



Kurs: SSK 216, Examensarbete 10 poäng

Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

**VILKEN OMVÅRDNAD FÅR DEN POLIKLINISKA PATIENTEN VID
CYTOSTATIKABEHANDLING FÖR ATT UPPLEVA LIVSKVALITET**

Oktober 2000

Författare. Kristina Persson

Charlotte Wadström

Handledare: Brigitta Fridström

Justerat och godkänt

Datum

Examinator

Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng

VILKEN OMVÅRDNAD FÅR DEN POLIKLINISKA PATIENTEN VID CYTOSTATIKABEHANDLING FÖR ATT UPPLEVA LIVSKVALITET

Kurs: SSK 216, Examensarbete 10 poäng

Författare: Kristina Persson och Charlotte Wadström

Handledare: Birgitta Fridström

Examinator: Göran Holst

SAMMANFATTNING

Varje år insjuknar ca 40 000 svenskar i olika cancerformer. En av behandlingsmetoderna är cytostatikabehandling. Cytostatika verkar på tumörcellerna men även på kroppens friska celler, därför uppkommer många biverkningar som kan vara besvärliga för patienten. Studien syftade till att belysa de omvårdnadsåtgärder som vidtas vid biverkningarna, stomatit, håravfall och illamående/kräkningar, i samband med cytostatikabehandlingen, för att de polikliniskt behandlade patienterna ska uppleva livskvalitet. Metoden som användes var kvalitativ intervju med sex sjuksköterskor i södra Sverige, som alla arbetade med cytostatikapatienter. I resultatet framkom det att sjuksköterskorna ansåg att livskvalitet var något individuellt, det var patientens behov och värderingar som man utgick ifrån i omvårdnadsarbetet. Förutom de specifika omvårdnadsåtgärderna vid respektive biverkning, så lades stor vikt på samtal och information till patienten. Relationen var också något som betonades, sjuksköterskorna menade att en god relation med patienten var en förutsättning för ett bra omvårdnadsarbete.

Nyckelord: Cytostatikabehandling, Illamående/Kräkningar, Stomatit, Håravfall Livskvalitet, Omvårdnadsåtgärder, Poliklinisk patient.

Department of health- and natural science

Program for university Diploma in Nursing 120 points

WHAT KIND OF CARE WILL THE OUTPATIENTS RECEIVE BY CHEMOTHERAPY TREATMENT TO EXPERIENCE A QUALITY OF LIFE?

SSK 216, Degree Project, 10 points

Author: Kristina Persson and Charlotte Wadström

Supervisor: Birgitta Fridström

Examiner: Göran Holst

ABSTRACT

Every year an average of 40 000 Swedes fall ill with different forms of cancer. Chemotherapy has an effect on the tumour cells as well as the healthy cells in the body, this causes many side effects which can be very problematic for the patient. The study was carried out in order to indicate the care measures that are taken to deal with the side effects i. e. stomatitis, loss of hair and sickness/vomiting, that are connected with chemotherapy so that the outpatients will experience a quality of life. The method used was a qualitative interview with six nurses from the South of Sweden, all of whom are working with chemotherapy patients. The results showed that the nurses thought that quality of life was individual, in their care work the patients needs and valuations were used as a starting point. Aside from the specific care measures for respective side-effects they put an emphasis on talking and giving information to patients. In addition, they indicated the relationship they had with their patients. According to them a good relation to the patient is a prerequisite of good care work.

Keywords: Chemotherapy, Sickness/Vomiting, Stomatitis, Hair loss, Care, Outpatients.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	1
BAKGRUND	5
CYTOSTATIKABEHANDLING.....	5
OMVÅRDNADSÅTGÄRDER	6
LIVSKVALITET	9
SYFTE	10
METOD	10
RESULTAT	12
INFORMATION.....	12
OMVÅRDNADSÅTGÄRDER	14
LIVSKVALITET	16
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION.....	17
RESULTATDISKUSSION	18
REFERENSLISTA	23

BILAGA

BAKGRUND

Det är ovanligt med cancer före 30 års ålder men frekvensen ökar med åldern. I västvärlden är 60 % av de som dör i cancer 65 år eller äldre. Några av de vanligaste riskfaktorerna för att utveckla cancer är förutom stigande ålder bland annat ärftlighet, rökvanor, kostvanor, omgivningens miljö och ultraviolett strålning (Hedner & Agardh, 1993).

Varje år insjuknar ca 40 000 svenskar i olika cancerformer. Detta betyder att ungefär var fjärde svensk kommer att få cancer under sin livstid. Cancerdiagnosen är idag inte liktydig med en dödsdom, men förr uppfattades den ofta som det. Detta beror på att man nu har bättre kunskaper i diagnostisering och behandling av cancer (Elwin m fl. 1997).

Poliklinisk behandling har ökat de senaste åren. Ett flertal behandlingar och undersökningar som tidigare krävt inläggning görs idag polikliniskt, vilket innebär att patienten kan åka hem direkt efter behandlingen. Cytostatikabehandling av cancerpatienter sker idag oftast polikliniskt (Jahren Kristoffersen, 1998).

