

# Personcentrerad vård för patienter som opereras för lungcancer

<b>FÖRFATTARE</b>	Helene Eklund
<b>PROGRAM</b>	Specialistsjuksköterske- programmet OM 1650
	VT 2010
<b>OMFATTNING</b>	15 hp
<b>HANDLEDARE</b>	Anna Forsberg
<b>EXAMINATOR</b>	Ingalill Koinberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



# Förord

## TILL EFTERTANKE

Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål,  
måste jag först finna henne där hon är, och börja just där.

Den som inte kan det lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra.

För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer  
än vad hon gör, men först och främst förstå det hon förstår.

Om jag inte kan det så hjälper det inte att jag kan och vet mera.

Vill jag ändå visa hur mycket jag kan så beror det på att jag är fåfång  
och högmodig och egentligen vill bli beundrad av den andra, istället för att hjälpa  
henne. All äkta hjälpsamhet börjar med ödmjukhet inför den jag vill hjälpa,  
och därmed måste jag förstå att detta med att hjälpa,  
inte är att vilja härska, utan att vilja tjäna.

Kan jag inte detta så kan jag heller inte hjälpa.

*Sören Kirkegaard*

## TACK!

Vill jag säga till Anna Forsberg min handledare och mentor, utan Dig hade det inte  
blivit något arbete.

Jag vill också tacka dig Dan (Jessica och Jenny för att du, ni) stått ut med och tagit hand  
om allt under tiden jag skrivit. Dan du är min energikälla när jag vacklar.

Till sist vill jag säga tack till cheferna på thoraxkliniken som gett mig möjlighet att  
utvecklas. Nu hoppas jag få ta tillvara på kunskapen på kliniken. Till sist tack till mina  
arbetskamrater som stöttar och aldrig tvivlar när jag själv gör det. Ingen nämnd ingen  
glömd. **Ni** vet vilka ni är.

Titel (svensk):	Personcentrerad vård för patienter som opereras för lungcancer
Titel (engelsk):	Personcentered care for patients after thoracic surgery due to lung cancer
Arbetets art:	Självständigt arbete
Fristående kurs/kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet OM1650
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	34 sidor
Författare:	Helene Eklund leg. sjuksköterska vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg e-post: <a href="mailto:helene.eklund@vgregion.se">helene.eklund@vgregion.se</a>
Handledare:	Anna Forsberg
Examinator:	Ingalill Koinberg

---

## SAMMANFATTNING

### Introduktion

Detta kartläggningsprojekt har sitt ursprung i det kliniska vardagsarbetet och sjuksköterskors önskan om att patienter, som på en thoraxkirurgisk klinik opereras för lungcancer, ska få sakkunnig och omsorgsfull vård.

### Syfte

Syftet med denna studie är att kartlägga vilka behov och förväntningar som personer med lungcancer har inför en thoraxonkologisk operation samt vilken innebörden i personcentrerad vård är för dessa personer.

### Metod

Urvalet kommer att bestå av 50 patienter som inkommer planerat för att opereras på grund av diagnostiserad/ misstänkt lungcancer. Patienterna kommer att opereras vid thoraxkirurgisk klinik på ett universitetssjukhus. Inklusionskriterier är att patienterna är i åldern 18-70 år och kan förstå svenska i tal och skrift. Datainsamling kommer att ske med hjälp av en enkät i två delar. I syfte att pröva enkätens användbarhet genomfördes en pilotstudie. I pilotstudien ingick sex patienter, 5 kvinnor och 1 man med medelåldern 55 år (range 37-67 år) vilka skulle opereras för lungcancer.

### Resultat

Det manifesta innehållet i patienternas svar organiserades i tre kategorier: behov, förväntningar och personcentrerad vård. I analys av det latenta innehållet framkom ett tema; *att vara en person*.

### Diskussion

Resultatet av denna pilotstudie pekar på att många faktorer i vårdmiljön har betydelse för patientens upplevelse av omvårdnad i allmänhet och personcentrerad vård i synnerhet.

### Key words:

Personcentrerad vård, omvårdnad, lungcancer

Titel (svensk):	Personcentrerad vård för patienter som opereras för lungcancer
Titel (engelsk):	Person centered care for patients after thoracic surgery due to lung cancer
Arbetets art:	Självständigt arbete
Fristående kurs/kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet OM1650
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	34 sidor
Författare:	Helene Eklund leg. sjuksköterska vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg e-post: <a href="mailto:helene.eklund@vgregion.se">helene.eklund@vgregion.se</a>
Handledare:	Anna Forsberg
Examinator:	Ingalill Koinberg

---

## ABSTRACT

### Introduction

This mapping project has its origin in the clinical everyday work and nurses' desire to provide patients in a thoracic surgical clinic operated on for lung cancer expert and meticulous care.

### Aim

The aim of this study is to explore needs and expectations among persons with lung cancer before thoracic oncological surgery as well as the meaning of person-centered care in this group.

### Method

The study group will include 50 patients, aged 18-70 years that understand Swedish in speech and writing. They will be scheduled for surgery due to diagnosed/ suspected lung cancer at the thoracic clinic at the university hospital. Data collection will be performed by means of a questionnaire divided in two parts. In order to examine the usefulness of the method a pilot study was conducted. The pilot study involved six patients, 5 women and 1 male with a mean age of 55 years (range 37-67 years) that fulfilled the inclusion criteria.

### Results

The manifest content of the patients' narratives were organized into three categories: needs, expectations and person-centered care. The analysis of the latent content revealed a theme, *to be a person*.

### Discussion

The results of this pilot study indicate that many factors in the health care environment have an impact on patients' experience of care in general and the person-centered care in particular.

### Key words:

Person-centered care, nursing, lung cancer

## Innehåll

<b>BAKGRUND .....</b>	<b>7</b>
<b>PERSONCENTRERAD VÅRD/OMVÅRDNAD .....</b>	<b>7</b>
<b>PERSONEN MED LUNGCANCER.....</b>	<b>9</b>
<b>PROFESSIONEN.....</b>	<b>10</b>
<b>STYRDOKUMENT .....</b>	<b>11</b>
<b>ONKOLOGISK THORAXKIRURGISK VÅRD .....</b>	<b>12</b>
<i>Lungcancer.....</i>	<i>12</i>
<i>Psykosocialt omhändertagande .....</i>	<i>14</i>
<b>AKTUELLT FORSKNINGSLÄGE.....</b>	<b>15</b>
<i>Personcentrerad vård som begrepp och ramverk.....</i>	<i>16</i>
<i>Sjuksköterskans upplevelse och arbete av personcentrerad vård.....</i>	<i>17</i>
<i>Patientens följsamhet i samband med personcentrerad vård.....</i>	<i>17</i>
<i>Multidisciplinärt arbete med personcentrerad vård.....</i>	<i>18</i>
<i>Patientens upplevelse om och vad personcentrerad omvårdnad är .....</i>	<i>19</i>
<b>SYFTE.....</b>	<b>20</b>
<b>METOD.....</b>	<b>20</b>
<b>URVAL .....</b>	<b>20</b>
<b>PILOTSTUDIE .....</b>	<b>20</b>
<b>DATAINSAMLING.....</b>	<b>20</b>
<b>ANALYS .....</b>	<b>21</b>
<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN .....</b>	<b>21</b>
<b>RESULTAT .....</b>	<b>22</b>
<b>BEHOV .....</b>	<b>23</b>
<b>FÖRVÄNTNINGAR.....</b>	<b>23</b>
<b>PERSONCENTRERAD VÅRD.....</b>	<b>24</b>
<b>METODDISKUSSION .....</b>	<b>25</b>
<b>RESULTATDISKUSSION .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERENSER.....</b>	<b>32</b>

## INLEDNING

Denna uppsats omfattar planering för en studie om huruvida personer som opereras för lungcancer upplever omvårdnaden som personcentrerad. Lungcancer är den femte vanligaste cancerformen i Sverige, men den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken. Mellan åren 2002 och 2007 har 18 076 registrerade patienter diagnostiserats med lungcancer. Sjukdomen har minskat bland män sedan 1980-talet, men har samtidigt ökat stort bland kvinnor (1). Ökningen bland kvinnor speglar kvinnors ändrade rökvanor sedan 1950-talet. Andelen rökande kvinnor är i dag större än andelen rökande män. År 2007 upptäcktes 3 203 nya fall av lungcancer i Sverige, varav 1 627 hos män och 1 576 hos kvinnor. Vanligaste åldern att insjukna i lungcancer är runt 70 år. Knappt ett hundratal personer varje år insjuknar före 50-årsåldern (1,2.)

Socialstyrelsen har beskrivit sex kvalitetsområden som ska utgöra en vägledning för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (3). Enligt dessa kvalitetsområden för god vård är kraven att hälso- och sjukvården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och förmedlad i rimlig tid. Socialstyrelsen utarbetar på regeringens uppdrag nationella indikatorer för uppföljning av hälso- och sjukvården. Indikatorerna ska spegla de sex dimensionerna i god vård. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område anger att all personal är skyldig att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det innebär att alla patienter ska få sakkunnig och omsorgsfull vård, vilken i möjligaste mån ska utformas och genomföras i samråd med patienter och att de ska visas omtanke och respekt (Lag (SFS 1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område) (4). Sjuksköterskor har ett ansvar att ge god omvårdnad, men också att utveckla den organisation och de system som de verkar i. Att arbeta med kvalitetsarbete och att initiera, medverka i och leda kvalitetsutvecklingsarbete innebär att fullt ut ta ansvar för omvårdnadens innehåll. För att kunna göra det behövs dels evidensbaserade kunskaper som kan tillämpas i den kliniska verksamheten, dels en utvärdering av de omvårdnadsinsatser som ges (5).

