



**JAG ÄR DÄR FÖR DIG**

**Kontaktsjuksköterskors upplevelse av att stödja patienter med cancerdiagnos**

**I'LL BE THERE FOR YOU**

**Patient navigators experiences of supporting patients with a cancer diagnosis**

Examinationsdatum: 2013-02-26  
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng  
Kurs 38  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Författare: Paulina Dziuba  
              Maria Hasselträd

Handledare: Britten Jansson  
Examinator: Margareta Westerbotn

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

I takt med att allt fler människor överlever eller lever med en cancerdiagnos i Sverige ställs högre krav på vården att tillgodose deras behov av stöd. Det kan uppkomma psykologiska, sociala, existentiella och andliga frågor. Det uppskattas att en tredjedel av alla patienter som har eller har haft en cancersjukdom får problem som till exempel oro, nedstämdhet eller depression. Det ställs höga krav på sjuksköterskor inom cancervården för att tillgodose patientens olika behov. Stöd har en central roll bland kontaktsjuksköterskans arbetsuppgifter. Kontaktsjuksköterskor har en särskild vidareutbildning inom krisreaktioner, hur de ska förmedla information och ansvar för att vara ständigt uppdaterad om nya rön inom medicinska områden.

### **Syfte**

Syftet var att beskriva kontaktsjuksköterskors upplevelser av att stödja vuxna patienter med en cancerdiagnos vid kirurg- och urologkliniker.

### **Metod**

En kvalitativ intervjustudie har genomförts med totalt sju intervjupersoner. Vid varje intervjutillfälle användes en semistrukturerad intervjuguide som fokuserade på tre teman; personlig utveckling, emotionell påverkan och samspel mellan olika yrkesgrupper. Samtliga intervjuer har transkriberats ordagrant och en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats har tillämpats.

### **Resultat**

Det framkom att kontaktsjuksköterskorna upplevde att tillgänglighet, anpassad information, psykosocialt och praktiskt stöd var centrala delar i omvårdnaden kring patienter med en cancerdiagnos. Stödet kunde skilja sig beroende på kön, ålder och diagnos. Trots vissa likheter i stöd bland olika grupper strävade de efter att utforska patientens behov av stöd eftersom de upplevde stödet som individuellt. Stöd från kollegor bidrog till att de kunde hantera arbetets emotionellt påfrestande delar. Det framkom även att kontaktsjuksköterskorna inte alltid kunde tillgodose alla behov. De upplevde ändå att de alltid kunde bidra med något. Det förekom ett samarbete samt konsultation av andra yrkesgrupper. Arbetet upplevdes som meningsfullt och de kände sig bekräftade av patienterna.

### **Slutsats**

Kontaktsjuksköterskorna upplevde att det viktigaste i deras arbete var att försöka fånga det som patienten upplevde svårast och sedan anpassa stödet utifrån det. De gav olika sorters stöd, såväl praktiskt som psykosocialt. Alla kontaktsjuksköterskorna uppvisade ett intresse för vidareutbildning för utveckling av sin egen kompetens och en vilja att förbättra vården för patienten.

**Nyckelord:** cancer, kontaktsjuksköterska, sjuksköterska, stöd, omvårdnad

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

### **SAMMANFATTNING**

#### **INLEDNING**

1

#### **BAKGRUND**

1

##### **Cancer**

1

##### **Historiskt perspektiv på cancer och cancervård**

3

##### **Cancervård**

3

##### **Att få en cancerdiagnos**

3

##### **Krishantering**

4

##### **Psykosocial cancervård**

5

##### **Sjuksköterskans roll och ansvar**

5

##### **Kontaktsjuksköterskans roll och ansvar**

6

#### **SYFTE**

6

#### **METOD**

6

##### **Val av metod**

6

##### **Urval**

6

##### **Genomförande**

7

##### **Datainsamling**

8

##### **Databearbetning**

8

##### **Dataanalys**

8

##### **Trovärdighet**

9

##### **Forskningsetiska överväganden**

10

#### **RESULTAT**

10

##### **Personcentrerat förhållningssätt**

10

##### **Patientens behov**

12

##### **Spindeln i nätet**

15

##### **Teamarbete**

15

##### **Kontaktsjuksköterskans förhållningssätt**

16

#### **DISKUSSION**

18

##### **Metoddiskussion**

18

##### **Resultatdiskussion**

20

##### **Slutsats**

22

#### **REFERENSER**

24

#### **BILAGA I-II**

## INLEDNING

”För många människor är begreppet cancer förknippat med föreställningar om död och plåga vilket kan göra cancersjukdomen extra svår att bära för många människor.” (Socialstyrelsen, 2007, s. 85-86). I samband med en cancersjukdom kan såväl psykologiska, sociala, existentiella som andliga frågor uppkomma. I takt med att allt fler människor överlever eller lever med sin cancerdiagnos ställs högre krav på vården att tillgodose det stöd som dessa människor behöver. Det uppskattas att en tredjedel av alla patienter som har eller har haft en cancersjukdom får problem som till exempel oro, nedstämdhet och svårigheter att anpassa sig till sin sjukdom, vilka skapar ett behov av ett intensivt psykosocialt stöd (Hellbom, 2011). Kontaktsjuksköterskor har en särskild vidareutbildning inom krisreaktioner, hur de ska förmedla information och ansvar för att vara ständigt uppdaterade om nya rön inom medicinska områden. Stöd har en central roll bland kontaktsjuksköterskans arbetsuppgifter, i syfte att skapa trygghet hos patienterna. (Socialstyrelsen, 2007).

## BAKGRUND

Enligt Socialstyrelsen (2012) kommer en tredjedel av alla invånare i Sverige drabbas av cancer under sin livstid. Cirka 55 000 människor insjuknade i cancer år 2010 och antalet personer per 100 000 invånare mellan åren 1990-2010 som insjuknar i cancer varje år har ökat. Cancer utgör den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige efter hjärt- och kärlsjukdom.

### Cancer

Det pågår en ständig nybildning, nedbrytning och reparation av celler i kroppen. Detta sker i syfte att kunna upprätthålla alla kroppens funktioner. Nedbrytning och reparation är viktigt för att kroppen ska kunna ta hand om olika skador på arvsmassan, deoxiribonukleinsyra [DNA]. När denna balans rubbas blir skadorna på DNA allt för omfattande för att kroppen själv ska kunna reparera dem. Detta resulterar i en okontrollerad celledelning, cancer (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009).

Cancer omfattar cirka två hundra olika sjukdomar. Sjukdomarna indelas beroende på var i kroppen som den okontrollerade celledelningen startar och hur celltypen är beskaffad. Cancercellerna bildar tumörer som gradvis växer. De delas in i maligna (elakartade) och benigna (godartade) cancerceller (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). De maligna cancercellerna kan sprida sig till andra delar av kroppen, metastasera, till skillnad från de benigna. Den ohämmade celledelningen kan påverka funktionen hos olika närliggande organ och vävnader i kroppen (Stella, Senetta, Cassenti, Ronco & Cassoni, 2012). Hur sjukdomen kommer att utvecklas beror på typ av concertumör och varierar hos olika individer. Vanligt förekommande är att cancercellerna orsakar en nervpåverkan, vilket resulterar i smärta. Det förekommer även inflammation som kan leda till allmänpåverkan som exempelvis trötthet och viktnedgång (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009).

### Kirurg- och urologiska cancersjukdomar

De tre vanligaste cancersjukdomarna i Sverige är prostatacancer, bröstcancer och tjocktarmscancer. Bukspottkörtelcancer tillhör inte de tio vanligaste cancersjukdomarna i Sverige, men den har en hög dödlighet, lika stor dödlighet som bröstcancer fördelat på båda kön (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009).

### Prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancerformen i Sverige. Var åttonde man i Sverige under 75 års ålder riskerar att drabbas. Vanliga symtom är smärta, täta urinträngningar samt svårigheter att kunna tömma urinblåsan helt (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). Symtom vid prostatacancer uppkommer vanligtvis först när cancercellerna har metastaserat till skelettet (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). Klinisk undersökning via palpation av ändtarmen samt prostataspecifikt antigen-prov [PSA-prov] används som metoder för att upptäcka prostatacancer i ett tidigt skede (National Collaborating Centre for Cancer, 2008). Förhöjda PSA-provsvärden kan ge en indikation på prostatacancer, men är även förhöjt i takt med stigande ålder samt prostatainflammation, urinvägsinfektion och godartad förstoring av prostatan. Prostatacancer behandlas vanligen med strålbehandling eller operation (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009).

### Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor i Sverige, var tionde kvinna riskerar att drabbas innan 75 års ålder. Vanliga symtom är knöl i bröst och armhåla, genomskinlig eller blodig vätska från bröstvårtan samt utslag eller rodnad på bröstet. Diagnostisering sker via trippeldiagnostik som inkluderar klinisk undersökning, mammografi och/eller ultraljud, samt biopsi (vävnadsprov) (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). Biopsier kan tas antingen med hjälp av en fin nål eller med en något grövre nål. Skillnaden är att finnålsbiopsi är ett mindre invasivt ingrepp som endast tar ett cellprov. Vävnadsprov tagna med en grövre nål tar längre tid att få fram men ger mer tillförlitliga resultat (Yu, Wei & Liu, 2012). bröstcancer behandlas antingen via mastektomi, hela bröstet opereras bort, eller sentinel node, bröstbevarande kirurgi där endast tumören och delar av omkringliggande vävnad opereras bort. Inför en operation, där en minskning av tumören föreligger, ges cytostatika eller hormonbehandling. Vid bröstbevarande kirurgi behandlas patienten även med strålning (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009).

### Tjocktarmscancer

Tjocktarmscancer är en av de vanligaste cancerformerna hos såväl kvinnor som män. Blodig avföring är det vanligaste symtomet och det kan även leda till blodbrist (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). En studie gjord på 784 personer med tjocktarmscancer visade att 84 procent av dem hade blod i avföringen och/eller anemi (Alexiusdottir et al., 2012). Diagnostisering görs via koloskopi, vilket innebär en inspektion av tjocktarmen som ger möjlighet att ta ett vävnadsprov. Tjocktarmscancer behandlas i första hand med operation, då hela tumören tas bort med god marginal, i andra hand med en kombination av cytostatika och strålbehandling (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009).

### Bukspottkörtelcancer

Bukspottkörtelcancer är en cancerform med hög dödlighet. Operation genomförs endast om sjukdomen upptäcks i ett tidigt skede. Sjukdomen hinner sällan ge symtom och upptäcks därför ofta i ett sent skede då metastaser redan har spridits till omkringliggande vävnader och organ (Eguia, Gonda & Saif, 2012).

### Prognos för olika cancerformer

Prognos för 5-årsöverlevnad för män i Sverige med prostatacancer är 87 procent, vid bukspottkörtelcancer är samma prognos endast ett fåtal procent (Socialstyrelsen och Cancerfonden, 2009).