Cytostatikabehandling

För att förstå cytostatikans verkningsmekanism så är det viktigt att veta att alla cancerformer uppstår genom att en cell eller cellgrupp börjar dela sig okontrollerat. Cancercellerna kan även sprida sig till andra organ där de ger metastaser (Elwin m fl. 1997). Under den tid som cytostatika har använts i behandlingssyfte så har det använts ca 40 olika substanser. Cytostatika verkar antingen ospecifikt eller cellcykelspecifikt med mål att skada cancercellerna så att de dör eller hindras från att dela sig (Franksson & Hamberger, 1992, Wallgren, 1999).

Cytostatika används vanligen i kombinationer, två till fem olika substanser med olika verkningsmekanismer. Detta kan minska risken för uppkomst av resistent celler samt minska enskilda preparats biverkningar. Cytostatikan ges med regelbundna intervaller till exempel var tredje till fjärde vecka. Man väljer dos efter normalvävnadens reaktioner (Franksson & Hamberger, 1992, Wallgren, 1999).

Eftersom cytostatika inte bara verkar på tumörcellerna utan även på kroppens normala celler så uppkommer en rad biverkningar som kan vara både allvarliga och besvärliga för patienten. Om biverkningarna av cytostatika inte hade varit så uttalade så hade man kunnat ge högre doser än vad som nu är fallet (Elwin m fl. 1997).

Det är oftast svårt att veta vilka biverkningar som uppstår samt hur omfattande dessa blir hos patienten. Med kännedom om vad de olika cytostatikapreparatens biverkningsprofil är, kan man ändå i generella termer veta vilka biverkningar som kan uppstå hos den enskilde patienten. Detta gör att man har möjlighet att förebygga och lindra oönskade biverkningar (Ringborg m fl. 1998).

Omvårdnadsåtgärder

Erfarenheter har visat att det finns många olika åtgärder för att göra cytostatikabehandlingen mer uthärdlig för personer med cancer. Det är viktigt att de omvårdnadshandlingar som utförs under behandlingen ger ett tryggt och säkert intryck för patienten. Viktigt är en individuell omvårdnad, varje patient har sina behov som behöver tillgodoses. Det är endast hos ett fåtal patienter som genomgår en cytostatikabehandling, där omvårdnadsåtgärderna kan bli rutinmässiga (Hallbjörg m fl. 1986).

Patienterna blir ofta trötta och svaga efter en cytostatikakur och då biverkningarna kan vara många och svåra, vill de ibland ge upp behandlingen. I en sådan situation är det viktigt att sjukvårdspersonalen gör allt för att uppmuntra och motivera patienterna till fortsatt behandling (Hallbjörg m fl. 1986).

En viktig omvårdnadsaspekt är information till patienten. Genom att ta sig tid till att informera om behandlingen och dess biverkningar kan ångesten och rädslan hos patienten minskas betydligt. Sjuksköterskor arbetar "nära" patienten och kan därför lätt upptäcka deras oro och ångest. För patienten är det många gånger naturligare att vända sig till sjuksköterskan än till läkaren för att få svar på frågor och funderingar. Det är viktigt att från början rätta till felaktiga föreställningar och skingra farhågor. Patienten bör få reda

på det som hon/han ser som angeläget, inte det som någon annan person i patientens omgivning tycker är viktigt att känna till. Det är ofta svårt att veta hur mycket information patienten blir hjälpt av att få, speciellt vad gäller biverkningar vid en behandling. Att nämna biverkningar som inte ens uppstår kanske oroar patienten i onödan (Hawthorn, 1998).

Illamående och kräkningar är ett av de problem som patienterna lider mest av vid cytostatikabehandling. Illamåendet uppträder oftast direkt i anslutning till kuren eller ett par timmar efteråt (Birgegård & Glimelius, 1998).

- Det är viktigt att informera patienten att illamående kan uppstå, poängtera också att somliga varken mår illa eller kräks.
- Det är också viktigt med en lugn och trygg omgivning vid behandlingen.
- Ett problem vid behandling av illamående är att dokumentationen ofta är bristfällig vad gäller graden av illamående, behandling och behandlingseffekten. Dokumentationen är av stor vikt för att veta hur man kan göra behandlingen behagligare till nästa gång.
- En annan åtgärd är farmakologisk antiemetisk behandling. Den farmakologiska behandlingen kan påbörjas dagen före cytostatikakuren eller precis i anslutning till den.
- Speciella psykologiska behandlingsformer som till exempel hypnos eller olika former av muskelavslappningsövningar är andra alternativ (Birgegård & Glimelius, 1998).

Det är viktigt att vårdgivaren inte accepterar någon grad av illamående hos patienten efter första kuren, illamåendet har nämligen en tendens att förvärras efter varje kur. Därför är det viktigt att förhindra uppkomsten redan efter första behandlingen.

Om patienten blir illamående och kräks under behandlingen kan man ändra den medicinska behandlingen och kontrollera om patienten erhållit adekvat information. Om patienten är orolig kan man eventuellt erbjuda någon form av psykologiskt stöd som till exempel samtal. (Birgegård & Glimelius, 1998).

En annan biverkning vid cytostatikabehandling är stomatit vilket innebär inflammation i munslemhinnan. En god och regelbunden munvård är viktig på grund av att munslemhinnan då är känslig och lätt blir skadad. Salivproduktionen kan bli nedsatt vilket kan leda till irritation, infektion eller sår i munhålan. Innan cytostatikabehandlingen påbörjas bör patienten uppsöka en tandhygienist (Persson, 1998).

