



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PATIENTERS UPPLEVELSE AV SKRIFTLIG INFORMATION INFÖR SJÄLVSTÄNDIG BORTKOPPLING AV CYTOSTATIKAPUMP EN INTERVJUSTUDIE

Isabella Lindgren och Jonna Midborn

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT21
Handledare:	Ann-Caroline Holst
Examinator:	Ingalill Koinberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill framföra vår stora tacksamhet till Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset för möjligheten att kunna genomföra vårt verksamhetsförankrade examensarbete hos er. Ett särskilt tack riktar vi till specialistsjuksköterskorna Anette Jepsen och Inger Söderberg som varit våra kontaktsjuksköterskor på mottagningen.

Vidare vill vi tacka de patienter från Onkologmottagningen som valde att delta i vår studie och på så sätt gjorde denna möjlig. Det var både lärorikt och glädjefyllt att få intervjua er och ta del av era erfarenheter och synpunkter.

Vi tackar även Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa vid Göteborgs Universitet - tack för denna chansen till en värdefull erfarenhet inför våra kommande yrkesliv.

Slutligen vill vi rikta vår allra största tacksamhet till vår fantastiska handledare vid Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa - Ann-Caroline Holst. Du har varit en stöttepelare för oss sedan första dagen och utan dig och dina värdefulla råd hade denna uppsats nog aldrig blivit av. Hjärtligt tack!

Titel	Upplevelse av skriftlig information inför självständig bortkoppling av cytostatikapump
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT21
Författare	Isabella Lindgren och Jonna Midborn
Handledare:	Ann-Caroline Holst
Examinator:	Ingalill Koinberg

Sammanfattning:

Bakgrund: Kolorektalcancer är den tredje största cancerformen globalt och nationellt och tack vare nya behandlingsformer lever personer med kolorektalcancer längre med sin sjukdom. Behandling med cytostatikainfusion är vanligt. På Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset finns det sedan cirka ett år tillbaka möjlighet för patienter att bli utbildade i hur man kopplar bort sin cytostatikapump på egen hand i hemmet, vilket har öppnat upp nya dörrar för både patient och verksamhet. *Syftet* med denna studie är att undersöka hur patienter som undervisats i att självständigt koppla bort sin cytostatikainfusion i hemmet upplever den skriftliga information de fått i samband med undervisningstillfället. *Metod:* En empirisk studie med induktiv forskningsansats. Studien tillämpade semistrukturerade individuella patientintervjuer. Intervjuerna ljudinspelades och transkriberades för att därefter analyseras enligt metoden kvalitativ innehållsanalys. *Resultatet* av denna studie visar att patienterna hade en genomgående positiv upplevelse av det skriftliga materialet, dock kunde förbättringspotential identifieras. Det skriftliga materialet utgjorde ett stöd vid momentets utförande och ökade trygghetskänslan hos flera patienter. *Slutsats:* Efter att ha tagit del av patienternas erfarenheter upplever vi att det skriftliga informationsunderlaget håller en hög kvalitet och möter patienternas behov. De förslag till förbättring som denna uppsats redovisar hoppas vi kan bidra till att Onkologmottagningen utvecklar sitt material samt att andra sjukvårdsenheter vågar ta steget att lämna över en del av ansvaret till patienten och på så sätt öka patientmedverkan.

Nyckelord: Egenvård, cytostatikabehandling, patientutbildning, onkologi, personcentrerad vård, kolorektalcancer, patientupplevelse.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Behandling	2
Biverkningar av cytostatikabehandling	3
Cytostatika i hemmet	4
Central infart - Subkutan venport	4
Hantering av cytostatika	5
Egenvård.....	6
Personcentrerad vård	6
Patientutbildning	7
Problemformulering.....	8
Syfte.....	8
Metod.....	8
Design	8
Urval	9
Datainsamling	9
Dataanalys	10
Tabell 1:.....	11
Etiska överväganden	11
Resultat.....	12
Figur 1:.....	12
Livlina	13
Ordningsföljd.....	13
Trygghet.....	13
Hjälpmedel	14
Behov av information	15
Svåra moment.....	15
Språkliga begrepp.....	15
Textens utformning.....	16
Diskussion.....	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
Kliniska implikationer	21

Fortsatt forskning	21
Slutsats	21
Referenslista.....	23
Bilagor.....	27

Inledning

Att drabbas av en cancersjukdom som kolorektalcancer kommer att innebära många sjukhusbesök med långvariga behandlingar som på olika sätt påverkar psykiskt och fysiskt mående. Personer som lever med kolorektalcancer upplever ofta ett flertal olika symtom och kan behöva vårdas på olika sjukvårdsenheter, som sjuksköterska är det betydelsefullt att kunna identifiera och möta varje individs unika behov. Genom åtgärder såsom avancerad egenvård där patienten själv kan styra över sina behandlingar i hemmet ökar personens delaktighet, autonomi och frihet vilket kan tänkas öka patienternas välbefinnande. Idag etableras ett nytt arbetssätt där patienter som genomgår cytostatikabehandling för kolorektalcancer kan utbildas för att kunna hantera en del av sin cytostatikabehandling självständigt. Denna nya möjlighet genererar flertalet positiva effekter för patienten, men vägen dit kräver utbildning och engagemang. Detta kräver också en noggrann bedömning av legitimerad personal vad gäller patientens psykiska och fysiska mående, egenvårdsförmåga samt livssituation. Sjuksköterskan undervisar patienten muntligt och praktiskt på mottagningen för att därefter överlämna ett skriftligt informationsunderlag, som patienten kan använda hemma. Målet med utbildningen är att patienten ska inneha tillräcklig kunskap för att kunna utföra momentet inom ramen för en god och säker vård.

Det var på Onkologenheten på Rikshospitalet i Köpenhamn som projektet med patientutbildning avseende bortkoppling av cytostatikapump i hemmet startades upp och idag är detta ett väletablerat arbetssätt. I juni 2010 var personal från Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset på studiebesök på Rikshospitalet och väl på plats blev de presenterade inför metoden och har sedan dess haft denna i åtanke. När pandemin tog fart i början på 2020 valde Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset att införa metoden även på deras avdelning, dels för att följa Folkhälsomyndighetens råd om minskad risk för smittspridning samt även för att frigöra värdefull tid för sjuksköterskor och patienter.

Bakgrund

De flesta fall av kolorektalcancer uppkommer ur ett växande adenom, en så kallad neoplastisk polyp, med en cirka 10–15 år lång utveckling till malignitet. Adenom ökar till synes med åldern och särskilt hos män, men alla adenom utvecklar inte cancer (Regionala cancercentrum [RCC], 2020). Ärftlighet, samsjuklighet och hälsorelaterade faktorer kan innebära ökad risk för att insjukna i kolorektalcancer. Det nationella vårdprogrammet lyfter flera studier som påvisar ett samband mellan hög köttkonsumtion och utveckling av kolorektalcancer. Rökning, alkohol och kroniska tarmsjukdomar som till exempel Ulcerös kolit och Crohns sjukdom anses också vara bidragande faktorer för ökad risk (RCC, 2020).

Debutsymtom vid kolorektalcancer kan skilja sig åt, men RCC (2020) har valt att dela in symtomen i fyra undergrupper:

- Tarmfunktionsrubbnig (förstoppning, tenesmer, diarré, ändrade avföringsvanor)
- Smärtproblematik (buksmärta, uppkördhet, flatulens)
- Blödningsanamnes (rektal blödning, järnbristanemi)
- Systemisk presentation (viktnedgång, tromboembolier)

RCC (2020) lyfter fram metanalyser och primärvårdsdata från Storbritannien och Kanada som visar att rektal blödning kombinerat med viktnedgång har högst prediktivt värde. Det beskrivs vidare att en kombination av flera av de ovan nämnda symtomen, tillsammans med en ålder över 50 år samt manligt kön stärker sannolikheten för att kolorektalcancer föreligger. Vid obesitas och/eller diabetes ökar sannolikheten ytterligare.

Screening för kolorektalcancer är under införande i Sverige (RCC, 2020) och innebär att samhället aktivt arbetar med att kalla enskilda medborgare till undersökning som har en större genomsnittlig risk för att drabbas. Syftet är att kunna upptäcka förstadium till kolorektalcancer och därmed reducera incidensen vilket i sin tur minskar morbiditeten och mortaliteten. Målet med denna screening är att på gruppnivå reducera antalet individer som insjuknar och frigöra resurser för andra vårdrelaterade ändamål (RCC, 2020).

Screeningmetoderna för kolorektalcancer brukar delas in i faecesbaserad och strukturell screeningmetod, där faecesbaserat test undersöker mikroskopiskt blod, DNA-markörer eller andra biologiska produkter direkt från tarmen, varvid personer med positiva fynd får en kompletterande koloskopi. De strukturella testerna utgörs av endoskopi respektive röntgen (RCC, 2020).

Kolorektalcancer är idag den tredje största cancerformen globalt och nationellt. Medelåldern för att drabbas av kolorektalcancer är 70-80 år och fler män än kvinnor drabbas. Incidens och överlevnad har ökat i Sverige under den senaste 10-årsperioden, därför har även prevalensen ökat. Statistiken påvisar 66% 5 års överlevnad bland män och kvinnor efter diagnostisering och behandling. I Sverige registreras cirka 6000 nya fall per år, medan globala siffror visar cirka 1,2 miljoner nya fall per år. Flest fall av kolorektalcancer ses i Australien, Nya Zeeland och Västeuropa, medan Afrika uppvisar lägst antal fall (RCC, 2020). Att allt fler personer drabbas av kolorektalcancer och att fler lever längre tid med sin sjukdom tack vare forskning och nya behandlingsformer, innebär att man som yrkesverksam sjuksköterska kommer möta denna grupp av patienter inom olika vårdverksamheter.