För kvinnor med bröstcancerdiagnos i Sverige är prognosen för 10-årsöverlevnad 80 procent och 50 procent hos såväl kvinnor som män med tjocktarmscancer (Socialstyrelsen och Cancerfonden, 2009).

### **Historiskt perspektiv på cancer och cancervård**

Forskare började under mitten av 1700-talet använda begreppen psykosocial och psyko-onkologi för att studera hur ett cancerbesked påverkar patient, närstående och vårdpersonal. Synen på cancer har förändrats i takt med utvecklingen av behandlingsmetoder som till exempel anestesi, cytostatika och strålning. Dessa behandlingsmetoder utvecklades i slutet av 1800-talet och början på 1900-talet och leder till att cancer blir en behandlingsbar sjukdom. Operation blev en möjlig behandlingsmetod när tumörerna befann sig i ett tidigt skede. Vid ej operabla fall bromsades, under en begränsad tid, tumörernas utveckling med hjälp av cytostatika och strålning (Holland, 2003).

Nürnbergrättegångarna som uppdagades efter andra världskriget bidrog till att patienternas rättigheter uppmärksammades. Vid Nürnbergrättegångarna fastslogs att patienter har rätt till livskvalité, att få ta del av sin diagnos samt ta del av prognos och olika behandlingsalternativ. Det resulterade i ett ökat intresse för en eventuell psykologisk faktor inom cancervården. (Holland, 2003).

### **Cancervård**

Inom cancervård i Sverige används ett holistiskt och multidimensionellt förhållningssätt (Hellbom et al., 2011). Vård kring patienter med cancer fokuserar på såväl psykologiska, sociala, existentiella som andliga aspekter hos patienten (Holland, 2003) vilket går hand i hand med personcentrerad omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Kommunikation baserat på ett patientcentrerat förhållningssätt har betydelse för patientens tillfredsställelse med hälso- och sjukvården (Fossum, 2003).

Enligt Fossum (2003) betyder kommunikation *att dela* och definieras som en interaktion. En patientcentrerad kommunikation ger en möjlighet att stärka patientens autonomi, att möta patienten med respekt och skapa förtroende samt ta del av patientens livsvärld. I en studie har författarna Finney Rutten, Arora, Bakos, Aziz och Rowland (2005) kommit fram till att det finns ett behov av information kring sjukdomsutveckling, behandlingsalternativ, behandlingsbiverkningar och prognos hos patienter som fått en cancerdiagnos. Det har visat sig att patienten har ett kontinuerligt behov av denna information under hela vårdförloppet.

### **Att få en cancerdiagnos**

Oro, ångest och upplevelse av sårbarhet är psykologiska reaktioner som kan uppkomma hos patienten. Dessa reaktioner kan skapa behov av stöd och information från vårdpersonal kring krisreaktion och krishantering. Cancersjukdomen påverkar det sociala livet och skapar behov av stöd hos patient och närstående i frågor som rör deras förändrade livssituation. Det kan omfatta tankar kring arbetssituation, familjeliv och fritid. Existentiella och andliga behov kan omfatta frågor kring döden och meningen med livet (Socialstyrelsen, 2007).

En studie gjord av MacDonald, Shapiro, Bender, Paolantonio och Coombs (2012) undersökte patienters upplevelser och känslor kring cancerdiagnos, påbörjad behandling och sjukdomskontroll.

Deltagarna upplevde en kris vid diagnostillfället, krisen gick sedan över till hopp när läkemedelsbehandling påbörjats. Därefter påbörjades en anpassning till den nya livssituationen, där tankar och känslor ständigt var närvarande i patientens dagliga liv. Känslor av oro och nedstämdhet var återkommande i alla stadier av sjukdomen särskilt efter varje kontroll och i väntan på besked. Patienterna stod i ett ständigt behov av information och stöd från vårdpersonalen för bearbetning av sina känslor (MacDonald et al., 2012).

### **Krishantering**

Ordet kris definieras från grekiska *krisis* som oväntad vändning, förändring eller rubbning. I medicinska termer används ett psykologiskt reaktionsmönster. Ett psykiskt kristillstånd kan uppstå när en individs tidigare erfarenheter och inlärd reaktionsmönster inte räcker till för att kunna hantera situationen. Att få en sjukdom kan vara en utlösande faktor till psykologisk kris och dess intensitet är i stort sett beroende av individens förmåga till krishantering (Cullberg, 2006).

För att förstå krisförloppet föreslår Cullberg (2006) en psykodynamisk modell där kris delas in i fyra faser: chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorienteringsfas. Varje fas präglas av känslomässiga reaktioner och de behov individen har i samband med en kris.

Enligt Cullberg (2006) kan chockfasen vara från ett kort ögonblick till några dagar. För att göra verkligheten hanterbar används försvarsmekanismer som till exempel förnekelse, avskärmning och projektion. Dessa försvarsmekanismer är omedvetna psykiska reaktioner. Patienten har i den fasen svårt att ta in information, reflektera och kan uppfattas som samlad och välorganiserad trots ett inre kaos. Enligt Wettergren (2007) bör vårdpersonal förklara för patienten att det är en naturlig reaktion att inte minnas all information som han eller hon har tagit del av och att det kommer att finnas fler tillfällen att ställa frågor och inhämta information.

Reaktionsfasen pågår upp till sex veckor och det är i den fasen patienten börjar förstå och bearbeta sjukdomens innebörd (Cullberg, 2006). Att få en cancerdiagnos kan väcka en känsla av ångest hos patienten, på grund av den förlorade trygghet som diagnosen väcker (Ferrell, Paice & Koczywas, 2008). Ångest kan definieras som ett tillstånd av ”rädsla-upprördhet eller trånghet-spänning” (Ottosson & D’Elia, 2008, s. 6). Samtidigt som patienten befinner sig i reaktionsfasen går han eller hon igenom en rad olika undersökningar och påbörjar eventuella behandlingar. Patienten kan uppleva det som svårt att få ett grepp över situationen. Han eller hon tvingas nu att etablera nya kontakter med en rad olika yrkesgrupper inom vården. Insjuknandet kan leda till orkeslöshet, en känsla av sårbarhet och ett ökat behov av stöd (Wettergren, 2007). Det kan finnas behov av såväl upprepad information som möjlighet att få reflektera och bearbeta sina känslor med vårdpersonal (Cullberg, 2006).

I bearbetningsfasen börjar patienten få perspektiv på det akuta skeendet. Det har skapats fasta vårdkontakter, en början på sjukdomsinsikt samt försök att hantera tillvaron. Patienten är mer mottaglig för hjälp, vilket ställer krav på vårdpersonal att vara tillgängliga och ge det stöd som behövs (Wettergren, 2007).

Patienterna går ofta igenom en kris fylld av oro och osäkerhet om sin framtid. Osäkerheten kan utlösas av bristande information från vårdpersonal, patienterna försöker då själva inhämta information från exempelvis internet. Eftersom patienterna saknar förmåga att kunna bedöma informationens giltighet och relevans uppstår en risk för missförstånd som leder till ökad oro (MacDonald et al., 2012).

I nyorienteringsfasen återfår patienten en känsla av sammanhang och meningsfullhet (Wettergren, 2007). Klara besked, påbörjad behandling samt vetskap om prognosen ökar hopp i tillvaron och förbättrar fysiskt och psykiskt välmående. Patienterna försöker återfå den livslust som de hade innan insjuknandet genom att delta i olika aktiviteter lämpade för deras livssituation. Nya rutiner skapas för att anpassa sig till den rådande tillvaron (MacDonald et al., 2012).

### **Psykosocial cancervård**

Psykosocial vård definieras som en vård där människans sociala, psykologiska, känslomässiga, andliga och funktionella behov ska tillgodoses (Turnbull Macdonald et al., 2012). Den psykosociala cancervården utvecklades först under 1970-talet (Holland, 2003). Utvecklingen av den psykosociala cancervården fördröjdes på grund av att cancer fortfarande ansågs vara en obotlig sjukdom med okänd etiologi enligt Holland (2003). Den psykosociala cancervården i Sverige har utvecklats så att det i dagsläget finns två större psykosociala team som huvudsakligen inriktar sig på tillgång till psykosocialt stöd för cancerpatienter (Hellbom, 2011).

Studier visar att personer med en cancerdiagnos står inför stora livsförändringar som omfattar såväl förändrade familjesituationer (Elmberger, Bolund & Lützén, 2000), psykologisk stress (Kissane et al., 2004; Okamura et al., 2000) som post-traumatiska stresssymtom (Akechi et al., 2004). Det finns ett stort behov av att se över nuvarande riktlinjer inom den psykosociala cancervården för att förbättra livskvalité och psykosocialt stöd hos patienterna (Ferrell et al., 2008; Hellbom et al., 2011). Även Carlson och Bultz (2003) menar på att det finns ett starkt samband mellan en satsning på psykosocial cancervård och ökad livskvalitet.

Livskvalité är individuellt och kan omfatta psykiska, fysiska och sociala behov. Värdering av livskvalité får stor plats vid ställningstagandet av behandling. För att höja den hos patienterna övervägs organbevarande behandling (Widmark, Bergh & Henriksson, 2008). Det ställs höga krav på specialistsjuksköterskor inom cancervården för att kunna tillgodose patientens olika omvårdnadsbehov (Reitan, 2003).

### **Sjuksköterskans roll och ansvar**

International Council of Nurses (2007) beskriver sjuksköterskans huvudansvar som att främja hälsa, arbeta preventivt och rehabiliterande vid sjukdom samt ge stöd vid lidande. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2005) har sjuksköterskan ansvar för att tillgodose patientens individuella basala omvårdnadsbehov genom att använda sina kunskaper om omvårdnad, medicin och beteendevetenskap. Arbetet präglas av självständighet kring observationer, bedömning av ordinationer och planering av sitt eget arbete kring patientens omvårdnad. Sjuksköterskan ska bidra till att skapa trygghet och välbefinnande hos patienten samt följa upp dennes tillstånd efter undersökningar och behandlingar. Genom teamarbete kan en diskussion ske med andra yrkesgrupper för att fånga upp patientens behov och samordna patientens omvårdnadsplan.



Sjuksköterskan ansvarar för sin egen vidareutbildning och söker ny kunskap samt deltar i utvecklingsarbete. Kunskapen kan sedan användas i omvårdnadsarbete för att ge individuellt anpassad information till patient och anhöriga (Socialstyrelsens riktlinjer, 2005).

### **Kontaktsjuksköterskans roll och ansvar**

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutade år 2006 om en särskild utvecklingsplan för cancervården inom Stockholms läns landsting (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2007). Vid samma tillfälle beslutades att 15 miljoner kronor ska användas för att inrätta särskilda kontaktsjuksköterskor för alla patienter med cancerdiagnos vid alla cancerbehandlande enheter (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2007).