Detta kartläggningsprojekt har sitt ursprung i det kliniska vardagsarbetet och sjuksköterskors önskan om att patienter, som på en thoraxkirurgisk klinik opereras för lungcancer, ska få sakkunnig och omsorgsfull vård, vilken i möjligaste mån ska

utföras och genomföras i samråd med patienten själv, samt att de ska visas omtanke och respekt. Utgångspunkten i den personcentrerade vården är att i fokus står personen med en sjukdom och inte sjukdomen i en person. Det innebär att det är personen med lungcancer som ska få uppleva bekräftande möten med vården. God omvårdnad handlar i grunden om ett möte mellan en person som sökt vård och vårdpersonalen. Ett gott möte och en god relation ses som en förutsättning för både personen och personalen att utvärdera vårdkontakten positivt vilket medför framtida möjligheter för personen att öka sin kompetens. Den personliga kompetensen handlar bl.a. om möjligheter att klara av den pre- och postoperativa processen på så sätt att människovärdet och självrespekten positivt bevaras eller stärks. Den professionella kompetensen handlar om att personalen har egen medvetenhet om värdegrundat förhållningssätt och handlingsstrategier för att medverka till att skapa ett evidensbaserat möte och en evidensbaserad vård. I detta kvalitetsarbete kommer personcentrerad vård i samband med operation för lungcancer att förstås som bekräftande möte och god omvårdnad. Den personcentrerade vården har sitt ursprung och är beforskat primärt inom vård av dementa. Det saknas vetenskaplig kunskap om vad personcentrerad vård är och hur det kan ta sig uttryck inom akut slutenvård (5-7).

## **BAKGRUND**

### **PERSONCENTRERAD VÅRD/OMVÅRDNAD**

Den forskningsplan inklusive pilotstudie som redovisas i denna rapport har sin plats i spänningsfältet mellan personen med lungcancer, professionen som vårdar patienten och den onkologiska thoraxkirurgiska vården enligt figur 1. Det råder en viss begreppsförvirring kring hur personcentrerad vård/omvårdnad definieras och vad personcentrerad vård/omvårdnad är. Personcentrerad vård kan definieras enligt följande:

*”Person centrerad omvårdnad beskriver etiskt riktig och god omvårdnad från en humanistisk grund som kan och bör, tillämpas brett inom omvårdnaden och närliggande discipliner”*(7, sid 35).



**Figur 1.** Spänningsfältet mellan personen med lungcancer, professionen som vårdar patienten och den onkologiska thoraxkirurgiska vården

Oavsett vilken definition som används finns tre centrala beståndsdelar. Professionen som vårdar ska

- se och bekräfta personligheten och dess livsvärld
- skapa relation mellan vårdare och personen med omvårdnadsbehov samt
- ge förutsättningar för och understödja personen till att ta egna beslut, att vara delaktig (7,8).

Sammanfattningsvis handlar personcentrerad vård om att se personen, bekräfta hans/hennes upplevelse av sjukdom, utgå ifrån individens perspektiv och inkludera personen i alla aspekter av vården. Personcentrerad vård är kärnan i en omvårdnad som syftar till:

- att ge vård av hög kvalitet
- att öka personens tillfredsställelse
- att personen blir förstådd som en unik individ med individuella behov, värderingar och förväntningar
- att vårdgivarna tar reda på hur personen vill ha det, och sedan medvetet använder denna kunskap i vården.

För att personen ska kunna vara delaktig och aktiv är en grundförutsättning att en relation finns med vårdaren/vårdarna. Grundförutsättningen för relationen är tillit och det är bara genom denna tillit som en kommunikation kan uppstå (7-9).



Patientcentrering är ett uttryck för den nya tidens sjukvård och genom godkännande och införandet av centrumbildningen Gothenburg Person Centred Care (GPCC), vilket är ett centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet, kan det ses som en politisk viljeyttring att ett bredare synsätt ska implementeras i dagens sjukvård.

## **PERSONEN MED LUNGCANCER**

Utgångspunkten i studien är personen med en sjukdom och inte sjukdomen i en person. Personen med en lungcancer ses som ett motivstyrt handlande subjekt (10). Karaktäristiskt i denna förståelse av människan är att hon är engagerad i målinriktade handlingar och har en uppfattning om sig själv (s.k. jagrelation). Människans målinriktade handlingar och jagrelation hör nära samman med de centrala mål och projekt som finns i den stora ”*livsplanen*”, de förmågor som finns för att förverkliga målen (s.k. *repertoar*) och de omständigheter (s.k. *inre och yttre miljö*) vi har för att förverkliga målen med de förmågor vi har. Bekräftelse anses förknippad med vår egen existens. Bekräftelse har beskrivits som en form av kärlek, som ”*låter den andre vara men med känsla och omsorg*” (11). Bekräftelse berör vår upplevelse att leva i relation med andra, vår tillväxtpotential som människa och våra möjligheter till mental stabilitet, utveckling och mognad.

Enligt Travelbee är varje människa unik (12). Det leder följaktligen till att dennes erfarenheter rörande sjukdom och lidande endast kan upplevas av individen själv. Hon säger också att alla individer har samma grundläggande behov, men att kultur, arv och miljö kan utveckla och ändra dem. Alla människor bär med sig erfarenheter som förluster, lidande, sjukdom och enligt Travelbee går dessa inte att generalisera då det är den unika individens upplevelser som betyder något (12). För en person som får diagnosen cancer väntar många olika typer av reaktioner och känslor såsom hopplöshet, rädsla för lidande och funderingar kring överlevnad. Det är inte helt ovanligt att dessa människor utvecklar depression och eller ångest under sjukdomstiden (13). Hela existensen är hotad vilket påverkar livskvaliteten. Tiden från diagnos till det slutgiltiga beskedet om allvaret i sjukdomen ges tillsammans med information och den kommande behandlingen och det kan för personen upplevas mycket påfrestande. För den drabbade personen kan det vara svårt att förhålla sig till sjukdomen utan tillräcklig information.

Vad som styr personens förmåga att hantera sjukdomen är bl.a. cancers lokalisation, prognos, ålder, utbildning, stöd från omgivningen samt mental styrka och personlighet. För vårdpersonalen är det viktigt att ta hänsyn till och vara medveten om att personer med cancer upplever och har olika behov under olika perioder i och med sin sjukdom (13,14).

## **PROFESSIONEN**

Teoretisk referensram i detta arbete är Joyce Travelbees omvårdnadsteori (12) där omvårdnad definieras på följande sätt:

*”det är en mellanmännisklig process där den professionella sjuksköterskan hjälper en individ, eller familj med att förebygga eller bemästra sjukdom och lidande samt om nödvändigt hjälpa till att finna mening i dess erfarenheter”*(12, sid 7).

Sjuksköterskan har en viktig roll då hon kan hjälpa individen att acceptera och finna mening/hopp med sin sjukdom och livet i sig med begränsningar och erfarenheter. För individen är det viktigt att hitta en mening med livets alla upplevelser, både positiva som negativa. En individs sjukdom är inte alltid negativ. Den kan ge mening som i sig återger styrka och livserfarenhet. I och med det kan individen påverkas i positiv mening och når därmed utanför sig själv och sina begränsningar. Travelbee menar att det mest betydelsefulla i omvårdnad är relationen mellan sjuksköterska och individen. Genom olika interaktionsfaser kan relationen uppnås och då endast om alla faser är uppfyllda.

Dessa fem faser är:

- det första mötet
- framväxt av identiteter
- empati
- sympati
- ömsesidig förståelse och kontakt.

Grundförutsättningen för alla faser och att relation uppnås är kommunikation. Kommunikation som är målet med omvårdnaden behövs för att mening ska uppstå och för den enskildes förmåga att klara av sjukdom och lidanden (12).

## STYRDOKUMENT

Sjuksköterskans arbete styrs av en mängd lagar och författningar (som ligger till grund för kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor) vilka förstärker vikten av ett personcentrerat perspektiv på patienten. Till exempel så anges i kompetensbeskrivningen att:

*”sjuksköterskans arbete ska oavsett verksamhetsområde och vårdform präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med gällande författningar (lagar, förordningar, föreskrifter) och andra riktlinjer”(6).*

I Hälso- och sjukvårdslagen (**982:773 § 2**) klarläggs att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vården ska även tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen samt vara lätt att tillgå och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Goda kontakter med vården ska främjas och patientens behov av kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Slutligen ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (15).