Behandling

Kolorektalcancer behandlas primärt med direktkirurgi enligt RCC (2020), där det tumörbärande tarmsegmentet avlägsnas med tillräckliga marginaler som innebär att även dränerande lymfkärl och regionala lymfkörtlar tas bort. Beroende på klinisk situation kan preoperativ cytostatika- eller strålbehandling ges i syfte att krympa tumören inför en radikal kirurgi och för att minska risken för framtida lokalrecidiv.

Behandlingsbeslut att operera direkt, ge kort preoperativ strålning eller ge preoperativ cytostatika, baseras på en noggrann individuell bedömning av tumörens storlek, utseende och lokalisation samt patientens allmäntillstånd (RCC, 2020).

Vid behandling av kolorektalcancer används cytostatika vanligtvis som neoadjuvant- eller adjuvant behandling. RCC (2020) beskriver neoadjuvant cytostatika som den behandling som kan ges inför kirurgi, med syfte att krympa tumören, medan adjuvant cytostatika med sin tumörcellsdödande effekt fördröjer eller förhindrar recidiv. Cytostatika kan administreras på

olika sätt, där den mest förekommande metoden är via infusion direkt i blodbanan (Cancercentrum, 2020).

Patienter med kolorektalcancer kan få kurativ behandling eller palliativ behandling beroende på hur avancerad canceren är. RCC (2020) beskriver att kurativ behandling ges i ett botande syfte och innebär att målet är att patienten skall bli fri från sin cancer, medan palliativ behandling har ett lindrande syfte som utgångspunkt. Den palliativa behandlingen bromsar tumörprogress och kan därmed öka totalöverlevnad och innefattar en kombination av antitumorala läkemedel med något mindre biverkningsbelastat program. Ett exempel på behandling som kan vara aktuell i olika skeden i sjukdomsförloppet kan vara att få en avlastande stomi inopererad. RCC (2020) visar olika studier med en varierad svarsfrekvens angående livskvalitet efter en stomioperation, där vissa patienter indikerar en försämrade livskvalitet medan andra beskriver en ökad livskvalitet över tid. Den försämrade livskvaliteten beror enligt RCC (2020) på självbild och kroppsuppfattning som i sin tur kan ha en negativ inverkan på bland annat sexualitet.

Biverkningar av cytostatikabehandling

Vid cytostatikabehandling kan ett antal biverkningar uppkomma. Biverkningarna kan antingen vara akuta eller fördröjda, de akuta biverkningarna är sådana som uppstår i direkt samband med behandling alternativt under den närmsta dagen efter behandling (RCC, 2020). Några akuta biverkningar som kan uppstå är överkänslighetsreaktioner, illamående och neuropatier, där det sistnämnda ofta visar sig som stickningar och domningar i ansikte eller fingrar.

Då cytostatika är ett cellhämmande läkemedel som minskar cancercellernas tillväxt, påverkas även de normala och friska cellerna på samma gång vilket kan leda till att patienten drabbas av ett antal fördröjda biverkningar (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2020). Vanliga fördröjda biverkningar av cytostatika är bland annat mucositis, diarré, benmärgspåverkan och fatigue.

Mucositis är en inflammation i munslemhinnan som ofta leder till smärtsamma blåsor och sår i munnen (RCC, 2020), vilket kan vara mycket besvärande för patienten.

Förändrad tarmfunktion vid cytostatikabehandling är vanligt och patienten kan drabbas av både diarré och obstipation, dock orsakas det sistnämnda oftast av antiemetika. Vissa patienter får problem med avföringsläckage och stomi kan bli aktuellt.

Fatigue kan vara såväl en biverkan av cytostatikabehandling som ett symptom till följd av själva cancersjukdomen. Fatigue kännetecknas som en kronisk trötthet och upplevelse av brist på energi och livslust och det är viktigt att sjukvårdspersonal är lyhörda inför dessa symptom, då fatigue är både fysiskt och psykiskt påfrestande (RCC, 2020).

Cytostatika i hemmet

Återkommande sjukhusbesök en del av vardagen för patienter som behandlas med cytostatika. Varje sjukhusbesök utgör en viktig del av behandlingen, men då besöken är många och täta kan detta stjåla värdefull tid och energi från patienten.

På Onkologmottagningen på SU/Östra Sjukhuset i Göteborg har det sedan cirka ett år tillbaka funnits möjlighet för patienter med kolorektalcancer att koppla bort sin cytostatikapump på egen hand i sitt hem. Detta initiativ togs dels för att patienter skulle slippa onödiga resor till och från sjukhus som besparar patienten både tid och kostnader samt även för att frisätta tid för sjuksköterskor.

Forskning påvisar positiva effekter av cytostatika i hemmiljö. En sydkoreansk studie beskriver att patienter med kolorektalcancer som fått sin cytostatikabehandling i hemmiljö upplevde högre livskvalitet samt tillfredsställelse i jämförelse med de som fick behandling på sjukhus. De patienter som mottog cytostatikainfusion i hemmet upplevde sig även vara till mindre besvär för sin familj och vårdgivare, oroade sig mindre inför behandlingen samt uttryckte en större förståelse för behandlingsschema och eventuella risker (Joo, Rha, Bae Ahn & Kang, 2011). Dock uppmärksammas att de patienter som fick behandling på sjukhus istället upplevde större säkerhet vid hantering av injektionsstället samt att handskas med biverkningar. Vidare menar Joo m.fl. (2011) att möjligheten till cytostatikabehandling i hemmiljö även har en positiv ekonomisk effekt. Då patienter erhöll behandling i hemmet minskade kostnaderna med cirka 17 %.

Ytterligare en viktig aspekt som Joo m.fl. (2011) lyfter är att patientmakten stärks genom att patienten medverkar aktivt i sin vård och sjukdom. Detta benämns ofta som ”empowerment”. Patienten har rätt att fatta egna beslut gällande sin behandling och andra faktorer som rör sig om det egna livet, men för att patienten ska kunna fatta adekvata beslut måste denne inneha tillräcklig kunskap om vilka möjligheter som finns att välja mellan (Lidén, 2017). Empowerment baseras på att man utgår från patientens resurser och samtidigt överlåter en del av ansvaret och Lidén (2017) menar att en grundläggande förutsättning för empowerment är att det finns “citats en ömsesidig tillit och respekt för varandra i omvårdnadssituationen” (s. 160).

Innan ansvaret gällande bortkoppling av cytostatikapump överläts till patienten behöver denne genomgå en fyrstegsutbildning som är framarbetad av sjuksköterskorna från Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset. Stegen behandlar följande områden: 1) Venportsnål, handhygien, handskar, förfylld spruta med natriumklorid och desinfektionsservett, 2) Begynnande praktisk träning, 3) Begynnande självständighet samt 4) Självständighet. En kontaktsjuksköterska på mottagningen ansvarar för att patienten fullföljer alla steg i utbildningsprogrammet samt att patienten slutligen har tillräcklig kunskap för att kunna hantera bortkoppling av sin pump, som bland annat innebär hantering av läkemedelsavfall på egen hand.

Central infart - Subkutan venport

Alla patienter på Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset som fått möjlighet till utbildning kring bortkoppling av sin cytostatikapump har en central infart i form av SVP, subkutan

venport. Det är en liten dosa som opereras in under huden, oftast på bröstkorgen, som har en kateter som mynnar ut i ett av de större blodkärlen. Syftet är att kunna ge läkemedel, i detta fall cytostatika, direkt ut i blodbanan under en längre behandlingstid (Cancercentrum, 2020). I patientinformationen är det av yttersta vikt att utbilda patienterna i basala hygienrutiner, då det endast brukar vara legitimerad personal som hanterar dessa centrala infarter på grund av infektionsrisk. Vårdhandboken (2019) betonar vikten av basala hygienrutiner kring hantering av SVP och beskriver att det är den absolut viktigaste åtgärden för att förebygga smittspridning.

Hantering av cytostatika

Cytostatika är ett toxiskt läkemedel som ska hanteras med största försiktighet. Vid hantering av toxiska läkemedel ska särskild skyddsutrustning användas och lokala föreskrifter följas med noggrannhet (Vårdhandboken, 2020), detta på grund av läkemedlets risker vid exponering. Läkemedelsavfall ska hanteras på ett särskilt vis och kasseras i en försluten behållare som är avsedd för ändamålet (Arbetsmiljöverket, 2016).

Sjukvårdspersonal som hanterar cytostatika är utbildade och besitter en bred kunskap inom området. Adekvat utbildning är av yttersta vikt inför hantering av toxiska läkemedel och är även en grundläggande förutsättning för att beredning, administrering och avfallshantering kan utföras riskfritt och tryggt för både personal och patient.

Sjuksköterskorna på Onkologmottagningen på SU/Östra Sjukhuset ansvarar för att varje patient som utbildas har tillräcklig kunskap för att hantera bortkoppling av cytostatikapump på ett säkert sätt. Enligt Socialstyrelsen (SOSFS 2009:6) bedöms detta moment som egenvård då patienten själv handhar momentet och hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för bedömning av att patienten är kapabel till att utföra uppgiften på ett säkert sätt. Vidare ska bedömningen göras i samråd med patient och ta hänsyn till fysisk, psykisk och funktionell förmåga (SOSFS 2009:6). Både HSL (SFS 2017:30) och PSL (SFS 2010:659) beskriver betydelsen av att planera vården i samråd med patienten.