Syftet med kontaktsjuksköterskor inom cancervården är att förbättra omvårdnaden för patienter genom specialiserad kompetens inom cancervård och psykosocialt stöd. Rollen är under utveckling och det kan finnas lokala variationer gällande uppgifter och arbetsätt. Det ligger på de regionala cancercentrumens ansvar att arbeta för att patienter med cancerdiagnos ska få stöd från en kontaktsjuksköterska. Gemensamt för dessa centrum är att kontaktsjuksköterskan ska vara tydligt namngiven för patienten, vara närvarande vid nybesök, företräda patienten vid vårdplanering samt delge patienten information och förmedla kontakt med andra yrkesgrupper beroende på patientens behov. Dessutom ska patientens delaktighet och inflytande över sin egen vård stärkas enligt en rapport från Sveriges kommuner och landsting [SKL] (2012).

I och med att vården kring patienter med cancer är så multifacetterad ställs det höga krav på personalen runt omkring (Reitan, 2003). Det finns ett behov av en person som hjälper till att koordinera vården kring patienterna för att förbättra uppföljning, samordna olika vårdkontakter och ge psykosocialt stöd enligt författarna Fashoyin-Aje, Martinez och Dy (2012).

### **SYFTE**

Syftet var att beskriva kontaktsjuksköterskors upplevelser av att stödja vuxna patienter med en cancerdiagnos vid kirurg- och urologkliniker.

### **METOD**

#### **Val av metod**

Kvalitativ intervjustudie valdes som metod, eftersom syftet var att beskriva intervjupersoners subjektiva upplevelse, vilket var möjligt genom en forskningsintervju i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009). Intervjuarna använde sig av en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats för att objektivt kunna analysera intervjupersonernas upplevelser.

#### **Urval**

Urvalskriterier har utformats för att begränsa antalet intervjupersoner, eftersom intervjuprocesser och bearbetning av data är tidskrävande processer. Målet med kvalitativa intervjustudier är inte att generalisera, kvantiteten på antalet intervjupersoner är därför inte av vikt för resultatets innehåll (Troost, 2010).

Intervjumaterialet ska samtidigt kunna utgöra ett underlag för bearbetning och analys enligt Dalen (2007).

### Urvalskriterier

Inklusionskriterier var att intervjupersonerna var utbildade kontaktsjuksköterskor som hade varit verksamma kontaktsjuksköterskor i minst två år och var svensktalande. Enligt Benner (1993) tar det oftast två till tre år inom yrket innan sjuksköterskan når en viss nivå av kompetens. Vidare definieras kompetensen som det stadie när sjuksköterskan har nått en ökad medvetenhet om sina egna handlingar och ett långsiktigt perspektiv av dessa handlingar. Författarna valde att intervjuerna skulle ske på svenska eftersom det är det språk som intervjuerna behärskar samt att intervjupersonerna skulle förstå frågorna i syfte att undvika missförstånd.

## **Genomförande**

### Intervjuguide

En semistrukturerad intervjuguide (Bilaga II) innehållande frågor kring teman som täcker de centrala områdena för studien har använts i enlighet med Dalens (2007) beskrivning av hur en intervjuguide utformas. Intervjuguiden inleds med frågor kring intervjupersonernas arbetslivserfarenhet för att skapa en avslappnad miljö i enlighet med Dalen (2007) som menar på att intervjun med fördel kan öppnas med frågor som inte rör huvudområdet. Intervjuguiden fokuserade därefter på tre teman som formulerades av författarna själva: personlig utveckling, emotionell påverkan och samspel mellan olika yrkesgrupper. Författarna eftersträvade att genom dessa tre teman kunna få en djupare förståelse för kontaktsjuksköterskornas yrkesroll samt deras personliga upplevelser och erfarenheter. Intervjuerna gav intervjupersonen möjlighet att styra samtalet utifrån frågor baserade på dessa teman i enlighet med Kvale & Brinkmann (2009). Intervjuguiden avslutades med mer generella frågor kring ämnet.

### Kontakt

Tillstånd söktes från verksamhetschefer vid kirurg- och urologkliniker på akutsjukhus i en storstad för att få intervjua kontaktsjuksköterskor vid dessa institutioner (Bilaga I). Efter godkännande av verksamhetschefer på respektive enhet kontaktades kontaktsjuksköterskorna för bokning av tid och plats för intervjuer. Totalt genomfördes sju intervjuer på tre olika akutsjukhus.

### Pilotintervju

En pilotintervju genomfördes i syfte att granska intervjuguidens upplägg och tillförlitlighet i enlighet med Lantz (2007) och Trost (2010). Pilotintervjun visade sig besvara syftet och inkluderades därför i studien då intervjupersonen uppfyllde urvalskriterierna. Det genomfördes inte några ändringar kring intervjuens upplägg.

### Intervjuprocessen

Kontaktsjuksköterskorna har själva fått välja en lämplig plats för intervjun där de känner sig trygga i enlighet med Trost (2010) som anser att intervjupersonernas integritet kan bibehållas om de själva får välja plats för intervjun. De valde att genomföra intervjuerna på sina egna arbetsplatser; i arbetsrum, personalrum samt samtalsrum. Intervjuerna tog mellan 24 och 30 minuter att genomföra.

En intervjuare antog en mer aktiv roll och den andra en mer passiv roll för att intervjupersonen inte skulle uppfatta en ”två-mot-en-känsla”. Intervjuarna hade en aktiv roll varannan intervju och en passiv roll varannan intervju i enlighet med Trost (2010) som belyser fördelen med att endast låta en person intervjuas.

### Datainsamling

Intervjuarbete påbörjades efter att syftet inför de semistrukturerade intervjuerna var färdigställt, i enlighet med Lantz (2007). Intervjupersonerna tillfrågades om tillåtelse av att spela in intervjuerna med hjälp av en diktafon, vilket samtliga godkände. Under intervjuerna har intervjuaren med passiv roll vid enstaka tillfällen ställt ytterligare följdfrågor till intervjupersonen.

### Databearbetning

Författarna transkriberade intervjuerna direkt efter varje intervjutillfälle för att kunna utläsa ordagrant vad som har sagts i enlighet med Trost (2010) som poängterar vikten av att transkriberingen sker omedelbart eftersom intervjuaren fortfarande har ett färskt minne av intervjun. Intervjuaren med aktiv roll i intervjuandet transkriberade först ljudbandinspelningarna. Icke-verbalt språk så som gester, skratt och pauser exkluderades. Sedan lyssnade båda intervjuarna igenom bandinspelningen för eventuella korrigeringar. Detta system upprepades efter varje intervju. Transkriberingen gav en översikt av insamlat datamaterial, vilket Kvale och Brinkmann (2009) belyser som en fördel med transkribering.

### Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys har valts som analysmetod för denna studie.

**Tabell I.** Exempel på de olika stegen i analysprocessen

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Vi tyckte ju det från början. Att man hade liksom lite, lite kunskap liksom om psykosociala frågor och så, så att det. Och det vart ju en kurs speciellt för kontaktsjuksköterskor som kom till, för att alla kände lite samma sak.	Alla upplevde att man hade för lite kunskap om psykosociala frågor ledde till en kurs för kontaktsjuksköterskor	Kurs i psykosociala frågor för KSSK	Psykosocialt stöd	Patientens behov
Det, det är ju ofta vi som är det psykosociala stödet för patienten. Dem upplever ändå att det är ganska bra ändå, säger dem, tycker att det är väldigt skönt och...	Vi är ofta det psykosociala stödet för patienten. De säger att de upplever det som ganska bra.	Patienternas upplevelse av psykosocialt stöd		
...så handlar mitt jobb om att stötta och hjälpa patienterna så att dem känner sig trygga i sin ändå ganska svåra sjukdom som de har drabbats av...	Mitt jobb handlar om att stötta och hjälpa patienterna för att de ska känna sig trygga i sin sjukdom	Stötta patienter för att skapa trygghet	Behov av trygghet	

Först läste intervjuerna transkriberingarna var och en för sig. Meningsenheter som upplevdes relevanta för studien markerades med färgpenna av varje intervjuare, därpå följde en diskussion med den andra intervjuaren kring meningsenheten. Om meningsenheten antogs klipptes den ut och sattes upp på ett stort vitt ark. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) sammanställer en kvalitativ innehållsanalys skillnader och likheter i intervjuerna uttryckt i nivåerna meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori och kategori. Meningsenheter är delar av texten som har gemensamt innehåll.

Meningsenheterna på det stora vita arket sorterades preliminärt efter innehåll. Författarna markerade med olika färger för att se vilken intervjuperson som sagt vad. De olika färgerna visade vilka ämnen som har berörts av olika kontaktsjuksköterskor. När arket var fyllt av meningsenheter från alla intervjuer så sorterades dessa meningsenheter in i en tabell (Tabell I). De antagna meningsenheterna förkortades sedan ytterligare och benämndes då kondenserade meningsenheter. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) innebär kondensering att centralt innehåll och väsentlig information bevaras.

Författarna sammanfattade tillsammans de kondenserade meningsenheterna genom att ge dem en varsin kod. Flera koder med liknande kontext utgjorde sedan en underkategori. Underkategorierna tillordnades sedan kategorier. Allt eftersom det tillkom fler intervjuer att analysera ändrades vissa formuleringar i koderna och underkategorierna i de fall då intervjuerna tyckte att två eller flera meningsenheter hörde ihop men att den tidigare till exempel valda underkategorin inte var relevant för båda meningsenheterna.

Varje meningsenhet kondenserades, kodades och tilldelades en underkategori och kategori tillsammans av båda intervjuerna. I enstaka fall var intervjuerna inte överrens om vilka meningsenheter som skulle användas, en diskussion inleddes fram till att intervjuerna var eniga.

### **Trovärdighet**

Enligt Rolfe (2006) innebär trovärdighet inom kvalitativa intervjustudier att studien uppvisar giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet.

### Giltighet

Utförliga beskrivningar av urvals- och analysprocessen har getts för att läsaren ska få en möjlighet att bedöma studiens giltighet. Exempel i tabellen (se Tabell I) visar hur författarna har gått tillväga vid analys av datamaterial. Det har även i resultatet presenterats adekvata citat för syftet för att ge läsaren en möjlighet att bedöma giltigheten i analysen. Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2008) kan citat hjälpa läsaren att bedöma giltigheten i en analys. Antalet citat är begränsade och i citaten har små ord som till exempel ”så” och ”liksom” tagits bort eftersom de inte är relevanta för citatets innebörd enligt författarna. Trost (2010) anser att antalet citat bör begränsas av etisk synpunkt eftersom intervjupersonernas konfidentialitet riskerar att hotas.

