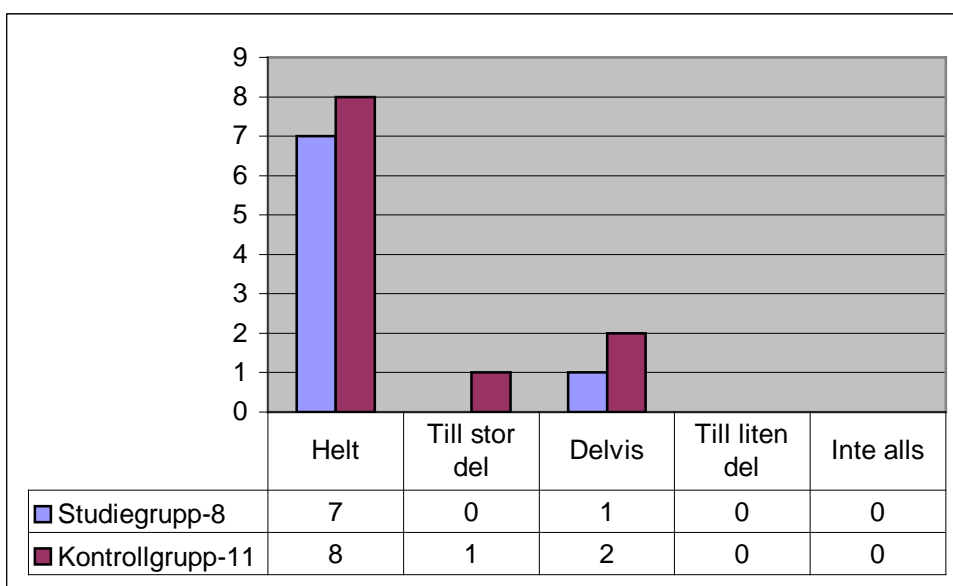
Figur 7. Stöd och förståelse från omgivningen.



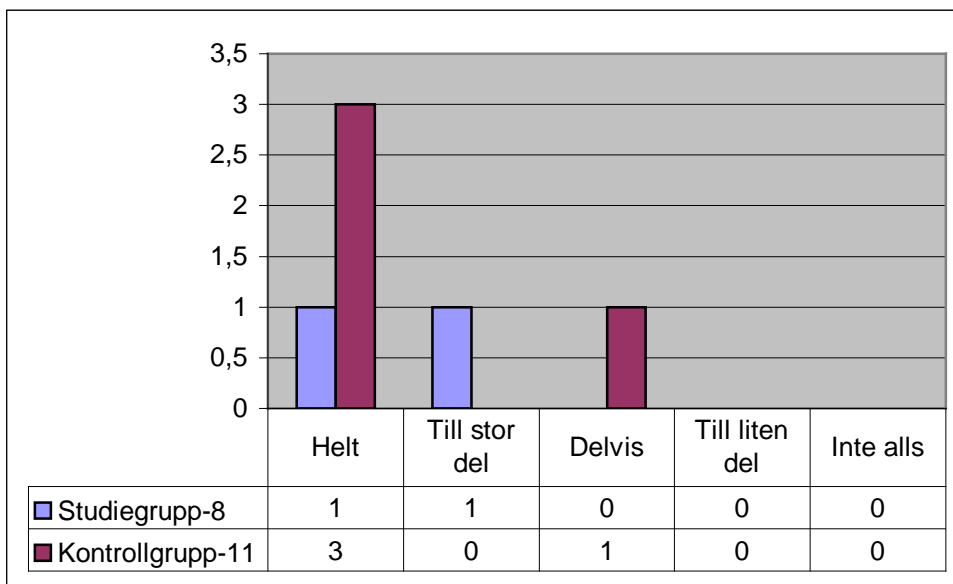
Figur 8. Möjlighet att leva som tidigare.



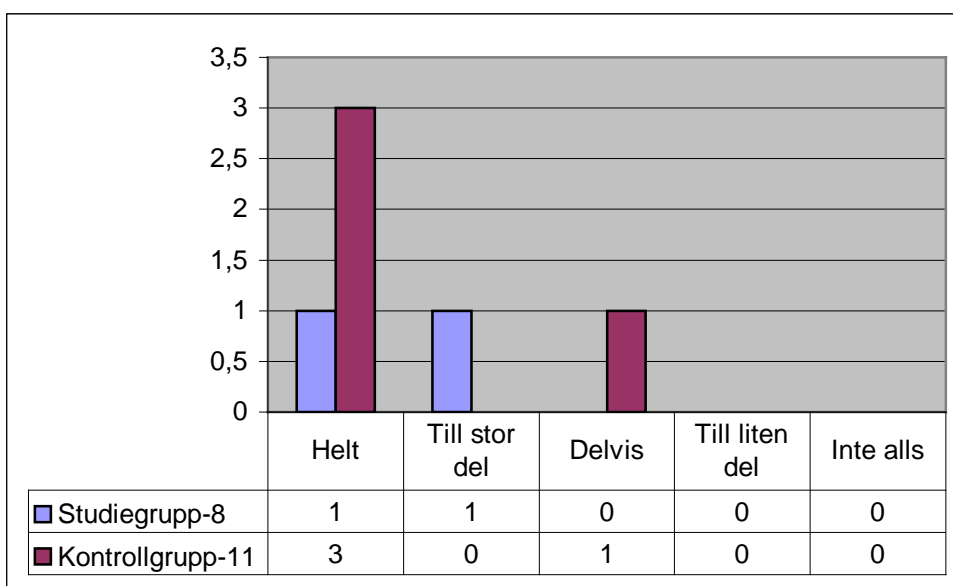
Figur 9. Fysisk aktivitet.



Figur 10. Tillfredsställelsen med omhändertagandet på onkologens mottagning.



Figur 11. Telefonkontakt med rådgivande sjuksköterska.



Figur 12. Bokningssamtal.