När patienten hanterar sin cytostatikapump på egen hand i hemmiljö föreligger andra risker än vid hantering på sjukhus. Många patienter får hjälp av en familjemedlem eller närstående, och vid bortkoppling i hemmet har patienten och dennes anhöriga inte tillgång till den fullständiga skyddsutrustning som sjuksköterskorna använder på Onkologmottagningen. En viktig säkerhetsaspekt som bör belysas vid patientutbildning är att en person som inte undergår cytostatikabehandling inte ska komma i direktkontakt med cytostatika, då detta medför hälsorisker. Många cytostatika är vävnadsirriterande och kan vid kontakt orsaka allergiska reaktioner i både hud och slemhinnor (Västra Götalandsregionen, 2019). Av denna anledning är det betydelsefullt att patientens familj och närstående som riskerar att komma i kontakt med cytostatika är informerade om detta, för att minimera säkerhetsrisker.

Med hjälp av det utbildningsprogram som Onkologmottagningen framställt kan sjuksköterskorna följa patientens utveckling från start till slutgiltig självständighet. Skulle sjuksköterskan upptäcka under utbildningsprogrammets gång att patienten inte lämpar sig för att utföra momentet självständigt och att säkerheten inte kan garanteras, avbryts programmet och patienten informeras om orsaken. Den som är ansvarig för bedömning av patientens

förmåga till egenvård är också ansvarig för att patienten erhåller relevant information om detta (SOSFS 2009:6).

Egenvård

Socialstyrelsen (2020) beskriver att egenvård innebär att hälso- och sjukvårdsåtgärder lämnas över till en patient, till en nära anhörig eller en personlig assistent. Att överlämna en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan i sin tur skapa möjligheter för patienten att leva sitt liv med mindre kontakt med sjukvården. Enligt Socialstyrelsen (2020) är det legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedömer om den enskilda patienten kan utföra dessa åtgärder samt bedöma de risker som egenvård kan innebära. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) som också omfattas av HSL (SFS 2017:30) säger också att den ansvariga sjukvårdspersonal som gör denna bedömning inför egenvård, även skall planera, följa upp och ompröva vid behov.

Howell, Harth, Brown, Bennett och Boyko (2017) beskriver vikten av att addera egenvård för patienter med cancer och beskriver hur detta främjar överlevnad, livskvalitet och följsamhet i behandlingen. Howell m.fl. (2017) beskriver egenvård som en pågående process som ger färdigheter, kunskap och självförtroende som är nödvändiga för att möjliggöra hantering av biologiska, fysiska och psykosociala effekter av cancer. Det kräver både ett personligt och kliniskt stöd för dessa patienter och ett aktivt samarbete med vårdteam, som kontinuerligt upprätthåller kompetens till egenvård.

Dorothea Orem har konstruerat en omvårdnadsteori som berör just egenvårdsförmåga. Denna teori handlar om individens förmåga samt behov av egenvård, men berör även sjukvårdspersonalens förmåga att bistå med omvårdnad (SBU, u.å.). Vidare kan sjukvårdspersonal ”citater assistera patienten på fem olika sätt: Genom att agera eller utföra, genom att stödja, genom att undervisa, genom att vägleda och genom att tillhandahålla en utvecklande miljö” (SBU, u.å.), vilket även stödjer Socialstyrelsens föreskrifter gällande egenvårdsförmåga.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är ett centralt synsätt vid bedömning av egenvårdsförmåga och överlåtelse av ansvar. En avgörande del i den personcentrerade vården är partnerskapet mellan sjuksköterska och patient. Ett partnerskap handlar om att göra patienten delaktig och ge möjlighet att själv påverka sin vård. Partnerskapet uppnås när man som sjukvårdspersonal värdesätter den kunskap som patienten besitter (Hedman, 2018). Även om sjuksköterskan har en professionell kunskap inom området, är det patienten som är expert på sitt tillstånd och har verklig kunskap om sina personliga önskemål och behov. Genom att lyssna till patientberättelsen kan ett partnerskap inledas och en personcentrerad vård kan etableras (Kristensson Ugglå, 2018).

I en studie av Wolf, Moore, Lydahl, Naldemirci, Elam och Britten (2017) betonar sjuksköterskorna som deltog hur viktigt det är att lära känna sina patienter för att kunna skapa

förståelse för personligt mående, tankar och behov. Då patienterna bemöttes utifrån ett personcentrerat förhållningssätt samt gjordes delaktiga i den egna vården, beskriver sjuksköterskorna vidare att de kunde se en positiv förändring. Då patienterna gjordes medvetna om att de själva hade en inverkan på sin vård samt blev informerade om att de hade både kunskap och resurser till att hantera en del av vården på egen hand, uppstod en känsla av tillfredsställelse. Personcentrerad vård är ett omfattande begrepp som emellanåt kan upplevas abstrakt, men i vissa situationer kan det vara de små sakerna som gör stor skillnad för patienten. Genom att upprätthålla en öppenhet gentemot patienten samt vara lyhörd inför dennes känslor kan man som sjuksköterska identifiera vad som är betydelsefullt för varje individ och på så sätt bidra till en personcentrerad vård.

Patientutbildning

Då patienter kan få möjlighet att självständigt koppla bort sin cytostatikapump i hemmet, utan sjukvårdspersonal till förfogande, ställer detta höga krav på den utbildning som sjuksköterskan ger patienten. Utbildningen behöver täcka flera områden såsom hantering av toxiska läkemedel, hygien samt skötsel och handhavande av central infart för att undvika komplikationer.

Att utbilda patienter inom omvårdnad och behandling är en viktig del av sjuksköterskans arbete och beskrivs som ett av sjuksköterskans kompetensområden (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vid utbildning av patienten är det betydande att sjuksköterskan försäkras sig om att patienten förstår den givna informationen (Tingström, 2017) och en metod som sjuksköterskan kan använda sig av i detta skede är "Teach-back" eller "Talk-back". Denna metod innebär att patienten får upprepa med egna ord hur momentet ska genomföras samt vilka risker som finns. På detta sätt kan sjuksköterskan utvärdera om informationen varit tillräcklig samt att patienten är adekvat utbildad (Flanders, 2018).

Flanders (2018) menar att patientutbildning är en komplex process som alltid bör grunda sig i den senaste evidensbaserade forskningen. Patientutbildning medför en rad fördelar för både patient och sjukvårdspersonal, vilket tidigare benämns i denna uppsats. Dessa fördelar betonar även Flanders (2018) i en artikel då hon beskriver att patientutbildning gällande egenvård kan leda till ökad kunskap, minskade sjukhusbesök samt ökad livskvalitet. Då patienten får möjlighet att utbildas i den egna vården stärks känslan av autonomi och delaktighet vilket gynnar patientens välbefinnande.

En central del i patientutbildning är utvärdering. Utvärdering måste ske för att sjuksköterskan ska kunna säkerställa att patienten innehar kunskap samt att utbildningen är fullgod. Även i denna del av patientutbildning kan en metod tillämpas, den så kallade "Show-me"-metoden. Detta innebär att en sjuksköterska först visar metoden, därefter får patienten pröva själv under sjuksköterskans uppsikt och vägledning och slutligen får patienten självständigt demonstrera hur momentet ska genomföras, från början till slut utan sjuksköterskans hjälp (Flanders, 2018). På Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset använder sjuksköterskorna sig av både "Teach-back"- och "Show-me"-metoden då de utbildar patienter i momentet bortkoppling av cytostatikapump.

Skriftlig information är en viktig del vid all patientutbildning då det möjliggör för patienten att i lugn och ro repetera den givna informationen i hemmiljö och därmed öka förståelsen. Då information ges muntligt finns alltid en risk att patienten inte minns allt som sagts, vilket kan

minska såväl följsamheten som patientsäkerheten. Information som sjukvårdspersonal kan anse vara självklar, är sällan helt okomplicerad för patienten. Patientlagen (SFS 2014:821) uppmärksammar att information ska ges på patientens villkor och anpassas efter varje individs förutsättningar och behov samt att skriftlig information alltid ska ges då det anses vara nödvändigt. Detta pekar återigen på hur tillräcklig och individanpassad information kan stärka patientmakten och därmed bidra till ökad delaktighet samt autonomi.

Problemformulering

Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset har tagit fram ett skriftligt informationsunderlag som ingår i utbildningen av enskilda patienter. Utbildningen som patienten får består av en muntlig, skriftlig samt praktisk del. Det är viktigt att patienten är välinformerad gällande momentets tillvägagångssätt för att denna del av egenvården ska kunna ske tryggt och patientsäkert. För att patienten ska kunna genomföra momentet krävs kunskap kring säkerhet, central infart, hygienaspekter samt cytostatikahantering. Genom att integrera momentet bortkoppling av cytostatikainfusion som en del av patientens egenvård skapas nya möjligheter för både patient och sjukvårdspersonal. För att denna möjlighet till delaktighet i den egna vården ska kunna utvecklas vidare är det betydelsefullt att ta reda på hur patienterna upplever informationen och vad som kan tänkas förbättras eller möjligtvis adderas till det skriftliga informationsunderlaget. Resultatet av en sådan undersökning kan bidra med ny kunskap till det fortsatta förbättringsarbetet som genomförs på Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset.