I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor anges att sjuksköterskan ska ha förmåga att tillvarata det friska hos patienten, tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga. Patientens sjukdomsupplevelse och lidande ska uppmärksammas och så långt som möjligt lindras genom adekvata åtgärder. En annan viktig kompetens är förmågan att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Sjuksköterskan ska i dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling. Hon/han ska informera och undervisa patienter och/eller närstående, såväl individuellt som i grupp med hänsyn tagen till tidpunkt, form och innehåll och förvissa sig om att patient och/eller närstående förstår given information. De krav på kompetens som anges är sammantaget inriktade på att sjuksköterskan i sin professionella yrkesutövning ska inrikta sig på den enskilda personens behov i samband med sjukdom, lidande och vård (6).

## **ONKOLOGISK THORAXKIRURGISK VÅRD**

### **Lungcancer**

En orsak till onkologisk thoraxkirurgisk vård är diagnosen lungcancer. För att kunna införa en personcentrerad vård krävs kunskaper om vad diagnosen lungcancer innebär och hur vården kring dessa patienter är organiserad idag. Det finns olika typer av lungcancer vilka primärt delas in i två stora huvudgrupper. Indelningen bygger på cancercellernas utseende och ursprung. Småcellig lungcancer består av små, tätt packade celler som till formen liknar havrekorn. Småcellig lungcancer växer fort och brukar därför ofta vara spridd utanför bröstkorgen när den upptäcks. Icke- småcellig lungcancer indelas i ett antal undergrupper varav de två vanligaste är:

- Adenokarcinom som är den typ som ökar mest och nu för tiden är den vanligaste formen hos både män och kvinnor. Den växer från körtelceller i lungans slemhinna. En undergrupp av denna cancerform kallas bronchioalveolär lungcancer (13,14).
- Skivepitelcancer som är den näst vanligaste formen bland både män och kvinnor. Namnet kommer av att den bildas i skivepitel, en vävnad där cellerna är platta och skivformiga och ligger i lager på lager. Den utgår från lungans bronker (13,14).

Liksom andra cancerformer indelas lungcancer i olika stadier som är fyra till antalet:

- Stadium I - en begränsad tumör som inte spridit sig utanför lungan eller luftrören.
- Stadium II och III - här är vanligtvis även lymfkörtlarna angripna och /eller lokalt avancerad växt.
- Stadium IV - canceren är spridd med metastaser i andra organ.

Det är framför allt stadium I och II som kan opereras och/eller strålbehandlas i botande syfte. Skillnaderna mellan de olika stadierna är dock inte så skarpa som det kan låta. Det finns alltid gränsfall (1,13,14).

Sjukdomstecken vid lungcancer är ofta blodtillblandad hosta (hemoptys) som är det vanligaste symtomet. Andra symtom är andfåddhet i vila eller vid lätt ansträngning, smärta i bröstkorgen, pipande väsende andning samt lunginflammation. Avmagring, aptitlöshet och trötthet är symtom som brukar komma sent i sjukdomen.

Svullna lymfkörtlar på halsen eller ovanför nyckelbenet kan för en del patienter vara de första symtomen från dottertumörer, metastaser. Sväljsvårigheter, heshet och andnöd kan också orsakas av metastaser eller lokalt aggressiv tumörväxt (13,14,16).

Den väsentligaste orsaken till lungcancer är rökning (14). Rökning ökar risken för alla de olika formerna av lungcancer, men är särskilt sammankopplat med skivepitelcancer och småcellig lungcancer. Även asbest, joniserande strålning (till exempel radon, som kan finnas i bostadshus) och ämnen i arbetsmiljön, liksom bilavgaser och industriutsläpp ökar risken för lungcancer, särskilt i kombination med rökning. Enligt beräkningar som har gjorts ligger rökning bakom 80–90 procent av lungcancerfallen (14). Kvinnornas andel bland lungcancerpatienterna ökar stadigt i takt med att de efter många års tobaksbruk kommer upp i övre medelåldern. Asbest och andra arbetsmiljöfaktorer har enligt beräkningarna betydelse för 10–20 procent av lungcancerfallen bland män, jämfört med en procent för kvinnor. Joniserande strålning, bland annat radon, uppskattas också finnas bakom 10–20 procent av all lungcancer. Förklaringen till att summan blir över 100 procent är att flera faktorer kan samverka. Det är till exempel väl känt att kombinationen av asbest och rökning eller radon och rökning ger en mycket större riskökning än asbest, radon och rökning var för sig. En av tre patienter med lungcancer som upptäcks tidigt kan opereras. Operation är också den metod som botar flest patienter. Cytostatika och strålbehandling i högre doser kan i vissa fall också bota sjukdomen (1,13,14,16).

Vid misstanke om lungcancer görs en utredning som kan innehålla följande:

- Datortomografi
- PET (positronemissionstomografi)
- Bronkoskopi
- Punktion
- Torakoskopi (är ett sätt att undersöka lungsäcken)
- Mediastinoscopi (provtagning av lymfkörtlarna i bröstet)
- Undersökning av upphostat slem
- Lung- och hjärtfunktions utredning

Enligt det nationella vårdprogrammet för lungcancervård rekommenderas att behandling ska kunna sättas in så snart som möjligt där det gäller att minst 80 % av patienterna ska

omhändertas inom sju dagar från att remissen anlant. Det bör inte heller gå mer än 21 dagar från första besöket till att diagnos ställts samt beslut om behandling tagits. Det ska inte överstiga 10 dagar från beslut om behandling till uppstart av sådan. Parallellt med primärtumörsutredning görs också operabilitetsbedömning och metastasutredning (14).

Endast 20 % av personerna med lungcancer opereras. Det rör sig i de flesta fall om personer med adenokarcinom eller skivepitelcancer. En förutsättning är att tumören upptäcks i ett tidigt skede. Under många år var det sällsynt att småcellig lungcancer opererades. Men om den upptäcks tidigt kan även denna tumörform opereras. Operationen utformas med hänsyn till hur stor cancer är, men framför allt beroende på var i lungan den växer. Om den är tydligt begränsad till en lunglob räcker det ofta med så kallad lobektomi. Det innebär att den lunglob där tumören finns tas bort. Om cancer växer i mer än en lob opereras hela lungan bort, pulmektomi. I samband med operationen görs körtelutrymning för att erhålla mer exakt stadium av cancer.

Operationen tar normalt ett par timmar, men i mer komplicerade fall kan den ta fyra till fem timmar. Efter operationen vårdas patienten på sjukhus fem till sju dagar. Läkningstiden är dock betydligt längre och sjukskrivningstiden brukar vara minst sex till åtta veckor, bland annat beroende på vilket arbete patienten har. Beroende på hur mycket av lungan som tas bort, kan patienten efter operationen känna viss andfåddhet vid ansträngning. Detta brukar dock lindras med tiden. Kvarvarande smärtproblematik kan ses i enstaka fall. Postoperativ adjuvant kemoterapi rekommenderas till de flesta > stadium 1.A (dvs. liten begränsad cancer), men efterförloppet kan innebära såväl strålbehandling som kemoterapi (13,14,16).

### **Psykosocialt omhändertagande**

När personen har informerats om förmodad eller bekräftad diagnos genomgår hon/han vanligen någon form av krisreaktion. Vårdarens uppgift är att vara tillgänglig (ge tid), lyssna, samtala och ge information. Genom detta kan personen sedan gå vidare. Oavsett var personen befinner sig i vårdprocessen är det sjuksköterskans uppgift att identifiera personens behov. Viktigt är att kunna förmedla kontakt med kurator, psykolog, sjukhuspräst eller företrädare för annat samfund eller annan religion. Det är vanligt att existentiella tankar uppkommer. Oro och ångest kan ses som en normal reaktion på diagnosen, men desto viktigare att kunna bemöta detta genom daglig bekräftande omvårdnad.

Via den mellanmänskliga relationen ges trygghet i bemötande, information, en lugn och ordnad vårdmiljö samt delaktighet i vården. För att uppnå ett gott psykosocialt omhändertagande krävs det att patienten blir sedd i sitt sociala sammanhang. Oftast är det de anhöriga som utgör det naturliga stödet för patienten, varför vi som vårdpersonal bör göra de anhöriga delaktiga i omvårdnaden, med patientens godkännande. Att tillgodose behov av trygghet, närhet och igenkännande som individ är viktigt både för patienten och de anhöriga. Anhöriga bör också erbjudas enskilda samtal med den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan, för att få möjligheten att ge uttryck för egna känslor och tankar. Det gäller att lyssna, stödja, trösta och finnas tillgänglig (13,17).

Hos många personer som drabbas av lungcancer kan skuldkänsla infinna sig framförallt om personen är eller har varit rökare. Det är viktigt att vårdaren bemöter detta på ett sätt som inte förstärker känslan av skuld och skam. Ytterligare punkter som tas upp i vårdprogrammet för personer med lungcancer (14) är när personen väl skrivits in på lungonkologisk avdelning ska patientansvarig sjuksköterska utses. När läkare informerar bör sjuksköterskan vara med. Det har visat sig viktigt med skriftlig såväl som muntlig information kring behandling och eventuella biverkningar. Skriftlig information med telefonnummer vart personen kan vända sig med olika frågor har setts vara av stor vikt (13,14,17).

