

Kontaktsjuksköterskans betydelse i cancersjukvården

– utifrån ett patientperspektiv

FÖRFATTARE	Åsa Bergström Therese Johansson
PROGRAM/KURS	Fristående kurs OM5250 Examensarbete i omvårdnad VT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Bergelin
EXAMINATOR	Chatarina Löfqvist

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Kontaktsjuksköterskans betydelse i cancersjukvården
Titel (engelsk):	The importance of a nurse navigator in cancer care
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Fristående kurs OM5250 Examensarbete i omvårdnad.
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Åsa Bergström Therese Johansson
Handledare:	Eva Bergelin
Examinator:	Chatarina Löfqvist

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Allt fler människor drabbas av cancer. Att få en cancerdiagnos innebär att drabbas av en mycket allvarlig sjukdom. Med ett bra omhändertagande med helhetssyn på patienternas behov, god kontinuitet och adekvat information kan vården upplevas som konsekvent och sammanhängande. I många fall kommer beskedet om cancer plötsligt och det är svårt att vara förberedd. Cancervården innefattar vård från många olika specialiteter och det kan vara svårt för patienten att orientera sig under vårdförloppet. Då prognosen är att antalet cancerpatienter kommer att fortsätta öka ställs ytterligare krav på cancersjukvården under hela vårdkedjan från diagnos till behandling, rehabilitering och palliativ vård. **Syfte:** Att belysa kontaktsjuksköterskans betydelse för patienter vid cancersjukdom. Vilka specifika omvårdnadsbehov har patienter under sin sjukdomsperiod samt hur upplever och beskriver de kontakten med en kontaktsjuksköterska? **Metod:** Arbetet är en litteraturstudie där sökningar gjordes i databaserna Cinahl och Pubmed vilket resulterade i 14 vetenskapliga artiklar som granskades enligt Fribergs granskningsfrågor. **Resultat:** Kontaktsjuksköterskan spelar en stor roll i den cancersjukvårdens omvårdnad. Behoven av information, stöd, tröst och kontinuitet är det som framträder tydligast hos patienterna. **Slutsats:** Den positiva betydelsen för patienter att ha en kontaktsjuksköterska är tydlig i resultatet. Införandet av kontaktsjuksköterskor i Sverige kräver ökade resurser så att utvecklingen inom området kan fortskrida.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
FÖREKOMST AV CANCERSJUKDOM	4
KONTAKTSJUKSKÖTERS KANS FUNKTION	5
TEORETISK REFERENSRAM	5
Personcentrerad omvårdnad	5
Vårdande kommunikation	7
Anpassad information	8
Kontinuitet i vårdkontakten	8
Att bli tröstad	9
PROBLEMFÖRMULERING	10
SYFTE	10
METOD	10
LITTERATURSÖKNING	10
URVAL	11
DATAANALYS	11
ETIK	11
RESULTAT	12
PRAKTISKT STÖD	12
Att skapa kontinuitet och tillgänglighet	12
Att kommunicera och att få information	13
KÄNSLOMÄSSIGT STÖD	14
Att möta emotionella behov	14
Att stärka livskvalitén	15
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	17
Vilka specifika omvårdnadsbehov har patienter under sin sjukdomsperiod?	17
Hur upplever och beskriver patienten kontakten med en kontaktsjuksköterska?	19
KONKLUSION	20
REFERENSLISTA	21
BILAGA 1 - Artikelsökning	
BILAGA 2 - Artikelpresentation	

INLEDNING

Allt fler människor drabbas av cancer och för personen som drabbas innebär det en livskris. En god vård för personer som drabbats av cancer innehåller helhetssyn, adekvat information och god kontinuitet. Vården skall upplevas av patienten som konsekvent och sammanhängande. Detta är en av de viktigaste uppgifterna för all vårdpersonal.

Inom våra respektive områden som sjuksköterskor har vi stött på problemet med avsaknad av en kontaktperson för patienter med cancersjukdom. Patienter blir oftast väl omhändertagna under sin sjukhusvistelse, vid operation, behandlingar och eftervård. Dock är vår upplevelse att patienter känner sig ensamma och utlämnade då de blir utskrivna från slutenvården. Även under utredning och uppföljningsfasen finns behovet av någon som samordnar och stöttar patienten. Utifrån denna observation ur vårt kliniska arbete har vi valt att i denna uppsats undersöka kontaktsjuksköterskans betydelse vid cancerdiagnos.

