



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors bedömning av omvårdnadsbehov hos män med prostatacancer

Att vårda genom att fråga

Författare: Jenny-Ann Johansson
Eva Wetterling

Handledare: Bibbi Thomé

Magisteruppsats

Maj 2010

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Sjuksköterskors bedömning av omvårdnadsbehov hos män med prostatacancer

Att vårda genom att fråga

Författare: Jenny-Ann Johansson
Eva Wetterling

Handledare: Bibbi Thomé

Magisteruppsats

Maj 2010

Abstrakt

Män med prostatacancer är en starkt växande grupp och årligen diagnostiseras 9 000 nya fall i Sverige. Behandling medicinsk eller kirurgisk leder till förändrade kroppsfunktioner, sänkt självkänsla och identitetsförändringar. I tidigare studier av mäns upplevelser av prostatacancer framkommer symtom som elimination, fatigue, sexualitet, smärta, kroppsuppfattning och livskvalitet som mest framträdande. Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor bedömer och hanterar omvårdnadsbehov hos män som behandlas för prostatacancer. Studien genomfördes som en kvalitativ studie där tjugo sjuksköterskor som vårdade män med prostatacancer intervjuades. Intervjuerna utfördes på två sjukhus i södra Sverige. Intervjumaterialet analyserades utifrån Graneheim och Lundman med innehållsanalys. I resultatet framkom fyra huvudkategorier: Betydelsen av samtal, Tillgodose stöd, Hantera plågsamma uttryck och Ge och få kunskap och information. Det genomgående temat var att sjuksköterskor gav vård genom att fråga med samtalet som verktyg.

Nyckelord

Prostatacancer, sjuksköterskor, innehållsanalys, bedömer, omvårdnadsbehov.

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	2
Behandling vid prostatacancer	3
Behandling och biverkningar	3
Symtom vid prostatacancer	4
Elimination	4
Fatigue	4
Sexualitet	5
Smärta	5
Kroppsuppfattning och livskvalitet	5
Sjuksköterskans roll	6
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Genomförande av datainsamling	7
Genomförande av databearbetning	8
Etisk avvägning	8
Resultat	8
Betydelsen av samtal	9
Skapa utrymme för samtal	9
Förbereda samtal	9
Villkor för samtal	10
Tillgodose stöd	10
Olika behov av stöd under sjukdom och behandling	10
Stöd från sjuksköterska	11
Stöd från andra	12
Stöd till närstående	12
Hantera plågsamma uttryck	13
Bedöma och hantera symtom	13
Begränsning vid symtom bedömning	14
Ge och få kunskap och information	14
Tillgång till kunskap och information	14
Förmedla kunskap och information	15
Mottaglig för kunskap och information	16
Diskussion	16
Diskussion av vald metod	16
Diskussion av framtaget resultat	17
Konklusion	20
Referenser	22
Bilaga 6 (6)	25
Bilaga 1 (6)	27
Bilaga 2 (6)	28
Bilaga 3 (6)	30
Bilaga 4 (6)	31
Bilaga 5 (6)	33

Problembeskrivning

Den vanligaste cancerformen hos män är prostatacancer och årligen diagnostiseras cirka 9 000 nya fall i Sverige. Prostatacancer är en sjukdom som sällan ger några symtom i ett tidigt stadium. Det är först när mekanisk kompression av urinröret sker som vattenkastningsbesvär uppstår. Behandling vid prostatacancer är medicinsk eller kirurgisk och ger oftast biverkningar med urininkontinens, läckage från tarmen och försämrade erektionsförmåga. Mannens kroppsfunktioner förändras vilket leder till upplevelser av sänkt självkänsla och identitetsförändringar (Socialstyrelsen [SoS], 2007). Det finns flera studier gjorda om mäns upplevelser efter diagnos och behandling av prostatacancer. I en studie av Hedestig, Sandman och Widmark (2003) belyses innebörden av att leva med obehandlad prostatacancer, sju män intervjuades. Männerna beskrev känslan av att leva i nuet som viktigast. I en studie av Lindqvist, Widmark, och Rasmussen (2006) intervjuades 18 män med hormonrefraktär prostatacancer. Männerna beskrev innebörden av att leva med kroppsliga besvär. Männerna beskrev besvär som fatigue, smärta och förändrat sexualliv. Genom hormonbehandling upplevde männen att de hade förlorat sin manlighet.

I en studie av Kvåle (2007) intervjuades 20 patienter som var inlagda på en onkologavdelning. Syftet var att ta reda på om patienterna ville tala om sina känslor, sin framtid och varför de ibland valde att inte göra det. Det framkom att de inte alltid önskade samtala med sjuksköterskorna men de ville ha erbjudandet. Patienterna önskade själva välja med vem, när och om vad de ville samtala om. Studier av Lindqvist et al. (2006) och Hedestig et al. (2003) visade att männen bar sina känslor och tankar för sig själva. De valde att inte delge sin omgivning då de hade uppfattningen att cancersjukdom gör att andra kommer att ta avstånd från dem eller visa dem medlidande.

Aktuell forskning med män med prostatacancer redovisar deras upplevelse av att leva med sjukdomen. Olika biverkningar uppträder till följd av vilken behandling männen får. Varje man är unik och alla upplever sina behov olika. Vi vet idag lite om hur sjuksköterskor bedömer och hanterar omvårdnadsbehov hos män med prostatacancer.

Bakgrund

Vanligen drabbas män över 70 år (75 %) av prostatacancer, mer ovanligt före 50 års ålder och årligen avlider cirka 2 500 män i sjukdomen. Under 1990-talet till början av 2000-talet skedde en fördubbling av antalet prostatacancerfall. En bidragande orsak tros vara ökad användning av PSA-tester (prostata specifikt antigen). Män med mindre aggressiv prostatacancer uppvisar sällan symtom (Cancerfonden, 2009a). I en studie av Hugosson, Aus, Lilja, Lodding och Phil (2004) på 20 000 män utvärderades effekten med PSA-tester. Studien visade att endast ett fåtal av männen med vattenkastningsbesvär hade prostatacancer. Socialstyrelsen (2007) har beslutat om att vara restriktiva med att utföra PSA-tester. De menar att man kan hitta prostatacancer som egentligen inte hade behövt behandlats. Männerna slipper vetskapen om cancerdiagnos och genomlida ett ställningstagande till behandling eller ej. Vilket kan hända vid ett förhöjt PSA-test (Cancerfonden, 2009a).

Behandling vid prostatacancer

Vid behandling av prostatacancer tas hänsyn till tumörstadium, aggressiviteten på cancercellerna och PSA-värdet. Vid tidig upptäckt är kurativ behandling möjlig. Prostatakörteln opereras bort eller strålbehandlas internt/externt. Männen har även möjlighet att välja watchful waiting (vänta och se), årliga kontroller och PSA-tester vid begränsad tumör. Denna metod rekommenderas till män över 75 år med en förväntad överlevnad av 10 år då bieffekter av behandling vill undvikas. Vid avancerad sjukdom när cancern inte längre är botbar och metastaserad ges hormonbehandling som bromsmedicin. Det finns fyra behandlingsalternativen, orchidectomi och tre olika former av hormoner som hämmar tillväxten och reducerar tumören. Hormonrefraktär sjukdom innebär att tumören inte längre är känslig för hormonbehandling. Vid spridd prostatacancer ges cytostatikabehandling, yttre eller inre strålbehandling för att bromsa upp förloppet, bifosfonater ges för att stärka skelettet och förebygga patologiska frakturer. Övrig behandling inriktas på att lindra männens symtom (Cancerfonden, 2009b).

Behandling och biverkningar

Vid kurativ operation tas hela prostatakörteln bort och det finns risk att de neurovaskulära nervbanorna skadas då dessa ligger nära intill. Skadan kan leda till erektil dysfunktion och urininkontinens oavsett om operationen utförs laparoskopiskt eller via öppen kirurgi (SoS, 2007).

Strålbehandling i kurativt syfte ges externt och/eller internt (radioaktiva frön inplanteras i prostatan eller via brachyterapi). Vanliga biverkningar är täta urinträngningar, lös avföring och impotens. Besvären klingar oftast av fyra-sex veckor efter avslutad strålbehandling. I en studie av Goodwin och Sridhar (2009) följdes män (n=475) under 48 månader efter avslutad strålbehandling. Syftet var att jämföra livskvalitén utifrån symtomen som män upplevde efter operation eller strålbehandling. Studien visade att män som genomgått strålbehandling hade mindre besvär med urininkontinens och sexuell funktion, dock uppvisade de mer besvär från tarmen än de män som genomgått operation.

Biverkningar efter orchidectomi är blodvallningar, impotens, förlorad sexlust, initiativlöshet, trötthet och osteoporosrisk. Biverkningar efter hormonbehandling beror på vilka hormoner som ges. Biverkningarna upphör när medicineringen avslutas.

- GnRH-agonistbehandling (kastraktion) ger biverkningar med värmevallningar, fatigue (trötthet), urkalkning av skelettet, impotens och förlorad sexlust.
- Antiandrogenbehandling ger biverkningar med ömmande bröst och tillväxt av bröstkörtlarna. Besvär kan även fås med viktökning, magbesvär, blodvallningar. Däremot påverkas inte det sexuella intresset och fysiska kapaciteten, vilket ger bättre livskvalitet än vid kastraktion.
- Östrogenbehandling verkar genom att prostatan atrofierar. Det ger symtom i form av feminisering med bröstförstoring, ökad risk för blodproppar och hjärtpåverkan. Östrogeneffekten leder till att testosteronnivåerna sjunker (SoS, 2007).

I en studie av Shahinian, Kuo, Freeman och Goodwin (2005) i syfte att identifiera om det fanns ökad frakturrisik på män med prostatacancer (n=50 613) i samband med hormonbehandling, visade resultatet tydlig risk för urkalkning av skelettet och att drabbas av

frakturer. I en studie av Navon och Morag (2004) intervjuades 15 israeliska män som genomgick hormonbehandling. Syftet var att undersöka hormonbehandlingens effekter på livskvaliteten. Det framkom att männen upplevde att behandlingen hade klätt av dem deras mentala känslor och de kände sig obrukbara.

Vissa män väljer att inte behandla sin prostatacancer utan går på kontroller (watchful waiting). I en intervjustudie på sju män med prostatacancer belyser Hedestig et al. (2003) innebörden av att leva med obehandlad prostatacancer. Männen beskriver innebörden som att leva under en skugga. De kände rädsla, osäkerhet, ensamhet och oro till följd av den livshotande sjukdomen. I en annan intervjustudie av Lindqvist et al. (2006) beskriver männen besvär som fatigue, smärta och förändrat sexualliv. Det framkom en idealbild av en traditionell västerländsk man som är stark, självständig, potent, målinriktad och med sina känslor under kontroll.