### **AKTUELLT FORSKNINGSLÄGE**

Då det råder en begreppsförvirring kring personcentrerad vård och samtidigt kan konstateras att den är en vårdform som är högst aktuell genomfördes en kartläggning av hur forskningsläget ser ut kring personcentrerad vård. De frågor som ställdes inför litteraturgenomgången var: Hur är personcentrerad vård studerad i allmänhet och i relation till onkologisk thoraxkirurgisk vård i synnerhet? Forskningsläget beskrivs tematiskt enligt nedan och resultatet av sökningar i databaser redovisas i tabell 1.

**Tabell 1.** Resultatet av sökningar i två olika databaser angående personcentrerad vård

Databas	Sökord	Antal artiklar
PubMed	Patient centered care	8396
	Patient centered care and surgery	501
	Patient centered care and surgery and nursing	139
	Patient centered care and surgery and nursing and cancer	12
	Patient centered care and nursing and cancer	141
	Patient centered care and nursing	2756
	Patient centered care and surgery and lung cancer	3
CINAHL	Patient centered care	5089
	Patient centered care and surgery	104
	Patient centered care and surgery and nursing	36
	Patient centered care and surgery and nursing and cancer	0
	Patient centered care and nursing and cancer	54
	Patient centered care and nursing	1785
	Patient centered care and surgery and lung cancer	11

### **Personcentrerad vård som begrepp och ramverk**

Nyckelbegrepp för patientcentrerad omvårdnad är att personen ses ur ett kombinerat perspektiv innehållande biologisk, psykosocial och social dimension. Detta är grunden för att patienten som person söker för någon sjukdom eller något symptom ska behandlas på rätt sätt. Det beskrivs också att personens egen berättelse samt upplevelse av sjukdom måste inkluderas i helhetsbilden för att vård ska kunna ges och att rätt diagnos kan ställas. Ett delande på ansvar/makt mellan patient och doktor måste till för att vården ska kunna kallas patientcentrerad. Författarna menar att läkarna ska gå ifrån ett ”samarbete patient - läkare emellan” till gemensamt deltagande dem emellan. Detta deltagande utgår ifrån att en relation mellan läkare och patient uppstår. Relationen innebär att kommunikation uppstår, och igenom den är personen i fokus. En relation grundas mycket på läkarens perspektiv. Hur han/hon förhåller sig till patienten, förmåga att kunna ta emot och inkludera patienten utan att ta överhand innebär ett bättre omhändertagande, lättare att ställa diagnos och patienten är mer nöjd med vården och bemötandet.



Litteraturen benämner också att läkarens förmåga till inlevelse och faktiska kunskaper är viktiga ingredienser för att denna ska vara trygg med och inför patienten samt att en relation kan uppstå. Författarna menar att det är viktigt att en enhetlig formulering av vad patientcentrerad vård innebär är det viktiga för att vården ska kunna utvecklas därefter (9,18). Patient- centrerad vård används i modeller och program för att förbättra till exempel utbildningen av patienter, rehabiliteringen efter höftfraktur och informationen av patienter preoperativt (19-23).

### **Sjuksköterskans upplevelse och arbete av personcentrerad vård**

Sjuksköterskors bild av personcentrerad vård och att arbeta personcentrerat har tagits upp i olika artiklar. Dessa har påvisat att sjuksköterskor som utbildas och får arbeta aktivt med personcentrerad vård upplever en tillfredsställelse. Det kan inte alltid påvisas resultat som gör gällande att sjuksköterskans personcentrerade arbetssätt påverkar utgången av en patients sjukdom däremot kan hon/han personligen tycka att det gör skillnad (24). Patientens tillfredsställelse och sjuksköterskans tillfredsställelse benämns i en artikel som behandlar sjuksköterskors användning av en modell och resultaten de upplever. I studien benämns även nyckelbegrepp inom sättet att tänka och arbeta som sjuksköterskorna har lärt sig. Exempel från studien är följande citat:” *vi har lärt oss att se patienten och familjen som människor som har liv utanför sjukhuset - inte bara är en patient med fraktur liggandes i sängen. Vi har lärt oss att utforska istället för att förklara och vi vet hur vi ska fråga patienten frågorna som betyder något för denne. Vi upptäckte vad medkänsla verkligen betyder*” (23 sid 221). Att tänka och arbeta mer personcentrerat, och inte bara efter checklistor, kräver träning och utbildning. Resultaten är att sjuksköterskan kan arbeta (vårda, kommunicera) och identifiera patienten som den enskilde individ den är. Det går inte att arbeta med patienter på ett enda sätt då alla är unika och omvårdnaden måste anpassas efter den enskilde patienten. Träningen kräver lite resurser och kan lätt implementeras (22).

### **Patientens följsamhet i samband med personcentrerad vård**

Forskningen har också bedrivits kring huruvida interventioner kan påverka utgången av till exempel rehabilitering, metabola förbättringar hos diabetiker, äldres inställning till livsstilsförändringar och användandet av läkemedel. Interventioner har visat sig ha effekt på patientens följsamhet och därmed påverkat syftet med dessa.

Till exempel, i en studie jämfördes två grupper som rehabiliterades med sjukgymnastik efter neurologisk sjukdom. Den ena gruppen behandlades som tidigare.

Interventionsgruppen däremot, fick instruktioner och arbetade med ”målsättningsbok”, där patienten själv fick sätta upp mål vilka togs i beaktande av vårdgivarna i samråd med patienten. Resultat som framkom var att det fanns ingen signifikant skillnad avseende funktion, men i gruppen som tillämpat ”ökat deltagande” kunde ses att de var signifikant mer tillfredsställda med rehabiliteringen (18,25,26,28). I en annan studie har författarna koncentrerat sig kring huruvida patientcentrerad konsultation kan hjälpa läkare att utvärdera äldre patienters uppslutning gällande medicinsk behandling och hälsosam livsstil. Resultaten pekade på att ett patientcentrerad synsätt kan vara till hjälp för att modifiera vården gällande support och skräddarsy behandlingen för individuella patienter (27). I en studie av Hörnsten et al. (26) utvärderades om en pedagogisk intervention, fokuserad på personlig förståelse av sjukdom, var mer effektiv än vård given enligt nationella riktlinjer för diabetes vård. I interventionsgruppen utbildades sjuksköterskor i teorier och erfarenheter samt deltog därefter i de tio gruppträffar som genomfördes. Utvärdering efter ett år visade på lägre HbA1c nivåer och lägre nivåer av triglycerider. Hela konceptet med studien utgår ifrån det centrala antagandet att patienter kan bli betrodda att finna sin egen väg om de tillåts. Avgörande är den vägledning/undervisning/styrning de får av vårdgivarna och vårdgivarnas kunskap och support i form av tilltro till den enskilde individen (26).

### **Multidisciplinärt arbete med personcentrerad vård**

I tre studier benämns att inläring, resurser samt kostnadseffektivitet har genom multidisciplinärt arbete, över gränser och olika instanser konstaterats ha bästa effektiviteten och patienten är som nöjdast (29,31,32). Artikeln av Olsson et al. (29) visar på att återhämtningen efter höftfrakturkirurgi kan förkortas om sjuksköterskor tar större hänsyn till den enskilda patientens resurser och motivation för rehabilitering. Tillämpningen av en integrerad vårdväg med individuell omsorg tycks öka både rehabilitering, resultat och kostnadseffektivitet. I artikeln (31) står det att ”den här modellen med förstärkt tvärvetenskaplig slutenvård har lämnat hållbara effektivitetsvinster för sjukhuset och förbättrat behandlingsresultaten”. I studien som skrivits av Kvåle och Bondevik (32) beskrivs just vikten av att all hälso- och sjukvårdspersonal (alla som arbetar med och för den enskilde patienten) ”kan träna patientcentrerad vård, genom att behandla patienter med respekt.

Genom att ge ärlig information, får vi patienterna att kännas sig och värderas som personer och därigenom kan vi uppmana dem att delta i alla beslut om sitt dagliga liv och omsorg. Dock bör inte cancerpatienters önskan att fatta beslut om sin behandling tas för givet. Läkare måste ta reda på i vilken utsträckning varje patient vill delta och sedan ge information till övrig personal” (32).

### **Patientens upplevelse om och vad personcentrerad omvårdnad är**

För att förstå vad personcentrerad vård är för den enskilda personen har en studie med ett inifrånperspektiv genomförts. Den omfattade intervjuer med tjugo patienter som hade cancer. Deltagarna var i olika åldrar med olika tumörlokaliseringar och varierande prognos. Resultatet delades in i tre huvudteman; empowerment, medbestämmande och partnerskap i omvårdnaden. Empowerment stod för att bli respekterad, lyssnad till, ärlig information samt att bli värderad. Medbestämmande avsåg behandling av sjukdomen (32).

Att personcentrerat närma sig personen med cancer har visat sig ha effekt på dennes tillfredsställelse med vården och vistelsen på sjukhuset. Det innebär att hitta områden som för personen är kritiska. Genom att använda en enkel och pålitlig utvärdering av Quality Of Life (QOL) vid inskrivning och under behandling kan dessa områden upptäckas. Denna strategi fokuserar hanteringen av pågående problem och tillåter nära samarbete mellan vårdgivare och ett mer flexibelt sätt att möta patientens behov. Patienter som deltar i kliniska beslut och kan påverka målsättningen med behandlingen och eller rehabiliteringen upplever en högre grad av tillfredsställelse än i en jämförande grupp där rehabiliteringen/behandlingen skett enligt vanlig praxis (33).