- Det är viktigt att informera patienten om att hålla god munvård.
- Patienten bör använda mjuk tandborste samt tandtråd.
- Patienter som använder protes bör ta ut den på natten och tvätta av den.
- Om problem med munslemhinnan börjar uppkomma så rekommendera patienten till att tvätta mun och tunga med koksaltlösning på en tork efter varje måltid samt till natten. Andra åtgärder för att hålla munhålan fuktig kan vara rikligt vätskeintag, osötade karameller samt vätskerik och finfördelad föda.
- Rekommendera patienten att inte inta föda med högt syrainnehåll som till exempel tomat och apelsiner rekommendera istället banan eller päron. Salt och starkt kryddad mat bör också undvikas.
- Vid smärta kan lokalanestetika vara ett bra behandlingsalternativ (Ringborg mfl. 1998, Birgegård & Glimelius, 1998).

Håravfall (alopeci) är en vanlig biverkning hos patienter som genomgår en cytostatikabehandling. Håravfallet kan ses inom någon vecka efter behandlingens start och kan leda till delvis eller total hårförlust. Det är individuellt hur mycket hår man tappar (Ringborg m. fl. 1998).

Håravfallet beror på att hårstrået skadas i hårsäcken, blir tunnare och bryts av när det vuxit ut. Många gånger kan dock återväxt av hår noteras under pågående cytostatikabehandling. Det hår som växer ut ser inte alltid likadant ut som innan. Rakt hår kan bli lockigt, mjukt hår strävt eller vice versa. Håret kan också ändra färg (Gunnars, 1991).

Håravfallet kan ibland dämpas med hjälp av en skonsam behandling till exempel genom att använda mjuk hårborste, mild schampo och genom att undvika permanent, hårfärgning och blekning. En åtgärd som är vanlig vid håravfall är att patienten kan bära peruk under behandlingstiden. Peruken inskaffas oftast innan allt hår fallit av, det är då lättare att få en peruk som liknar den vanliga frisyren. Andra alternativ kan vara schallett, hatt eller mössa (Wallberg, 1997).

Livskvalitet

Livskvalitet som begrepp eller idé om det goda livet kan spåras ända tillbaka till antikens filosofi. Begreppet i allmän bemärkelse täcker inte alla tillvarons aspekter utan i sin generella form pekar det främst på friska människors levnadsförhållande. Människor som genomgår någon sorts kris eller lever under svåra förhållanden får ofta ett djupare perspektiv på livet och dess mening. De flesta definitioner av livskvalitet visar också att begreppet är individuellt för varje enskild person eftersom det bygger på individuella upplevelser och förutsättningar. Det som kan vara meningsfullt för en individ behöver inte ha samma betydelse för en annan individ (Gunnars, 1991).

Det finns flera tänkbara sätt att definiera livskvalitet på. Till exempel vilken moral har man i livet? Vilka intellektuella eller estetiska kvaliteter har livet? Livets religiösa och andliga halt? Innehåller livet lycka och tillfredsställelse? Vad gäller livskvalitetsmått så koncentreras det oftast på begrepp som lycka, tillfredsställelse, harmoni samt individens välbefinnande. Det talas ofta om att livskvalitet måste mäta både objektiva och subjektiva förhållanden i en människas liv. Objektiva förhållanden till exempel somatisk hälsostatus och bostads-familjeförhållanden. Subjektiva förhållanden till exempel. upplevelse av yttre situationer och sinnesstämning i allmänhet (Nordenfelt, 1991).

Om man ser vad begreppet betyder i ett omvårdnadssammanhang så framhäver Rustöen (Jahren Kristoffersen, 1998 sid. 62) att faktorer som mening, hopp, identitet och gemenskap är centrala faktorer som har betydelse för hur människan upplever sin livssituation. För att vårdpersonalen ska kunna hjälpa en patient att upprätthålla sin livskvalitet är det viktigt att ha begreppen klara för sig och veta vad patienten anser vara viktigt (Jahren Kristoffersen, 1998).

Upplevelse av personlig identitet är helt nödvändig för människans livskvalitet. Identiteten gör oss medvetna om vilka vi är, vad vi står för och vilket värde vi har. Sjukdom och lidande kan på olika sätt skada identiteten, många upplever att de förlorar mycket av sin värdighet. Vårdpersonalen måste se till att människan som enskild individ har möjlighet att bevara sin ursprungliga identitet även om hälsan sviktar. Att bli bemött med respekt, omsorg, ansvar och förståelse stärker människans upplevelse av identitet (Jahren Kristoffersen, 1998). Livskvalitet är inte bara ett mål som man vill uppnå för cancerpatienter utan även för andra svårt sjuka patienter (Ringborg m fl. 1998).

SYFTE

Studien syftade till att belysa de omvårdnadsåtgärder som vidtas vid cytostatikarelaterade biverkningar som håravfall, illamående/kräkningar och stomatit, så att polikliniskt behandlade patienter ska uppleva livskvalitet i samband med cytostatikabehandling.

METOD

Empirisk studie med kvalitativ inriktning i form av intervju. Med empirisk menas att man bygger på någon form av kontakt med verkligheten samt att utsagorna av verkligheten ska vara prövbara och kunna testas.