Symtom vid prostatacancer

Elimination

De mest besvärande urinproblemen hos män med prostatacancer är urinläckage, trängningar, svag stråle och residualurin. Detta leder till att männen behöver ha tillgång till toalett, har behov av blöjor och att de upplever rädsla för att lukta urin (SoS, 2007). I en studie av Jakobsson, Lovén och Hallberg (2004) undersöktes skillnaden på miktionsproblem mellan 155 män med prostatacancer, 131 män med benign prostatahyperplasi (BPH) och 129 män i övrig befolkning, alla i en ålder av 45-85 år. Studien visade att män med prostatacancer eller BPH besvärades mer av sömnsvårigheter och fatigue till följd av urinträngningar än vad som förekom bland män i övrig befolkning. I en studie av Hedestig, Sandman, Tomic och Widmark (2005a) intervjuades tio män i syfte att belysa deras upplevelse efter avslutad strålbehandling. De beskrev tarm och urinläckage som uttryck för en sviktande kropp. För att återta kontrollen var männen noga med att hålla reda på dagligt intag av mängd vätska och var toaletterna fanns. Författarna beskrev detta som ett verktyg för männen att förlika sig med sin situation och försöka glömma att de var cancerpatienter.

Fatigue

Fatigue definieras som en upplevd trötthet som inte går att sova bort, en subjektiv upplevelse. Fatigue yttrar sig fysiskt med minskad energi och svaghet i musklerna. Orsakerna beror på sjukdom, behandling och symtom. Symtom som kan förstärka upplevelsen av fatigue är smärta, illamående, infektioner och anemi (Cancerfonden, 2009c). I en studie av Jakobsson et al. (2004) beskrev männen den nya livssituationen och strävan efter att finna kontroll över den sviktande kroppen och sjukdomen. Författarna fann att trötthet, sömnsvårigheter och smärta var vanligare hos män med prostatacancer (i olika stadier av sjukdomen) än hos män med BPH. I en studie av Jonsson (2009) intervjuades tio män med nydiagnostiserad avancerad prostatacancer i syfte att se hur sjukdomen påverkade deras dagliga liv och i vilken omfattning fatigue förekom. Studien visade att männen inte kopplade fatigue till sjukdom utan upplevde den som en normal vardagsorkeslöshet.

Sexualitet

En viktig aspekt för välbefinnande och livskvalitet är att ha en sexuell förmåga och funktion. Kraven på livskvalitet förändras genom åren vilket kan göra att de äldre männen accepterar sitt öde bättre än de yngre (Cancerfonden, 2009d). Hedestig, Sandman, Tomic och Widmark (2005b) intervjuade tio män efter radikal prostataoperation i syfte att belysa deras upplevelser. Det framkom att männen upplevde sig förändrade som män. De fick sänkt självkänsla till följd av erektil dysfunktion. Upplevde sig stympade och längtade till det liv de hade före sjukdomen. I en studie av Lindqvist, Rasmussen och Widemark (2008) intervjuades tjugo män med hormonrefraktär prostatacancer och skelettmetastaser. Syftet med denna studie var att beskriva mäns upplevelser av fysiska symtom. Männen beskrev inte det förändrade sexuallivet som något stort problem även om de längtade och ibland drömde om ett fungerande sexualliv. I studien av Navon och Morag (2004) beskrivs förlusten av sexuallivet som förlorad manlighet och det jämförs med en bil utan motor. Studien av Jakobsson, Hallberg och Lovén (2000) visade att 25 män upplevde sexuallivets problem som bagateller i relation till att de bar kateter. Studiens syfte var att studera erfarenheter av urinproblem hos män med prostatacancer med kateter och påverkan på deras sexualliv. Det framkom att männen beskrev sina problem mer som tekniska än känslomässiga. I en studie av Hedestig et al. (2003) i syfte att beskriva innebörden av att leva med obehandlad lokaliserad prostatacancer. De beskrev känslan av att leva i nuet och att kunna lägga det som hänt bakom sig. Den strategi männen använde var fysisk aktivitet som bytte fokus på deras tankar och stillade deras inre oro. De valde att prata med andra män med prostatacancer när de skulle välja behandling och om urin och/eller tarmproblem. Däremot ville de inte diskutera sexuella/erektionsproblem.

Smärta

Socialstyrelsen beskriver i riktlinjerna för prostatacancervård att vid rätt användande av läkemedel enligt WHO's smärtrappa kan 90 % av cancerrelaterad smärta vid prostatacancer lindras framförallt vid avancerad cancer. Smärtorna är ofta rörelserelaterade och utgår från skelettmetastaser eller kringliggande lymfkörtlar. Smärtbehandling kan även fås med cytostatika- och strålbehandling, kortison, operation, alternativa metoder och blockader (SoS, 2007). I en studie av Lindqvist et al. (2006) sammankopplade män med prostatacancer sjukdomen med smärta och hot mot framtiden. Männen beskrev att ha smärta var att uppleva sig sjuk och utgjorde ett hinder i deras dagliga liv. Enligt SoS (2007) har smärtan många dimensioner (fysik, psykisk, social och existentiell) och måste utredas noga när behandling sätts in. De menar vidare att hänsyn måste tas till utlösande faktorer och hur mycket smärtan påverkar det dagliga livet. Effektivaste metoden för att behandla smärta är att eliminera orsaken.

Kroppsuppfattning och livskvalitet

I studien av Navon och Morag (2004) kände inte männen igen sin kropp. Till följd av feminisering fick de viktökning, gynekomasti och håravfall på kroppen. Mannen upplevde sitt könsorgan i storlek av ett barns. Vänners och närståendes frågor om viktökningen förklarades med god aptit. De försökte också dölja sin kropp i stora kläder. Mannen började se sig själva som en man utan maskulinitet. En del av männens partner hade svårt att hantera deras kroppsförändring. I en studie av Jonsson (2009) likställde männen sin manlighet med sin

sexuella funktion. Det framkom att yrkesarbetande män ville återgå till arbetet så fort som möjligt. Ett sätt för dem att hålla tankarna borta från cancer och få kontroll över det dagliga livet. I studien av Dirksen, Epstein och Hoyt (2009) fick 51 män med prostatacancer besvara ett frågeformulär i syfte att undersöka om det fanns en koppling mellan sömnsvårigheter, depression och stress. Studien bekräftade denna koppling. I studien av Jonsson (2009) beskrev män viljan att behandla cancer på bekostnad av sexualiteten. Det hade blivit mer viktigt med fysisk närvaro och gemenskap med partnern.

Sjuksköterskans roll

I sjuksköterskeprofessionen ingår uppgifter att utföra omvårdnadsåtgärder, utvärdera, samordna, förbereda, dokumentera samt hålla sig uppdaterad inom aktuell forskning (SOSFS, 2005; SSF, 2007). I en studie av Hallin och Danielsson (2008) intervjuades 15 sjuksköterskor om deras upplevelse om sitt arbete och om deras professionella utveckling. Studien visade att yrket ständigt är under utveckling vilket kräver nytt lärande. Det framkom behov av bättre samverkan mellan slutenvården och universitet/högskolor. I en studie av Hallin och Danielsson (2007) intervjuades 15 sjuksköterskor om upplevelsen av hinder och möjligheter i deras dagliga arbete. Studien visade att det var brist på personal och hög arbetsbelastning som gjorde att sjuksköterskorna upplevde det påfrestande att hela tiden bli avbrutna och svårigheter att under arbetstid hinna föra journalanteckningar. I SFS (2008:355) finns redskap för hur information ska föras vidare och hur samtal ska dokumenteras.

I en studie av Iranmanesh, Häggström, Axelsson och Sävenstedt (2009) intervjuades 16 sjuksköterskor inom slut- och öppenvård för att beskriva erfarenheter av att vårda döende patienter. Det framkom att sjuksköterskor måste vara medvetna om var alla möten sker. I hemmet är sjuksköterskan gäst hos patienten men vid sjukhusvård har patienten inte den tryggheten. I studie av Sandgren, Thulesius, Fridlund och Petersson (2006) intervjuades 16 sjuksköterskor om deras strävan efter emotionell överlevnad i palliativ vård på onkologi- och kirurgavdelning. Författarna beskriver att vissa patienter påverkar sjuksköterskor mer emotionellt vilket tömde dem på energi. De belyser svårigheter när sjuksköterskor blir känslomässigt engagerade vilket försvårar möjligheten till att stödja (ibid). I studien av Bäck-Petersson, Jensen och Segesten (1999) intervjuades 32 sjuksköterskor om hur mänsklig omsorg påverkade deras handlingar, attityder och professionella utveckling. Det framkom att de blev djupt berörda av patientens lidande, utsatthet och öde. Det väckte en känsla av förståelse, närhet och engagemang för patienten som person. Sjuksköterskorna agerade genom att göra gott, vara omsorgsfulla och ledde till att de genom möten växte i sin profession. I studien av Berg, Skott och Danielsson (2006) medverkade sex patienter och två sjuksköterskor i syfte att belysa vårdande relationer i daglig omvårdnad. Resultatet visade att patienterna vid en vårdande relation upplevde trygghet och att de kände att personalen var tillgängliga och visade omsorg. En sådan relation omöjliggjordes vid korta möten och brist på kontinuitet av sjuksköterskor.

Efter 20 års erfarenhet av att vårda patienter med cancer har vi uppmärksammat män med prostatacancer som en växande grupp. Det pågår mycket forskning inom ämnet och flera studier har gjorts av mäns upplevelser av att leva med prostatacancer och biverkningar till följd av behandling. Vi vet inte vilken kunskap som sjuksköterskor i klinisk vård har om mäns behov. Det är av betydelse att undersöka på vilka sätt sjuksköterskor bedömer och hanterar omvårdnadsbehov hos män med prostatacancer. Studien kan visa i vilken omfattning

sjuksköterskor stödjer männen i deras sjukdom och situation. Resultatet skulle kunna leda till bättre vård utifrån patientens perspektiv.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor bedömer och hanterar omvårdnadsbehov hos män med prostatacancer.

Metod

Design

Vi valde att använda en kvalitativ ansats i studien. Kvalitativa intervjuer genomfördes med stöd av en intervjuguide (Bilaga 1). Stödanteckningar fördes under intervjun för att registrera minuter, pauser osv. Materialet analyserades med innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalys beskriver variationer genom att identifiera skillnader och likheter och de mest framträdande dragen beskrivs.

Urval

Kriteriet för att ingå i studien var sjuksköterskor med minst två års erfarenhet av att vårda män med prostatacancer. Variation utifrån kön, ålder och erfarenhet eftersträvades. Förfrågan gick till två sjukhus i södra Sverige inom allmän kirurgisk, onkologisk och öppenvårdsverksamhet. Antalet deltagande i studien var 20 sjuksköterskor i ett åldersspann mellan 24-64 år, medianålder 44 år. Urvalet representerades av både män och kvinnor med yrkeserfarenhet från 2-32 år. De hade sjuksköterskeutbildning och hälften hade även vidareutbildning inom onkologi, strålbehandling och urologi.