Sammanfattningsvis ger en kartläggning av forskningsläget bilden av ett inbyggt problem i samtliga studier där forskaren engagerat beskriver personcentrerad, men studiens design är sedan inte riktad mot personens erfarenheter och behov. En samlad bild av det aktuella forskningsläget är att majoriteten av studierna utgår från ett utifrånperspektiv där forskarna har fastställt processer, strukturer och former för hur den personcentrerade vården ska genomföras och utvärderas. Endast tre studier har identifierats som utgår från ett inifrånperspektiv med personen med sjukdom som en jämställd och delaktig aktör.

## **SYFTE**

Syftet med denna studie är att kartlägga vilka behov och förväntningar som personer med lungcancer har inför en thoraxonkologisk operation samt vilken innebörden i personcentrerad vård är för dessa personer.

## **METOD**

### **URVAL**

Urvalet kommer att bestå av 50 patienter som inkommer planerat för att opereras på grund av diagnostiserad lungcancer. Patienterna kommer att opereras vid thoraxkirurgisk klinik på ett universitetssjukhus. Inklusionskriterier är att patienterna är vuxna i åldern 18-70 år och kan förstå svenska i tal och skrift. Efter att tillstånd inhämtats från verksamhetschefen tillfrågas konsekutivt samtliga patienter som uppfyller inklusionskriterierna om att från ett fastställt startdatum besvara öppna frågor före operationen samt att efter operationen skatta sin upplevelse av vården.

### **PILOTSTUDIE**

I syfte att pröva enkätens användbarhet genomfördes en pilotstudie. I pilotstudien ingick sex patienter, 5 kvinnor och 1 man med medelåldern 55 år (range 37-67 år) vilka skulle opereras för lungcancer.

### **DATAINSAMLING**

Datainsamling kommer att ske med hjälp av en enkät i två delar. Första delen består av öppna frågor om behov och förväntningar inför operationen och relaterat till personalen (bilaga 1). Den andra delen avser slutna frågor med en tillhörande skala, en så kallad visuell analog skala (bilaga 2). Dessa frågor avser att kartlägga om förväntningarna och behoven uppfylldes. Den visuella analogskalan är utformad som en 100 mm lång linje där 0 mm anger att behov och förväntningar inte alls blev tillgodosedda eller motsvarades. I andra ändan, 100 mm anger att behov och förväntningar helt blev tillgodosedda eller motsvarades. För frågan om farhågor är skalan konstruerade så att 100 mm motsvarar mina farhågor besannades inte alls och 0 mm att farhågorna besannades helt. Ju närmare 0 desto mer negativ upplevelse och ju närmare 100 desto mer positiv upplevelse.

Enkäten avslutas med en global fråga om patienten totalt upplever att omvårdnaden varit god eller inte. Denna fråga har dikotoma svarsalternativt d.v.s. Ja/Nej.

## **ANALYS**

Analys av öppna frågor kommer att ske utifrån en metod för innehållsanalys utvecklad av Graneheim och Lundman (34). Enkätens andra del med skalor kommer att redovisas numeriskt och deskriptivt med medianvärden. Enkätens första del avser att identifiera kännetecken eller egenskaper som gör fenomenet personcentrerad vård vid lungoperation till vad det är. Analysmetoden som kommer att användas, kallad kvalitativ innehållsanalys är en empirisk vetenskaplig metod för att analysera och dra slutsatser om innehållet i de skrivna svaren på de öppna frågorna. Arbetet kommer att fokusera på det som uttrycks i den skrivna texten, det synliga, alltså det manifesta innehållet. Metoden innebär att här görs inga egna tolkningar. Beroende på textens innehåll kommer också det bakomliggande budskapet, det latent innehåll att eftersökas. Det sistnämnda innebär att en individuell tolkning av enkätsvaren genomförs. Analysen av enkäterna kommer att delas in i flera steg enligt följande:

1. de skrivna svaren på respektive fråga läses igenom flera gånger
2. delar av svaren som är relevanta för frågeställningen lyfts ut tillsammans med omgivande text
3. dessa textdelar, s.k. meningsbärande enheter kondenseras ner ytterligare utan att förlora sitt innehåll
4. kodning sker av meningsbärande enheter och indelning i kategorier (manifest innehåll)
5. formulering teman för det latent innehållt i svaren
6. de markerade värden på skalorna för enkätens del två analyseras
7. svaren på den globala frågan om total upplevelse av omvårdnaden analyseras.

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Genom pilotstudiens upplägg och resultat bedöms studien uppfylla International Council of Nurses (ICN:s) direktiv om att sjuksköterskans skyldighet är att främja hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande samt utveckla sin egen och andras kompetens genom att ta fram ny kunskap utifrån egen eller andras forskning. Jag utgår i arbetet ifrån de fyra grundläggande etiska principerna. Godhetsprincipen som innebär att

informerarna själva ska få bestämma om de vill delta eller inte efter att tillräcklig och förståelig information har getts. Utifrån godhetsprincipen och principen att inte skada ska jag visa respekt för deltagarnas integritet och värderingar. Studiens motiv är att det ska komma fram ny kunskap som kan förbättra omvårdnaden. Mitt urval skiljer inte på personer utifrån ålder, kön eller tro. Alla som uppfyller kriterierna att de kan förstå svenska, skriftligt och muntligt tillfrågas och härigenom uppfylls rättvisseprincipen (35).

Då denna studie behandlar inhämtad information av personer med sjukdom och inte innefattar hämtning av biologiskt material eller försök till att påverka personen fysiskt eller psykiskt faller den inte under lag 2003:463 om etikprövning (36). De fyra principerna som måste uppfyllas gällande säkerheten för individen är:

**Konfidentialitetskravet** som uppnås genom att den insamlade informationen lämnas anonymt i igenklistrat kuvert. Inga uppgifter går därför att härröra till enskild person. Ursprungsmaterialet förvaras så att ingen obehörig kan ta del av det.

**Informationskravet** innebär att personerna blir informerade muntligt och skriftligt om studiens syfte och de rättigheter de har. Deltagaren har alltid rätt att avstå eller avbryta sin medverkan när som helst utan att ange skäl för detta och utan att det påverkar deltagarens vård eller behandling negativt.

**Krav på samtycke** bygger på att deltagarna inhämtat informationen, frivilligt och skriftligt samtycker att delta. Den insamlade informationen kommer endast att användas i studien enligt **nyttjandekravet** som innebär att uppgifter insamlade om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål. (36).

Risken finns att informanterna upplever obehag och eller olust då frågorna kan väcka känslor, tankar och funderingar i den utsatta position de befinner sig i. Nyttan utgörs av att de kan dela med sig av tankar kring vården och få möjlighet att uttrycka dessa och på så sätt påverka omvårdnaden.

## RESULTAT

Patienternas svar på de öppna frågorna analyserades utifrån såväl manifest som latent innehåll. Det manifesta innehållet kan indelas i tre huvudkategorier och sex subkategorier vilka redovisas i tabell 2.

**Tabell 2.** Manifest innehåll i thoraxonkologiska patienters beskrivningar av behov och förväntningar inför operation för lungcancer (n=6).

Huvud-kategori	Behov		Förväntningar		Personcentrerad vård	
	<i>Behov inför operation</i>	<i>Behov av personalen</i>	<i>Förväntningar på vården</i>	<i>Förväntningar på personalen</i>	<i>Patient-perspektiv</i>	<i>Krav på personalen</i>
<b>Koder</b>	Lugn och ro Enkelrum Privathet	Information Individanpassad hjälp	Lyckad op Smärtfri Att vara först på operations- programmet Mat och dryck	Mobilisering Smärtlindring Information Stöd Omtanke Tid Omvårdnad	Lyssnad på Tillfrågad Bemötande Trygghet Omhändertagen	Empati Kunskap

## BEHOV

Patienternas största behov inför operationen och i relation till vården i stort relaterades uteslutande till vårdmiljöns utformning. Önskan om enkelrum med egen toalett och dusch var ett genomgående behov. Ett enkelrum skulle möjliggöra vila och återhämtning samt privathet vid skötsel av hygien och toalettbesök i stället för det vårdlidande det innebär att konfronteras med alla andras behov i samband med sin egen utsatthet.

*”Jag har sovit jättedåligt på grund av allt spring, rumskamraten som har lampan tänd hela natten och andra som snarkar HELA natten. Det är heller inte lätt att få i sig mat medan någon av rumskamraterna sitter och kräks i sin säng. Detta hände flera gånger. Vidare önskar jag egen toalett och dusch för att kunna ta mig den tid det tar att tvätta sig när man knappt kan röra sig. För att inte tala om när man ska försöka bajsas första gången. Jättejobbigt när folk rycker i dörren medan man sitter och kämpar”.*

Det fanns också ett behov av att personalen informerade kontinuerligt om vad som skulle hända och att de erbjöd individanpassad hjälp.

## FÖRVÄNTNINGAR

Förväntningarna på vården handlade om att operationen skulle bli lyckad och att man skulle komma på benen igen. En viktig aspekt var att slippa vänta på operationsdagen utan vara först på listan.