Det kvalitativa synsättet riktar intresset mot individen. Istället för att fråga hur en objektiv verklighet ser ut ställs frågan hur personen i fråga tolkar och formar sin verklighet (Backman, 1998).

Studien koncentrerades på tre av cytostatikabehandlingens biverkningar som omvårdnadsmissigt är aktuella för en poliklinisktbehandlad patient.

Undersökningsgruppen var sex sjuksköterskor från tre kliniker i sydöstra Sverige, som arbetar med cytostatikabehandling. Klinikcheferna kontaktades för att få tillstånd att utföra intervjuerna på klinikerna. Urvalet bestämdes genom att avdelningsföreståndaren på respektive avdelning kontaktades. De utsåg sjuksköterskor som arbetade med cytostatikapatienter och som de ansåg vara kompetenta att medverka i studien.

Sjuksköterskorna som skulle delta, kontaktades för bokning av tid för intervju. Då informerades de även om studiens syfte och metod så att de skulle vara förberedda inför intervjun.

De frågeområden som presenterades, vid de riktat öppna intervjuerna var information, omvårdnadsåtgärder och livskvalitet (bilaga). En provintervju gjordes med en sjuksköterska, men detta föranledde ingen förändring i intervjumanualen.

Vid intervjuerna kan de tillfrågade sjuksköterskorna associera fritt runt frågeområdena. Därefter kan intervjuaren vid behov ställa redan förbestämda följdfrågor för att komplettera svaren (Lantz, 1993).

Innan intervjun startade frågade författarna sjuksköterskorna om det gick bra att använda bandspelare. Ingen av de intervjuade hade något emot att intervjun spelades in. De informerades samtidigt om att det endast var författarna som skulle ha tillgång till materialet.

Intervjuerna spelades in på band, för att allt som sades skulle komma med ordagrant samt för att underlätta sammanställningen av resultatet. En av författarna intervjuade medan den andra författaren lyssnade på vad som sades och skrev stödanteckningar. Intervjuerna tog mellan en halvtimme och en timme beroende på hur utförligt sjuksköterskorna berättade om sina erfarenheter.

Intervjuresultatet analyserades i tre olika steg.

I *första steget* lyssnade författarna igenom samtliga intervjuer ett flertal gånger för att få ett helhetsintryck av materialet. Under tiden som författarna lyssnade på bandet så skrevs svaren ner ordagrant på papper.

I *Steg två* sammanfattades svaren under de redan förbestämda frågeområdena, information, omvårdnadsåtgärder och livskvalitet. Författarna tog var för sig ut det

resultat som ansågs relevant för studien. Detta gjordes för att minska risken att något betydelsefullt skulle falla bort, det som den ena författaren kanske missade uppfattade den andra.

I *steg tre* diskuterade författarna vad de kommit fram till. Sedan skrevs resultatet ihop till en sammanhängande text.

RESULTAT

Information

Vissa av sjuksköterskorna föredrog att träffa patienterna innan behandlingen medan andra informerade per telefon. Den information som sjuksköterskorna gav innan behandlingen var både skriftlig och muntlig och handlade om kostnader, biverkningar, hur behandlingen gick samt andra praktiska väsentligheter. De ansåg att det var viktigt att upprepa informationen vid varje samtal så att patienten säkert uppfattade allt.

När tid skulle bestämmas för samtal och behandlingstillfälle försökte sjuksköterskorna ta stor hänsyn till patienternas privata liv. Vilket innebar att de i största möjliga mån rättade sig efter de tider som patienten kunde komma in till sjukhuset för behandling och samtal.

En sjuksköterska sade: *”Jag försöker anpassa tiderna så att det ej inkräktar på patientens normala rutiner.”*

Under behandlingens gång så samtalade patienten och sjuksköterskorna mycket med varandra. Sjuksköterskorna framhävde vikten av att patienten fick svar på de frågor som uppkom på vägen. Information gavs också efter hand om hur provtagningar och undersökningar gick till.

Efter det att behandlingen avslutats fortsatte sjuksköterskorna att finnas tillgängliga på avdelningen så att patienterna kunde kontakta dem om det behövdes.

Samtliga sjuksköterskor hade samma åsikter vad gällde att ge en rak och ärlig information. Dock ansåg de att man inte skulle ge överflödiga information eftersom det

kunde leda till att patienten fick svårt att ta in och uppfatta allt. Sjuksköterskorna menade också att man inte behövde berätta om alla biverkningar som kunde uppkomma eftersom det inte är säkert att patienten känner av alla. Det är bättre att informera efter hand, om de skulle uppkomma.

En sjuksköterska sade: ” *Risken med att berätta alla biverkningar är att patienten kommer att känna av varenda en.*”

De sjuksköterskor som bara höll på med cytostatikabehandlingar ansåg att de hade god tid till informationssamtal, medan de som hade andra uppgifter på avdelningen tyckte sig behöva ytterligare tid. Samtliga hävdade att det var viktigt att ta sig tid till informationssamtalen, speciellt i början så att patienten kände engagemang från personalen.