Genomförande av datainsamling

Brev sändes till verksamhetschefer på två sjukhus i södra Sverige hösten 2009 för att inhämta tillstånd att genomföra studien (Bilaga 2). Efter godkännande kontaktades avdelningschefer på öppenvårdsverksamhet, en onkolog- och två allmänkirurgiska avdelningar via brev och telefon för att rekrytera deltagare till studien (Bilaga 3). Muntlig kontakt togs med berörda sjuksköterskor när författarna fått in namn från avdelningscheferna. I samråd bestämdes tid och plats för intervjun. Intervjuerna genomfördes under december 2009 till januari 2010. Sjuksköterskorna fick ett informationsbrev om studiens syfte och genomförande (Bilaga 4). De första fem intervjuerna genomfördes av författarna tillsammans för att få en samstämmighet och därefter genomfördes resterande av författarna var för sig. Informerat samtycke med skriftligt godkännande efterfrågades vid mötet för intervjun. Informanterna fyllde själva i demografiska data angående ålder, yrkesår och utbildningar vid intervjun (Bilaga 5). Intervjun bandades i sin helhet.

Genomförande av databearbetning

Alla intervjuer skrevs ut ordagrant, genomlästes av båda författarna upprepade gånger för att få en känsla för det underliggande budskapet i texten. Därefter delades hela intervjutexten in i meningsbärande enheter, kondenserades ner till vad texten egentligen handlade om. Därefter kodades texten vilket hjälper författarna att på ett nytt sätt tänka igenom sina texter. Nästa steg var att kategorisera liknande koder till subkategorier på en beskrivande och sedan tolkande nivå, inga data fick passa in på mer än en kategori. Subkategorier med liknande innehåll fördes samman till huvudkategorier som svarar på frågan vad och hur utifrån vårt syfte. De första analyserna gjordes tillsammans för att hitta gemensamma mönster enligt Graneheim och Lundman (2004). Författarna genomförde resterande analyser var för sig därefter diskuterades de gemensamt för att enas om betydelsen av innehållet. Bilaga 6 visar exempel på analysprocessen gång. Under processen framkom det fyra huvudkategorier som svarade till syftet. Efter tjugo års erfarenhet av vård av män med prostatacancer på vårdavdelning, cytostatikamottagning och palliativt team har vi vårdat dessa män under alla faser och skeden i sjukdomen. Vi är medvetna om att vi själva är ett verktyg och om betydelsen av vår egen förförståelse och att den kan ha färgat oss genom vår erfarenhet av att vårda prostatacancer män. Vi har försökt bortse från vår egen förförståelse. Författare i en kvalitativ studie är alltid delaktiga och medskapare till texten genom samspelet under intervjun (ibid).

Etisk avvägning

Projektplanen skickades till Vårdvetenskapliga Etiknämnden i Institutionen för Hälsa, vård och samhälle, Lunds universitet (VEN) där den granskades vilka inte hade några invändningar om studiens genomförande. Författarna har beaktat de forskningsetiska principerna; informerat samtycke, konfidentialitet och konsekvenser. Sjuksköterskorna fick information om att deltagandet var frivilligt och rätten att dra sig ur när som helst. Konfidentialiteten beaktades genom att privata data som identifierar informanterna inte har redovisats utan materialet har kodats och förvarats inlåst. Sjuksköterskorna informerades om att direktcitater kommer att presenteras i resultatet men inte på ett sätt som kan kopplas till enskild person. De upplystes om att endast författarna och handledare har tillgång till materialet. Konsekvenserna av intervjuerna kunde väcka känslor hos informanterna av otillräcklighet och funderingar över deras arbetsinsats. Författarna bedömde risken som liten men stannade kvar en stund efter intervjun för att bedöma om känslor väckts. Bandinspelningar och skrivet material kommer att raderas efter avslutad examination (Kvale, 1997).

Resultat

Efter analysen framkom fyra kategorier. Kategorierna var: *Betydelsen av samtal, Ge och få kunskap och information, Hantera plågsamma uttryck och Tillgodose stöd*. Det genomgående temat var att sjuksköterskor vårdade genom att fråga där det viktigaste verktyget var samtalet. Direktcitater redovisas för att förstärka innehållet i texten, citaten är hämtade från arton av de tjugo intervjuerna.

Betydelsen av samtal

I samtalet hade sjuksköterskorna en dialog där mannen fick komma till tals och prata om sin situation. Utifrån samtalet bedömde sjuksköterskorna sedan behov och besvär.

Skapa utrymme för samtal.

Sjuksköterskor som arbetade på vårdavdelning hade betydligt sämre förutsättningar med tid och rum för enskilda samtal. Arbetsbelastningen var hög med många patienter och lite tid för att sitta ner och prata. Det var ont om utrymme, brist på samtalsrum och sjuksköterskorna fick ofta samtala på salen med andra patienter runtomkring. Sjuksköterskorna prioriterade och skapade utrymme för samtal, speciellt när mannen lades in på avdelningen. De hade ankomstsamtal och utifrån samtalet bedömde de hur situationen var för mannen.

”.....När man har ankomstsamtal då försöker man ju ha lugn och ro och det får ju inte bli som ett förhör utan att man verkligen försöker å binda in det.....”

Sjuksköterskor som arbetade på öppenvård hade andra förutsättningar för samtal men även här rådde det brist på tid och utrymme. De hade dock möjlighet att backa upp för varandra och kunde ta över varandras arbetsuppgifter under tiden som samtalet pågick. De försökte skapa trygghet genom att samma sjuksköterska träffade mannen de första gångerna för att han skulle ha ett ansikte att känna igen och de byggde på så vis upp en relation.

”Sen har vi ju ofta patienter uppsatta en i timmen, åtta, nio, tio, elva det går ju i ett hela tiden så att, vi har inte tillräckligt med tid för dom det har vi inte men vi gör så gott vi kan efter dom förutsättningar vi har.”

Sjuksköterskorna försökte skapa eller hitta tid under vårdtillfället för samtal när de kände att mannen hade behov. De upplevde att det inte blev tillfälle för samtal så ofta och länge som dom önskade. Andra patienter och annat tog deras uppmärksamhet och tid i anspråk. De startade inte ett längre samtal om de inte hade utrymme att fullfölja det. De tog inte upp känsliga samtalsämnen, t.ex. sexualitet och elimination, utan väntade tills det fanns tillfälle till ostört samtal. Sådana tillfällen kunde vara när medpatienter åt lunch i dagrummet eller var ute på toaletten.

Förbereda samtal

Sjuksköterskor i öppenvård hade större utrymme för att sätta sig in i mannens sjukdomshistoria genom att titta på journalanteckningar, röntgen-, provsvar och läkemedelslistan innan de påbörjade ankomstsamtalet. Sjuksköterskor upplevde att mannen blev trygg när sjuksköterskan kände till hans sjukdomshistoria.

”Man försöker ju läsa på innan man går in till en patient och bilda sig en uppfattning om hur länge de har haft sin cancer eller om det är en palliativ patient vad dom har spridning och så för det kanske gör att samtalet blir lite annorlunda också.”

På vårdavdelning hade sjuksköterskorna inte den tiden att förbereda sig inför samtalet då mannen ofta kom in akut. Orsaken till inläggningen var ofta problem kopplad till prostatacancer och sjuksköterskorna upplevde att samtalet handlade om deras olika symtom.

Villkor för samtal.

De sjuksköterskor som hade längre yrkeserfarenhet upplevde i högre grad att de vågade prata och hade lättare för att ta upp känsliga ämnen. De var inte rädda för att sitta tysta utan kände att de vågade vara kvar i tystnaden. De hade en känsla för att möta mannen där han var och prata om det han ville eller önskade just för tillfället. Erfarenhet gjorde att de kände sig trygga, vågade diskutera mer och gick på djupet utan att vara rädd för svaret.

Sjuksköterskorna upplevde inte heller att de var styrda av några checklistor. De kunde med sin erfarenhet av att ha arbetat med män med prostatacancer länge känna vad de skulle samtala och fråga om. Under samtalets gång försökte de sedan med ledande frågor få fram andra saker även om mannen inte kommit in på det tidigare. Sjuksköterskorna upplevde att män med prostatacancer liksom andra patienter var väldigt olika och att vissa män inte brydde sig om vilka som hörde utan pratade öppet om allt medan andra var mer slutna. De upplevde även att behovet av att prata var väldigt olika.

”Behovet är ju väldigt ojämnt alltså det finns ju allt ifrån män som inte vill säga nånting, till dom som pratar väldigt öppet om allting. Och sen är det dom som har sin fru som pratar för sig också. så behovet är ju väldigt olika.”

Tillgodose stöd

Stöd till mannen gav sjuksköterskor genom bekräftelse, samtal, finnas till hands, vara öppen för frågor och när inte deras kunskap räcket till tog de kontakt med andra professioner.

Olika behov av stöd under sjukdom och behandling

Män som behandlades kurativt beskrev sjuksköterskorna som pigga, hade kämpaglöd och de fortsatte arbeta under behandlingen. Dessa män efterfrågade inte lika mycket stöd som män i palliativt skede. Männerna fortsatte sitt liv som vanligt och ville inte gärna prata om sexualitet eller sin potens. Deras fokus låg på att få bort sjukdomen och att allt skulle återgå till det normala. Sjuksköterskorna bedömde att potensen efter avslutad behandling hade större betydelse än männen trott. Sjuksköterskor i öppenvård kunde behandla männen under en längre tid och när de var färdigbehandlade gick de tillbaka till sin kirurg. Sjuksköterskorna kände att männen hade haft tät kontakt under lång tid och byggt upp en relation. De önskade att de hade haft en mottagning dit männen kunde komma efteråt och diskutera sina problem. De jämförde med bröstcancermottagning för kvinnor. Sjuksköterskorna upplevde att männen inte hade någon som följde dem från sjukdoms debut och framåt. Männerna fick gå igenom många olika instanser utan någon kontinuitet och det fanns ingen de kunde ringa som hade en helhetsbild.

”.....man träffar dom rätt så mycket, dom känner sig rätt så trygga här. Binder sig nästan lite för hårt till oss.”

Sjuksköterskorna uppfattade att mycket av manligheten hade med potensen att göra och att mannen inte kände igen sig själva, blev mer känslösamma till följd av hormonbehandling. Sjuksköterskorna upplevde att mannen blev deprimerade och hade behov av samtal och stöd.

”Mest är det nog det här med gnistan tycker jag att dom en del nästan kan kännas deprimerade att dom inte riktigt har den här gnistan.det är ju jätte tufft för dom det pratar man ju en hel del med dom om.”