De mest uttalade förväntningarna efter operationen var smärtfrihet och bra mat. Tre informanter uttryckte kritik mot maten som är av stor betydelse i samband med återhämtning efter stor kirurgi. På personalen var förväntningarna fler och handlade om allt från mobilisering och smärtlindring till information, stöd, omtanke och tid.

*”Mycket jag gör tar tid, hoppas det finns tid”*

### PERSONCENTRERAD VÅRD

En av de öppna frågorna berörde innebörden i personcentrerad vård för patienten. Centrala delar i patienternas beskrivningar av innebörden var att bli lyssnad på, tillfrågad och bemött som en person, men det var också viktigt att få känna sig trygg och omhändertagen. Förutsättningar för personcentrerad vård var personalens empati och kunskap. Det latenta innehållet i svaren på de öppna frågorna redovisas i tabell 3.

**Tabell 3.** Latent innehåll i thoraxonkologiska patienters beskrivningar av innebörden i personcentrerad vård i samband med operation för lungcancer (n=6).

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Tolkning av underliggande betydelse	Subtema	Tema
<i>”Att någon finns där när jag behöver det, då känner jag mig trygg”</i>	Att någon finns där	Närvaro är en förutsättning för att patienten ska vara trygg	Närvaro	Att vara en person
<i>”Att bli lyssnad på, att någon bryr sig om och frågar mig”</i>	Att bli lyssnad på	Omvårdnad är att bli lyssnad på	Att bli lyssnad på	
<i>”Alla kan mitt namn och vet vad som är gjort och vad som ska göras”</i>	Alla kan mitt namn	När jag är namngiven är jag en person	Att vara namngiven	
<i>”En titt i dörren, ett kort samtal och ett leende”</i>	En titt i dörren	Att bli sedd och bekräftad är viktigt	Att bli sedd	
<i>”Att man utgår från just mig och mina behov”</i>	Man utgår från just mig	Att få vara ett subjekt med unika behov	Att vara ett subjekt	
<i>”När det är JAG som blir omvårdad”</i>	Det är JAG	Att få vara unik	Att vara unik	

Svaren på enkätens andra del redovisas utifrån respektive fråga och med både median och medelvärde, då en skillnad mellan dessa värden visar på fördelning av data.



Samtliga patienter skattade att omvårdnaden hade motsvarat deras förväntningar, median 88,5 och medelvärde 93. Behoven av omvårdnad blev väl tillgodosedda, median 87 och medelvärde 93. Farhågorna besannades inte alls, median 98,5 och medelvärde 93,5. Två personer svarade inte på frågan om farhågor. Medianvärdet för uppskattad hjälp var 93, medelvärde 93,8. Slutligen skattade deltagarna att de alltid blivit lyssnade på, median 85,5 och medelvärde 93,8. Samtliga 6 deltagare i pilotstudien angav att deras totala upplevelse var att omvårdnaden hade varit god.

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Eftersom kartläggningen av forskningsläget tyder på att de flesta studier som avser personcentrerad vård saknar ett inifrånperspektiv, anser jag att metodvalet är riktigt. Argumentet för det är just att frågorna i enkäten är riktade mot att förstå patientens behov, önsknings och beskrivning av personcentrerad vård. Eftersom ingen av de studier som jag kartlagt erbjudit något beprövat instrument för att studera patientens perspektiv verkade det vara en framkomlig väg att själv tillverka ett frågeformulär med dels öppna frågor och dels skalor som kunde redovisas numeriskt. Ett frågeformulär erbjuder möjligheten att nå ut till många patienter till skillnad från djupintervjun som visserligen hade fördjupat förståelsen, men endast omfattat ett fåtal informanter. Så här i starten av ett förändringsarbete med införande av personcentrerad vård för patienter som opereras för lungcancer önskar jag och mina medarbetare att få en så bred bild som möjlighet. I den stora datainsamlingen är det därför viktigt att få med informanter med annat etniskt ursprung än det svenska.

En pilotstudie genomfördes med sex informanter för att få en bild av frågeformulärets användbarhet. Ingen av informanterna påpekade att frågorna var svåra att besvara eller krångliga. I ett fall noterade jag att skalan var felaktigt vänd. Samtliga skalor ska i en större datainsamling vara konstruerade så att ju närmare 100, desto mer positivt resultat. Analys av de öppna frågornas svar med hjälp av innehållsanalys fungerade bra. Ibland var informanternas svar kortfattade och ibland var de mer omfattande. Detta möjliggjorde att jag kunde öva mig att analysera både manifest och latent innehåll.

Under arbetet med uppsatsen har jag också kommit i kontakt med en bok som beskriver kvalitetsindikatorer inom omvårdnad (37).

Ett avsnitt där behandlar kvalitetsindikator för bekräftande möte med patienter och utgår från Gustafssons modell för bekräftande omvårdnad, den så kallade SAUK -modellen. Gustafsson har utvecklat en patientenkät för att utvärdera kvalitén på vårdens möten och om de upplevs bekräftande av patienten. Majoriteten av frågorna i denna patientenkät stämmer väl överens med de frågor jag önskar ställa till patienter med lungcancer och skulle kunna utgöra ett bra sätt för oss inom thoraxkliniken att utvärdera om vi lyckas genomföra personcentrerad vård på ett för patienten tillfredsställande sätt. Gustafssons patientenkät skulle kunna kompletteras med fördjupande intervjuer av ett mindre antal patienter, cirka tio personer, för att få en fördjupad bild utifrån patientenkäten. Eftersom frågorna också kan besvaras med öppna svarsalternativ är det fortfarande möjligt att använda innehållsanalys för de öppna svaren. Sammanfattningsvis har prövandet av ett eget frågeformulär lett fram till kunskapen om att det redan finns en utmärkt patientenkät utformad för ändamålet och insikten om att hjulet inte behöver uppfinnas igen.

## **RESULTATDISKUSSION**

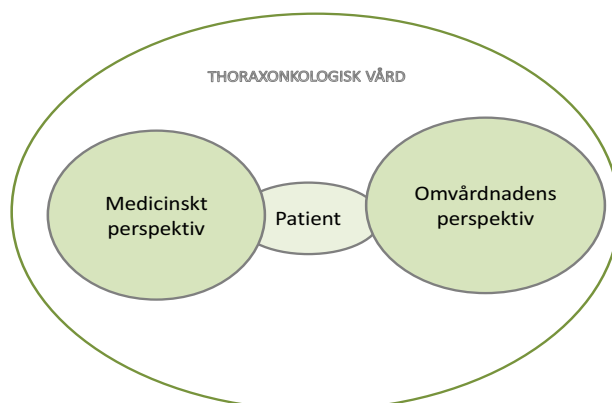
Då sjukvården utvecklas och tekniker förfinas gällande både diagnostik och behandlingar upplever jag att det sker på både gott och ont. Med det onda menar jag att denna utveckling har stimulerat att större fokus läggs på tekniken och därmed patientens tecken i form av kroppens patologiska förändringar. Symtom i form av personens egen upplevelse och individens sjukhistoria får mindre uppmärksamhet. Även forskningen idag fokuserar oftast på tecken och inte symtom.

Definitionen av personcentrerad vård kan variera men grunden är densamma. Innebörden är att se personen med en sjukdom, människan bakom patienten och bekräfta hans/hennes upplevelse av sjukdom. Det innebär att utgå från individens perspektiv och att låta henne/honom aktivt delta i omvårdnaden. Vid kriser som sjukdom har vi ett starkt behov av att berätta för en engagerad lyssnare. Den eller de som lyssnar betyder mycket för hur berättelsen formas. Insikten måste alltså börja hos vårdaren, att personen blir förstörd som en unik individ med individuella behov, värderingar, förkunskaper och förväntningar. Det viktiga är att låta personen vara det subjekt med egna kunskaper och motiv.

I resultatet kunde ses att orden *jag, mig* och *mitt namn* framhölls. Det tyder på att hon/han ser sig själv som en egen person med egna behov och önsknings. Det krävs att vårdaren och personen uppnår en relation för att lyckas kommunicera och därmed se till den enskilde individen. Med bakgrund att sjukdomen i sig självt och behandling kan ge upphov till fysiska symtom, samt det faktum att patient och anhörig ofta drabbas av krisreaktion i samband med cancersjukdom, krävs ett arbetssätt som medför att det finns beredskap att förebygga eller tidigt upptäcka olika former av problem såväl fysiska, psykiska och/eller existentiella. Detta förutsätter i sin tur kunskaper om kända problemområden, systematisk uppföljning och kontinuitet i vården. Efter att studerat resultatet finns det klara tecken att större studier krävs för att skapa evidens kring vad personcentrerad vård innebär för den enskilde individen, vilka behov de upplever att de har och vilka förväntningar de har på personalen och vården. Resultaten ger dock en fingervisning om att det är liknande problemområden och förväntningar som de upplever.