Omvårdnadsåtgärder

Sjuksköterskornas erfarenhet av håravfall var att många av patienterna tappade håret, men långt ifrån alla. De berättade att speciellt kvinnor kände en stor identitetsförlust. Stor vikt lades på samtal för att stötta patienten genom krisen. En stor tröst för patienten var att informera om att håret växer ut igen under behandlingens gång. Efter behandlingens slut (27-29 veckor) har patienten en kort frisyr.

En sjuksköterska uttryckte sig: *”Att tappa håret är det värsta som kan hända en individ, det är ett stort trauma”*.

Patienten fick redan innan behandlingen en remiss till en frisör för att prova ut en till två peruker. Enligt sjuksköterskorna var det vanligt att peruken endast användes utanför hemmet. Andra alternativ, istället för peruken, var keps eller schallett som många av patienterna valde att använda på grund av att peruken upplevdes varm att bära.

Problemet med illamående och kräkningar ansåg sjuksköterskorna vara mindre idag, men att det fortfarande var en av de största biverkningarna, inom cytostatikabehandlingen. Vikten av att förebygga illamående med antiemetika betonades, man hade ett eller flera i förväg ordinerade preparat vid varje behandling. Om det ena inte hjälpte provade man istället något annat läkemedel.

Andra omvårdnadsåtgärder som framkom vid illamående var matrådgivning där sjuksköterskan informerade patienten om till exempel att äta små portioner lättuggad mat samt att äta det man känner för. Trevlig miljö och en fin dukning kunde också bidra till en bättre aptit och ett minskat illamående. Vissa sjuksköterskor valde att koppla in dietisten. En annan viktig åtgärd som patienten informerades om var att de skulle dricka mycket för att rensa ut slaggprodukterna, som bildades efter varje behandlingstillfälle och bidrog till ökat illamående.

Stomatit var, enligt sjuksköterskorna, ingen vanligt förekommande biverkning vid deras behandlingar. De åtgärder som användes för att lindra stomatiten hos patienterna var

läkemedel i form av olika salvor och munsköljningslösningar. God munvård i allmänhet, till exempel försiktig tandborstning, ansågs också viktig. En sjuksköterska hade goda erfarenheter av drycken Provivahavrevällning, vilken innehåller en bakterieflora som gör att patientens mag- och munslemhinna mår bättre.

Samtliga sjuksköterskor utgick ifrån en cytostatikamanual, som är utarbetad av Onkologiskt centrum i Lund, där det finns råd hur biverkningarna kunde lindras används denna manual inom Sveriges södra sjukvårdsregion. Eftersom åtgärderna i denna manual inte alltid hjälpte patienten fullt ut fick sjuksköterskorna vidta andra individanpassade lösningar. Det viktigaste var att patienten skulle må så bra som möjligt.

I intervjun framkom att sjuksköterskorna ansåg att psykisk (t ex. samtal) och fysisk (t ex. farmaka) stöttning var lika viktigt. Den fysiska stöttningen var viktig för att lindra de somatiska biverkningarna men patienterna kunde ibland behöva mer av den psykiska stöttningen. Det var upp till patienten vad som skulle prioriteras och ibland gick åtgärderna in i varandra.

En sköterska sade: *”Om man öppnar ett fönster så mår patienten bättre samtidigt som de märker att man bryr sig om dem.”*

Om patienten behöver extra mycket stöd så kopplade sjuksköterskan vid behov in en kurator.

Alla sjuksköterskor ansåg att relationen mellan patient och sjuksköterska var väldigt viktig. De ansåg att det var bra om inte för många var inblandade i behandlingen, kontinuiteten var något som alla sjuksköterskorna försökte uppnå. Erfarenhetsmässigt visade det sig att detta var det bästa för patienten eftersom det då skapades tillit och trygghet. Genom en bra relation kunde man minska oro och ångest och därmed en del biverkningar.

Två av sjuksköterskorna kände att relationen patient/sjuksköterska ibland kunde bli för djup. De kände att man var tvungen att ha lite distans till arbetet. Sjuksköterskorna upplevde det jobbigt att patienterna ibland till och med ringde hem till dem för att prata.

Livskvalitet

Sjuksköterskorna menade att det viktigaste under behandlingen var att patienten skulle kunna leva ett så normalt liv så möjligt. Det vill säga att sjukdomen och behandlingen inkräktade så lite så möjligt i det vardagliga livet. De ville att patientens kliniska tillstånd skulle vara så bra som möjligt, vilket innebar att de skulle slippa må illa, få besvär från munnen eller magen.

En sjuksköterska uttryckte sig så här: ” *Livskvalitet för patienten under behandlingen är A och O.* ”

En annan sade: ” *Vi brukar kalla våra cytostatika patienter för VIP-patienter.* ”

I sitt arbete utgick sjuksköterskorna vanligen ifrån patientens behov, värderingar och krav om hur de ville må under behandlingen. Men innan sjuksköterskorna lärde känna patienten och visste hur de ville ha det så förde de lätt in sina egna värderingar i och med att de hade förkunskapen om hur patienterna brukade må. För att veta hur patienternas syn på livskvalitet var, så samtalade de mycket med dem samt använde sin intuition och känsla.

Patientens syn på livskvalitet under behandlingen var väldigt individuell, vissa av patienterna hade högre krav än andra. Sjuksköterskorna uppfattade det som att det berodde på var i sjukdoms- och behandlingsförloppet patienten befann sig och hur prognosen såg ut. Hur patienten var som person hade också betydelse, vissa var mer tåliga än andra och klagade inte i samma utsträckning, trots att han eller hon hade det svårt.