När mannen var i sent palliativt skede och ofta återkom ordnade sjuksköterskorna öppen retur till avdelningen. Vården utfördes på mannens villkor och det fick ta mer tid i anspråk. Sjuksköterskorna upplevde att mannen kunde ha en sorg över att han inte kunde komma hem igen och inte hade ett socialt nätverk runtomkring sig som stöd. Kontakt togs då med hemsjukvården och palliativa rådgivningsteam som stärkte upp tryggheten och gav stöd för att göra livet så bra som möjligt.

Stöd från sjuksköterska

Sjuksköterskorna kände inte att männen förväntade sig att de skulle kunna ge svar på allt. Det viktigaste var inte att de kunde lova att allt skulle bli bra utan att de var trovärdiga. Sjuksköterskor upplevde att männen hade ett stort behov av att prata om sina problem och att någon lyssnade. Sjuksköterskorna upplevde att det var betydelsefullt för männen att de i möjligaste mån försökte upprätthålla kontinuitet i vården för då kände de att männen blev trygga. De försökte vara med när läkaren gav besked och information om sjukdomen för att sedan vara ett stöd för mannen när frågorna kom. Under själva informationen höll sjuksköterskorna låg profil och lyssnade, efteråt stannade de kvar hos mannen. Sjuksköterskorna i öppenvården hade större utrymme för att fånga upp mannen när de såg att han var ledsen eller uttryckte behov av att prata. Sjuksköterskorna på vårdavdelning som arbetade natt kunde märka att mannen uttryckte behov av stöd. Detta yttrade sig som oro, smärta och sömnproblem. Det var betydelsefullt att de då tog sig tid att sitta ner hos honom för att samtala en stund.

”Mycket samtal, försöker ge så mycket tid som möjligt. Känns det som.... Även om man är pressad att man verkligen inte ger uttryck för det utan man tar sig den tiden.”

Det var av stor vikt att sjuksköterskorna var lyhörda för mannen och att de kunde växla mellan närhet och distans. De påtalade att varken de eller mannen orkade vara i allvaret hela tiden. Att skratta med mannen kunde många gånger vara förlösande för relationen.

”Man pratar vardagliga saker, och vi skojar med varandra. Det tror jag dom upplever som positivt..... Ja få en avslappnad patient, man kan på det viset se det friska i dom, inte blir som ett sjukdomspaket som kommer hit.är en människa bakom det här.”

Sjuksköterskorna hamnade ofta i svåra samtal. Vid vård av äldre män kände sjuksköterskorna att ämnet sexualitet inte var lika bekvämt att ta upp som till en yngre. Speciellt yngre män med aggressiv sjukdom och med barn påverkade dem mer känslomässigt. Det var viktigt för sjuksköterskorna att inte komma för nära i relationen, de kunde då inte stödja. För att vara professionell i mötet med mannen behövde de vara i balans själva och ha stöd från kollegor. Framförallt sjuksköterskor i öppenvård gav männen stöd avseende deras sexuella problem. De kände sig hjälplösa eftersom de inte kunde hjälpa mer än att lyssna. En form av strategi för att stödja männen var att stötta dem till att ta upp problem med sin urolog exempelvis om sexualiteten.

”Och det stödet det, det är inte lätt att ge alltså, det är svårt det här. Man kan inte mer än prata om det, men man kan inte hjälpa dom, alltså man lyssnar.”

Praktiskt stöd gavs genom att ordna praktiska saker runt deras behandling som att resor till och från behandlingen skulle fungera.

Stöd från andra

Sjuksköterskor tog kontakt med sjukgymnast och arbetsterapeut då de upplevde att män i palliativt skede var i behov av energibesparande insatser för att hantera sin vardag.

”Att man kanske inte ska lägga all energi på å att ta sig upp ur sängen på ett dåligt sätt och ta sig ut till toaletten och stappla sig ut.”

Sjuksköterskor i öppenvård upplevde att männen i väntrummet träffade andra i samma situation som de kunde samtala och byta information med. På anslagstavlan satte sjuksköterskor upp information om patientföreningen för prostatacancermän, ProLiv.

Sjuksköterskorna såg till att kuratorn fick presentera sig för männen även om de inte efterfrågade det och de fick ett kort med telefonnummer att ringa om behovet skulle mogna fram. Sjuksköterskorna upplevde att männen i mindre grad ville äta sina problem och sjuksköterskorna bedömde det som skillnader i kvinnlig och manligt beteende. När mannen var i palliativt skede med dålig aptit tog sjuksköterskorna kontakt med dietist. Sjuksköterskorna påtalade att de och läkarna inte alltid hade samma syn på nutritionsstöd och det var inte alltid de fick gehör för sin oro. Sjuksköterskorna såg en negativ spiral där det ena ledde till det andra. När deras kunskap inte räckte till avseende sexuella problem tog de kontakt med läkare, uroterapeut eller sexolog. Framförallt sexologen ansåg sjuksköterskorna skulle kunna ge männen stöd på det psykologiska planet.

”Så det är kanske inte den så mycket just när det gäller teknik eller om man tänker att de behöver potens hjälpmedelutan det kanske mer psykologiska planet.”

Stöd till närstående

Sjuksköterskor upplevde att hela familjen och omgivningen påverkades när mannen drabbades av prostatacancer. Sjuksköterskorna märkte att de män som hade ett socialt nätverk runtomkring sig som stöd mår allmänt bättre. De kände att närstående hade mycket frågor, såg det från en annan sida och var oroliga för mannen. Det var många gånger närstående som behövde mer stöd. Sjuksköterskorna uppmanade mannen att ta med sig närstående vid behandling som stöd och betydelsen av att de fick samma information. Sjuksköterskorna var lyhörda för hur närstående mårde och frågade dem ofta. De informerade närstående till männen om ProLiv´s stödförening för närstående och när de kände att de hade behov av stöd från kuratorn ordnade de det. En förutsättning för att männen i palliativt skede skulle kunna vara hemma var att de hade stöd av någon närstående. Sjuksköterskorna upplevde att mannen inte alltid berättade hur hemsituationen var när de lades in på sjukhus. Hemsituationen uppdagades ofta vid samtal med närstående.

”Jag pratade med en fru häromdagen som var helt förtvivlad hon var uppe varje natt och tömde en kateter som fyllde sig väldigt mycket. Hon sov ju så dåligt och skulle upp och tömma sen kunde hon inte somna om så hon var helt slut.”

Hantera plågsamma uttryck

Elimination var det centrala symtomet från kurativt till palliativt skede. De besvär sjuksköterskorna såg hos männen var allt ifrån urininkontinens, trängningar, urinstopp, problem med katetern, hematuri och svag urinstråle. Sjuksköterskorna upplevde att män med prostatacancer under årens lopp hade vant sig vid att ha urinbesvär och reflekterade inte över att gå upp och kissa flera gånger per natt, det hade blivit en del av vardagen. Sjuksköterskorna upplevde att urinproblemen inte kom upp vid bedömning av symtom förrän nattsömnerna diskuterades. Sjuksköterskorna bedömde männens symtom med hjälp av checklistor, VIPS sökord och utifrån egen erfarenhet. De tänkte i banor runt symtomen som de visste tillhörde sjukdomen.

Bedöma och hantera symtom

Sjuksköterskorna var observanta, gav information och följde upp symtom. Vanliga biverkningar vid strålning var trängningar från tarm, blåsa och diarré. Sjuksköterskorna accepterade mer biverkningar hos män i kurativ behandlingen.

”Ja osså checkar man av lite liksom nästa gång dom kommer, andra gången liksom hur har du mått sedan du fick förra behandlingen något av dom här symtomen som vi pratade om som du har känt av...”

Sjuksköterskor bedömde att män inte upplevde fatigue under kurativ behandling. Däremot såg de att män som behandlades med cytostatika besvärades av trötthet. I sent palliativt skede kunde sjuksköterskor se att männen hade uttalad fatigue. De fick ofta förklara att tröttheten tillhörde sjukdom och behandlingar. Sjuksköterskorna försökte aktivera och motivera männen att stiga upp korta stunder trots att de var trötta.

”Hm, man försöker ju aktivera dom kanske att dom när dom sitter och äter att dom sitter ute i dagrummet och att dom inte sitter på sängkanten. Att man försöker i alla fall röra sig den lilla sträckan, äh det brukar vi ju göra eller att man sitter upp vid teven och tittar”

Ett symtom som sjuksköterskorna upplevde plågade männen var biverkningar av hormonbehandling. De såg att männen fick besvär med svettningar, potens, störd nattsömn och förlorad manlighet. Hos män i palliativt skede upplevde sjuksköterskorna att det ena ledde till det andra. För smärtorna gavs smärtstillande som ledde till förstoppning som i sin tur gav dålig aptit och illamående. Hos män i palliativt skede låg fokus på livskvalitet. Sjuksköterskorna tolererade inte svåra biverkningar vid palliativ cytostatikabehandling. Doserna justerades för att uppnå så bra livskvalitet som möjligt. Sjuksköterskorna upplevde att orsak till inläggning var symtom med sänkt allmäntillstånd och ohållbar hemsituation. Männen kände trötthet till följd av blodbrist och var i behov av blodtransfusion. Sjuksköterskorna såg att männen var avmagrade, upplevde sjukdomskänsla och var i behov av stöttning med nutrition.

Begränsning vid symtom bedömning

Sjuksköterskorna upplevde att närstående hade svårt att förstå varför mannen var så trött. De fick förklara att orsaken berodde på en kombination av sjukdom, behandling, smärtstillande och anemi.

” Vid ett par tillfällen har jag lämnat ut broschyren om fatigue till anhöriga. Men just att få en förklaring på att det är normalt att va trött och att man ska ta tillvara på den vakna tiden då man känner ändå att man gör något roligt då.”

Vissa symtom upplevde sjuksköterskorna att männen hade svårare att ta upp. De upplevde att männen tyckte det var genant att tala om lymfsvullnad i genitala, ljumskar, ben och buk. Symtomen hade ofta kommit successivt. Sjuksköterskorna kände att män med genital lymfsvullnad och besvär med urinläckage blev generade när hjälp erbjöds med basal hygien. Männen bad sällan om hjälp med detta och sjuksköterskorna upplevde att männen tyckte det var ett heligt område. Sjuksköterskorna tog ofta hjälp av närstående om symtom då männen ibland undanhöll informationen. De ville inte framstå som sämre än de var. Närstående påtalade ofta för sjuksköterskor om mannens dåliga aptit. Sjuksköterskor bedömde nutrition med kaloriintag, vätskelista och tog kontakt med dietisten för hjälp med näringsdrycker. De såg ofta en underliggande orsak till nutritionsproblemen som munsvamp, obstipation och illamående.

”...klart det går jättebra här för här serverar vi lite och sätter fram och du behöver inte tänka på vad du ska laga för mat eller dina näringsdrycker eller det är ingen som för en kalorilista hemma eller någon vätskelista.”