### Tillförlitlighet

Insamlat datamaterial granskades av båda författarna i syfte att stärka studiens tillförlitlighet. Under studiens gång har upplägget av studien kontinuerligt diskuterats, vid vissa tillfällen har ställningstagande skiftat efter diskussion författarna emellan. Studien sågs som en levande process och författarna var därför inte främmande för att genomföra förändringar i studien.

En av anledningarna till att genomföra en pilotintervju var att utvärdera hur intervjuarbetet fungerade i praktiken. Morse, Baret, Mayan, Olson och Spiers (2002) anser att tillförlitlighet bygger på forskarens förmåga att vara självkritisk till sina egna ställningstaganden under forskningsprocessen. Tillförlitligheten kan enligt Morse et al. även höjas genom användandet av pilotintervjuer.

### Överförbarhet

Författarna har försökt ge en detaljerad beskrivning av metoddel, resultat och analys för att ge läsaren en möjlighet att kunna bedöma om studiens resultat är överförbart i andra sammanhang. Enligt Polit och Beck (2012) innebär överförbarhet i vilken utsträckning som resultatet kan appliceras i andra sammanhang.

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Vetenskapligt arbete innebär en rad forskningsetiska överväganden. Vetenskaplighet präglas av saklighet och objektivitet enligt Helgesson (2006). Författarna eftersträvade detta i forskningsarbetet genom att undvika egna fördomar och plagiat. Vid datainsamling och bearbetning av denna eftersträvades en balans för att ge rätt utrymme till det material som besvarar syftet. Författarna såg till att val av ämne och problemformulering inte stör forskningen i syftet att få ett visst resultat.

Vid varje intervjutillfälle informerades intervjupersonerna om arbetets syfte och användningsområde för att stärka deras integritet och värdighet. Deltagarna hade rätt att delta eller avstå och bibehöll den rätten under intervjun, i enlighet med Helgesson (2006). Intervjupersonerna kommer även att ha möjlighet att läsa intervjun samt det slutgiltiga arbetet. Ljudbandinspelningarna från intervjuerna raderades efter att transkriberingen var färdig. Transkriberingarna kommer att raderas efter godkänt examensarbete. Deltagarna kommer att konfidentialiseras för läsaren. Intervjupersonerna kommer inte att presenteras med namn i texten, det presenteras inte heller i vilken storstad eller på vilka akutsjukhus som intervjuerna har ägt rum. Intervjuerna har presenterats tillsammans för att åskådliggöra resultatet utifrån ämnesområden istället för enskilda kontaktsjuksköterskors åsikter.

## **RESULTAT**

Alla som intervjuades har arbetat som kontaktsjuksköterskor i fyra till sex år. Samtliga har varit med vid införandet av yrkesrollen på respektive sjukhus och då krävdes inte någon särskilt vidareutbildning. Kontaktsjuksköterskorna efterfrågade själva en utbildning inom psykosocial onkologi. Utbildningen genomfördes 2008 (Sveriges kommuner och landsting, 2011).

### **Personcentrerat förhållningssätt**

#### Behovsanpassat möte

Kontaktsjuksköterskorna i intervjustudien upplevde att de träffar patienterna helt beroende på vad deras behov är. Vissa patienter är i behov av stöd under en kort period, andra under flera år. I varje möte med patienten försökte kontaktsjuksköterskorna skapa sig en bild av vad patienten upplevde som tungt i just den stunden. Deras erfarenhet var att patienterna har svårt att ta till sig annan information om patienten har uppmärksamheten någon annanstans. Genom att tidigt öppna upp samtalen försökte de fånga upp patientens olika behov. De visade att de fanns där och lyssnade.

*Man kan inte börja sväva ut och prata om andra saker, utan möta dem där dem är.*

Olika patientgrupper upplevdes behöva olika sorters stöd, stödet kan även skilja sig individuellt. Under en utbildning diskuterade kontaktsjuksköterskorna skillnader i stöd beroende på kön. Där framkom det att män ofta är praktiskt lagda och åtgärdsinriktade, medan kvinnor ofta är i behov av att uttrycka känslor.

Det stödande mötet upplevdes kunna utformas olika beroende på patientens ålder och diagnos. Åldersgrupperna varierar, vissa cancerformer har blandade åldersgrupper, medan andra till stor del består av en äldre åldersgrupp.

*Det är olika grupper och då blir stödet olika. Sedan kan det även bero på ålder och diagnos.*

Kontaktsjuksköterskorna upplevde att patienternas reaktioner kan skilja sig beroende på om cancerformen är botbar eller inte och hur förloppet ser ut från diagnosbesked till behandling. Patientens reaktion påverkar hur det stödande mötet kommer att se ut. Reaktionerna kan skilja sig beroende på om patienten befinner sig i ett utredningsskede, precis har genomgått en cytostatikabehandling eller är i ett palliativt skede.

### Kris

Ordet cancer upplevdes kunna väcka många känslor hos patienten oavsett om patienten har varit förberedd eller inte på beskedet. Kontaktsjuksköterskorna upplevde att alla patienter genomgår någon typ av kris i olika utsträckning. Det var därför viktigt att möta patienten där han eller hon är genom att lyssna, visa att dem finns där och hjälpa patienten att sätta ord på sin upplevelse. Bearbetningsprocessen kan ta olika lång tid innan den visar sig i form av en reaktion.

*Det är väldigt korta väntetider från att få beskedet till operation. Så ofta hinner de inte reagera, de är kvar i chockfasen. Tankarna börjar oftast komma efter operationen, just när de blir utskrivna från avdelningen från sjukhuset. Då behövs vi som stöd för just dessa patienter.*

Ibland kommer inte reaktionen förrän patienten har kommit hem, därför eftersträvas en uppföljning av patienten även i hemmet. En av kontaktsjuksköterskorna berättade att hon ringer upp de patienter som hon upplever är i behov av stöd, de övriga erbjöd sitt telefonnummer eller andra vårdkontakter.

*Det är vanligt att de går igenom sin cellgiftsbehandling, opereras, får cellgiftsbehandling igen. Sedan kommer den ganska jobbiga tiden när de är ganska nedsatta psykiskt, nästan deprimerade och då gäller det att fånga upp patienterna. Ringa dem lite oftare och höra efter.*

Bearbetningsprocessen kan visa sig i form av en mängd olika reaktioner hos patienterna. Det kan vara allt ifrån ett behov av att upprepa sin chock i samtal, uppleva en känslomässig berg- och dalbana till att vilja lämna allt bakom sig och gå vidare. Vissa patienter vill inte ta emot det stöd som erbjuds, men då upplevde kontaktsjuksköterskorna att de i alla fall har erbjudit ett stöd.

*Alla personer är olika, har olika copingstrategier i hur man hanterar en kris. En del vill inte prata om det, de vill kunna sköta det själva, men då har man ändå gett dem möjligheten att kunna höra av sig.*

## **Patientens behov**

Kontaktsjuksköterskorna har upplevt att sjukdomssymtom och cellgiftsbehandlingar kan orsaka reaktioner som trötthet och nedsatt psykiskt tillstånd hos patienten. De upplevde därför att det krävs mycket kunskap kring cancersjukdomen, men även kring samtalsmetodik för att fånga upp och kunna tillgodose patientens behov.

## Kontinuerligt stöd

Alla kontaktsjuksköterskorna betonade vikten av att etablera en kontakt med patienten. Kontakten skapades antingen vid utredningsskedet, vid diagnosbeskedet eller efter första behandlingen.

Arbetet såg olika ut vid olika kliniker, det kunde vara alltifrån att följa patienten hela vägen fram till slutet, under en lång uppföljningsperiod till att bistå med ett mer tillfälligt stöd. De som gav tillfälliga stöd ansåg att deras uppgift var att omgående lotsa patienten vidare till andra kliniker.

Kontinuitet skapade en möjlighet för patienten att lättare kunna samtala kring sådant som upplevs svårt och främmande att diskutera. Det kan vara intima samtal, samtal kring död eller familj. En kontaktsjuksköterska berättade även att vissa patienter varken kan eller vill prata öppet med andra familjemedlemmar. En av anledningarna kan vara att patienterna inte är vana vid sådana samtal, då upplevdes det som lättare att prata med kontaktsjuksköterskan.

*De uttryckte att det var underbart att det fanns någonstans någon som kunde hålla dem i handen på vägen.*

Genom att tidigt etablera en kontakt får patienten ett bekant ansikte eller namn, vilket skulle kunna underlätta för patienten när denne vill ta kontakt. En kontaktsjuksköterska berättade att vissa patienter vill fortsätta ha kontakt efter att de har blivit utskrivna från akutsjukhuset. En anledning till detta skulle kunna vara att patienten hade en positiv upplevelse av första mötet med kontaktsjuksköterskan.

Kontaktsjuksköterskorna upplevde att flera patienter gärna hör av sig efteråt för att berätta hur det har gått efter behandlingar. Det kan även vara anhöriga som återkopplar och berättar hur den sista tiden har varit. Både patienter och anhöriga upplevdes som väldigt tacksamma för att kontaktsjuksköterskan har funnits där kontinuerligt som stöd under hela sjukdomsförloppet.

## Psykosocialt stöd

Kontaktsjuksköterskorna upplevde att de står för en stor del av det psykosociala stödet till patienten. Det framkom även uppfattningar att patienterna på vissa enheter lotsades vidare till onkologkliniken där de kunde få ett stöd från terapeuter.

Det psykosociala stödet som kontaktsjuksköterskorna gav bestod av att lyssna på patienten, motivera och hjälpa den personen att gå vidare i livet. Lyhördhet, ödmjukhet samt skapandet av en positiv stämning upplevdes som viktiga egenskaper för att kunna ge patienten ett gott psykosocialt stöd. Kontaktsjuksköterskorna upplevde att patienterna är nöjda med det psykosociala stöd som ges. De upplevde även en stor tacksamhet för att de finns där och tar sig tid.

*Att få stöd, alla blir ju väldigt tacksamma för det lilla.*

Alla patienter efterfrågar inte ett psykosocialt stöd, vissa kan i första hand efterfråga ett praktiskt stöd som sedan efter vidare samtal kan öppna upp för ett behov av psykosocialt stöd. Stödet är ofta kopplat till vilken cancerform patienten har, vissa kontaktsjuksköterskor anser därför att de ger mycket psykosocialt stöd, andra att de till största del ger ett praktiskt stöd.

### Praktiskt stöd

Praktiskt stöd i form av att ge resurser åt patienten att klara praktiska sysslor, ta hand om sin kropp och erhålla praktisk information är stöd som kontaktsjuksköterskorna upplevde var särskilt vanligt hos patienter med en prostatacancer- och bröstcancerdiagnos. Det kunde vara allt ifrån att hjälpa till vid frågor kring hjälpmedel, hur man sköter en kateter till att ge information om vart man kan vända sig med frågor.