Syfte

Syftet är att undersöka hur patienter med kolorektalcancer som undervisats i att självständigt koppla bort sin cytostatikainfusion i hemmet upplever den skriftliga information de fått i samband med undervisningstillfället.

Metod

Design

Studien genomfördes som ett verksamhetsförlagt examensarbete på Onkologmottagningen SU/Östra. En kvalitativ empirisk forskningsstudie med induktiv forskningsansats tillämpades. Metoden som användes var kvalitativ innehållsanalys då denna metod lämpar sig väl för arbetets syfte att undersöka patientens upplevelse av skriftlig information inför att utföra en självständig uppgift. Vidare är kvalitativ innehållsanalys lämplig att använda då data består av intervjutexter, vilket motiverar vårt val med kvalitativ innehållsanalys (Henricson & Billhult, 2017). I studien används en induktiv forskningsansats, vilket innebär att studien inte utgår från en färdig teori, utan resultatet baseras på analys av forskningsdeltagarnas personliga erfarenheter och upplevelser (Henricson & Billhult, 2017). Samtliga patientintervjuer har genomförts under mars månad 2021 på Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset i Göteborg.

Urval

Studien tillämpar ett bekvämlighetsurval. Ett bekvämlighetsurval beskrivs som ett val av en homogen grupp för att inom gruppen undersöka kunskap (Danielson, 2017) samt grundar sig i vilken tillgänglighet man har till deltagare. Detta urval ansågs lämpligt då denna studie syftar till att undersöka en specifik patientgrupp på en enskild avdelning samt att variation i urvalsgruppen inte var avgörande.

Kontaktsjuksköterskor på Onkologmottagningen bistod med att tillfråga patienter på mottagningen. Av cirka 15 tillgängliga patienter tillfrågades totalt nio stycken varav sex patienter deltog samt slutförde studien. Anledningen till att inte samtliga patienter tillfrågades grundar sig i studiens begränsade tidsplan. Två planerade bortfall förelåg innan datainsamling, då en av patienterna fick hjälp med bortkoppling av hemsjukvården och en annan patient fick hjälp av sin svärdotter som arbetar som sjuksköterska. Ett oplanerat bortfall tillkom under datainsamlingen då denna patients behandlingsplan justerades efter ett läkarbesök. Av de sex patienter som deltog var tre kvinnor och tre män. Deltagarna var mellan 48-75 år. Inom gruppen fanns en kunskapsvariation då några deltagare precis blivit utbildade medan andra utfört momentet under cirka ett års tid. Inklusionskriterier för studiedeltagande var att samtliga deltagare behandlades för kolorektalcancer på Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset, samt att de genomfört mottagningens utbildningsprogram och hanterar bortkoppling av sin cytostatikapump självständigt. Patienter som inte genomgått utbildningsprogrammet för bortkoppling alternativt avbrutit programmet eller inte blivit godkända tillfrågades inte.

Datainsamling

I studien tillämpades semistrukturerade, individuella intervjuer. Inledningsvis genomfördes en provintervju med en deltagare för att undersöka om frågorna var relevanta och begripliga samt om den planerade tiden var tillräcklig (Danielson, 2017). Genom att genomföra en provintervju kunde både metod och frågor därefter bedömas av forskningsansvariga. Därefter fortsatte intervjuer med resterande deltagare. Under intervjun användes en intervjuguide med tre förutbestämda, konkreta frågor som ställdes till samtliga deltagare. Varje intervju inleddes med samma öppningsfråga. Vid behov ställdes även följdfrågor i syfte att utveckla svaret vidare. Intervjun avslutades med en öppen fråga där deltagaren fick möjlighet att göra ytterligare tillägg om denne upplevde att någonting inte hade framkommit under samtalet. Detta är en viktig del i intervjun enligt Danielson (2017) som menar att en avslutande fråga samt summering av intervjun säkerställer att intervjuaren uppfattat rätt samt att intervjun avslutas på ett bra sätt för båda parter. För intervjufrågor, se bilaga 1.

Intervjuerna pågick under cirka 10-15 minuter och genomfördes under pågående cytostatikabehandling på Onkologmottagningen SU/Östra i ett avskilt rum. Tillfälle och plats valdes i samråd med kontaktsjuksköterskorna Anette Jepsen och Inger Söderberg. Anledningen till detta val av miljö och tidpunkt härleds till den aktuella situationen gällande coronapandemin. Då deltagarna var inbokade för behandling på Onkologmottagningen kunde intervju ske parallellt med denna för att på så sätt undvika onödiga besök och kontakter. För att optimera situationen genomfördes intervjun i samband med att cytostatikainfusionen precis

startats upp, detta med hänsyn till deltagarens mående under pågående behandling. Vid samtliga intervjuer närvarade båda forskningsansvariga. Intervjuerna spelades in med ljudinspelning för att därefter transkriberas ordagrant digitalt. Personuppgifter har kodats samt anonymiserats för att skydda forskningsdeltagare. Inspelat samt transkriberat material hanteras endast av forskningsansvariga för studien och förvaras enligt Göteborgs Universitets riktlinjer.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys har tillämpats i analysavsnittet. Graneheim och Lundman (2004) beskriver delar av en kvalitativ innehållsanalys som analysenhet, meningsenhet, kod, kategori och subkategori.

Vidare beskriver Graneheim och Lundman (2004) analysenhet som både de personer man undersöker samt de texter som framkommer från intervjuer. Vid analys av data transkriberades samtliga intervjuer ordagrant för att sedan skrivas ut på papper. Därefter lästes texterna igenom upprepade gånger för att i nästa steg färgmarkera betydelsefulla delar. Inledningsvis markerades intervjufrågorna för att skilja dessa från intervjusvaren. I analysprocessen tog vi hjälp av ett analyschema (Graneheim & Lundman, 2004) för att underlätta arbetet och tydliggöra meningsenheter samt sammanhörande beskrivningar. Meningsenhet användes då textmassa skulle reduceras ner till det mest väsentliga innehållet genom att korta ner meningar och stycken som var liknande samt svarade på syftet.

Graneheim och Lundman (2004) menar att den avgränsade texten utgör underlaget för kodning, som i sin tur är till stöd för att förstå sammanhang. Kodning användes genom att analysera meningsenheter och dess innehåll för att sedan avgränsa detta innehåll till en övergripande kod. Den sista byggstenen i kvalitativ innehållsanalys som tillämpats i analysprocessen är kategori, vilket syftar till vad texten i själva verket innehåller (Graneheim & Lundman, 2004). Beslutande av kategori genomfördes genom att tolka textens innebörd samt koppla detta till en gemensam rubrik. Kategori innefattar även olika subkategorier som delar upp innehållet i mindre komponenter. I denna uppsats redovisas resultatet i tre kategorier samt tillhörande subkategorier.

Nedan följer två exempel på hur data kondenserades från meningsenhet till koder och kategorier.

Tabell 1:

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
“Jag har den framför mig, för att jag inte ska glömma någonting... Det är väl mest för att känna lite trygghet.”	Stöd.	Trygghet.	Livlina.
“Det var nog framförallt bilderna som jag använde mig av. Texten satte jag inte så stor vikt vid.”	Förbättringspotential.	Textens utformning.	Behov av information.

Etiska överväganden

I en forskningsstudie är de etiska aspekterna centrala och studiens forskningsetik behöver övervägas noggrant för att säkerställa att människors lika värde, integritet samt autonomi respekteras och skyddas (Kjellström, 2017). Innan denna studie påbörjades pågick diskussion tillsammans med handledare samt verksamhet kring lämplig frågeställning. Vid intervju av patienter som undergår cytostatikabehandling mot cancer finns en risk att samtalet kan komma att väcka känslor gällande diagnos, sjukdomsprognos och livssituation. För att minska dessa risker tillämpades en intervjuguide med konkreta frågor som enbart handlade om den skriftliga informationen.

Etikprövning skickades till Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa vid Göteborgs Universitet samt vårdenhetschef och verksamhetschef vid Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset, se bilaga 2. Etikprövning är ett krav för all forskning och finns reglerat i svensk lagstiftning “Lag om etikprövning av forskning som avser människor” (SFS 2003:460). Etiskt godkännande erhöles från samtliga.