För män i palliativt skede såg sjuksköterskorna smärta som ett stort problem. Smärtorna kopplade de till skelettmetastaser eller orsakade av lymfstas. Smärta bedömdes upprepade gånger dagligen och de motiverade männen att ta smärtlindring. Ibland kunde det vara ett underliggande motstånd till att ta smärtlindring då det var andra orsaker än smärtan som var av betydelse ex. kunna köra bil.

”Han ville inte ta någonting och frun tyckte det gick inte han måste ju köra bil och så hjälpte han sonen som hade företag så han kunde inte ta något morfin preparat.”

Ge och få kunskap och information

Det skedde ett ständigt pågående kunskaps- och informationsutbyte mellan männen och sjuksköterskorna och information om deras fysiska, psykiska status och närståendes välbefinnande. De såg att mannen hade behov av att få information om behandling och biverkningar upprepade gånger.

Tillgång till kunskap och information

För att förmedla kunskap om sjukdomen till männen krävdes kännedom om diagnos och händelseförlopp. Det framkom att sjuksköterskorna hade olika nivåer av kunskap utifrån yrkeserfarenhet, ålder och möjligheterna till att förkovra sig inom ämnet prostatacancer.

Sjuksköterskorna hade genom erfarenhet sett att biverkningar kan se väldigt olika ut. Med den kunskapen kunde de ge information vidare till andra män med liknande symtom.

”Det märker man ju hur olika biverkningarna hur olika dom är och det har man ju nytta av när man sen pratar med nästa.”

Sjuksköterskor fick fördjupning i ämnet genom interna föreläsningar från engagerade läkare och sjuksköterskor med specialistkompetens. Männens symtom lyftes fram via föreläsningar av ProLiv. Det fanns intresse av att förkovra sig men det fanns ingen tid under arbetstid. Det framkom att sjuksköterskor med utbildning i ämnet inte efterfrågades och inte heller hade möjlighet att föra sin kunskap vidare till kolleger eller männen. Sjuksköterskorna upplevde att cheferna inte kände till eller använde deras kunskap. Motsatsen var sjuksköterskor med mindre erfarenhet som efterfrågade mer information och kunskap om prostatacancer.

”Det finns inget utrymme längre så det är ju synd, jag tycker det är roligt liksom och delge dom nya sjuksköterskorna och ny personal som kommer men tyvärr inte.”

Förmedla kunskap och information

Den information som sjuksköterskor tog upp om symtom berodde på vilken enhet man arbetade. På mottagningar där mannen ofta fick sin diagnos/behandling var ämnen som sexualitet och elimination mer självklara och naturligt att informera om. Sjuksköterskor hade där kunskap om hur behandlingarna påverkade männen. På vårdavdelningar med män i palliativt skede informerade sjuksköterskor sällan om sexualitet och hormonbiverkningar då de visste att mannen hade fått informationen tidigare.

”...Framförallt det här med sexualitet....Det kommer in en väldigt sjuk person man vet att han är väldigt sjuk i cancer då känns det ju inte riktigt relevant kanske.”

Sjuksköterskorna informerade ofta om trötthet och stödåtgärder. De sjuksköterskor som hade kunskap informerade om hur hormonerna påverkade männens kropp. Stor spridning fanns vad gällde förekomst av skriftlig information till männen. Sjuksköterskor delade ut skriftlig information till nydiagnostiserade och vid uppstart av behandling. Ju längre mannen var i sin sjukdom ju mindre användes skriftlig information. Förekomst av mall/checklista som stöd vid information varierade. Det berodde på var de arbetade och på vilken erfarenhet de hade. På de enheter som använde checklistor var den ett bra stöd. Det var sjuksköterskor med minst yrkeserfarenhet eller nyanställda som hade allra störst behov av checklista.

”Så det är nog en checklista lite vad man ska gå efter vad som kan förväntas, ja. Sen är det ju inte bara att man strikt ska gå efter den utan en vägledning.”

De sjuksköterskor som hade kunskap om männens upplevelse av besvär kunde mer aktivt fråga, stötta och hjälpa. Övriga gjorde så gott de kunde utifrån den information och kunskap de hade tillgång till. Det var med finkänslighet som sjuksköterskorna tog reda på vilken kunskap mannen hade om sin sjukdom innan ytterligare information gavs. Sjuksköterskorna gjorde uppdateringar om mannen uppfattat vad som gällde med behandling, medicinering och utifrån den kunskapen börjar de samtala.

”Man känner av vilka det är, är mer acceptabelt å prata om.. så va. Men... det är inte alltid jag vill.... Man kan fråga om, alltså informera om sexualitet och så kanske vid första besöket som varar tio minuter. Det, det känns inte riktigt rätt kanske alltid utan man vill gärna ha, avläsa lite innan man går in för mycket så där.. mm..”

Ämnen som sjuksköterskor tyckte var självklara att utbyta kunskap kring var elimination och smärta under hela sjukdomsprocessen. Ämnet sexualitet var däremot svårare att ta upp. Sjuksköterskor uppgav att egen trygghet och kunskap underlättade för ett avspänt samtal. Till män med hormonbehandling upplevde sjuksköterskorna att männen hade behov av ytterligare information om bieffekter.

”Sexualitet är väl något som man oftast glömmar att fråga om kan jag känna, det blir inte riktigt naturligt. Och är dom lite äldre så blir det ännu mer konstlat på något sätt. Det känns lite svårt för mig å få in det, det kan nog vara en vanesak.”

Mottaglig för kunskap och information

Sjuksköterskor påtalade att män med prostatacancer är en grupp som nu mer aktivt söker information om sin sjukdom. Kunskap fick de från andra i samma situation, patientföreningar, internet och från vårdpersonal. Sjuksköterskorna tyckte ibland att männen hade mer kunskap om prostatacancer och ny behandling än de själva. De upplevde att det blivit mer vanligt att männen bad om en second opinion. De såg behov av information/kunskapsutbyte mellan mannen, läkaren och närstående. Sjuksköterskorna upplevde att mängden information männen behövde varierade. Sjuksköterskorna gjorde individuella bedömningar om mannen behövde ha information oftare eller inte.

”Nä har man inte fått den informationen förrän alla dessa förändringar sker och händer också kanske man inte vill prata om det ens eller fråga nån som ska kunna det eller som ska veta.”

Sjuksköterskorna hade inga problem att fråga kollegor när det var kunskap de själva inte hade om vården av män med prostatacancer. De kände att det var mer känsligt att råda andra enheter. Det upplevdes enklare om männen endast vårdades och inte hade kontakt med mer än en enhet samtidigt.

”Då är det lättare med dom man har själv då... som kommer hemifrån för då är vi, då känner man då trampar man inte nån på fötterna. Utan då är det ju jag och patienten liksom man kan rådfråga läkaren då. Liksom det blir inte en tredje instans som är inblandad.”

Diskussion

Diskussion av vald metod

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor bedömer och hanterar omvårdnadsbehov hos män som behandlas för prostatacancer. Genom intervjuer med sjuksköterskor var det deras berättelser och upplevelser som efterfrågades. Resultatet visade en mångfald av vård av män med prostatacancer. Sjuksköterskorna som intervjuades arbetade på någon av alla enheter som vårdar männen i alla faser från kurativt till palliativt skede både inom slut- och i öppenvården. Intresset för studien hos avdelningscheferna var stort vilket

gjorde att vi erhöill de informanter som vi efterfrågade till studien. Intervjuerna genomfördes på sjuksköterskornas arbetsplats där författarna hade boklat samtalsrum. Det underlättade för sjuksköterskorna att gå ifrån då intervjuerna ägde rum på deras arbetsplats i en miljö de kände sig trygga i. De fick möjlighet att själva välja dag och tid. Många av sjuksköterskorna som deltog i studien var engagerade och intresserade av ämnet och intervjuerna varade mellan 30-60 minuter. Vi uppnådde variation av ålder och kön. Spridningen av yrkeserfarenhet varierade mellan 2-32 år, medianvärde 13 år. Hälften av informanterna hade någon form av vidareutbildning inom onkologi. För att få informanterna bekväma och trygga inför intervjun startade samtalen med att författarna presenterade sig och studien. Efter detta småpratade informanterna och författarna i fem till tio minuter därefter gjordes tydligt att intervjun startade och bandspelaren startades. Sjuksköterskorna i studien samtalade fritt utifrån intervjuguiden. Författarna och informanterna hade stöd av intervjuguiden för att hålla ihop intervjun och inte komma ifrån ämnet. Intervjuguiden var framtagen av författarna och utformad utifrån syftet. Efter tjugo intervjuer bedömde författarna att mättnad uppnåtts då inget nytt framkommit under de sista intervjuerna. Intervjuerna belyste och fångade flera olika nyanser och dimensioner om sjuksköterskors syn på behoven hos män med prostatacancer. Kvale (1997) beskriver att en informant kan under en intervju ändra tänkesätt och ståndpunkt. Inställningen blir kanske inte samma som innan intervjun. Inga begränsningar gjordes utifrån vilken sjukdomsfas sjuksköterskorna vårdade männen i.

Det färdiga materialet analyserades enligt Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys, där man har möjlighet att gå fram och tillbaka i processen under arbetets gång. Under hela processen arbetade författarna efter syftet och letade efter det underliggande med likheter och olikheter i texterna. Upprepade genomläsningar av texterna skedde enskilt, därefter gjordes gemensam genomgång och vi var eniga om vad som var det bärande i texterna. Handledare har varit till stor hjälp i processen då diskussioner har förts upprepade gånger om metod, förfarande och framtagande av kategorier. Det har varit en styrka att vara två under magisterarbetet då författarna kunde diskutera svårigheter med varandra vilket förde arbetet framåt. Styrka var att vi hade ett stort material med tjugo informanter och att de hade erfarenhet från många olika enheter. Författarna upplevde att det varit både en styrka och en svaghet med egen lång yrkeserfarenhet av vård av män med prostatacancer. Det var först när informanterna frågade som vi talade om vår egen yrkeserfarenhet. Ett hinder kan ha varit att informanter med kortare yrkeserfarenhet känt sig hämmande när de fått reda på vår långa yrkeserfarenhet. Styrkan var att vi kunde inge trygghet och bekräfta deras upplevelser. Svaghet var att vi inte hade någon tidigare forskningserfarenhet och av arbete med innehållsanalys. Enligt kvalitativ forskningstradition är forskaren delaktig under processen (Graneheim och Lundman, 2004). Tolkningar och resultat stöds av andra källor med liknande resultat vilket ger trovärdighet. Möjligheten att överföra resultatet till andra sammanhang är beroende på samstämmighet mellan sammanhang inte att generalisera utan att hitta teori som skulle kunna överföras från ett sammanhang till ett annat (Guba, 1981).

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet visade att sjuksköterskors viktigaste redskap var samtalen med männen. Genom samtalen kunde sjuksköterskor bedöma männens behov, ge stöd, identifiera vilka symtom de hade och vilken kunskap och information de behövde.