BAKGRUND

FÖREKOMST AV CANCERSJUKDOM

Nästan 12,7 miljoner människor över hela världen drabbades år 2008 av någon form av cancer. Denna siffra förväntas stiga till ungefär 21 miljoner år 2030. Lungcancer, bröstcancer och colorectalcancer är de tre största cancerformerna internationellt (World Cancer Research Fund, 2008).

Under år 2011 drabbades cirka 58000 personer i Sverige av någon form av cancersjukdom och för personer under 75 år var cancer den vanligaste dödsorsaken (Cancerfonden, 2013). Den vanligaste cancerdiagnosen i Sverige för män är prostatacancer och för kvinnor bröstcancer, vilka tillsammans utgör cirka 1/3 av alla cancerdiagnoserna. Personer som diagnostiseras med någon typ av malign cancerform har de senaste tjugo åren ökat konstant med cirka 1,7 procent per år. Ökningen beror på att olika screeningprogram är mer förekommande och med förbättrade undersökningsmetoder upptäcks fler fall. Detta samt att den svenska befolkningen blir allt äldre leder till fler diagnostiserade cancerfall. Av personer som är 65 år eller äldre är det 65 procent som får besked att de har cancer. De cancerdiagnoserna som troligtvis kommer stå för de största ökningarna kommande år är hudcancer, lungcancer och prostatacancer (Cancerfonden, 2013).

I samband med beskedet om cancerdiagnos kan både patienter och anhöriga ställas inför svåra situationer. Diagnosen kan ge både oro och ångest inför de nya omständigheterna som en cancersjukdom kan innebära (Reitan, 2003). Sjukdom och ohälsa kan, genom den ökade skillnaden mellan vad personen vill göra och vad vederbörande faktiskt klarar av, bli ett hot mot personens identitet, existens och trygghet (Svensk sjuksköterskeförening 2010a). Att stötta personen genom den psykiska påfrestningen är en av funktionerna som kontaktsjuksköterskan har.

KONTAKTSJUKSKÖTERSANS FUNKTION

Den statliga utredningen ”En nationell cancerstrategi för framtiden” (SOU 2009:11) gjordes för att förbättra kvalitén inom cancervården i Sverige. Utredningen gav förslag på vad som kan göras för att försöka förhindra insjuknande och död i cancersjukdom samt förbättra omhändertagandet av dessa patienter. I utredningen föreslås hur sjukvården på bästa resurseffektiva sätt kan möta de utmaningar den framtida cancervården ställs inför samt att verka för lika vård i hela landet. Det föreslås att alla patienter redan vid diagnostillfället skall få en fast kontaktperson på den vårdande cancerkliniken för att säkerställa att kommunikation och information mellan patient och sjukvården blir så bra som möjligt. Som en del i arbetet att höja nivån på svensk cancersjukvård och forskning inrättades sex regionala cancercentrum (RCC) runt om i Sverige med uppgift att arbeta för en mer patientfokuserad och kunskapsbaserad cancervård för att uppnå en ökad vårdkvalitet. I Regionalt Cancercentrums uppgifter ingår även bland annat att utveckla effektiva vårdprocesser som genomsyras av lättillgänglighet, integritet, kontinuitet och gott bemötande (Cancercentrum, 2013).

Regionalt Cancercentrum tillsammans med Sveriges kommuner och landsting startade år 2011 en utvecklingsprocess för att öka antalet kontaktsjuksköterskor i vården med målet att alla cancerpatienter skall få tillgång till en kontaktsjuksköterska (Cancercentrum, 2013). Enligt Regionala Cancercentrum är kontaktsjuksköterskans huvuduppgift att vara en samordnare under hela vårdkedjan från diagnos och planering av vården, under behandling och fram till avslutad uppföljning. Samordningen bidrar till trygghet och tillit hos patienter och anhöriga. Målet är att alla patienter som drabbas av cancersjukdom skall tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska som skall vara lättillgänglig för patienten för att få information, råd och stöd för att på så sätt göra patienten mer delaktig i sin vård (Cancercentrum, 2013). Kontaktsjuksköterskan skall informera patienten om nästa steg i vårdförloppet under hela processen och vid behov hjälpa till med kontakt med andra vårdgivare. Kontaktsjuksköterskan skall också ge stöd vid krisreaktion för både patient och anhöriga samt kunna hänvisa till ytterligare psykosocialt stöd. Ledtider skall även bevakas så att vård och behandling sker så snabbt och smidigt som möjligt (Cancercentrum, 2013). Kontaktsjuksköterskans arbetsuppgifter skall även vara att se till att individuella vårdplaner skapas och att överlämningen till ny kontaktsjuksköterska sker aktivt när patienten flyttas över till en annan instans. Det är viktigt att patienten känner delaktighet och har inflytande i sin vård (Cancercentrum, 2013).