Grunderna för personcentrerad vård finns redan utformade bl.a. i hälso- och sjukvårdslagen från 1982. Där går det att läsa att vården ska *"bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet"* och *"vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten"*. Vidare står det: *"patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns"*. Genom citat från informanternas beskrivningar är det möjligt att utläsa att sjukvården och vårgivarna inte alltid kan tillgodose denna lag. I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor läggs stor vikt på att hon/han ska ha kompetens gällande att kunna kommunicera, visa empati, vara lyhördhet, tillgodose individuella behov. Dessa områden stämmer överens med vad Travelbee säger, att empati, ömsesidig förståelse och kommunikation är grunderna för att relation ska uppstå och det behövs för att personen och vårdgivaren ska uppnå resultat som kan ge individen hopp och stöd. När resultatet skrevs kunde jag identifiera ett flertal beskrivningar av informanterna som stödjer det viktiga i omvårdnaden och att det är överförbart med vad som benämns i kompetensbeskrivningen och av Travelbee.

Patienten i thoraxonkologisk vård befinner sig i brytpunkten mellan två perspektiv enligt figur 2.



**Figur 2.** Olika perspektiv inom thoraxonkologisk vård

Det medicinska perspektivet utgår oftast från sjukdomen i en person där tecken och markörer är avgörande för bedömningen av patientens tillstånd. Omvårdnadens perspektiv är fokuserat på individens tolkning av och reaktion på sin sjukdom snarare än sjukdomen i sig. För båda två utgör personcentrerad vård en utmaning, att se personen med lungcancer genom vårdens processer. Målet bör vara att arbeta i vårdteam där patienten och anhöriga ges möjlighet till en god omvårdnad sett ur flera perspektiv. Vårdteamet bör bestå av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, tandhygienist, kurator, psykolog och präst. En ökad trygghet ges genom personalkontinuitet och att patienten har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska att vända sig till (13).

I det stora hela var min förvåning stor när det gäller granskningen av tidigare forskning. Mycket av det som avhandlats är personcentrerad vård i det stora hela med fokus utifrån till exempel vad vi sjuksköterskor anser, tror och känner angående att arbeta personcentrerat. Med risk för att få kritik av kollegor så ser jag det inte som det viktigaste huruvida vi tycker det är bra eller inte. Den personcentrerade vården ska som orden säger vara utifrån den enskilde individen.

Bara tre artiklar utgick ifrån vad personcentrerad vård var för patienterna och betyder för dem i den situation de befann sig i. Min tanke är att för att kunna bedriva personcentrerad vård krävs att vi börjar med den enskilde personen för att se vad det betyder för dem samt vilka behov och förväntningar de har på vården. Av resultat som kan tas fram igenom deras svar kan vården och omvårdnaden av den enskilde individen förändras och förhoppningsvis förbättras. Likväl kan problemområden identifieras.

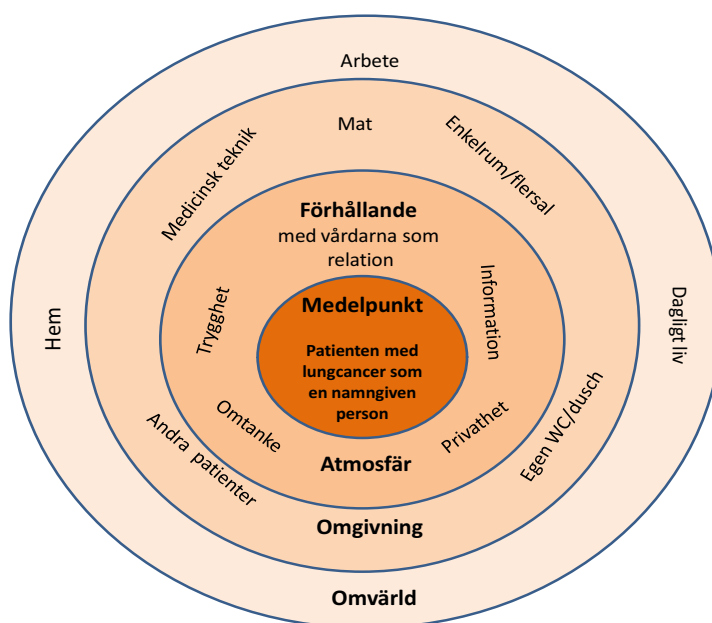
En annan infallsvinkel som återfanns i artiklarna var att man genomförde studier med interventioner för att få patienten att bli följsam med till exempel medicinering, träning, rehabilitering. Huruvida det ska vara huvudsyftet är diskuterbart. Patientens upplevelse om och vad personcentrerad omvårdnad är tas upp i artiklarna (25,32,33) och är fullt jämförbart med det resultat som visas i denna pilotstudie. När det gäller artiklarna benämns att arbete bör ske multidisciplinärt och tvärdisciplinärt för att uppnå bästa tänkbara metoder kring och med personcentrerad vård för personen med sjukdom. Detta är tänkvärt och önskvärt, men stöter på hinder i form av att omvårdnaden många gånger överläts till sjuksköterskor och andra vårdvetare där läkare inte är inkluderade (38). Ett annat hinder är att då patienten ofta genomgår flera olika instanser innan och efter kirurgin så är avsaknaden av till exempel information om vart de kan vända sig med olika frågor påtaglig. Det finns ingen konkret plan för hur vi ska överbygga tiden och behoven däremellan.

Flera tänkvärda resultat framkom som vi skulle kunna betänka och hjälpa till med då vi redan har kunskapen om hur viktig nutritionsdelen är för cancerpatienten och det påtalades att maten är något som de skulle vilja åtgärda förutom miljön när maten ska intas. Specialkost och dietistkontakt, utskrivning samt utprovande av näringstillägg är något som vi kan initiera redan hos oss på kirurgen vid behov.

Efter att ha fördjupat mig i nationella vårdregister och jämfört regionala vårdprogram för lungcancer så finner jag det oroväckande att de skiljer sig åt. Ett exempel är att i det nationella vårdprogrammet finns omvårdnad beskrivet medan det i det regionala programmet för Västra Götaland inte nämns omvårdnad alls. Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla fortsatta riktlinjer inom cancersjukvården och har nu beslutat att ta fram Nationella riktlinjer för lungcancersjukvård. Riktlinjerna beräknas vara klara december 2010. Här ska omvårdnadsdelen också ingå.

Det vore bra om kvalitetsmätning genomförs med hjälp av den tilltänkta stora studien efter att omvårdnaden förändrats för att kunna utvärdera om vi når hela vägen fram med personcentrerad omvårdnad. Behovet finns säkerligen att vi över hela landet ska ha samma omvårdnad gällande dessa patienter.

I tidigare forskning är det mycket lite som berör miljöns inverkan på den personcentrerade vården. Naturligtvis är det så att miljön har viktig del. Ett exempel är hur ett samtal kan påverkas om flera patienter ligger på en sal och det inte ges möjlighet till enskildhet. Då kan det vara svårt för patienten att ta upp det som verkligen behöver tas upp. Likaså är det så att vårdgivarens information kan påverkas av samma skäl. Miljön påverkar också individens möjligheter att hantera sjukdomen. Avskildhet och enskildhet hjälper till för att kunna reflektera och bearbeta information. I resultatet påvisas det att miljön upplevs som en viktig del för informanterna då det nämns i många sammanhang. Genom pilotstudiens resultat är ett problemområde identifierat där vi idag inte kan tillgodose en bra vårdmiljö för den enskilde. Resultatet av denna pilotstudie pekar på att många faktorer i vårdmiljön har betydelse för patientens upplevelse av omvårdnad i allmänhet och personcentrerad vård i synnerhet. Ylikangas (39) har i sin omfattande analys av begreppet miljö visat på de många dimensioner som miljöbegreppet har. I skenet av denna begreppsanalys skulle resultatet av denna begränsade datainsamling kunna tolkas som i figur 3.



**Figur 3.** Den thoraxonkologiska personens behov tolkat i relation till vårdmiljöns betydelse.

Patienternas förväntan på personcentrerad vård var att få vara medelpunkten och en namngiven person. I atmosfären utspelar sig ett förhållande med vårdarna som relation där patienterna angav viktiga aspekter som trygghet, omtanke, privathet och information. I miljön finns omgivningen som består av medpatienter, rum, hygienutrymmen och teknik. Slutligen omges patienten av omvärlden där hem, arbete och dagligt liv finns.