Det rådde skilda förutsättningar för sjuksköterskorna beroende på vilken enhet de arbetade, möjligheter de hade att skapa utrymme, ge stöd, förbereda sig och att ha enskilda samtal med

männen. Oavsett var sjuksköterskorna arbetade beskrev de samtalet med mannen som det viktigaste redskapet för att bedöma mannen. Sjuksköterskor på vårdavdelning fick ofta samtala när de utförde andra sysslor. Resultatet är förenligt med en studie av Berg, Scott och Danielsson (2006) där sjuksköterskorna var styrda av fasta rutiner. Sjuksköterskorna var medvetna om betydelsen av ett bra samtal och försökte skapa utrymme och gjorde punktinsatser, de gjorde så gott de kunde (ibid). Detta framkom även i en studie av Botti, Endacott, Watt, Cairns, Lewis och Kenny (2006) att sjuksköterskor använder tiden för samtal samtidigt som de skulle utföra någon syssla på rummet. Göromålet kunde vara en injektion eller att bädda en säng. Det gav dem tillåtelse till att komma in på rummet och samtala med patienten. Intervjuerna utfördes på 15 onkologsjuksköterskor i syfte hur de gav psykosocial omvårdnad till hematologpatienter (ibid). Samma resultat visade en studie av Mc Caughan och Parahoo (1999) som intervjuade 73 sjuksköterskorna på medicin/kirurg avdelning i hur de upplevde att vårda cancerpatienter. De upplevde tidsbrist och tiden räckte bara till att göra rutingöromål (ibid). Sjuksköterskorna i vår studie kände att de bara hann ge kroppslig vård. Att ta reda på hur patienterna egentligen mådde själsligt fanns det inget utrymme för.

På vårdavdelningen rådde ofta hög arbetsbelastning och sjuksköterskor hade sällan tid att förbereda sig, det sågs som ett hinder och det skapade stress. Samma resultat visade en studie av Ekedahl och Wengström (2007) som intervjuade 15 sjuksköterskor som arbetade med cancerpatienter inom olika enheter, syftet var att se hur de upplevde stressen. Det framkom att det fanns olika sorters stress som var relaterade till individen själv, gruppen, vårdenheten och den kulturella miljön. Även i en studie av Hallin och Danielsson (2007) beskrivs sjuksköterskor vardagen på en vårdavdelning som en balansgång mellan påfrestningar i form av otillräcklighet, stress, för lite patient kontakt och ett stimulerande arbete (ibid). Detta betyder att sjuksköterskor måste ha tid för att kunna genomföra ett samtal för att bedöma behov hos män. Tid för samtal tar sjuksköterskor vid omvårdnadsinsatser. Detta gör att mannen inte hinner förbereda sig och kanske inte alltid uppfattar att sjuksköterskan för ett samtal om hans behov.

Sjuksköterskorna i vår studie gav själva mycket stöd till männen och deras närstående, stöd kunde vara att de vågade stanna kvar i en svår situation utan att ha något svar. Resultatet är förenligt med en studie av Arving et al. (2007) där (n=42) kvinnor intervjuades efter bröstcanceroperation om det psykosociala stödet som de fick av sjuksköterskor och psykologer. Det framkom att sjuksköterskor gav bra stöd själva till sina patienter (ibid). I vår studie var det på vårdavdelning inte alltid lätt att fånga det ögonblicket när mannen ville prata. Sjuksköterskorna fick be att få återkomma senare när tid fanns och då kunde det vara för sent och tillfället gått förlorat. Resultatet är förenligt med en studie av Botti et al. (2006) där försökte sjuksköterskor vara ärliga mot patienterna och säga om de var upptagna och bad om att få återkomma senare (ibid). Det betyder att det är en förutsättning att sjuksköterskor är närvarande och ärliga vid samtalen för att kunna ge stöd. Strategier som sjuksköterskorna använde för att ge stöd var att prata vardagliga saker med männen, skratta tillsammans och att männen skulle få känna sig som "en frisk man". Samma resultat visar en studie av Kvåle (2007) där patienterna ville prata om sina normala liv, hobbyer och familj. Även i en studie av Bottorff, Gogag och Engelberg-Lotzkar (1995) intervjuades sjuksköterskor i hur de tröstade cancerpatienterna. Det framkom att strategierna var humor, ge fysisk komfort, stödja genom känslomässiga uttalanden, trösta och genom beröring. De hjälpte patienterna att fungera så normalt som möjligt och att behålla kontrollen. Det framkom även att tröstande strategier är en väsentlig del i sjuksköterskornas arbete (ibid). Det är således viktigt att hjälpa mannen att bevara det friska för att kunna leva sitt liv så normalt som möjligt.

Vårdavdelningarna i vår studie hade väldigt få specialistutbildade sjuksköterskor. De erfarna sjuksköterskor som hade vidareutbildat sig arbetade i större utsträckning inom öppenvård. Detta gjorde att sjuksköterskor på vårdavdelningen oftare var yngre, hade mindre erfarenhet, arbetade rotation och inte hade stöd utav någon äldre kollega. Resultatet är förenligt med en studie av Mc Caughan och Parahoo (1999). De tog i sin studie upp att sjuksköterskor kände att de hade för låg kunskapsnivå för att vårda cancerpatienter eftersom de arbetade på en allmän avdelning. En sjuksköterska i deras studie uttryckte att hon inte visste vad hon skulle säga varken till patienten eller till familjen och att hon tyckte det var svårt att prata om patientens rädsla och prognos (ibid). Det gör att vi ser en fara att äldre erfarna, välutbildade sjuksköterskor byter arbetsplats då det dränerar vårdavdelningarna på kompetens och trygghet. Det kan innebära att yngre kollegor inte orkar arbeta kvar och att det kan bli hög omsättning av sjuksköterskor. Det vore önskvärt att äldre erfarna sjuksköterskor togs tillvara på sin arbetsplats utan att behöva byta för att få stimulerande arbetsuppgifter.

De sjuksköterskor som hade haft en tät kontakt med männen inom öppenvård hade sett ett behov av fortsatt stöd efter avslutad behandling. Det fanns ingen möjlighet för dem att följa upp och de kände att det blev ett abrupt slut på kontakten. Även sjuksköterskor som arbetade på vårdavdelning upplevde att männen inte hade någon att vända sig till. Sjuksköterskorna beskrev att speciellt män under palliativ behandling kunde skrivas ut utan att veta hur framtiden såg ut för dem. Det kändes väldigt otillfredsställande för sjuksköterskorna att skicka hem dessa män utan en planering. Män med prostatacancer följs under många år och i palliativt skede blir männens psykosociala behov mer påtagligt. Ny kunskap inom ämnet når inte alltid ut till sjuksköterskorna som är närmast männen. Det fanns skillnad på möjligheter till kompetensutveckling mellan enheterna vilket var beroende på engagemang och/eller drivande läkare med ämnet som specialintresse. Det skilde på möjligheter för att gå ifrån på föreläsningar. Sjuksköterskor upplevde att de som hade specialkunskaper inom kliniken inte alltid togs tillvara för att sprida sin kunskap vidare till andra. Även i en studie av Mc Caughan och Parahoo (1999) efterfrågade sjuksköterskorna kunskap och hade behov av utbildning inom psykosocialvård av cancerpatienter. De önskade utbildning inom kommunikation med patienter, mer kunskap om sjukdomens olika stadier. De hade även behov av mer kunskap om smärthantering, förebygga och behandla biverkningar av behandling och om döende och döden (ibid). Styrks även i en studie av Botti et al. (2006) där det framkom att det behöver utarbetas en struktur för fortlöpande kompetensutveckling (ibid). Detta skulle hjälpa sjuksköterskor att samordna psykosocialvård och leda till bättre behandlingsresultat vid omvårdnad.

Kunskap och information som ges till männen har närstående samma behov av. De är ett viktigt stöd och ger mycket hjälp i hemmet vilket gör att det är av vikt att de förstår vad som händer avseende sjukdomen, vad som är planerat och målet med vården. Det innebär även information om de förväntade biverkningarna till följd av behandlingen. Information måste ges vid upprepade tillfällen och kunskap/information måste enligt sjuksköterskor varvas med skratt och samtal om vardagliga ting. Flera sjuksköterskor tog upp att det inte är möjligt att vara i allvaret hela tiden. Betydelsen av att närstående blir informerade framkommer också i en studie av Mc Caughan och Parahoo (1999) som visade att sjuksköterskor som vårdade cancerpatienter blev stressade när patienterna och närstående var oinformerade eller hade fått olika mycket information (ibid). Det är således viktigt att vara lyhörda för hur mycket information mannen och närstående orkar med och att växla i samtalet mellan närhet och distans.

Vid prostatacancer ger all behandling biverkningar på den sexuella funktionen samt besvär från urinen. Sjuksköterskorna var olika rustade för att samtala och ge stöd om sexualitet

beroende på erfarenhet, egen trygghet, kunskap och rutiner på arbetsplatsen. Sjuksköterskorna uttalade att det hade betydelse var i sjukdomen männen befann sig om de tog upp ämnet sexualitet. Det var vid diagnos och start av behandling självklara samtalsämnen för mottagningssjuksköterskor. Avdelningssjuksköterskor hade ”svårt att få in det” i samtalet till följd av brist på kunskap och rutin. Sjuksköterskor upplevde att männen hade svårt att acceptera att de hade tappat orken och livsgnistan till följd av hormonbehandlingen. De upplevde att impotensen hade större betydelse för männen än de först hade trott. Resultatet är förenligt med en studie från England av Ream et al. (2008) där 741 män med diagnostiserad prostatacancer tillfrågades om vilket stöd de fick gällande omvårdnad. Det framkom att männen var missnöjda med stödet gällande sexualitet. Det psykiska lidandet påverkades när behov inte bedömdes eller hanterades. Det framkom i studien att symtom från urinvägarna besvärades alla männen av. De påtalade att männen blev deprimerade och mer slutna när de inte kände igen sig själva (ibid). Sjuksköterskorna i vår studie tog urinvägssymtomen som ett självklart och yttrat besvär hos männen. Genom att sjuksköterskorna gav information om att det var normala biverkningar öppnade de upp för samtal om ämnet. I delstudie två av Jonsson (2009) på 16 män med nydiagnostiserad lokaliserad prostatacancer framkom det att männen var i stort behov av kunskap efter diagnos och behandling. Männen hade behov av att återvinna kontrollen över sitt liv och värnade om sina närstående. Jonsson menar att vårdpersonal måste känna igen de män som har svårt för att uttrycka sina behov, de som har behov av särskilt stöd och att man erbjuder den information som de efterfrågar. Informationen ska ges när männen är beredda att ta emot den (ibid). Detta belyser att det behövs mer information och kunskap om sexualitetens betydelse vid prostatacancer hos sjuksköterskor och till männen.