En sjuksköterska sa: ” *Patienten står ut och lär sig ta vara på de ljusglimtar som finns.* ”

En annan uttryckte sig: *"Patientens syn på livet blir annorlunda, oväsentligheter blir viktigare."*

Det framkom också att sjuksköterskorna tyckte att livskvalitet var något individuellt som varje individ själv definierar. För en del patienter kunde det innebära att vara hemma så mycket som möjligt och för en del att vara på sjukhuset och känna tryggheten därifrån.

Sjuksköterskorna ansåg att deras syn på livskvalitet hade förändrats med åren. De ansåg att omvårdnaden var mer patientcentrerad nu än vad den var förr. Sjuksköterskorna menade att de hade lärt sig att ta vara på livet och inte ta något för givet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Intervju som metod valdes för att få så uttömmande svar som möjligt, samt för att få en personlig kontakt med respondenten. Denna kontakten tror vi bidrog till ett bättre engagemang av sjuksköterskorna för studien, än vad en enkätundersökning gjort.

En enkätstudie hade inte varit lika lätt att genomföra eftersom det hade varit svårt att i ett formulär täcka alla individuella omvårdnadsåtgärder som finns.

Information, omvårdnadsåtgärder och livskvalitet, valde vi ut som frågeområden efter att vi studerat litteraturen. Vi upplevde att cytostatikabehandling är ett sådant stort ämne och för att studien skulle bli genomförbar var vi tvungna att begränsa oss. Vi begränsade oss till dessa tre områden för att vi fann dem relevanta för polikliniskt behandlade cytostatikapatienter.

Ingen av sjuksköterskorna var emot användandet av bandspelare. Anledningen till att bandspelare användes var för att intervjun skulle fortlöpa så smidigt som möjligt, utan avbrott för att svaren skulle skrivas ner. Detta visade sig vara ett bra alternativ. Genom att bandspelare användes underlättades sammanställningen av resultatet, eftersom vi hade

tillgång till materialet i sin helhet. Vi kunde då lyssna och reflektera över materialet flera gånger, vilket var positivt. Vi tror att resultatet blev mer sanningsenligt eftersom att risken för att något faller bort minskar betydligt vid användande av bandspelare.

Att vara två vid samtliga intervjuer var positivt. Vi upplevde trygghet genom att en av oss antecknade det viktiga som sades och lyssnade på intervjun och kunde därmed hjälpa till om den som intervjuade missade något. Den som intervjuade kunde i sin tur koncentrera sig på sin uppgift.

Eftersom den riktat öppna intervjuformen användes, där respondenten fick associera fritt, var det några sjuksköterskor som hade svårt att hålla sig inom frågeområdet. Dock blev alla frågor besvarade.

Vi tror att studien blivit mer intressant om vi intervjuat patienter istället för sjuksköterskor. Det är trots allt patienten som vet bäst hur det känns att genomgå en behandling samt vad livskvalitet innebär för honom/henne. Sjuksköterskan är inte själv i situationen och kan därför endast utgå från sina arbetsmässiga erfarenheter.

Anledningen till varför vi utgick från sjuksköterskans perspektiv var på grund av att vi hade begränsat med tid och eftersom det krävs tillstånd från etiska nämnden, för att intervjua patienter.

Resultatdiskussion

Sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att ge både skriftlig och muntlig information, samt att den upprepas vid flera tillfällen så att patienten säkert uppfattar allt. Hawthorn (1998) skriver att allt för mycket information på en gång kan vara förvirrande. Det bästa är att träffa patienten, gärna flera gånger, därigenom ges tid att hinna smälta och fundera över vad som sagts och komma med frågor till nästa möte. Den muntliga informationen bör kompletteras med skriftlig.

Uppriktig och ärlig information om sjukdomstillstånd, behandling och dess biverkningar gör att patienten inte behöver uppleva några otrevliga överraskningar. En välinformerad patient får bättre förståelse för sin sjukdom och över de konsekvenser som biverkningarna ger, det minskar oftast också patientens oro och osäkerhet (Gunnars,

1991). Samtliga sjuksköterskor i studien ansåg att de gav sina patienter en ärlig och rak information. De ansåg att man skulle ge adekvat information, överflödigt information kunde leda till att patienten inte uppfattade det väsentliga. Vi tror att man som sjuksköterska bör försöka känna av vad varje patient anser vara väsentligt att veta vid ett informationssamtal. Vissa patienter mår kanske bäst av att få veta alla biverkningar som kan uppstå medan andra mår bättre av att få informationen efter hand. Vi anser att det till största delen är patienten som bestämmer vad som ska tas upp under ett samtal även om sjuksköterskan måste ge en grundläggande information om behandling och biverkningar.

När som helst i livet kan man utsättas för olika situationer och händelser som kan hota identiteten (Jahren Kristoffersen, 1997). Ett identitetshot visade sig, i vår studie, vara det cytostatikarelaterade håravfallet. Sjuksköterskorna upplevde att det speciellt var kvinnor som kände identitetsförlust. I Gunnars (1991) undersökning framkom det att håravfallet hade stor betydelse för både män och kvinnor, men att männen anpassade sig bättre till skullighet än kvinnor.