TEORETISK REFERENSRAM

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerat förhållningssätt innebär att se till hela människan som kropp och själ samt att personens historia och livsberättelse tas i beaktande (Edvardsson, 2010). Detta till skillnad från det patogena och biomedicinska förhållningssättet som under lång tid varit mest framträdande inom hälso- och sjukvården, då fokus framför allt varit på sjukdom och sjukdomstecken. Med ett personcentrerat förhållningssätt blir det en ändrad syn på patienten, från att ha varit passiv och reducerad till sin sjukdom ses

patienten som en helhet och tar en mer aktiv roll i sin vårdprocess (Svensk sjuksköterskeförening, 2010b). Personcentrerad vård har sina rötter i den humanistiska psykologin och psykologen Carl Rogers ville på 60-talet sätta fokus på personens upplevelse av sin situation (Edvardsson, 2010). Denna syn på personen har framför allt präglat demensvården, äldrevården samt psykiatrin, men under senare tid även präglat andra delar inom sjukvården. En förutsättning för att ge en god humanistisk vård är att se personen trots sjukdom och ohälsa (Svensk Sjuksköterskeförening 2010b). Personcentrerad omvårdnad definieras som att personens individuella personlighet och behov, att få vara sig själv, respekteras. Hänsyn tas till patientens egen upplevelse av hälsa och ohälsa. Vid personcentrerad omvårdnad ser man personen utifrån kontexten vem personen är, deras livshistoria, familj och anhöriga men även personens styrkor och svagheter (Ekman et al., 2011).

Sjukvården har en lång erfarenhet av att samla in uppgifter från patienter men ofta sker detta genom färdiga frågemallar. Utrymme för att klargöra och utveckla svaren finns ofta inte (Edvardsson, 2010). När fokus ligger på personen och personens liv är narrativet (berättelsen) det bästa sättet att samla in kunskap om patienten (Graubaek, 2010). Kunskapsinsamling sker genom mötet mellan två personer. För att helt kunna förstå den andre och hur det är att vara sjuk behövs kunskap om hur personen förhåller sig till olika saker i sin omgivning. Kunskap om hur personen upplever sina sjukdomssymtom, sin självuppfattning samt vilken syn på hopp och livsmod personen har är av betydelse (Graubaek, 2010).

Att få dela sin livsberättelse med någon skapar kunskap om sig själv och kan skapa en meningsfullhet och i sig vara helande (Edvardsson, 2010). Med livsberättelserna får sjuksköterskan ta del av patienternas unika känslor och upplevelse av sin sjukdom, vilket är en förutsättning för att kunna ge genuin personcentrerad omvårdnad (Graubaek, 2010). Ekman et al. (2011) beskriver hur ett personcentrerat arbetssätt kan appliceras i den kliniska verksamheten. Först samlas patientens berättelse in, det vill säga den sjuke personens egna upplevelser av sjukdom, symtom och dess inverkan på det dagliga livet. Fokus flyttas då från sjukdomen till personen med sjukdom. Därefter kan vårdaren tillsammans med patienten planera och lägga upp vården (Ekman et al., 2011). Hänsyn tas till personens livsstil, övertygelser, erfarenheter och värderingar. Den kunskap som samlats in skall dokumenteras i patientjournalen för att synliggöra samt underlätta för kontinuitet och öppenhet i vården (Ekman et al., 2011). Personcentrerad omvårdnad grundad på evidens betyder att sjuksköterskan med sin evidensbaserade kunskap analyserar den specifika omvårdnadssituationen och tillsammans med patienten, utifrån de resurser patienten har, väljer de åtgärder som är bäst för patienten (Willman, 2010).

Även om det kan vara svårt att mäta, har det visat sig att personcentrerad vård bidrar till förbättrad kontakt mellan patient och vårdgivare, bättre hälsoreultat och ökad patienttillfredsställelse (Ekman, 2011). I en artikel där forskare studerat personcentrerad vård hos hjärtsviktpatienter fann man kortare vårdtid hos den patientgrupp som vårdats utifrån personcentrerad omvårdnad i jämförelse med den patientgrupp som fått sedvanlig vård (Ekman, Wolf, Olsson, Taft, Dudas, Schaufelberger, & Swedberg, 2012). Vid sjukdom försvinner i stor utsträckning möjligheten att själv påverka sin situation. Ett personcentrerat förhållningssätt i vården kan bidra till att människan behåller sin

värdighet och tilltron till sin egen förmåga, vilket stärker personens inre hälsoresurser. Upplevelse av trygghet, autonomi och känsla av sammanhang är viktig för att minska ångest och oro (Fagerström, 2012).