Fatigue och kroppsuppfattning är nya begrepp inom cancervården och de används inte vid dokumentation. Författarna fick till många av informanterna förtydliga och förklara dess innebörd. Sjuksköterskorna kunde då beskriva observerade behov och hur de hanterade dem. Sjuksköterskorna i studien var medvetna om betydelsen av kontroll och lindring av symtom där elimination och smärta var naturliga samtalsämnen i deras dagliga arbete. Resultatet är förenligt med en studie av Sandgren, Gridlund, Nyberg, Strang, Petersson och Thulesius (2010) med syfte att beskriva och jämföra symtom, omvårdnadsbehov mellan olika cancersjukdomar på akutsjukhus utan avancerad palliativ hemsjukvård (n= 4 324 cancerpatienter). Studien visade att det vanligaste symtomet de besvärades av var smärta, avtackling och de vanligaste cancerformerna var prostata- och colorektal cancer. Det framkom inte att vissa symtom var kopplade mer till någon specifik cancersjukdom utan de menar att vården istället bör fokusera på symtomlindring än att utgå från en specifik cancerdiagnos (ibid). Detta betyder att symtomlindring är viktigt hos alla cancerpatienter och att det finns utarbetade checklistor som stöd för nya kollegor för att få med det viktigaste i samtalen med sina patienter.

Konklusion

Samtalet är det viktigaste redskapet för sjuksköterskor att bedöma omvårdnadsbehoven hos män med prostatacancer. Sjuksköterskor ger stöd genom att vara närvarande, vara ärliga och

lyhörda. För att ha ett samtal krävs att tid avsätts. Tid upplevs som en bristvara och samtalen sker ofta samtidigt som omvårdnadsåtgärder utförs på vårdavdelning. Oklart om mannen hinner förbereda sig och/eller uppfattar att ett samtal förs kring deras behov. Även öppenvården har tidsbrist men betydligt större möjligheter för samtal då de har bokade enskilda besök. Utifrån behoven ger sjuksköterskor symtomlindring. Information och kunskap behövs speciellt inom sexualitetens betydelse då all behandling vid prostatacancer påverkar mannen. Checklistor kan vara ett stöd vid vård av män med prostatacancer då nya kollegor inte har stöd av någon erfaren kollega. Vid vidareutbildning byter sjuksköterskor ofta arbetsplats och tar sin kunskap med sig.

Vidare forskningsområde skulle kunna vara att belysa närståendes upplevelse eller perspektiv av att vara partner till en man med hormonbehandlad prostatacancer. Upplever männen att de har samtal med sjuksköterskorna om omvårdnadsbehov?

Referenser

Arving, C., Sjöde'n, P-O., Berg, J., Hellbom, M., Johansson, B., Glimelius, B., & Brandberg, Y. (2007). Individual Psychosocial Support for Breast Cancer Patients: A Randomized Study of Nurse Versus Psychologist Interventions and Standard Care. Hämtad mars 25, 2009, från <http://ovidsp.tx.ovid.com.ludwig.lub.lu.se/spb/ovidweb.cgi>

Berg, L., Scott, C., & Danielson, E. (2006). An interpretive phenomenological method for illuminating the meaning of caring relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 45-50.

Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis., & Kenny, A. (2006). Barriers in Providing Psychosocial Support for Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 29, (4), 309-316.

Bottorf, J.L.Gogag, M., & Engelberg-Lotzkar, M. (1995). Comforting: exploring the work of cancer nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (6), 1077-1084.

Bäck-Petersson, S., Jensen, KP., & Segesten, K. (1999). The meaning of being touched deeply inside in a nurse-patient encounter-excellent nurses' experiences. *International Journal for Human Caring*, 2, 16-23.

Cancerfonden. (2009a). Cancerfondsrapporten 2009. Hämtad oktober 19, 2009, från <http://www.cancerfonden.se/Global/Dokument/Cancerfonden/Cancerfondsrapporter/Cancerfondsrapporten2009.pdf>

Cancerfonden. (2009b). Om prostatacancer. Hämtad september 18, 2009, från <http://www.cancerfonden.se/sv/Om-cancer/Cancersjukdomar/Prostatacancer/>

Cancerfonden. (2009c). Om trötthet vid cancer. Hämtad oktober 19, 2009, från <http://www.cancerfonden.se/sv/Om-cancer/Vardagen-forandras/Trotthet-vid-cancer/>

Cancerfonden. (2009d). Om sex och cancer: Hämtad oktober 19, 2009, från <http://www.cancerfonden.se/sv/Om-cancer/Vardagen-forandras/Sex-och-cancer/>

Dirksen, S., Epstein, D., & Hoyt, M. (2009). Insomnia, depression, and distress among outpatients with prostate cancer. *Applied Nursing Research*, 22. Hämtad oktober 5, 2009, från <http://www.sciencedirect.com/science/journal/08971897>

Ekedahl, M., & Wengström, Y. (2007). Nurses in cancer care-Stress when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 228-237.

Goodwin, P., & Sridhar, S. (2009). Health-Related Quality of Life in Cancer Patients-More Answers but Many Questions Remain. *Journal of the National Cancer*. Hämtad oktober 2, 2009, från <http://jnci.oxfordjournals.org/cgi/reprint/101/12/838>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. / Electronic version/. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. Hämtad oktober 23, 2007 från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769454>

- Guba, E. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Technology Research and Development*, 29(2), 75-91.
- Hallin, K., & Danielsson, E. (2007). Registered nurses' experiences of daily work, balance between strain and stimulation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1221-1230.
- Hallin, K., & Danielsson, E. (2008). Registered nurses' perceptions of their work and professional development. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 62-70.
- Hedestig, O., Sandman, P-O., & Widmark, A. (2003). Living with Untreated Localized Prostate Cancer. *Cancer Nursing*, 26 (1), 55-60.
- Hedestig, O., Sandman, P-O., Tomic, R. & Widmark, A. (2005a). Living after External Beam Radiotherapy of Localized Prostate Cancer. *Cancer Nursing*, 28 (4), 310-317.
- Hedestig, O., Sandman, P-O., Tomic, R., & Widmark, A. (2005b). Living after Radical Prostatectomy of Localized Prostate Cancer. *Acta Oncologica*, 44 (7), 679-686.
- Hugosson, J., Aus, G., Lilja, H., Lodding, P., & Phil, CG. (2004). Results of a randomized, population-based study of biennial screening using serum prostate-specific antigen measurement to detect prostate carcinoma. *Cancer*, 100, 1397-1405.
- Iranmanesh, S., Häggström, T., Axelsson, K., & Sävenstedt, S. (2009). Swedish Nurses' Experiences of Caring for Dying People. *Holistic Nursing Practice*, 23(4), 243-252.
- Jakobsson, L., Hallberg, I.R., & Lovén, L. (2000). Experiences of micturition problems, indwelling catheter treatment and sexual life consequences in men with prostate cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 59-67.
- Jakobsson, L., Lovén, L., & Hallberg, I.R. (2004). Micturition Problems in Relation to Quality of Life in Men With Prostate Cancer or Benign Prostatic Hyperplasia: Comparison With Men From the General Population. *Cancer Nursing*, 27 (3), 218-229.
- Jonsson, A. (2009). *Prostate Cancer and Its Influence on Men's Daily Lives* (Avhandling för doktorexamen, Göteborgs universitet, 2009).
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur: Lund.
- Kvåle, K. (2007). Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients' communication needs. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 320-327.
- Lindqvist, O., Widmark, A., & Rasmussen, B. (2006). Reclaiming Wellness-Living With Bodily Problems, As Narrated by Men With Advanced Prostate Cancer. *Cancer Nursing*, 29, 327-337.
- Lindqvist, O., Rasmussen, B., & Widmark, A. (2008). Experiences of symptoms in men with hormone refractory prostate cancer and skeletal metastases. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 283-290.

Mc Caughan, E., & Parahoo, K. (1999). Medical and surgical nurses' perceptions of their level of competence and educational needs in caring for patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 420-428.

Navon, L., & Morag, A. (2004). Liminality as biographical disruption: unclassifiability following hormonal therapy for advanced prostate cancer. *Social Science & Medicine*, 58, 2337-2347.

Ream, E., Quennell, A., Fincham, L., Faithfull, S., Khoo, V., Wilson-Barnett, J. & Richardson, A. (2008). Supportive care needs of men living with prostate cancer in England: a survey. *British Journal of Cancer*, 98, 1903-1909. Hämtad mars 10, 2010, från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2441950/?tool=pubmed>

Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B., & Petersson, K. (2006). Striving for Emotional Survival in Palliative Cancer Nursing. *Qualitative Health Research*. Hämtad september 13, 2009, från <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/16/1/79>

Sandgren, A., Fridlund, B., Nyberg, P., Strang, P., Petersson K. & Thulesius, H. (2010). Symptoms, care needs and diagnosis in palliative cancer patients in acute care hospitals: A 5-year follow-up survey. *Acta Oncologica*. Hämtad april 13, 2010, från <http://informahealthcare.com/doi/full/10.3109/02841860903463991?cookieSet=1>

SFS (2008:355). *Patientdatalagen*. Hämtad september 21, 2009, från <http://62.95.69.3/sfsdoc/08/080355.pdf>

Shahinian, V., Kuo, Y., Freeman, J., & Goodwin, J. (2005). Risk of fracture after androgen deprivation for prostate cancer. *New England Journal of Medicine*, 352(2), 154-164.

Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för prostatacancersjukvård. Medicinskt och hälsoekonomiskt faktadokument*. Bergslagens grafiska: Lindesberg.

SOSFS. (2005). Kompetenskrav för legitimerad sjuksköterska. *Socialstyrelsens författningssamling*.

SSF. (2007). ICN: Etiska kod för sjuksköterskor. *Svensk sjuksköterskeförening*.

Bilaga 6 (6)

Tabell. Exempel på processen vid innehållsanalys.

Meningsenheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
<i>".....När man har ankomstsamtal då försöker man ju ha lugn och ro och det får ju inte bli som ett förhör utan att man verkligen försöker å binda in det....."</i>	Ankomstsamtal försöker ha lugn och ro. Får inte bli förhör.	Ankomstsamtal i lugn och ro	Skapa utrymme för samtal	BETYDELSE AV SAMTAL
<i>"Man försöker ju läsa på innan man går in till en patient och bilda sig en uppfattning om hur länge de har haft sin cancer eller om det är en palliativ patient vad dom har spridning och så för det kanske gör att samtalet blir lite annorlunda också."</i>	Försöker läsa på innan man går in till patient, bilda sig en uppfattning hur länge de har haft sin cancer. Gör kanske samtalet annorlunda	Påläst om patientens sjukdoms fas	Förbereda samtal	
<i>"Behovet är ju väldigt ojämnt alltså det finns ju allt ifrån män som inte vill säga nånting, till dom som pratar väldigt öppet om allting. Och sen är det dom som har sin fru som pratar för sig också. så behovet är ju väldigt olika."</i>	Behovet ojämnt, män som inte säger nånting till dom som pratar öppet. Dom som har sin fru som pratar.	Olika behov av samtal	Villkor för samtal	
<i>".....man träffar dom rätt så mycket, dom känner sig rätt så trygga här. Binder sig nästan lite för hårt till oss."</i>	Träffar dom mycket, känner sig trygga här, binder sig lite för hårt.	Tids förutsättningar för samtal.	Olika behov av stöd	ATT TILLGÖDSE STÖD
<i>"Man pratar vardagliga saker, och vi skojar med varandra. Det tror jag dom upplever som positivt..... Ja få en avslappnad patient, man kan på det viset se det friska i dom, inte blir som ett sjukdomspaket som kommer hit.är en människa bakom det här."</i>	Pratar vardagliga saker, skojar, tror dom upplever positivt. En avslappnad patient. Kan se det friska i dom inte som ett sjukdomspaket. En människa bakom.	Distrahera smärta och oro genom närvaro och distans	Stöd från sjuksköterska	
<i>"Att man kanske inte ska lägga all energi på å att ta sig upp ur sängen på ett dåligt sätt och ta sig ut till toaletten och stappla sig ut."</i>	Inte lägga all energi på å ta sig upp ur sängen, till toaletten och stappla sig ut.	Stöd vid fatigue	Stöd från andra	
<i>"Jag pratade med en fru häromdagen som var helt förtvivlad hon var uppe varje natt och tömde en kateter som fyllde sig väldigt mycket. Hon sov ju så dåligt och skulle upp och tömma sen kunde hon inte somna om så hon var helt slut."</i>	Pratade med en fru som var förtvivlad. Var uppe varje natt och tömde kateter. Hon sov dåligt, skulle upp och kunde inte somna. Var helt slut.	Stöd vid urinbesvär till patient och närstående	Stöd till närstående	

Meningsenheter	Kondenserad meningsenhet	Kod	Sub-kategori	Kategori
<i>” Ja osså checkar man av lite liksom nästa gång dom kommer, andra gången liksom hur har du mått sedan du fick förra behandlingen något av dom här symtomen som vi pratade om som du har känt av...”</i>	Checkar av lite nästa gång dom kommer. Hur har du mått sen förra behandlingen, symtom du känt av.	Symtom kontroll efter cytostatika behandling	Bedömning av symtom	PLÅGSAMMA ATT HANTERA
<i>” Vid ett par tillfällen har jag lämnat ut broschyren om fatigue till anhöriga. Men just att få en förklaring på att det är normalt att va trött och att man ska ta tillvara på den vakna tiden då man känner ändå att man gör något roligt då.”</i>	Par tillfällen lämnat broschyrer om fatigue till anhöriga. Just att få en förklaring att det är normalt att va trött, ta tillvara den vakna tiden. Gör något roligt då.	Information om fatigue till anhöriga	Begränsning av symtombedömning	
<i>” Det finns inget utrymme längre så det är ju synd, jag tycker det är roligt liksom och delge dom nya sjuksköterskorna och ny personal som kommer men tyvärr inte.”</i>	Finns inget utrymme längre. Tycker det är roligt och delge nya sjuksköterskor och personal.	Inget utrymme att delge andra eller utveckla vården	Tillgång till kunskap och information	ATT GE OCH FÅ KUNSKAP OCH INFORMATION
<i>”Sexualitet är väl något som man oftast glömmer att fråga om kan jag känna, det blir inte riktigt naturligt. Och är dom lite äldre så blir det ännu mer konstlat på något sätt. Det känns lite svårt för mig å få in det, det kan nog vara en vanesak.”</i>	Sexualitet glömmer fråga om, inte riktigt naturligt. Dom äldre blir det ännu mer konstlat. Känns lite svårt för mig å få in det.	Ingen erfarenhet att prata om sexualitet.	Förmedla kunskap och information	
<i>”Nä har man inte fått den informationen förrän alla dessa förändringar sker och händer också kanske man inte vill prata om det ens eller fråga nån som ska kunna det eller som ska veta.”</i>	Inte fått informationen förrän förändringar sker och händer, kanske inte vill prata om eller fråga.	Avsaknad av information om hormonbehandling	Mottaglig för kunskap och information	

Intervjuguide

1. Berätta vilken erfarenhet du har av prostatacancermän?
2. Vilka förutsättningar har du att samtala med männen?
3. Berätta utifrån din erfarenhet hur du bedömer vilka behov män med prostata cancer har?
4. Hur tar du reda på vilka symtom prostatacancer männen har?
5. Tar du upp.
 - Sexualitet?
 - Elimination?
 - Smärta?
 - Fatigue?
 - Kroppsuppfattning?
6. Vilka omständigheter gör att du inte frågar om symtom?
7. Hur ger du stöd till män med prostata cancer?
8. Hur skiljer sig bedömningen åt under sjukdomsprocessen?
 - Kurativ
 - Palliativ
9. I vilken omfattning tar du del och använder nya kunskapsrön?



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

INFORMATIONSBREV

2009-11-15

Till Ansvarig verksamhetschef

Förfrågan om godkännande av studien ”Sjuksköterskors bedömning av behov hos män med prostatacancer”

Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskor bedömer behoven hos män med prostatacancer. Det finns studie som påtalar vad män med prostatacancer har för upplevelse av sin sjukdom och vilket omvårdnadsbehov de har.

Vårt mål är att intervjua 20 sjuksköterskor med minst två års erfarenhet av att vårda män med prostatacancer på onkologisk och allmän kirurgisk avdelning. Vi strävar efter en så stor variation som möjligt på kön, ålder och erfarenhet. Materialet kommer att analyseras med innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman för att beskriva de mest framträdande dragen.

Vi kommer efter godkännande att själva att ta kontakt med avdelningschefer brevlades och per telefon för att rekrytera deltagare. Muntlig kontakt tas därefter med berörda sjuksköterskor. De får en kortfattad information om studiens syfte, genomförande och i samråd bestäms tid, plats för intervjun genomförande. Informerat samtycke med skriftligt godkännande efterfrågas vid mötet för intervjun. Deltagandet är frivilligt och sjuksköterskorna har rätt att dra sig ur när som helst. Endast författarna och handledare har tillgång till materialet som kommer att koda. Bandinspelningar och allt skrivet material kommer att raderas efter examination. Privata data som identifierar intervjupersonerna kommer inte att redovisas.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning onkologisk och palliativ vård, magisteruppsats 15 hp. Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss Jenny-Ann Johansson och Eva Wetterling eller till vår handledare Bibbi Thomé

Med vänlig hälsning

Jenny-Ann Johansson
Rubinv. 17, 341 39 Ljungby
Tfn 070-529 82 53
jenny-ann.johansson@telia.com

Eva Wetterling
Ivla, 340 13 Hamneda
Tfn 070-920 88 70
evwet@hotmail.com

Handledare Bibbie Thomé
Universitetslektor
Tfn 046-222 19 36
bibbi.thome@med.lu.se

- Bilagor
1. Samtyckesblankett
 2. Projektplan

Blankett för godkännande

Sjuksköterskors bedömning av behov hos män med prostatacancer.

Er anhöllan

- Medgives
- Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namn



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

INFORMATIONSBREV

2009-11-15

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Till Avdelningschef

Förfrågan om deltagande i studien ”Sjuksköterskors bedömning av behov hos män med prostatacancer”

Du tillfrågas om hjälp att få kontakt med sjuksköterskor för deltagande i ovanstående studie.

Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskor bedömer behoven hos män med prostatacancer. Det finns studie som påtalar vad män med prostatacancer har för upplevelse av sin sjukdom och vilket omvårdnadsbehov de har.

Vårt mål är att intervjua totalt 20 sjuksköterskor med minst två års erfarenhet av att vårda män med prostatacancer på onkologisk och allmän kirurgisk avdelning. Vi strävar efter så stor variation som möjligt på kön, ålder och erfarenhet. Intervjuerna kommer att bandinspelas och skrivs ut. Materialet kommer att analyseras med innehållsanalys för att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter. Genom reflektion av texten identifieras meningsenheter. Kategorier och teman tas fram för att formulera det icke explicita budskapet i texten som ger svar på frågorna vad och hur.

Vi anhåller om hjälp av Dig att välja ut 8 sjuksköterskor enligt våra ovan angivna urvalskriterier. Dessutom ber vi att Du hjälper oss med att dela ut ett brev till dem du valt ut med information om studien samt en förfrågan om de vill delta i studien eller inte. Vi kommer efter att fått informanternas namn/telefonnummer att ringa upp dem och avtala tid för intervjun.

Sjuksköterskorna deltar frivilligt och har rätt att dra sig ur när som helst under studien. Information om informerat samtycke efterfrågas vid mötet för intervjun och skriftligt godkännande. Materialet kodas och endast författarna och handledare har tillgång till materialet vilket kommer att raderas efter examination. Privata data som identifierar intervjupersonerna kommer inte att redovisas.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning onkologisk och palliativ vård, magisteruppsats 15 hp.

Om Du har frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare Bibbi Thomé.

Med vänlig hälsning

Jenny-Ann Johansson
Rubinv. 17, 341 39 Ljungby
Tfn 070-529 82 53
jenny-ann.johansson@telia.com

Eva Wetterling
Ivla, 340 13 Hamneda
Tfn 070-920 88 70
evwet@hotmail.com

Handledare Bibbi Thomé
Universitetslektor
Tfn 046-222 19 36
bibbi.thome@med.lu.se



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Bilaga 4 (6)

INFORMATIONSBREV

2009-11-15

Information till undersökningsperson

Förfrågan om deltagande i intervjustudie av sjuksköterskors bedömning av behov hos män med prostatacancer.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie.

Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskor bedömer behoven hos män med prostatacancer. Det finns studie som påtalar vad män med prostatacancer har för upplevelse av sin sjukdom och vilket omvårdnadsbehov de har.

Intervjun beräknas ta cirka 20-40 minuter och genomförs av Jenny-Ann och/eller Eva. Vi erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att koda och förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts kommer materialet att förstöras. Direktcitrat kan komma att presenteras i resultatet men inte på ett sådant sätt att de kan kopplas till enskild person.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras.

Informerat samtycke med skriftligt godkännande efterfrågas vid mötet för intervjun.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning onkologisk och palliativ vård, magisteruppsats 15 hp.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller vår handledare Bibbi Thomé.

Med vänlig hälsning

Jenny-Ann Johansson
Ljungby
Tfn 070-529 82 53
jenny-ann.johansson@telia.com

Eva Wetterling
Hanneda
Tfn 070-920 88 70
evwet@hotmail.com

Handledare Bibbie Thomé
Universitetslektor
Tfn 046-222 19 36
bibbi.thome@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Sjuksköterskors bedömning av behov hos män med prostatacancer”.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

Demografiska data vid intervjustudie av sjuksköterskor

Ålder

Antal yrkesverksamma år som sjuksköterska

Utbildningar