De omvårdnadsåtgärder som vidtogs vid håravfall visade sig vara psykisk stöttning samt peruk. Sjuksköterskorna hade erfarenhet av att patienterna ibland upplevde det jobbigt att använda peruken. Gunnars (1991) kom också fram till att patienter som använde peruk upplevde det känslomässigt svårt att använda den, speciellt i början. Patienten var rädd för att tappa peruken eller att inte bli igenkänd.

Vad gäller biverkningen illamående/kräkningar så framkom det i studien att farmakologisk behandling prioriterades som omvårdnadsåtgärd. Andra åtgärder kunde vara t ex matrådgivning samt information om hur viktigt det är att dricka rikligt efter varje behandlingstillfälle. Andra studier (Birgegård & Glimelius, 1998, Ringborg m fl. 1998) har också poängterat att man skall råda patienterna till att äta många och små måltider under dagen, för att undvika att magen fylls alltför mycket. En annan viktig åtgärd kan vara god och vällagad mat vid rätt tidpunkt. Jahren Kristoffersen (1997) nämner andra omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskorna i vår studie inte tog upp dessa var t.ex. musik, frisk luft, samt trivsamma besök.

Anledningen till att sjuksköterskorna i vår studie inte tog upp detta kan vara att de flesta av deras patienter inte är inlagda utan enbart kommer polikliniskt för behandling.

I vår studie framkom det att stomatit inte var en vanligt förekommande biverkning. Persson (1998) skriver att stomatit är en vanligt förekommande biverkning vid cytostatikabehandling. Det framträder i form av blödningar i munslemhinnan, svampbildning och olika infektioner. Författaren menar att stomatit är något som påverkar patientens livskvalitet negativt. Vidare poängteras att det är viktigt att vårdpersonalen observerar patientens munhåla regelbundet för att upptäcka eventuella komplikationer. God munvård hos patienten är viktig förebyggande åtgärd, en farmakologisk behandling kan bli nödvändig. Anledningen till varför sjuksköterskorna i vår studie inte ansåg att stomatit var en vanlig biverkning, kan bero på att de flesta av deras patienter var poliklinisktbehandlade. Att Persson ansåg stomatit som vanligt förekommande beror nog på att hon utgick från inlagda patienter, det är då lättare att uppmärksamma problemet när det uppstår. Vi tror att många av de polikliniska patienterna inte anser stomatiten som något stort problem och tar därför inte alla gånger upp det med sjuksköterskan vid besöken. Det är då svårt för sjuksköterskan att upptäcka problemet.

I studien framkom det att fysisk och psykisk stöttning var lika betydelsefullt. Det var patienten som bestämde vad som skulle prioriteras. Vad gäller den psykiska stöttningen så uttryckte sjuksköterskorna att relationen mellan dem och patienten var väldigt viktig. I litteraturen hävdar man samma sak, för att uppnå detta så bör sjuksköterskorna involvera sig och gå in i vissa situationer och inte vara rädd för att engagera sig känslomässigt i sitt arbete. Sjuksköterskorna får så mycket av patienten som hon/han själv är beredd att ge. Som sjuksköterska är det viktigt att ta hänsyn till patientens synpunkter och upplevelser samt att se det individuella hos honom/henne. Detta innebär dock inte att alla patienters önskningar och förväntningar måste uppnås (Jahren Kristoffersen, 1997).

Två sjuksköterskor i vår studie tyckte att relationen med patienten ibland kunde bli för djup. Detta tror inte vi beror på att de är rädda för att engagera sig känslomässigt i sitt

arbete med patienten, utan på grund av att man som vårdpersonal ibland måste hålla distans för att orka med sitt arbete.

Beck-Friis & Strang (1999) hävdar att förtroendet mellan patienten och sjuksköterskan växer fram gradvis under upprepade kontakter, detta visar på att kontinuitet är viktigt. I vår undersökning hade sjuksköterskorna samma åsikt som ovan nämnda författare. Deras erfarenhet visade på att den tillit och trygghet som skapades genom sjuksköterskekontinuitet minskade oro och ångest hos patienten, i vissa fall kunde detta även minska biverkningarna.

I studien framkom det att sjuksköterskorna ansåg livskvalitet som något individuellt. Sjuksköterskorna menade att det är patientens behov och värderingar som man ska utgå ifrån i omvårdnadsarbetet, så att hans/hennes liv i största möjliga mån kan fortsätta som vanligt. Beck – Friis & Strang (1995) skriver att patienters upplevelse av behandling och biverkningar kan vara väldigt olika, något som inverkar på en persons livskvalitet behöver inte påverka en annan persons. Eftersom vårdpersonalen inte alltid har samma värderingar som patienten, så måste patienten tillåtas poängtera sina åsikter.

Ett stort mål som sjuksköterskorna i studien försökte uppnå var att hjälpa patienten till att uppleva en god livskvalitet. De ansåg att det var viktigt för patienten att kunna leva ett så normalt liv som möjligt under behandlingen. Rustöen (1995) hävdar att det är viktigt för vårdpersonalen att försöka uppnå en god livskvalitet bland cancerpatienter. Bibehållande eller förbättring av livskvalitet är en utmaning för både patienten och vårdpersonalen.