*Väldigt mycket handlar om praktiska saker; Vad gör jag? Var ringer jag? Vem ska jag prata med? Kan du hjälpa mig med att ordna det här? Jag kommer inte fram till den och den...*

Kontaktsjuksköterskorna upplevde att behov av praktiskt stöd utgjorde en särskilt stor del i början av ett sjukdomsförlopp och fick ofta en mindre del i ett sent skede av cancer. I de fall där cancerformen var behandlingsbar eller botbar kunde det praktiska stödet hjälpa patienten att bygga en framtid.

### Information

Kontaktsjuksköterskorna upplevde att det fanns ett stort behov av information hos patienterna eftersom det kan skapa lugn hos patienten. Vid ett cancerbesked var deras erfarenhet att patienterna inte alltid kunde ta in all information på grund av chocktillstånd, oberoende av om patienten var mentalt förberedd på cancerbeskedet eller inte. De försökte därför att anpassa informationen som ge den flera gånger, gärna både muntligt och skriftligt. Informationen kan bestå av att beskriva hur eventuell behandling kommer att se ut, vad som kommer att hända framöver, diagnosens innebörd etcetera.

*Det beror på var de befinner sig, vad de är för personer. Information måste vara både muntlig och skriftlig, gärna muntligt många gånger.*

De kontaktsjuksköterskor som hade möjlighet att närvara vid cancerbesked försökte att sitta med för att vid ett senare tillfälle kunna återge för patienten vad läkaren har sagt och förklara medicinsk information. Närvaro vid utskrivningssamtal upplevdes som viktigt för att underlätta återkopplingsstödet. Patienterna erbjöds en möjlighet att återkomma med frågor.



## Samtal

Alla kontaktsjuksköterskorna uttryckte att deras uppdrag är att finnas till för patienten. De arbetar för att skapa en tillgänglighet.

*Kan vi inte vara tillgängliga, då, då finns vi ju inte till för patienten. Om patienten inte kan ringa, då funkar det inte.*

De finns till för patienten både via telefonkontakt och möte på enheten. Telefonsvarare användes på vissa enheter, då fick patienten lämna ett meddelande och blev sedan uppringd. På andra enheter svarade kontaktsjuksköterskorna direkt i telefon när patienten ringde. Fördelar och nackdelar diskuterades kring båda systemen. En fördel med telefonsvarare var att det gav en möjlighet att kunna läsa på i patientens journal innan återkoppling. På dessa enheter prioriterades samtalen efter ärende för att kunna ta emot de samtal som kontaktsjuksköterskan bedömde var i ett störst akut behov. Samtidigt fanns det en klivenhet, de resonerade, vem är dem att avgöra det? I de fall då patienten var i akut behov av samtal sågs det som en fördel att istället ta emot samtalet på en gång. En frustration kunde ses hos några av patienterna när de inte kunde nå kontaktsjuksköterskorna direkt, samma patienter uttryckte sedan en tillfredsställelse när samtalet väl har blivit återkopplat. Patienterna uppskattade att det finns någon som lyssnade, var där för dem och som tog sig tid.

*Sen i slutet säger dem, "ah, fast det här samtalet var ju väldigt givande, tack för att du tog dig tid".*

Det fanns inte någon gräns vid telefonsamtal för hur lång tid ett samtal fick pågå. Det berodde helt och hållet på patientens behov, samtidigt som det ibland blev nödvändigt att använda sig av samtalsmetodik för att kunna runda av ett samtal.

Möten med patienten skedde genom antingen ett bokad möte på mottagningen eller ett möte på den vårdavdelning som patienten var inlagd på. Det skiljde sig på enheterna om det var kontaktsjuksköterskan eller patienten som tog initiativet till mötet.

Tillgänglighet skapade möjlighet för kontakt. Alla kontaktsjuksköterskorna uttryckte att de var nöjda med den tillgänglighet som de gav på respektive enhet. En kontaktsjuksköterska upplevde sig själv som en förlängd arm mellan patient och sjukvård.

## Behov av trygghet

Patienterna upplevdes vara i ett stort behov av trygghet. Kontaktsjuksköterskorna ansåg det som sin uppgift att tillgodose det behovet genom att finnas där, genom att informera patienten samt genom att minska antalet vårdkontakter. Det var inte alla patienter som använde det telefonnummer som de fått, men telefonnumret i sig skapade en möjlighet till kontakt vilket upplevdes bidra till patientens känsla av trygghet.

*För att patienten ska känna sig trygg i vården måste det finnas ett antal personer som de kan vända sig till.*

En kontaktsjuksköterska upplevde att palliativa patienter kände en trygghet tack vare sjukhusets direktintag. Direktintaget innebar att patienterna alltid erbjöds en plats på vårdavdelningen om patienten kände sig sämre i sin sjukdom. Tryggheten bidrog enligt kontaktsjuksköterskorna till patientens välmående, oavsett patientgrupp.

### **Spindeln i nätet**

En av kontaktsjuksköterskorna konstaterade att det viktigaste är att hjälpa patienten att hitta rätt i vården, att vara som en spindel i nätet. Eftersom kontaktsjuksköterskorna är ävlsatta i hur sjukvården fungerar såg de ett behov av att stödja patienten genom att föra patientens talan, förmedla olika vårdkontakter och hålla i alla trådar. Det kunde vara allt ifrån att ta reda på vart patienten kan vända sig, till att skicka en remiss för vidare utredning.

*Vi kan inte allt men vi försöker ta reda på så mycket som möjligt och sen kan vi försöka hitta lösningen.*

Kontaktsjuksköterskorna upplevde att det fanns tillfällen när deras psykosociala stöd inte var tillräckligt för att tillgodose patientens behov, då remitterades patienten vidare. Samtidigt underströks vikten av att tro mer på sig själv och sin kompetens. Vissa samtal kunde kontaktsjuksköterskorna genomföra själva, utan remittering. Det utnyttjades även möjlighet för konsultation hos till exempel smärtklinik eller dietistklinik. I samband med kontakt av kuratorer har flera kontaktsjuksköterskor upplevt det stödet som bristfälligt. Det eftersöktes ett ökat behov av tillgänglighet på kuratorer. En kontaktsjuksköterska efterfrågade även en mer uppsökande kuratorverksamhet. En annan kontaktsjuksköterska nämnde att bristen på läkare på enheten begränsade möjligheten att konsultera med läkarna. De övriga kontaktsjuksköterskorna upplevde att de hade tillräckligt stöd från läkarna och att samarbete fungerade väl.

### **Teamsamarbete**

Det framkom att arbetet kring patienten är beroende av ett gott samarbete bland vårdpersonalen.

#### Samarbete med andra yrkesgrupper

Generellt upplevdes ett väl fungerande samarbete med de yrkesgrupper som kontaktsjuksköterskorna kontinuerligt hade kontakt med. Samarbetet bidrog till fler infallsvinklar i diskussion kring patienten. Diskussionerna bidrog till en känsla av stöd från de andra yrkesgrupperna i de beslut som tas.

*För man gör ju kanske själv en bedömning, men sedan vill man ha någon annans åsikt också.*

En mer personlig kontakt med andra yrkesgrupperna föredrogs på flera enheter istället för att bara skicka remisser. Det fanns förslag om ett utökat samarbete med andra yrkesgrupper, exempelvis ett tätare samarbete med personalen på vårdavdelningen. Tidsbrist upplevdes som en begränsande faktor.

## Multidisciplinära möten

Multidisciplinära möten hölls regelbundet på vissa enheter. Kontaktsjuksköterskorna på dessa enheter upplevde att det fungerade väl och gav en god möjlighet att diskutera olika patienter. Multidisciplinära möten har prövats på de andra enheterna, men avslutades på grund av låg närvaro. De kontaktsjuksköterskorna ställde sig positivt till att ha sådana möten. Kontaktsjuksköterskorna diskuterade även möjligheten att multidisciplinära möten skulle kunna leda till att vården kring patienten blir mer välplanerad.

## Samarbete med andra kontaktsjuksköterskor

Samtliga kontaktsjuksköterskor upplevde ett nära samarbete med sin kollega. Stödet från kollegan ansågs vara det viktigaste för att de ska klara av och fortsätta att trivas på arbetet. Kollegan upplevdes som särskilt värdefull vid patientfall som är känslomässigt svåra att hantera. Kollegan en möjlighet att få diskutera patientfallet och få utlopp för sina känslor.

*Det är värdefullt att man har sina kollegor, som man kan diskutera och få stöd av/.../det är tunga patientfall ibland och då behöver man också sina kollegor*

Förutom stöd från kollegan på samma enhet har alla kontaktsjuksköterskor upplevt ett visst stöd från kontaktsjuksköterskor på andra enheter. Stödet varierade i olika utsträckning, vissa sågs endast på konferenser och andra sågs även över middagar.

## **Kontaktsjuksköterskans förhållningssätt**

Vikten av att värna om sin egen profession och uppdrag lyftes under intervjuerna. Kontaktsjuksköterskorna uttryckte en positiv inställning till den självständighet som dem upplever i sitt arbete. Samtidigt upplevdes arbetet som bitvis känslomässigt tungt vilket skapade ett behov av stöd från kollegor.

## Självständigt arbete

Samtliga kontaktsjuksköterskor upplevde att deras arbete präglas av självständighet och att de har ett stort eget ansvar. Det uppstod ständigt situationer där arbetet krävde att de fattar egna beslut kring patientens omvårdnad. Friheten uppskattades eftersom det gav dem en möjlighet att fritt kunna förbättra vården för patienten omgående.

*Vi är väldigt självständiga, vi tar ganska många beslut själv, vi har alltid en läkare bakom. Men vi har mycket ansvar själva.*

Det bedrivs utvecklingsarbeten på klinikerna och kontaktsjuksköterskorna reflekterar dagligen över förändring i omvårdnadsarbetet. Reflektionen speglade hur de kan använda erfarenheter från ett samtal med en patient vid samtal med andra patienter.

## Att klara arbetets tunga delar

Alla kontaktsjuksköterskorna konstaterade att arbetet var roligt, men krävande. Möten med patienter gav dem energi som skapade en drivkraft för att fortsätta arbeta. Samtidigt fanns det stunder när patientfallen upplevdes som så tunga att de var tvungna att bli avbytta av en kollega. Förmågan att kunna hantera arbetets tunga delar har tagit tid.

*När man har accepterat som person, som personal, att jag kan inte ändra vad slutet kommer att vara men jag kan göra det lite lättare för patienten. Då kan jag leva med det här som ett jobb.*

### Tro på sig själv

Vikten av att förstå sitt värde som kontaktsjuksköterska lyftes under intervjuerna, att se sin egen kunskap och att man kan bidra med mycket själv i det stödjande arbetet med patienterna. Utbildning har gjort att man kan mer, vågar mer och prioriterar annorlunda konstaterade en kontaktsjuksköterska. Det framkom att samarbetet med läkarna inte har varit en naturlig process, det är något som de har fått kämpa för på enheten i sitt arbete att föra patientens talan.