## REFERENSER

1. Lungcancer i Sverige Nationellt register för lungcancer redovisning av material för år 2002-2007. ROC Uppsala 2009 tillgänglig via (besökt 2010-02-28): [http://www.incanet.se/upload/Dokument/oc2/nat\\_lungcarapp\\_reg\\_skillnader\\_08.pdf](http://www.incanet.se/upload/Dokument/oc2/nat_lungcarapp_reg_skillnader_08.pdf)
2. Lungcancer i siffror. Socialstyrelsen (besökt 2010-02-28): <http://www.socialstyrelsen.se/medicinskvard/sjukdomar/cancer/lungcancer>
3. SOSFS 2005: 12 kapitel 4. (besökt 2010-02-28); Hämtad från: URL: [www.sos.se/sosfs/2005\\_12/2005\\_12.htm](http://www.sos.se/sosfs/2005_12/2005_12.htm).
4. Lagen (SFS 1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Tillgänglig via (besökt 2010-02-28): <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:531>
5. Omvårdnad och god vård. Svensk sjuksköterskeförening 2009 skrift tillgänglig via (besökt 2010-02-28): <http://www.swenurse.se/>
6. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska Stockholm:2005 Socialstyrelsen (besökt 2010-02-28). [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
7. Edvardsson D. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Första upplagan. Studentlitteratur:Lund;2010.
8. Hughes JC, Bamford C, May C. types of centredness in health care: themes and concepts. Med Health Care Philos 2008;11(4):455-463.
9. Nicola M, Peter B. Patient- centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci & Med 2000;51:1087-1110.
10. Pörn I. Vård med helhetssyn. Finska läkaresällskapets handlingar.1988; 148: 137-140.
11. Gustafsson B. Bekräftande omvårdnad. SAUK- modellen för vård och omsorg. Andra upplagan. Studentlitteratur: Lund; 2004.
12. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. Philadelphia; Davis, Cop; 1971
13. Vårdprogram och register för lungcancer. Uppsala 2008, femte upplagan tillgänglig via (besökt 2010-02-28): <http://www.roc.se/lungca.asp>
14. Nationellt vårdprogram 2001 tillgänglig via: [http://www.oc.gu.se/pdf/lunga\\_vp.pdf](http://www.oc.gu.se/pdf/lunga_vp.pdf)
15. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Svensk författningssamling, 1982. SFS 1982:763.
16. Regionala vårdprogram/riktlinjer 2004. Lungcancer. Tillgänglig via (besökt 2010-02-28): [http://www.oc.gu.se/pdf/lunga\\_vp.pdf](http://www.oc.gu.se/pdf/lunga_vp.pdf)



17. Carl-Magnus Stolt. Att möta cancerpatienten, regional inspirationsskrift. Göteborg 2000. Onkologiskt centrum i Västra sjukvårdsregionen finns tillgänglig på: <http://www.oc.gu.se/>
18. Breddart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor –patient communication and satisfaction with in oncology. *Curr Opin Oncol* 2005;17:351-354.
19. Olsson L-E, Karlsson J, Ekman I. Effects of nursing interventions within an intergrated care pathway for patients with hip fracture. *J Adv Nurs* 2007;58(2):116-125.
20. Karen P.Y, Chetwyn C.H, Fong C. Would discussion on patients needs add value to the rehabilitation process? *Int J Rehabil Res* 2005;28(1):1-7.
21. Laws R. A new evidence - based model for weight management in primary care: the Counterweight Programme. *J Hum Nutr Dietet* 2004;17:191-208.
22. Bergvik S, Wynn R, Sörlie T. Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. *Patient Educ Couns* 2008;70:227-233.
23. Mitchell G, Bournes D, Hollett J. Human Becoming- Guided Patient -Centered Care: A new model Transforms Nursing Practice. *Nurs Sci Q* 2006;19(3):218-224.
24. Wolf D, Lehman L, Quinlin R, Rosenzweig M, Friede S et al. Can nurses Impact Patient Outcomes Using a Patient- Centered Care Model? *JONA* 2008;38(12):532-540.
25. Holliday R, Ebbeling CB et al. Should patients participate in clinical decision making? An optimized balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78(6):576-580.
26. Hörnsten Å, Lundmann B, Stenlund H, Sandström H. Metabolic improvement after intervention focusing on personal understanding in type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2005;68(1):65-74.
27. Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis R. Interest in healthy lifestyle and adherence to medications: Impact on mortality among elderly cardiovascular patients in the DEBATE study. *Patient Educ Couns* 2007;67:44-49.
28. Rosal M, Ebbeling C, Lofgren I, Ockene J, Ockene I et al. Facilitating dietary change: The patient-centered counseling model. *J Am Diet Assoc* 2001;101(3):332-341.
29. Olsson L-E, Hansson E, Ekman I, Karlsson J. A cost effectiveness study of a patient centered care pathway. *J Adv Nurs* 2007;58(2):1626-1635.

30. Fox P, Porter P, Lob S, Holloman J et al. Improving asthma- related health outcomes among low income, multiethnic, school aged children: results of a demonstration project that combined continuous quality improvement and community health worker strategies. *Pediatrics* 2007;120(4):902-911.
31. Mudge A, Laracy S, Richter K, Denaro C. Controlled trial of multidiscipline care teams for acutely ill medical inpatients: enhanced multidisciplinary care. *Intern Med J* 2006;36(9):558-563.
32. Kvåle K, Bondevik M. What is important for patient centered care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scand J Caring Sci* 2008;22:582-589.
33. Francesco L, Radice D, Didier F, Carvalho F et al. Does a Personalized Approach Improve Patient satisfaction in Thoracic Oncology? *Am J Manag Care* 2009;15(6):361-367.
34. Granheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24: 105-112.
35. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. [översättning: Tamarind] Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, 2002.  
<http://www.swenurse.se/admin/Documents/Etik.pdf>
36. Socialstyrelsen [Internet]. Lag (2003:460) Lagen om etikprövning av forskning som avser människan. Available from:  
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:460>
37. Idvall E. (red) Kvalitetsindikatorer i omvårdnad. Stockholm; Svensk sjuksköterskeförening och Gothia Förlag AB, 2009.
38. Swedberg K. Personcentrerad vård – klinikerns comeback  
**Anamnesen och patientens symtom åter i fokus**  
*Läkartidningen* 2010 ;107(6):320-321.
39. Ylikangas, C. *Patienters upplevelser av miljön på en intensivvårdsavdelning*. Självständigt arbete II, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet, Göteborg 2007.



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## SAHLGRENSKA AKADEMIN

### Forskningspersonsinformation

#### Studiens bakgrund

Det saknas idag systematiskt framtagen kunskap om den enskilda patientens behov och förväntningar i samband med en lungoperation. Teknikerna för operation har utvecklats de senaste åren och vården i samband med operation behöver därför också utvecklas till att bli mer personcentrerad. Du tillfrågas om deltagande i denna studie eftersom du ska genomgå en lungoperation. Du tillfrågas då du efter förfrågan av patientkoordinatören på thoraxkliniken accepterat att bli kontaktad.

#### Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras i form av en enkätundersökning. Enkäten är utformad med ett antal öppna frågor som besvaras med egna ord samt några frågor som innebär att du bedömer en upplevelse. Enkäten kommer att delas ut på vårdavdelningen före operationen. Enkäten besvaras anonymt. Efter ifyllande lämnas den i en anvisad låda på avdelningen. Resultatet kommer att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgöra en grund för eventuellt fortsatt arbete som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer. Det är vår förhoppning att inget obehag ska upplevas med anledning av studien. Eventuellt kan det upplevas positivt att få dela med sig av sin erfarenhet. Svaren som lämnas anonymt i enkäten kommer efter bearbetning att lagras i en databas. Resultatet kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Då data från studien eventuellt publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Enkäterna kommer att förvaras i ett låst skåp och svaren kommer inte att kunna kopplas till Dig som person. Deltagandet i studien är frivilligt. Deltagandet kan avbrytas fram tills att enkäten har lämnats in utan att ange skäl och det kommer inte att påverka din framtida vård. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Ansvariga för studien

Helene Eklund

legitimerad sjuksköterska

031-342 20 10

Överläkare

Martin Silverborn

Anna Forsberg

Universitetets lektor

031-7866089



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
**SAHLGRENSKA AKADEMIN**

Jag har tagit del av ovanstående information om att delta i uppföljning av personcentrerad vård efter en lungoperation. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande fram till att enkäten är inlämnad. Jag samtycker till att delta i studien.

Datum \_\_\_\_\_

Namnunderskrift

Namnförtydligande

---

## Personcentrerad vård vid planerad lungoperation

Jag är kvinna \_\_\_\_\_ man \_\_\_\_\_ Min ålder är \_\_\_\_\_ år

Vilka behov har Du inför operationen eller/och tiden du ska vara på sjukhuset? Beskriv Dina behov:

Vilka förväntningar har Du inför operationen eller/och tiden du ska vara på sjukhuset? Beskriv Dina förväntningar:

Vad tror du att vi som vårdpersonal kan hjälpa dig med?

Vad vill du ha hjälp med av vårdpersonalen?

Vad innebär patientcentrerad omvårdnad för dig?

Vad är god omvårdnad för dig?

Vad är det allra viktigaste för dig just nu?

## Personcentrerad vård vid planerad lungoperation - uppföljning

Jag är kvinna \_\_\_\_\_ man \_\_\_\_\_ Min ålder är \_\_\_\_\_ år

Ange på linjerna nedan hur du skattar din upplevelse av den vård du har fått.

1. I vilken utsträckning motsvarade tiden på sjukhuset dina förväntningar på omvårdnaden?

Motsvarade helt mina förväntningar

Motsvarade inte mina förväntningar

2. Mina behov av omvårdnad blev helt tillgodosedda

Mina behov av omvårdnad blev inte alls tillgodosedda

3. Mina farhågor besannades helt

Mina farhågor besannades inte alls

4. Fick du den hjälp som du ville ha?

Ja alltid

Nej aldrig

5. Blev du lyssnad på?

Ja alltid

Nej aldrig

Min upplevelse är att jag totalt sett fick god omvårdnad: ja \_\_\_\_\_ nej \_\_\_\_\_

Vad var bra eller mindre bra? Vad kan göras bättre?