Livskvalitet påverkas av sjukdom, behandling, hälsotillstånd och ålder. Patientens syn på livskvalitet förändras och påverkas av patientens kliniska status (Gunnars, 1991). Det enda som sjuksköterskorna i vår studie inte tog upp var åldersfaktorn. Detta tror vi inte beror på att de saknar kunskap inom området utan på grund av att det inte är något som man tänker på i första hand, när det gäller faktorer som påverkar en människas livskvalitet. Åldern är en faktor som har betydelse för cancerpatienternas syn på livet. Vi tror att om man är ung så har man större ambitioner samt fler mål framför sig i livet som

man vill uppnå. Om man däremot är äldre så har man upplevt mer och accepterar då kanske sin sjukdom på ett bättre sätt.

I bakgrunden ställdes en del frågor om hur man kan definiera livskvalitet. Dessa var till exempel vilken moral har man i livet? Innehåller livet lycka och tillfredsställelse? Vilka intellektuella och estetiska kvalitéer har livet samt livets religiösa och andliga halt (Nordenfelt, 1991). Vi tror att det är individuellt hur man definierar livskvalitet. Frågorna som ställs i bakgrunden är nog en del av det som individen måste ha svar på för att veta vad livskvalitet innebär. Vi tror att synen på livskvalitet ändras beroende på vad man som individ har upplevt i livet. Situationer som får en människa att tänka om vad gäller sin syn på livskvalitet är nog ofta upplevelser som är traumatiska eller lyckliga, det vill säga extrema upplevelser åt något håll. För en individ som drabbas av cancer och med allt vad det innebär, så är det med stor sannolikhet att personens syn på livskvalitet förändras. Vilket sjuksköterskorna i studien också tog upp, de såg att patienternas syn på livskvalitet förändrades under sjukdomsförloppet.

REFERENSLISTA

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur

Birgegård, G. och Glimelius, B. (1998). *Vård av cancersjuka*. Lund: Studentlitteratur.

Beck-Friis, B. och Strang, P (red.) (1999). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.

Elwin, C. Lafolie, P. Flatberg, P. och Lunde P. (1997). *Farmakologi och läkemedelsanvändning*. Stockholm: Natur och kultur.

Franksson, C. och Hamberger, B. (1992). *Frankssons kirurgi*. Stockholm: Almqvist och Wiksell.

Gunnars, B. (1991). *Livskvalitet under cytostatikabehandling – en studie av cancerpatienters upplevelser och erfarenheter*. Lund: Institutionen för Onkologi, Medicinska fakulteten, Lunds Universitet.

Hallbjörg, Allmås m fl. (1986). *Medisinsk og kirurgisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Hawthorn, J. (1998). *Illamående och kräkningar – orsaker, behandling, omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hedner, P. och Agardh, C-D (red.) (1993). *Invärtes medicin, sjukdomslära och vårdaspekter*. Lund: Studentlitteratur.

Jahren Kristoffersen, N. (red.) (1998). *Allmän omvårdnad 1, profession och ämnesområde – utveckling, värdegrund och kunskap*. Stockholm: Liber AB.

Jahren Kristoffersen, N. (red.) (1997). *Allmän omvårdnad 2, patient och sjuksköterska – samspel, upplevelse och identitet*. Stockholm: Liber AB.

Lantz, A. (1993). *Intervjumetodik- Den professionellt genomförda intervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Nordenfelt, L. (1991). *Livskvalitet och hälsa – teori & kritik*. Falköping: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Persson, L. (1998). *Daily life problems from a nursing perspective in patients with acute leukaemia or highly malignant lymphoma*. Lund: Centre of Caring Sciences The Medical Faculty, Lund University.

Ringborg U. Henriksson, R. och Friberg, S. (1998). *Onkologi*. Stockholm: Liber AB

Rustöen, T. (1995). Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: a theoretical analysis. *Cancer Nursing 18(5)*, 355-361.

Wallberg, B. (1997). *Cytostatika behandling*. Stockholm: Grafisk Press AB.

Wallgren, U-B. (red). (1999). *Vårdprogram för omvårdnad av patienter med gynekologiska tumörsjukdomar*. Göteborg: Onkologiskt centrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

INTERVJUMANUAL

Omvårdnadsåtgärder

- Vilka omvårdnadsåtgärder vidtar ni vid biverkningarna Stomatit, Håravfall och Illamående/Kräkningar?
- Utgår ni ifrån standardåtgärder eller individuella åtgärder för att lindra biverkningarna hos patienten?
- Vilket prioriteras mest psykisk (t ex samtal) eller fysisk (t ex farmaka) stöttning.
- Hur viktig anser ni att relationen mellan sjuksköterska och patient är som omvårdnadsåtgärd?

Information

- Hur ges informationen till patienten innan, under och efter behandlingen?
- Hur omfattande bör informationen vara, ska man berätta om allt?
- Hur viktigt är det och finns det tid för informations samtal?

Livskvalitet

- Hur vill du att patienten ska må under behandlingen?
- Utgår du ifrån din egen syn eller patientens när du arbetar (om patientens, hur kommer du fram till det, märks det eller diskuterar du det med patienten)?
- Har din syn på livskvalitet ändrats med åren?
- Patientens syn, på livskvalitet, förändras den märkbart under behandlingstiden?