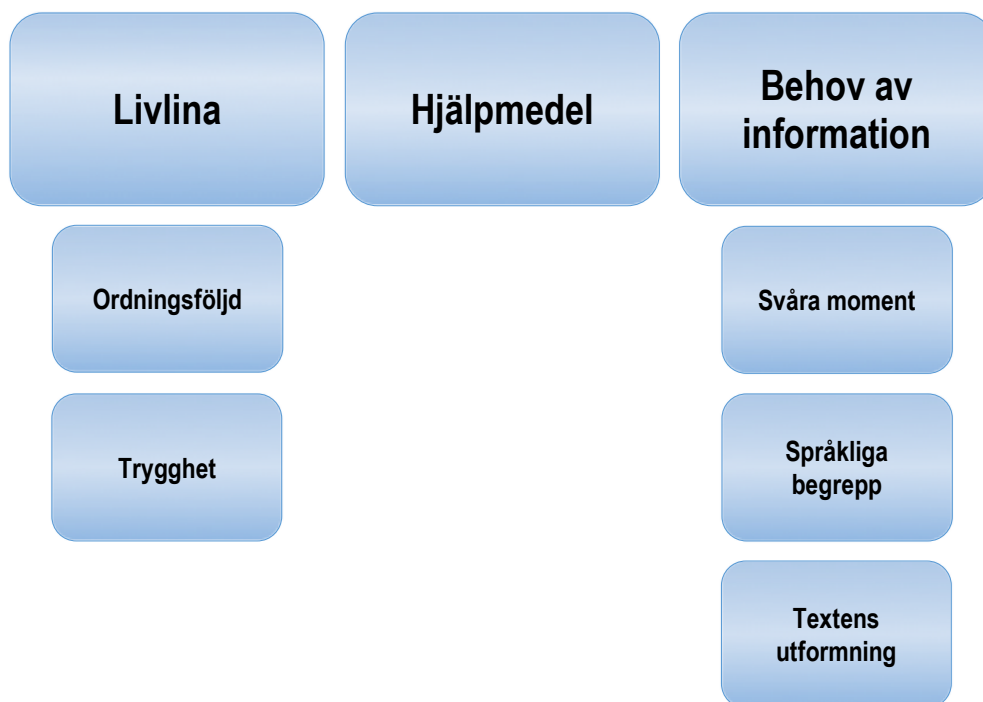
Forskningsdeltagarna informerades muntligt om studien och dess syfte av kontaktsjuksköterskorna på Onkologmottagningen och blev där tillfrågade om de ville delta. De personer som gav muntligt samtycke fick sedan ett skriftligt dokument med fullständig information om studien. I det skriftliga dokumentet fanns även information gällande frivilligt deltagande, frivillighet att avsluta deltagandet när som helst utan att ange skäl till detta samt frivillighet till att inte svara på vissa frågor, för forskningspersonsinformation, se bilaga 3.

Skriftligt samtycke erhöles från samtliga deltagare innan intervjuerna påbörjades. Vid intervjutillfället informerades deltagarna om att deras intervjuer inte kommer att kunna kopplas till dem som fysisk person då intervjun kodas och anonymiseras enligt GDPR Dataskyddsförordningen (SFS 2018:218). Forskningsansvariga tillfrågade samtliga deltagare om de godkände ljudinspelning under intervjun.

Resultat

Resultatet presenteras i form av tre kategorier med tillhörande subkategorier.

Figur 1:



Livlina

När patienterna pratade kring användningen av den skriftliga informationen var alla överens om att de inledningsvis haft stor nytta av den. Patienterna beskriver att den skriftliga informationen var till hjälp samt att upplevelsen var övergripande positiv. Det var ingen patient som uttryckte att de inte använt sig av den skriftliga informationen alls, men flertal beskrev att de mest använde den i början, tills det uppkom en känsla av trygghet i utförandet.

Flertal deltagare beskrev att den skriftliga informationen var ett bra komplement till den muntliga genomgången som de fått på mottagningen, där de dels blev visade fysiskt och dels fick utföra momentet själva under uppsikt av sin kontaktsjuksköterska. Vidare beskrivs det skriftliga underlaget som en bra repetition när utförandet skulle ske hemma på egen hand.

“Det har varit väldigt bra att ha den så kan man gå stegvis och följa den, så missar man ingenting.”

“Jättebra nytta, för att utan den så skulle jag inte klara av att göra det rätt och jag tror inte jag skulle våga heller, göra det utan den här instruktionen.”

“Jag hade nytta av det, framför allt efteråt, de första gångerna när man skulle göra det hemma ensam sen.”

Ordningsföljd

Det var flera patienter som beskrev att den skriftliga informationen var bra i det faktiska utförandet, till exempel för att veta i vilken ordning klämman skulle stängas och åt vilket håll kranarna skulle vridas.

“Jag använder instruktionen och tar steg för steg...”

“När man kommer hem och ska göra det själv så kan man behöva hjälp med ordningen, så det är mer som en kom-ihåg-lista.”

“Första gången jag skulle göra det hemma själv, så blev man ju lite: Hur var det nu jag skulle göra... Då var ju den informationen bra att plocka fram.”

Trygghet

Flertal patienter berättade att den skriftliga informationen främst var en trygghet de första gångerna vid utförandet och att de numera var så pass vana vid momentets förfarande att de inte hade lika stor användning av den skriftliga informationen. Några upplevde dock en trygghet av att ha informationen framför sig, trots att de kände sig säkra i själva utförandet.

“Jag har den framför mig, för att jag inte ska glömma någonting... Det är väl mest för att känna lite trygghet.”

“Första gången jag gjorde det själv så var det ju skönt att ha det på papper och så kunde man titta på bilderna så att man gjorde rätt.”

“Nu har jag gjort det pass länge så nu tittar jag inte på den.”

Hjälpmedel

Genomgående i alla intervjuer uttryckte deltagarna att den skriftliga informationen fungerade som ett stöd vid det självständiga utförandet. Gemensamt uttryckte dock samtliga deltagare att den muntliga informationen tillsammans med den praktiska träningen på mottagningen var avgörande för att känna sig självsäker i momentet.

“Nu är det ett antal månader sedan jag tittade på informationen... Först hade vi en muntlig genomgång, sen fick jag prova själv. I kombination med de praktiska momenten och övningarna känns det väldigt bra.”

“Sen har jag ju support i hemmet: Vi gjorde ju det tillsammans hemma och så läste man samtidigt och det var jättetydligt och bra. Det var bra att man fick gå igenom detta i verkligheten innan.”

“Det skriftliga informationsmaterialet tycker jag bara varit ett stöd liksom. Det viktiga var ju att man fick testa och göra det själv först. Det tyckte jag var bra för då satt det liksom i fingrarna. Men som sagt, det viktigaste var att få göra det själv och lära sig här ordentligt, sen har bilderna och texten varit ett bra stöd.”

Detta indikerar att den skriftliga informationen inte kan separeras från den muntliga genomgången samt den praktiska träningen. Varje del utgör en viktig byggsten och är väsentliga var för sig, men det är när de tre byggstenarna slås samman som utbildningen blir komplett och patienterna uppnår en känsla av tillräcklighet.

Behov av information

Då deltagarna blev tillfrågade om det fanns någonting i informationsunderlaget som de ansåg kunde förbättras, upplevde hälften av deltagarna att de saknade information kring momentet då förbandet ska avlägsnas före att venportsnålen ska dras ut.

“Det enda som är krångligt är att få loss tejpens runt nålen, för det står ingenting om det i broschyren heller.”

“Man behöver ju ta bort förbandet som är ovanpå infarten och det saknas i instruktionen. Instruktionen är ju gjord utifrån att man gör det utan att ha en patient som har en infart, så det skulle man kunna lägga till, så att det blir väldigt tydligt i vilket skede man tar bort förbandet och om det är någonting speciellt man ska tänka på...”

“Man pratar liksom inte om att man ska bort tejp och sånt innan, det förstår man ju, men när man börjar läsa så har det redan hänt i instruktionen så att säga.”

Svåra moment

Vidare uttryckte tre deltagare att avlägsnandet av förband och venportsnål upplevdes som det svåraste momentet och två av dessa deltagare uttryckte att de behövde ta hjälp av en familjemedlem. Samtliga deltagare uttryckte dock att detta inte utgjorde något problem, men att det krävde tålamod.

“Det är lite krångligt om man ska göra det helt själv så jag tar alltid hjälp av någon i familjen, för att få två extra händer. Det skulle kanske vara bra att ha med i informationen, att det kan vara bra att ha en person som hjälper en...”

“Sen har jag hjälp hemma med, för det är lite svårt att se, så det är bra att ha den hjälpen.”

“För mig är det väl det momentet som är svårast, men det löser sig det med. Man får ha en spegel.”

Språkliga begrepp

Samtliga deltagare uttryckte att de inte upplevde några betydande brister i informationsunderlaget. Dock uppmärksammas ett antal språkliga begrepp som några deltagare upplevde kunde missförstås eller vara svårtolkade om de inte hade fått muntlig information i kombination med den skriftliga.

“Min fru var inte med här eftersom man måste komma ensam, så jag fick instruktioner och papper och sedan fick jag berätta för henne hur man skulle göra. På ett ställe står det att man ska “pumpa in”, hon trodde att det var som en cykelpump, så det är lätt att missa det.”

“Det är väl just det här med “luerlock-proppen” som är ett sånt begrepp. Om man har varit med när sjuksköterskan har tagit bort pumpen här på sjukhuset så vet man ju att det är den vita proppen, men det kan vara lite otydligt.”

Textens utformning

Fortsatt framkom förslag kring utformandet av den skriftliga informationen i form av åsikter kring informationens upplägg. Några ansåg att det skulle kunna vara lättare att följa instruktionen steg för steg om den var utformad som en punktlista istället för i löpande text. Flera deltagare ansåg att bilderna var till mycket stor hjälp, samtidigt som någon ansåg att denne aldrig använt sig av bilderna utan föredrog att enbart följa texten.

“Jag kanske inte tycker att bilderna är jättebra, dom ser ganska lika ut och har lite dålig skärpa. Men vi är ju olika som människor, det som jag tycker är lätt att förstå kanske inte någon annan tycker.”

“Det var nog framförallt bilderna som jag använde mig av. Texten satte jag inte så stor vikt vid.”

“Jag tycker att den är jättebra, genom att det är bilder som kompletterar texten och förtydligar hur man ska gå tillväga.”

I det skriftliga informationsunderlaget finns en bild på vad som ingår i det kit som patienterna får med sig hem. En deltagare uppmärksammade att allt det material som finns med på denna bild inte återkommer senare i instruktionen, vilket denne hade reflekterat kring.