*Vågar ta plats, vågar vara lite jobbig. Man för ju patientens talan och vi ger oss inte.*

Kontaktsjuksköterskor upplevde att deras roll inte alltid behöver vara åtgärdsinriktad. Även om patienten ibland bad att få tala specifikt med en läkare så visade det sig i slutändan att kontaktsjuksköterskornas kompetens kunde vara tillräcklig.

### Upplevelse av att hantera svåra samtal

Kontaktsjuksköterskorna hade olika uppfattningar kring vilka samtal de upplevde som svåra, för några kunde det innebära att hålla samtal kring sexualitet, för andra kunde det vara samtal som var känslomässigt laddade eller samtal där patienten uppfattades som väldigt frustrerad. De upplevde ändå att de hade hittat strategier för att hantera dessa samtal och att det främst var under deras första år som kontaktsjuksköterska som samtalen upplevdes som svåra.

Utbildning i att hålla samtal kring sexualitet och psykosociala frågor har varit till stor hjälp för samtliga.

*Jag tycker att det känns lättare nu att prata om svåra saker, det var inte så enkelt i början. Vi pratar till exempel om väldigt intima saker. Vi fick gå en kurs i sexualitet för att lära oss hur man pratar kring det ämnet.*

Trots att vissa samtal kan upplevas som svåra, förklarade en kontaktsjuksköterska att mötet ändå kunde ge henne en positiv upplevelse eftersom det gav henne en möjlighet att kunna ta del av patientens livshistoria.

Det fanns de patienter som upplevdes beröra kontaktsjuksköterskorna mer än andra. Dessa patienter väckte något hos kontaktsjuksköterskorna. Situationerna upplevdes som känslomässigt påfrestande, men kunde skilja sig från att endast påverka sjuksköterskan för stunden till att efterlämna stora avtryck.

### Att inte ta med sig arbetet hem

Kontaktsjuksköterskorna försökte släppa arbetet när de kommer hem och istället fokusera på något annat. De upplevde att de redan hade bearbetat sina känslor tillräckligt på arbetet.

*Man kanske också måste lära sig att försöka släppa jobbet*

## Meningsfullt arbete

Alla kontaktsjuksköterskorna avslutade intervjuerna med att framhäva en stolthet över sitt arbete. De kände sig betydelsefulla och att de hade en viktig funktion att fylla. Bekräftelse från patienter och anhöriga uppskattades, men även utan den upplevdes arbetet som meningsfullt.

*Det är ett meningsfullt arbete. Ibland kan man kanske inte hjälpa någon med allt, men man kan göra det man kan och då känner man sig väldigt betydelsefull. Det är ett väldigt roligt arbete.*

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Syftet med intervjuerna var att beskriva kontaktsjuksköterskors upplevelser av att stödja vuxna patienter med en cancerdiagnos vid kirurg- och urologkliniker på akutsjukhus i en storstad. Metoden kvalitativ intervjustudie lämpade sig väl för att besvara syftet eftersom den utgår från intervjupersonens subjektiva upplevelser.

Antalet kontaktsjuksköterskor är begränsat till varje sjukhus förutsättningar (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2007). I den storstad där intervjuerna ägt rum finns det samtidigt ett stort antal kontaktsjuksköterskor. Begränsningen att endast genomföra intervjuer på vissa kliniker gjordes eftersom det skulle ha blivit alltför tidskrävande att intervjua och bearbeta datamaterial från alla berörda kliniker i den storstad som valdes.

Syftet var att studera gruppen kontaktsjuksköterskors upplevelser på kirurg- och urologkliniker. En homogen samplingsmetod användes därför med fördel i enlighet med Polit och Beck (2012) som menar på att det kan ge en djupare förståelse hos en specifik grupp. Totalt genomfördes sju intervjuer, vilket författarna ansåg gav ett underlag för vidare analysering.

Kriteriet att kontaktsjuksköterskorna endast skulle beskriva upplevelser av att stödja vuxna patienter med en cancerdiagnos upplevdes som naturligt eftersom det endast vårdas vuxna patienter på kirurg- och urologkliniker. Kontaktsjuksköterskorna hade inte någon erfarenhet av barnpatienter på kirurg- och urologkliniker.

Intervjuerna har själva kontaktat verksamhetschefen på respektive akutsjukhus för att få tillstånd att genomföra intervjun samt ge en personlig presentation i enlighet med Polit och Beck (2012) som menar på att det är viktigt att skapa ett intresse och förtroende för studiens syfte för att få tillstånd att genomföra intervjun. Efter verksamhetschefens godkännande fick författarna själva ta kontakt med kontaktsjuksköterskor, vilket upplevdes som positivt eftersom det gav en möjlighet till en personlig presentation av såväl författarna som studien.

Kontaktsjuksköterskorna fick föreslå tid och plats i enlighet med Trost (2010) som menar på att val av plats för intervjun kan påverka intervjupersonens känsla av trygghet. Samtliga valde att bli intervjuade på sina arbetsplatser. En fördel med att intervjuerna tog plats där var att kontaktsjuksköterskorna upplevdes avslappnade i den miljön. De visade det med ett öppet kroppsspråk och avspänt tonfall. Författarna upplevde därmed inte att ljudbandinspelningen påverkat intervjupersonernas känsla av trygghet under intervjun.

Det förekom inte några avbrott under intervjun, vilket enligt Trost (2010) skulle kunna vara en nackdel vid intervju på arbetsplatser.

Det genomfördes en pilotintervju som inkluderades i studien eftersom författarna upplevde att den gav relevant material för studiens syfte i enlighet med Trosts (2010) resonemang kring användandet av pilotintervjuer när innehållet är relevant. Syftet med pilotintervjun var även att testa intervjuguiden vilket upplevdes som fördelaktigt eftersom författarna hade begränsad tidigare erfarenhet av att intervjua. Strukturen för intervjuerna har bibehållits vid alla intervjutillfällen eftersom intervjuerna med hjälp av intervjuguiden resulterade i datamaterial som besvarade studiens syfte. Författarnas förmåga att med hjälp av följdfrågor styra samtalets riktning samt att kontaktsjuksköterskorna gav utförliga svar ledde till ett resultat som var brett och relevant för studiens syfte i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) som menar på att intervjuens kvalitet kan höjas genom rika och specifika svar samt följdfrågor som utforskar nya perspektiv. Intervjuerna hade olika längd, oberoende längd på intervjun erhöles repetitiva datamaterial vid varje intervju. Det fanns även under samtliga intervjuer tid för följdfrågor och utveckling av olika teman.

Urvalskriteriet att kontaktsjuksköterskan skulle ha minst två års erfarenhet upplevdes som relevant i enlighet med Benners (1993) definition på kompetens. Kompetens definierades där som det stadium när sjuksköterskan har nått en ökad medvetenhet och har ett mer långsiktigt perspektiv. Intervjuade kontaktsjuksköterskor upplevdes ha en hög grad av medvetenhet om sina egna handlingar och en vana att diskutera dessa handlingar med andra. Författarna upplevde att de hade ett långsiktigt perspektiv i omvårdnaden kring patienten i och med att samtliga var delaktiga i utvecklingsprojekt. Vanan att kunna diskutera egna åsikter och tankar kan enligt Kvale och Brinkmann (2009) leda till att intervjupersonen redan i förväg kan ha en bestämd uppfattning kring intervjuens riktning. Under intervjuerna upplevdes istället att kontaktsjuksköterskorna var måna om att deras svar skulle besvara studiens syfte, de sökte bekräftelse på att deras svar varit relevanta. Genom att upprepa svaren visade författarna också att de hade förstått intervjupersonen rätt i enlighet med Malterud (2009) som menar på att bekräftelse kan stärka studiens validitet och undvika missförstånd.

Författarna hade under varje intervju uppdelade roller i enlighet med Trost (2010) som menar att det annars kan finnas en risk att intervjupersonen upplever ett maktövertagande när det är två intervjuare. Kontaktsjuksköterskorna upplevdes bekväma med att vända sig till den personen med en aktiv intervjuroll. De upplevdes visa detta genom ett avslappnat kroppspråk och god ögonkontakt med intervjuaren. Rollfördelningen underlättade även bibehållandet av intervjuens struktur samt gav en möjlighet till reflektion hos författarna emellan efter avslutad intervju i enlighet med Trost (2010) som menar att intervjuerna kan ta hjälp av och komplettera varandra.

Intervjupersonerna använde sig inte av gester eller tonfall på ett sådant sätt att det berikade alternativt negativt påverkade intervjun. Vid transkriberingen av intervjuerna valde författarna därför att exkludera det icke-verbala språket i enlighet med Trost (2010) som menar att betydelsen av det icke-verbala språket inte ska överskattas.

Båda författarna har analyserat och diskuterat allt datamaterial tillsammans under analysprocessen för att få olika perspektiv på innehållet i enlighet med Polit och Beck (2012) som betonar vikten av att överväga alternativa betydelser av datamaterialet.

## Resultatdiskussion

Samtliga kontaktsjuksköterskor som har blivit intervjuade uppvisade ett stort engagemang i sitt arbete. I resultatet har författarna funnit att kontaktsjuksköterskor själva var med och lade grunden för yrkestiteln kontaktsjuksköterska och vilka uppgifter som den skulle omfatta i omvårdnaden kring patienten på deras enheter. Samtliga har varit verksamma på respektive sjukhus sedan den yrkestiteln instiftades. Författarna upplevde att utvecklingsarbetet motiverade kontaktsjuksköterskorna till att fortsätta söka ny kunskap kring stöd och omvårdnad, vilket överensstämmer med Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning att sjuksköterskan ska söka ny kunskap och hålla sig uppdaterad om nya rön.

I resultatet framkom att kontaktsjuksköterskorna ansåg att det behövs goda kunskaper inom den cancersjukdom som patienten har samt samtalsmetodik för att kunna tillgodose patientens olika behov av stöd. I en studie gjord av Kvåle och Bondevik (2010) kom man fram till att kompetens och kunskap om cancer och behandling skapar trygghet hos patienterna. Samtidigt påpekades att patienterna uppskattade sjuksköterskor som både hade erfarenhet samt förmåga att kombinera klinisk kunskap och omvårdnadsarbete med ett medmänskligt bemötande.

Under intervjuerna framkom att kontaktsjuksköterskorna upplevde att de gav ett emotionellt och bekräftande stöd genom samtal med patienten. Under samtalen strävade de efter att vara lyhörda för patientens behov. Vissa patienter ville diskutera känslor, andra behövde hjälp med att sätta ord på sin upplevelse. Det framkom även att kontaktsjuksköterskorna gav ett informativt och instrumentellt stöd i form av hjälpmedel, t.ex. hantering av urinuppsamlingspåse, för att kunna klara vardagssysslor. De olika typer av stöd som framkom i resultatet har likheter med det sociala stöd som Carlsson (2007) indelar i kategorierna emotionellt stöd, bekräftande stöd, informativt stöd och instrumentellt stöd.