“Det står att man får en spritsvabb, ett plåster och en sudd och den där sudden har jag aldrig riktigt förstått för den finns inte med i instruktionen sen...”

Samtliga deltagare i denna intervjustudie uttrycker att upplevelsen av den skriftliga informationen är av positiv karaktär. Detta resultat påvisar dock att det finns förbättringspotential i det skriftliga informationsunderlaget som Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset tillhandahåller.

Diskussion

Metoddiskussion

Urval genomfördes i samråd med kontaktsjuksköterskor på Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset och urvalskriterierna utformades utifrån studiens syfte och bakgrundsfaktorer. Eftersom ett mindre antal patienter på Onkologmottagningen hanterade det aktuella momentet som denna studie undersöker, blev dessa patienter de som var av intresse vid rekrytering av deltagare. Deltagarantalet påverkades även av att det endast är patienter från Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset som blivit upplärda i det aktuella momentet och därmed möjliga att tillfråga. Då studien tillämpat ett bekvämlighetsurval, kan det uppstå svårigheter då resultatets överförbarhet ska värderas, dock kan detta studieresultat ses som en pilotstudie där fortsatt forskning kan vidareutveckla det undersökta området.

Nio av totalt 15 patienter som är utbildade i momentet tillfrågades. En kvalitativ studie lämpar sig väl då man vill undersöka ett mindre antal individers erfarenheter i syfte att få variation i beskrivningar (Henricson & Billhult, 2017), vilket avspeglas i antalet deltagare i denna studie.

Vi är medvetna om att miljön för intervjusituationen är betydelsefull för att personen som intervjuas ska känna sig bekväm och trygg under samtalet. Att intervjuerna genomfördes på Onkologmottagningen kan tolkas som både positivt och negativt beroende på perspektiv. Å ena sidan kan miljön vara negativt känsloladdad för patienten då den kan tänkas vara kopplad till sjukdom och behandling. Å andra sidan kan det upplevas som en trygg och bekant miljö för patienten att vara i. Vi utförde intervjuerna i ett avskilt rum på Onkologmottagningen, vilket vi anser bidrog till en lugn intervjusituation. I samråd med vår handledare och kontaktsjuksköterskorna valde vi att genomföra intervjuerna vid behandlingsstart, då deras erfarenhet är att patienterna mår väl vid denna tidpunkt.

De inklusion- och exklusionskriterier som tillämpades säkerställde att samtliga deltagare var upplärda i och behärskade momentet. Målet med urvalet var att få ta del av individuella upplevelser och berättelser. En styrka som vi uppmärksammar är att män och kvinnor utgör en lika stor del av urvalet. Åldersspannet i urvalet låg mellan 48-75 år vilket vi anser representerar gruppen relativt väl, då kolorektalcancer är ovanligt förekommande under 50 års ålder. Genom att inkludera både män och kvinnor i olika åldrar ökar sannolikheten för att få tillgång till ett rikt datamaterial (Henricson & Billhult, 2017) vilket kan ge variation vid dataanalys och stärka resultatets överförbarhet.

En provintervju genomfördes initialt i syfte att utvärdera frågor och försäkra oss om att upplägget inför intervjuerna var passande, vilket gav oss möjlighet till utvärdering och reflektion. Då författarna ansåg att materialet från provintervjun var relevant samt att upplägget för intervjusituationen var lämpligt, inkluderades provintervjun i studiens datainsamling. Vidare utfördes fyra intervjuer under dag ett och två intervjuer under dag två. Detta var gynnsamt för studien då detta föranledde att vi kunde lyssna på ljudinspelningar i lugn och ro och reflektera över våra egna brister samt hur vi kunde förbättra vår insats under intervjuerna nästkommande dag.

Vid datainsamling användes egenkonstruerade frågor, vilket kan ses som en svaghet (Henricson, 2017) då olika individer kan tolka frågorna på olika sätt. Samtidigt var vårt syfte inte att få likvärdiga svar på de ställda frågorna utan snarare att belysa variation i erfarenhet. Under de fyra första intervjuerna hade deltagarna inte tillgång till det fysiska

informationsunderlaget. I vår femte intervju frågade deltagaren om vi hade det skriftliga informationsunderlaget tillgängligt, vilket vi hade och plockade fram detta. Vi lät sedan materialet ligga framme även under intervju nummer sex och upplevde att detta underlättade för deltagaren samt att svaren vi fick under dessa två intervjuer blev mer detaljerade. Då ett antal patienter blev upplärda i momentet för cirka ett år sedan var det flera som kände sig trygga och säkra i momentet och därmed inte var i lika stort behov av det skriftliga materialet. Detta tror vi kan försvåra för deltagarna att minnas tillbaka hur de upplevde den skriftliga informationen inledningsvis, innan de blev trygga i momentets utförande. Om studien skulle göras om på nytt vore det lämpligt om samtliga deltagare fick ta del av materialet under intervjun för att säkerställa att förutsättningarna var lika för alla. Alternativt att ingen fick möjlighet att ta del av materialet under intervjun, då detta kan ha påverkat svaren vi fick och i sin tur även studieresultatet.

Intervjuerna varade i cirka 10-15 minuter vilket kan upplevas som en svaghet då detta är en relativt kort tidsperiod. Å andra sidan hade vi som forskningsansvariga avsatt 30 minuter till varje patientintervju för att säkerställa att varje deltagare fick komma till tals och uttrycka sina åsikter utan tidspress. Vi lät deltagarna styra samtalet och ställde öppna frågor. Samtliga deltagare fick chans att lyfta övriga åsikter kring det skriftliga materialet och alla intervjuer avslutades med att fråga deltagaren om denne ville tillägga någonting annat. På detta sätt upplever vi att samtliga deltagare fick möjlighet att berätta och styra intervjuens varaktighet. Faktorer som kan ligga till grund för att intervjuerna varade under en kortare tidsperiod än vad som var avsatt är personlig dynamik mellan intervjuare och deltagare, för få frågor eller blygsamhet hos deltagare. Ytterligare en faktor som kan ligga bakom är frågornas konkreta karaktär samt att samtliga deltagare hade en positiv upplevelse av materialet. Då ingen intervju översteg 15 minuter, tyder detta trots allt på att tidsperioden var rimlig för de frågor som fanns med i intervjuguiden.

För någon deltagare var momentet relativt nytt då denne endast utövat proceduren ett fåtal gånger på egen hand, för andra hade momentet förekommit en längre tid. Denna kunskapsvariation i urvalsgruppen där några var trygga och vana vid momentet och andra var mer nyutbildade ser vi som en styrka.

Intervjutexter bearbetades noggrant för hand med hjälp av utskrivna transkriberingar och markeringspenna. På så sätt kunde betydelsefulla likheter och olikheter identifieras. Även om analysmetoden upplevdes relevant fanns det svårigheter i processen då meningsenheter skulle kondenseras till koder och kategorier. En stor del av materialet upplevdes snarlikt och det krävdes både tid och tålamod från oss som forskningsansvariga för att upptäcka mönster och tolka innebörder i den transkriberade texten. En styrka med metoden var att vi tog hjälp av ett analyschema som underlättade processen en aning och bidrog till att bibehålla en röd tråd i resultatanalysen.

Under hela skrivprocessen har vår handledare granskat och tagit del av arbetet och givit oss återkoppling på analysprocess, resultat samt övriga delar i uppsatsen. Detta stärker således arbetets trovärdighet samt pålitlighet (Henricsson, 2017).

Förförståelse och kunskap inom forskningsämnet måste beaktas på ett kritiskt sätt för att säkra studiens pålitlighet, då förförståelsen på olika sätt kan påverka analys och tolkning material (Priebe & Landström, 2017). En av författarna till studien har arbetat inom barnonkologi innan fortsatta studier på sjuksköterskeprogrammet. Vidare har båda författarna till studien haft verksamhetsförlagd utbildning via Sahlgrenska Akademin, där båda har kommit i kontakt

med onkologisk vård samt cytostatikabehandling. Med denna erfarenhet finns en viss förståelse för cancersjukdom och biverkningar av cytostatika, men ingen erfarenhet av den patientutbildning som undersöks i studien. Båda författarna har beaktat och reflekterat över sin egen förståelse fortlöpande under arbetets gång. Detta anser författarna till studien vara en styrka då Henricson (2017) beskriver att då författarnas förståelse redovisas i studien, kan pålitlighet samt trovärdighet öka.

Resultatdiskussion

Syftet med vår studie var att undersöka hur patienter som undervisats i att självständigt koppla bort sin cytostatikainfusion i hemmet upplever den skriftliga information de fått i samband med undervisningstillfället. Vårt resultat påvisar en övergripande positiv inställning till att vara delaktig i sin egna vård samt att alla deltagare hade nytta av den skriftliga informationen på något sätt. Vi uppmärksammade att patienterna var tacksamma över möjligheten att spara tid genom att inte behöva åka till mottagningen för att endast koppla bort pumpen, men även att patienterna var måna om att frigöra tid för sina kontaktsjuksköterskor. Trots att vi var noggranna med att fokusera enbart på upplevelsen av det skriftliga informationsunderlaget, ville alla deltagare uttrycka sin tacksamhet inför hela det här momentet. Fördelarna med möjlighet till egenvård är någonting som Flanders (2018) uppmärksammar i sin studie där hon menar att patienter som blivit utbildade i liknande moment upplever ökad livskvalitet samt tacksamhet över de minskade sjukhusbesöken.

Resultatet av vår studie visar att trots att flera patienter var nöjda med informationen, uppmärksammades delar som ansågs kunna förbättras för att de skulle uppleva att all relevant information fanns med i det skriftliga informationsunderlaget. Information till patienter med cancersjukdom beskriver Husson m.fl. (2013) som den viktigaste faktorn för en stödjande cancervård i hela vårdkedjan samt att god information leder till en känsla av kontroll och tillfredsställelse. Detta är någonting som vi anser återspeglas i vår studie där deltagarna uttryckte att den skriftliga informationen bidrog till ökad trygghet och välbefinnande.

Flera patienter uttryckte att det skriftliga informationsunderlaget utgjorde ett bra hjälpmedel vid utförandet. När patienterna utfört momentet regelbundet under en längre tid upplevde de sig inte längre vara i lika stort behov av det skriftliga materialet, dock kändes det tryggt att ha denna som stöd. Anledningen till detta förklarade patienterna som att de nu hade större kunskap om momentets förfarande. Howell m.fl. (2017) menar att då en patient utbildas inom egenvård genomgår denne en ständig utveckling som genererar skicklighet och stärker patientens självförtroende, vilket kan vara en orsak till att patienterna var i störst behov av informationen i början av processen.

Att få möjlighet till utbildning och kunna hantera en del av behandlingen i hemmet uppskattades av samtliga deltagare. Fördelarna av att få cytostatika i hemmet är någonting som tidigare forskning stödjer och Joo m.fl. (2011) bekräftar att patienter med just kolorektalcancer som får cytostatika i hemmet är mer tillfreds och upplever högre komfort än de som får inläggande behandling på sjukhus. I studien framgår det dock inte om dessa patienter blivit utbildade i att koppla bort sin cytostatikapump självständigt i hemmet, men vi upplever ändå ett samband med patientnöjdhet gällande möjligheten till behandling i hemmet. Detta uppfattar vi som intressant då vi inledningsvis hade tankar om att avancerad egenvård

skulle kunna bidra till ökad oro och stress hos patienten, vilket visade sig vara en felaktig föreställning.

Patienterna som ingick i vår studie hade noggrant valts ut av sjuksköterskor där de bedömts uppfylla kriterier för att ha en god förmåga att omsätta kunskap i handling på ett säkert sätt. Detta styrks även i en studie av Mann (2011) som menar att ett flertal faktorer bör beaktas vid utvärdering av en patients förmåga till utbildning i egenvård. Detta innebär att vissa patienter varken blir tillfrågade eller till och med får avbryta utbildningen om patienten uppvisar en bristande förståelse som i sin tur kan leda till risker och komplikationer. I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterska inom onkologisk vård anges att sjuksköterskan ska organisera och genomföra omvårdnadsprocessen utifrån patientens berättelse och patientens omvårdnadsbehov. Sjuksköterskan ska kunna identifiera och använda patientens förmåga och egna resurser och göra patienten delaktig (Sjuksköterskor i cancervård & Svensk sjuksköterskeförening, 2017), vilket vi upplever stämmer väl överens med hur sjuksköterskorna på Onkologmottagningen arbetar.

Vi upplever att personcentrerad vård blir ett centralt ramverk för att kunna göra en noggrann individuell bedömning gällande egenvårdsförmåga. Denna bedömning är även en del av Dorothea Orems egenvårdsteori där både patientens inställning samt personliga förmåga till egenvård diskuteras (SBU, u.å.). Kristensson Ugglå (2018) beskriver att personcentrerad vård är en nyckelroll för att bygga ett starkt partnerskap mellan patient och vårdpersonal. Även Ekman, Norberg och Swedberg (2014) framhåller partnerskapets betydelse för personcentrerad vård. Partnerskapet ligger till grund för att information, samtal och beslut delas mellan patienten och vården där en delaktighet även kan innefatta närstående. Detta anser vi är någonting som återspeglas i relationen mellan våra deltagare i studien och deras kontaktsjuksköterskor, bland annat genom att varje bedömning är personligt anpassad och baseras utifrån individuella faktorer samt att patienten är delaktig i beslut gällande den egna vården.

Patienterna får med sig ett kit hem som innehåller det material som behövs vid bortkoppling av cytostatikapumpen. En patient uppmärksammade att viktiga begrepp inte förklarades i det skriftliga materialet och att det kan vara svårt att veta vad som är vad om man inte memorerat detta från den praktiska genomgången. Detta indikerar att det finns en förförståelse hos patienterna och att denna kunskap förmedlas vid den muntliga genomgången. Detta skulle kunna förtydligas i den skriftliga informationen, förslagsvis genom att ha med enskilda bilder på materialet med pilar och texter som preciserar vad allt är. Fage-Butler och Nisbeth Jensen (2016) menar att användandet av medicinska termer vid kommunikation till patienter minskar bland annat empowerment, autonomi och följsamhet på grund av att patienten inte alltid förstår begreppen. För att öka delaktigheten och känslan av tillfredsställelse menar Fage-Butler och Nisbeth Jensen (2016) att det är viktigt att informationen ges på patientens villkor samt att sjukvårdspersonal är tydliga vid överlämnande av information, detta för att säkerställa att patienten förstår. Resultatet i denna studie visar att sjuksköterskorna på Onkologmottagningen ger patienten relevant information om bland annat material och förklarar vid den muntliga genomgången vad kittet innehåller och kan därmed försäkra sig om att patienten har kunskap om detta. Samtidigt upplever vi att det kan underlätta för ett antal patienter om denna del av informationsunderlaget förtydligades ytterligare.

Kliniska implikationer

Genom att utbilda patienten i olika egenvårdsmoment ökar man patientansvaret samt delaktighet i den egna vården. Vidare främjar detta både patientens livskvalitet samt autonomi. I dagsläget erbjuds denna möjlighet till egenvård endast till patienter med kolorektalcancer på Onkologmottagningen SU/Östra Sjukhuset. Med tanke på det positiva resultat denna studie redovisat, är vår förhoppning att även andra sjukvårdsenheter anammar denna idé så att fler patienter får möjlighet till liknande patientutbildning.

Författarna föreslår följande:

- Utbildning gällande denna form av egenvård erbjuds till patienter med andra cancersjukdomar än kolorektalcancer, som i nuläget får behandling på sjukhus.
- Det skriftliga informationsunderlaget tydliggörs i form av: en punktlista, bilder i materialet uppdateras och förtydligas, tillägg gällande momentet avlägsnande av tejp samt tillägg gällande kitets innehåll.
- Utbildningen som Onkologmottagningen SU/Östra tagit fram revideras, förslagsvis enligt denna studies resultat och delas därefter med andra mottagningar samt avdelningar.

Fortsatt forskning

Möjligheten till avancerad egenvård samt delaktighet till sin egen behandling ställer höga krav på hälso- och sjukvård. Att utbilda och överlåta denna del av behandlingen till patienten har pågått i cirka ett års tid på Onkologmottagningen. Då detta arbetssätt är förhållandevis nytt finns därför inte några vetenskapliga studier om det undersökta ämnet ännu. Därför tror vi att vidare forskning är en viktig komponent för att utveckla kompetensområdet, både för sjuksköterskor och patienter. Förslagsvis kan fortsatt forskning fokusera på effekter av avancerad egenvård och säkerhetsaspekter kring cytostatikahantering i hemmet. Ytterligare en viktig del som vi anser bör undersökas vidare är psykosociala effekter av egenvårdsansvar ur ett patientperspektiv, då detta var ett ämne som inte berördes i denna studie.

Slutsats

Resultatet av denna studie visar att informationsunderlaget som Onkologmottagningen framställt möter patienternas behov av information. En del konkreta förbättringsförslag har dock lyfts och diskuterats vilket vi hoppas Onkologmottagningen kommer ha nytta av i sitt fortsatta förbättringsarbete. Detta arbete stödjer den befintliga forskning som finns avseende positiva effekter av egenvård samt patientdelaktighet och visar patientens informationsbehov vid avancerad egenvård. Den information och kunskap som sjukvårdspersonal tar för givet, kan patienten uppleva som komplex. Att nya arbetssätt framställs som ökar möjligheten till patientdelaktighet är någonting som gläder oss, då vi med egna ögon fått chans att ta del av positiva effekter som det genererar.

Referenslista

- Arbetsmiljöverket. (2016). *Arbetsmiljöverkets föreskrifter om cytostatika och andra läkemedel med bestående toxisk effekt*. Hämtad från Arbetsmiljöverket:
<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/cytostatika-och-andra-lakemedel-med-bestaende-toxisk-effekt-afs2005-52.pdf>
- Cancercentrum. (2019). *Bortkoppling av infusor/cytostatikapump i hemmet - Rapport kring förbättringsprojekt på onkologen dagvård SÅS*. Hämtad från Cancercentrum:
<https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kompetensforsorjning/vast/utbildningar/utbildning-for-kontaktsjukskoterskor/projektplaner-2019/bortkoppling-av-infusor-cytostatikapump-i-hemmet.pdf>
- Cancercentrum. (2020). *Cytostatika*. Hämtad från Cancercentrum:
<https://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/sarkom/stockholm-gotland/2.3-cytostatika-sarkom.pdf>
- Cancercentrum. (2020). *Utredning och behandling av kolorektalcancer - en kort beskrivning för vårdpersonal som möter dessa patienter*. Hämtad från Cancercentrum:
<https://cancercentrum.se/contentassets/887d8847ac114f7095f1d7a036b05e8a/handlaggning-av-kolorektalcancer-ver.2-200406.pdf>
- Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 145-152). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 285-297). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Norberg, A. & Sweberg, K. (2014) Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman. (Red.), *Personcentrering i hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber.
- Fage-Butler, A. M., & Nisbeth Jensen, M. (2016). Medical terminology in online patient–patient communication: evidence of high health literacy. *Health Expectations*, 19(3), 643-653. doi: 10.1111/hex.12395
- Flanders, S. A. (2018). Effective Patient Education: Evidence and Common Sense. *MEDSURG Nursing*, 27(1), 55-58.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-113.
- Hedman, H. (2018). Patientens - personens röst. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (s. 12-18). Stockholm: Liber.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 411-419). Lund: Studentlitteratur.