Kontaktsjuksköterskorna betonade vikten av att möta patienten där han eller hon är. En kontaktsjuksköterska ansåg att yrkesrollen innebär att göra livet så normalt som möjligt trots den sjukdom som patienten har, vilket är en av hörnstenarna i personcentrerad vård enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010).

Faktorer som kunde påverka hur stödet såg ut var kön, ålder och diagnos enligt kontaktsjuksköterskorna. Män uppfattades ofta som mer praktiskt lagda i sina frågor än kvinnor, detta kan skilja sig från fall till fall och därför behövs individuellt anpassade stöd. Gray, Fitch, Phillips, Labrecque och Fergus (2008) kom i sin studie fram till att män med prostatacancer upplever sig ha ett lägre behov av stöd, de är mer fokuserade på praktiska åtgärder och vill inte vara en börda för andra människor. Enligt dessa författare vill män ofta återgå till att leva ett så normalt liv som möjligt.

Stödet som kontaktsjuksköterskorna gav anpassades till var i bearbetningsprocessen som patienten befann sig. Kontaktsjuksköterskorna upplevde att patienter som har kort intervall mellan besked och operation inte har hunnit förstå och bearbeta sjukdomens innebörd uppvisade ett mindre behov av stöd jämfört med patienter som haft ett längre sjukdomsförlopp. Patienter med kort intervall upplevdes inte ha hunnit påbörja sin bearbetningsprocess utan är kvar i den reaktionsfas som Cullberg (2006) skriver kan pågå i upp till sex veckor.

Kontaktsjuksköterskorna upplevde att patienter som kommit längre i sin bearbetningsprocess hade ett större behov av ett psykosocialt stöd i enlighet med Cullberg (2006) som menar att patienter i bearbetningsfasen är mer mottagliga för stöd.

Kontaktsjuksköterskorna belyste vikten av att anpassa information. Chocken över att få en cancerdiagnos kunde skapa ett behov hos patienten att få informationen vid upprepade tillfällen såväl muntligt som skriftligt. I en studie gjord av Lei, Har och Abdullah (2011) konstaterades att information bör ges flera gånger eftersom patienter som har fått en cancerdiagnos har svårt att ta in information men är i stort behov av det. Samma studie visade på skillnader mellan patienternas och sjuksköterskorna uppfattning kring behov av information. Patienterna i deras studie hade en annan uppfattning än sjuksköterskorna kring vilken information som behövdes. Slutsatsen i den studien visar på att det finns ett behov av att först göra en bedömning av vilket patientens behov är innan information ges. Intervjuade kontaktsjuksköterskor upplevdes sträva efter att först fånga upp patientens behov, därefter anpassades stöd och information. Förmågan att kunna ta in informationen upplevdes bero på var i bearbetningsprocessen som patienten befann sig. Finney et al. (2005) ansåg i sin studie att kontinuerligt och anpassad information till patientens diagnos är nödvändigt under hela sjukdomsförloppet. Kontaktsjuksköterskorna konstaterade att det praktiska stödet ofta övergick i ett psykosocialt stöd. Information upplevdes skapa ett lugn hos patienten. Det praktiska stödet kunde även öppna upp samtalet till att beröra psykosociala frågor.

Kontaktsjuksköterskorna såg ett stort behov av psykosocialt stöd vilket stämmer väl överrens med slutsatsen som Hellbom (2011) drar, nämligen att det finns ett stort behov av psykosocialt stöd hos patienter som har eller har haft en cancerdiagnos. Kontaktsjuksköterskorna upplevde att de ofta står för den största delen av det psykosociala stödet till patienterna. De etablerade en relation, lyssnade på patienten och hjälpte patienten att gå vidare i livet.

Etablerandet av en relation upplevdes som viktig för kontaktsjuksköterskorna. Ett kontinuerligt stöd ansågs kunna underlätta för patienten vid samtal kring ämnen som patienten upplevde som svåra. Genom att finnas där, ge information och reducera antalet vårdkontakter försökte kontaktsjuksköterskorna tillgodose patientens behov av trygghet och skapa ett förtroende. Enligt en rapport från SKL (2012) ligger det i yrkesrollen att ha en speciell tillgänglighet och vara namngiven för patienten. Thygesen, Pedersen, Kragstrup, Wagner och Mogensen (2012) har i sin studie kommit fram till att patienter lättare kan få förtroende för en kontaktsjuksköterska än för en läkare. Det kunde enligt dem bero på att patienterna upplevde att kontaktsjuksköterskan var tillgänglig, lyssnade och tog till sig deras värderingar och synpunkter. Detta stämmer överrens med studiens resultat där det framkom att patienterna i vissa fall specifikt bett om att få prata med en läkare men sedan varit nöjda med att enbart prata med en kontaktsjuksköterska.

Alla kontaktsjuksköterskorna ansåg att deras uppdrag var att vara tillgängliga för patienten. De upplevde att deras tillgänglighet på enheterna var tillräcklig för patienternas behov. De diskuterade för- och nackdelar med den tillgänglighet de hade via telefon då de löst det på olika sätt på olika enheter. I mån av möjlighet erbjöds samtal på enheten om det upplevdes finnas ett sådant behov hos patienterna. Det var inte alla kontaktsjuksköterskor som hade kontakt med alla sina patienter, de upplevde ändå att patienten kände en trygghet i och med att det fanns ett telefonnummer och någon som den kunde vända sig till vid behov. Enligt Socialstyrelsen (2007) kan tillgänglighet skapa trygghet hos patienten.



En kontaktsjuksköterska upplevde att det direktintag som hon kunde erbjuda sina patienter bidrog till att skapa trygghet hos patienterna.

Av resultatet framkom att kontaktsjuksköterskorna lotsade patienten vidare för att de upplever att patienten har behov som tillhör en annan yrkegrupp, vilket stämmer överrens med SKL:s (2012) beskrivning att en kontaktsjuksköterska ska kunna hänvisa en patient vidare när han eller hon inte kan vara tillgänglig. Fashoyin-Aje, Martinez och Dy (2012) anser att det finns ett behov av någon som förmedlar vårdkontakter, koordinerar vården kring patienten samt ger psykosocialt stöd inom cancervården, vilket är några av de uppgifter som kontaktsjuksköterskorna upplevde att de hade.

Det rådde delade meningar kring hur samarbetet med andra yrkesgrupper fungerade på respektive enhet. Några av dem var helt tillfredställda, andra såg möjligheter och behov till förbättringar. Författarna reflekterade över att de delade meningarna skulle kunna bero på sjukhusens olika uppbyggnad rent praktiskt. På vissa sjukhus satt de olika yrkesgrupperna längre ifrån varandra, på andra sjukhus arbetade yrkesgrupperna tätt intill varandra. Behovet av samarbete med andra yrkesgrupper kunde även skilja sig beroende på vilken patientgrupp som kontaktsjuksköterskorna tog hand om. Kontaktsjuksköterskorna hade erfarenhet av multidisciplinära möten och var positivt inställda till att ha det. Det var inte alla enheter som fortsatte att ha dessa möten men samtliga ansåg att samarbetet med andra yrkesgrupper gav en god möjlighet att kunna diskutera och förbättra patientens vårdplanering. I en studie gjord av Du et al. (2011) kom författarna fram till att multidisciplinära teammöten har en signifikant betydelse för förbättrandet av kvalitén på cancervård och kliniska resultat vid behandling. Studien lyfter även betydelsen av ett gott samarbete mellan olika yrkesgrupper.

Alla kontaktsjuksköterskorna upplevde att stödet och samarbetet med deras närmaste kollega på enheten var viktigast. Det gav dem både en möjlighet att kunna stödja varandra i olika beslut och en möjlighet att kunna ge stöd till varandra vid patientfall som upplevdes som känslomässigt tunga. I en studie av AbuAlRub (2004) undersöks relationen mellan stress på arbetet, prestation och socialt stöd bland sjuksköterskor på sjukhus. Där framkom att ett socialt stöd från arbetskamrater upplevdes höja arbetsprestationen och gav minskad stress på arbetet.

Författarna konstaterade att kontaktsjuksköterskornas entusiasm speglade den syn de hade på sitt arbete som meningsfullt. Eventuellt finns det även en koppling mellan den positiva inställningen och deras drivkraft att ständigt vilja förbättra sitt arbete och utveckla vården för patienten. Resultatet i en studie gjord av Vesterinen, Isola och Paasivaara (2009) speglar vikten av vidareutbildning för sjuksköterskors kompetensutveckling och trivsel på arbetet. Alla kontaktsjuksköterskorna upplevde en stolthet över sitt arbete och att de hade en viktig funktion i patientens liv.

### **Slutsats**

Kontaktsjuksköterskorna upplevde att det viktigaste i deras arbete var att försöka fånga upp det som patienten upplevde som svårast och sedan anpassa stödet utifrån det. De upplevde att de gav patienterna olika stöd, såväl praktiskt stöd som psykosocialt stöd. Dessa stöd var ofta kopplade till varandra. Ett gott samarbete med sin närmaste kollega och andra yrkesgrupper upplevdes som viktigt för att kunna tillgodose patientens behov av stöd.

Alla kontaktsjuksköterskorna uppvisade ett intresse för vidareutbildning för utveckling av sin egen kompetens och en vilja att förbättra vården för patienten. Författarna upplevde ett stor engagemang i frågor rörande stödet och omvårdnaden av patienter med cancerdiagnos hos intervjuade kontaktsjuksköterskor.

### Klinisk tillämpbarhet

Studiens resultat visade att kontaktsjuksköterskor upplevde att patienter med en cancerdiagnos har behov av olika sorters stöd. Vikten av ett individuellt anpassat stöd lyftes även i studien. Författarna upplevde därför att resultatet kan vara applicerbart även inom andra patientgrupper där stöd är en central del i omvårdnaden.

Under hösten 2012 har SKL samordnat ett utvecklingsarbete kring kontaktsjuksköterskans roll nationellt med fokus på utbildningsfrågor, tillgänglighet, samarbete med andra yrkesgrupper och kompetensförsörjning (Sveriges kommuner och landsting, 2012). Resultatet i studien skulle därför kunna bidra till detta projekt.

### **Förslag på vidare studier**

Studien omfattade sju intervjupersoner, i utvecklingsarbetet kring kontaktsjuksköterskans roll föreslås en kvantitativ studie för att nå ut till fler kontaktsjuksköterskor och få ett bredare perspektiv för hela landet. Dessutom skulle det även vara av intresse att få en bild av hur patienterna upplever det stöd som de får av kontaktsjuksköterskor. Detta för att kunna utvärdera om kontaktsjuksköterskornas syn på patientens behov överensstämmer med patienternas. Författarna har inte påträffat nationella studier som berört dessa ämnen.