- Henricson, M., Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 111-117). Lund: Studentlitteratur.
- Howell, D., Harth, T., Brown, J., Bennett, C. & Boyko, S. (2017). Self-management education interventions for patients with cancer: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 25(4), 1323-1355. doi: 10.1007/s00520-016-3500-z
- Husson, O., Thong, M. S., Mols, F., Oerlemans, S., Kaptein, A. A., & van de Poll-Franse, L. V. (2013). Illness perceptions in cancer survivors: what is the role of information provision?. *Psycho-Oncology*, 22(3), 490-498. doi: 10.1002/pon.3042
- Joo, E., Rha, S., Bae Ahn, J. & Kang, H. (2011). Economic and patient-reported outcomes of outpatient home-based versus inpatient hospital-based chemotherapy for patients with colorectal cancer. *Supportive Care in Cancer*, 19(7), 971-978. doi: 10.1007/s00520-010-0917-7
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57-74). Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson Ugglå, B. (2018). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik* (s. 35-44). Stockholm: Liber.
- Lidén, E. (2017). Omvårdnadens institutionella inramning. I A. Ehrenberg, L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s.158-160). Lund: Studentlitteratur.
- Mann, K. S. (2011). Education and health promotion for new patients with cancer: A quality improvement model. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 55. doi: 10.1188/11.CJON.55-61
- Priebe, G., Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 25-40) Lund: Studentlitteratur.
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2020). *Tjock- och ändtarmscancer. Nationellt vårdprogram*. Hämtad från Cancercentrum:
<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/tjock--och-andtarm-anal/vardprogram/nationellt-vardprogram-tjock-andtarmscancer.pdf>
- SBU. (u.å.). *Bilaga 4: Definitioner*. Hämtad från SBU:
<https://www.sbu.se/contentassets/b4df46fccfaf4e3f82307a31ab2388d8/bilaga-4-definitioner.pdf>
- SBU. (2020). *SBU:s sammanfattning och slutsatser*. Hämtad från SBU:
https://www.sbu.se/contentassets/7273ef2d1bba425d960d05f74855f2a1/cyto_samm.pdf
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2018:218. *Lag med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning*. Stockholm: Justitiedepartementet.

- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sjuksköterskor i cancervård & Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska med inriktning mot onkologisk vård*. Hämtad från Swenurse: <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c00306232288/1584105242836/Kompetensbeskrivning%20sjuksköterskor%20inom%20onkologisk%20vård.pdf>
- Socialstyrelsen SOSFS 2009:6. (2019). *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Hämtad från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmannarad/konsoliderade-foreskrifter/20096-om-bedomningen-av-om-en-halso--och-sjukvardsatgard-kan-utforas-som-egenvard/>
- Socialstyrelsen. (2020). *Statistik om dödsorsaker 2019*. Hämtad från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-6-6798.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020). *Statistik om nyupptäckta cancerfall 2019*. Hämtad från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-12-7132.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från Swenurse: <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksköterska%202017.pdf>
- Tingström, P. (2017). Information och utbildning. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 596-602). Lund: Studentlitteratur.
- Västra Götalandsregionen. (2019). *Cytostatikahantering NU-sjukvården* Hämtad från Västra Götalandsregionen: <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/43295/Cytostatikahantering%20NU-sjukvården.pdf?a=false&guest=true>
- Vårdhandboken. (2020). *Cytostatika, cytotoxiska läkemedel*. Hämtad från Vårdhandboken: <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/lakemedelsbehandling/cytostatika-cytotoxiska-lakemedel/>
- Vårdhandboken. (2019). *Subkutan venport - Översikt*. Hämtad 2020-02-24 från: <https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/subkutan-venport/oversikt/>
- Wolf, A., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Britten, N. (2017). The realities of partnership in person-centred care: a qualitative interview study with patients and professionals. *BMJ Open*, 17;7(7):e016491. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016491

Joo, E., Rha, S., Bae Ahn, J. & Kang, H. (2011). Economic and patient-reported outcomes of outpatient home-based versus inpatient hospital-based chemotherapy for patients with colorectal cancer. *Supportive Care in Cancer*, 19(7), 971-978. doi: 10.1007/s00520-010-0917-7

Bilagor

Bilaga 1: Intervjuguide

Intervjuformulär

- Har du haft nytta av den skriftliga information som du fick inför att utföra detta moment (koppla bort cytostatikapump) på egen hand i ditt hem?
- Finns det någonting i informationsunderlaget som du saknar/vill lägga till i informationen?
- Anser du att informationen du fått är relevant och tillräcklig för att du ska känna dig trygg och säker i utförandet?

Följdfrågor:

- På vilket sätt?
- Kan du berätta mer?
- Hur menar du?
- Kan du utveckla ditt svar?

Avsluta med:

Är det någonting du vill tillägga som inte redan sagts under vår intervju?

Bilaga 2: Information till forskningspersoner

Forskningspersonsinformation till deltagare

Vi är två sjuksköterskestudenter som går termin 5 på sjuksköterskeprogrammet vid Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademien. Vi skriver ett verksamhetsförankrat examensarbete, i samarbete med Onkologmottagningen på Östra Sjukhuset i Göteborg. Examensarbetet kommer att presenteras i form av en kandidatuppsats, resultatet kommer även att presenteras för vårdenhetschef och medarbetare på Onkologmottagningen till hösten. Vi vill ta reda på hur patienter som hanterar sin cytostatikapump i hemmet upplever den skriftliga information som de fått från sjukvården, och vi är därför i behov av att intervjua dig som hanterar din cytostatikapump självständigt i hemmet.

Studiens bakgrund och syfte

Vården utvecklas ständigt och nya möjligheter skapas som underlättar för både patient och sjuksköterska. På Onkologmottagningen på SU/Östra Sjukhuset Göteborg har personalen startat upp ett nytt arbetssätt som möjliggör att patienter kan bli utbildade i momentet bortkoppling av cytostatikapump. Detta innebär att patienten utför momentet självständigt och slipper därmed resor till- och från sjukhus, resekostnader samt besparar även patienterna värdefull tid och energi. Patienten får genomgå ett utbildningsprogram på fyra nivåer som är framställt av sjuksköterskor på mottagningen. Detta för att säkerställa att patienten har tillräcklig kunskap samt känner sig trygg i förfarandet. Patienten får ett skriftligt informationsunderlag som denne kan använda sig av i hemmet vid bortkoppling av cytostatikapump.

Syftet med denna studie är att undersöka huruvida patienter på Onkologmottagningen på Östra Sjukhuset upplever att den skriftliga informationen som de får av sjukvårdspersonalen är tillräcklig inför att hantera bortkoppling av cytostatikapump självständigt i hemmet.

Hur går studien till?

Vi kommer att använda kvalitativ metod med individuella intervjuer. Intervju kommer att ske på mottagningen i samband med din behandling. Vi kommer att ställa frågor till dig som berör den skriftliga information du har fått inför att självständigt kunna hantera din cytostatikapump i hemmet. Deltagandet är frivilligt och du kan välja att avbryta ditt deltagande när som helst utan att ange skäl. Intervjun beräknas ta 15-30 minuter i anspråk. Intervjuerna kommer att spelas in och inspelat material kommer att hanteras med sekretess och enbart av ansvariga för studien. Personuppgifter hanteras enligt GDPR dataskyddsförordningen (SFS 2018:218). Personuppgifter kommer att kodas och anonymiseras.

Möjliga följder och risker med att delta i studien

Vi är medvetna om att intervjusituationen kan kännas påfrestande och vi vill därför vara tydliga med att du kan välja att avstå att svara på frågor och du kan när som helst avbryta deltagandet utan att ange skäl. Resultatet kan innebära möjligheter att utveckla och förbättra det skriftliga informationsmaterialet som ges inför hantering av cytostatikapump i hemmiljö. Om du har frågor kring studien, tveka inte att kontakta ansvariga för studien.

Ansvariga för studien

Isabella Lindgren Sjuksköterskestudent guslinisn@student.gu.se	Jonna Midborn Sjuksköterskestudent gusmidbojo@student.gu.se	Ann-Caroline Holst, Universitetslektor, Fil. Dr, Specialistsjuksköterska Onkologisk vård caroline.holst@gu.se
--	---	---

Anette Jepsen, Kontaktsjuksköterska Specialistsjuksköterska Onkologisk vård Anette.jepsen@vgregion.se	Inger Söderberg, Kontaktsjuksköterska Specialistsjuksköterska Onkologisk vård Inger.soderberg@vgregion.se
--	--

Bilaga 3: Samtyckesblankett

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

- Jag samtycker till att delta i studien ”Patienters upplevelse av skriftlig information inför självständig hantering av cytostatikapump i hemmet.”
- Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i forskningspersonsinformation.

Plats och datum	Underskrift