## REFERENSER

- AbuAlRub, R. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses [Elektronisk version]. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 73-8.
- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y. & Uchitomi, Y. (2004). Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: Associated and Predictive Factors [Elektronisk version]. *Journal of Clinical Oncology*, 22(10), 1957-65.
- Alexiusdottir, K., Möller, P., Snaebjornsson, P., Jonasson, L., Olafsdottir, E., Björnsson, E., ... Jonasson, J. (2012). Association of symptoms of colon cancer patients with tumor location and TNM tumor stage [Elektronisk version]. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 47(7), 795-801.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert: mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Carlson, L. & Bultz, B. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and quality of life outcomes*. E-publicerad 17 april 2003. doi: 10.1186/1477-7525-1-8
- Carlsson, M. (2007). Psykosocial cancervård – en introduktion. I M. Carlsson (Red.), *Psykosocial cancervård* (ss. 13-20). Lund: Studentlitteratur.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling samt Katastrofpsykiatri och sena stressreaktioner* (5:e uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Dalen, M. (2007). *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Du, C., Li, J., Cai, Y., Sun, Y., Xue, W., & Gu, J. (2011). Effect of multidisciplinary team treatment on outcomes of patients with gastrointestinal malignancy [Elektronisk version]. *World journal of gastroenterology*, 17(15), 2013-8.
- Eguia, V., Gonda T. & Saif, M. (2012). Early detection of pancreatic cancer [Elektronisk version]. *Journal of the pancreas*, 13(2), 131-4.
- Elmberger, E., Bolund, C. & Lützén, K. (2000). Transforming the exhausting to energizing process of being a good parent in the face of cancer [Elektronisk version]. *Health care for women international*, 21(6), 485-99.
- Fashoyin-Aje, L., Martinez, K. & Dy, S. (2012). New patient-centered care standards from the commission on cancer: opportunities and challenges [Elektronisk version]. *The Journal of supportive oncology*, 10(3), 107-11.
- Ferrell, B., Paice, J. & Koczywas, M. (2008). New standards and implications for improving the quality of supportive oncology practice [Elektronisk version]. *Journal of Clinical Oncology*, 26(23), 3824-31.

- Finney Rutten, L., Arora, N., Bakos, A., Aziz, N. och Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003) [Elektronisk version]. *Patient Education and Counseling*, 57(3), 250-61.
- Fossum, B. (2003). Communication in the Health Service: Two examples (akademisk avhandling) [Elektronisk version]. Stockholm: Karolinska institutet.
- Gray, R., Fitch, M., Phillips, C., Labrecque, M. & Fergus, K. (2000). To tell or not to tell: patterns of disclosure among men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 9(4), 273-82.
- Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Hellbom, M. (2011). Psykologiska och sociala konsekvenser. I Hellbom, M. & Thomé, B. (Red.), *Perspektiv på onkologisk vård* (ss.219-237). Lund: Studentlitteratur.
- Hellbom, M., Bergelt, C., Bergenmar, M., Gijzen, B., Loge, J., Rautalahti, M., Smaradottir, A. & Johansen, C. (2011). Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective [Elektronisk version]. *Acta Oncologica*, 50(2), 179-86.
- Holland, J. (2003). American Cancer Society Award Lecture. Psychological care of patients: Psycho-Oncology's contribution [Elektronisk version]. *Journal of Clinical Oncology*, 21(23), 253-65.
- Hälso- och sjukvårdsnämnden (2007). *Yttrande över motion av Inger Ros m.fl. (s) om inrättande av vårdlotsar för personer med funktionshinder*. Hämtad den 4 april, 2012, från: <http://www.sll.se/Handlingar/Landstingsstyrelsen/2008/ls080916/tjuthsn0066.pdf>
- International Council of Nurses. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Kissane, D., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D., Bloch, S. & Smith, G. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis [Elektronisk version]. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 38(5), 320-6.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kvåle, K. & Bondevik, M. (2012). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care [Elektronisk version]. *Oncology nursing forum*, 37(4), 436-42.
- Lantz, A. (2007). *Intervjumethodik* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lei, C., Har, Y. & Abdullah, K. (2011). Informational needs of breast cancer patients on chemotherapy: differences between patients' and nurses' perceptions [Elektronisk version]. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12(3), 797-802.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss.159-172). Lund: Studentlitteratur.

MacDonald, N., Shapiro, A., Bender, C., Paolantonio M. & Coombs, J. (2012). Experiences and perspectives on the GIST patient journey. *Patient Preference and adherence*. E-publicerad 23 mars 2012. doi: 10.2147/PPA.S24617

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Morse, J., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research [Elektronisk version]. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22.

National Collaborating Centre for Cancer. (2008). *Prostate cancer: Diagnosis and treatment*. Hämtad 10 november, 2012, från National Collaborating Centre for Cancer: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49533/pdf/TOC.pdf>

Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M., Katsumata, N., Ando, M., Adachi, I., Akechi, T. & Uchitomi, Y. (2000). Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors [Elektronisk version]. *Breast Cancer Research Treatment*, 61(2), 131-7.

Ottosson, J-O. & D'Elia, G. (2008). *Rädsla oro ångest: Behandling i samarbete*. Stockholm: Liber.

Polit, D. & Beck, C. (2012). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9:e uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Reitan, A. (2003). Onkologisk omvårdnad. I Reitan, A. & Schölberg, T. (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient - problem – åtgärd* (ss. 15-25). Stockholm: Liber.

Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research [Elektronisk version]. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 304-10.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 1 november, 2012, från Socialstyrelsen: [http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer: Beslutsstöd för prioriteringar*. Hämtad 10 september, 2012, från Socialstyrelsen: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8947/2007-102-9\\_200710291.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8947/2007-102-9_200710291.pdf)

Socialstyrelsen. (2012). *Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2012*. Hämtad 28 augusti, 2012, från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18623/2012-3-6.pdf>

Socialstyrelsen & Cancerfonden. (2009). *Cancer i siffror 2009: Populärvetenskapliga fakta om cancer*. Hämtad 27 augusti, 2012, från Socialstyrelsen: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8348/2009-126-127\\_2009126127.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8348/2009-126-127_2009126127.pdf)

Stella, G., Senetta, R., Cassenti, A., Ronco, M. & Cassoni, P. (2012). Cancers of unknown primary origin: current perspectives and future therapeutic strategies [Elektronisk version]. *Journal of translational medicine*. E-publicerad 24 januari 2012. doi: 10.1186/1479-5876-10-12

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförening om... Personcentrerad omvårdnad*. Hämtad 7 september, 2012, från Swenurse: [http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80\\_26nov\\_OM%20Personcetrerad.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80_26nov_OM%20Personcetrerad.pdf)

Sveriges kommuner och landsting. (2011). *Kontaktsjuksköterska i cancervården: Regional länsbeskrivning*. Hämtad 6 november, 2012, från Sveriges kommuner och landsting: [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/cancervard/utvecklingsarbeten\\_cancervard/kontaktsjukskoterska](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/cancervard/utvecklingsarbeten_cancervard/kontaktsjukskoterska)

Sveriges kommuner och landsting. (2012). *Kontaktsjuksköterska i cancervården: ett utvecklingsarbete inom ännu bättre cancervård*. Hämtad 7 september, 2012, från Sveriges kommuner och landsting: [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/halsaochvard/cancervard/utvecklingsarbeten\\_cancervard/kontaktsjukskoterska](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/cancervard/utvecklingsarbeten_cancervard/kontaktsjukskoterska)

Thygesen, M., Pedersen, B., Kragstrup, J., Wagner, L. & Mogensen, O. (2012). Gynecological cancer patients' differentiated use of help from a nurse navigator: a qualitative study. *BioMed Central Health Services Research*. E-publicerad 21 juni 2012. doi: 10.1186/1472-6963-12-168

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Turnbull Macdonald G., Baldassarre, F., Brown, P., Hatton-Bauer, J., Li, M., Green, E. & Lebel, S. (2012). Psychosocial care for cancer: a framework to guide practice, and actionable recommendations for Ontario [Elektronisk version]. *Current Oncology*, 19(4), 209-16.

Vesterinen, S., Isola, A. & Paasivaara, L. (2009). Leadership styles of Finnish nurse managers and factors influencing it [Elektronisk version]. *Journal of Nursing Management*, 17(4), 503-9.

Wettergren, L. (2007). Traumatisk kris vid cancer. I M. Carlsson (Red.), *Psykosocial cancervård* (ss. 23-37). Lund: Studentlitteratur.

Widmark, A., Bergh, J. & Henriksson, R. (2008). Organbevarande behandling vid solida tumörsjukdomar. I Ringborg, U., Dalians, T. & Henriksson, R. (Red.), *Onkologi* (ss. 243-249). (2:a uppl.). Stockholm: Liber.

Yu, Y-H., Wei, W. & Liu, J-L. (2012). Diagnostic value of fine-needle aspiration biopsy for breast mass: a systematic review and meta-analysis. *BioMed Central Health Services Research*. E-publicerad 25 januari 2012. doi: 10.1186/1471-2407-12-41

## BILAGA I

Stockholm 2012-09-05

Till verksamhetschef  
XXX  
Vid XXX-kliniken

Vi heter NN och NN och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör kontaktsjuksköterskors upplevelse av att stödja vuxna patienter med en cancerdiagnos (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra arbetet vid kliniken på ert sjukhus.

Om Du godkänner att studien genomförs vid xx-kliniken, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid kirurg- och urologikliniken är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss/mig eller vår/min handledare.

Vänlig hälsning

---

Students namnteckning

NN

Students namnförtydligande

Students telefonnummer

Students E-postadress

---

Handledares namnteckning

Handledares namnförtydligande

---

Handledares telefonnummer

---

Students namnteckning

NN

Students namnförtydligande

Students telefonnummer

Students E-postadress



## **INTERVJUGUIDE**

### **Introduktion**

Hur länge har du arbetat som kontaktsjuksköterska?

Hur länge har du arbetat på avdelningen?

Vilka andra arbetsplatser har du arbetat på som kontaktsjuksköterska?

### **Upplevelse**

Beskriv dina upplevelser kring stödjande möten på kirurg och urologkliniken.

Vilka olika sorters stöd ger du patienten?

Hur kan det stöd du ger skilja sig från person till person?

Hur upplever du att patienten tar emot stödet?

### Personlig utveckling

Hur har du utvecklats personligt i de möten där du stödjer patienter med en cancerdiagnos?

### Emotionell påverkan

Beskriv din emotionella påverkan vid de möten där du stödjer patienter med en cancerdiagnos.

### Samspel mellan olika yrkesgrupper

På vilket sätt påverkar samspelet med andra yrkesgrupper patientens behov av stöd från kontaktsjuksköterskor?

### **Avslutning**

Hur ser du på skillnaden mellan kontaktsjuksköterskans och allmänsjuksköterskans roll i det stödjande mötet?

Finns det något mer du vill säga/tillägga?