Vårdande kommunikation

Verktyget för sjuksköterskans arbete med personcentrerad vård är kommunikation. Kommunicera kommer från latinets "communicare" och betyder "att göra gemensamt". Budskap förmedlas mellan avsändare och mottagare (Fredriksson, 2012). I en vårdande kommunikation är det inte bara frågan om hur budskap förmedlas utan också ett återupprättande av kommunikation då sjukdom kan ta ifrån en människa förmågan att kommunicera. Begreppet kommunikation har många betydelser då det syftar både på de medel som används och målet med kommunikationen (Fredriksson, 2012). Fossum (2013) påvisar att kommunikation handlar både om verbalt uttryck och kroppsspråk. Det första mötet är det allra viktigaste. Bekräftelse av en person genom ögonkontakt beröring, att ta i hand ger goda förutsättningar för kontakt. Kommunikation är att utföra sociala handlingar, att dela, tillkännage något och att göra något gemensamt (Thornqvist, 2001). Det är en samhandling som handlar om utväxling av budskap. Kommunikation är alla de sätt där vi vänder oss till varandra för att skapa ömsesidighet i upplevelse och mening.

I omvårdnadslitteratur urskiljs två olika traditioner som använder begreppet kommunikation. Det är dels den dualistiska-reduktionistiska och dels den holistisk-humanistiska (Fredriksson, 2012). Den dualistiska-reduktionistiska utgår från en modell med sändare-mottagare och som sedan delas in i instrumentell och emotionell kommunikation (Fredriksson, 2012). Den instrumentella kommunikationen är en mer direkt informativ och objektiv information om till exempel sjukdom, prognos och behandling. Den emotionella kommunikationen syftar till att bland annat ge tröst, stöd och skapa en tillit för patienten. Fredriksson (2012) menar att den holistisk-humanistiska traditionen ser till en ömsesidig process för att lösa och tolka problem. Denna tradition har fokuserat på två områden inom kommunikation; relationen mellan patient och vårdare samt hur dessa två gemensamt formar berättelser. Denna är i sin tur uppdelad i tre kommunikationsbegrepp; relationell, narrativ och etisk (Fredriksson, 2012).

Den relationella kommunikationen är den relation som skapas mellan patient och vårdare. Den narrativa kommunikationen är patientens berättelser, sin livshistoria i nutid, dåtid, framtid. Etisk kommunikation ses i den respekt som skapas mellan patient och vårdare (Fredriksson, 2012).

Professionell kommunikation är stödjande. Denna stödjande kommunikation används inom vården i syfte att hjälpa patienterna (Eide, H. & Eide, T., 2006). I Sjuksköterskans kompetensbeskrivning betonas vikten av att vårdpersonal har kunskap och förmåga att kommunicera med patienter och närstående, personal och andra på ett respektfullt sätt. Genom att vara lyhörd och empatisk i sitt sätt att kommunicera samt genom stöttning, information och undervisning möjliggörs en ökad delaktighet för patienten i den egna vården (socialstyrelsen, 2005).

Anpassad information

Kommunikation och information ligger nära varandra. Kommunikationens syfte är att söka, ge och skapa information utifrån ett gott socialt klimat (Larsson, Palm, & Rahle Hasselbalch 2008). Ofta förväntas det inom sjukvården att patienten tar första steget i att söka och få information. Tydliga riktlinjer om vem patienten kan kontakta och när, är viktig information till patienten. Patientens viktigaste informationskälla är vårdpersonalen. Vid informationssamtal angående diagnos, behandling och vård är det ofta svårt för patienter att komma med rätt frågor. Det kan även vara svårt att ta in all information (Larsson et al., 2008). Frågor uppstår oftast när patienten kommit hem och då behövs en tydlighet i vart, när och hur patienten kan vända sig för att få svar.

Olika lagar lyfter fram patientens rätt till individuellt anpassad information, bland annat Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) vars mål är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I 2b§ står bland annat: ”Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. [...] Om informationen inte kan lämnas till patienten skall den istället lämnas till en närstående till patienten” (SFS 1982:763).

Även Patientsäkerhetslagen (SFS 2010: 659) beskriver det ansvar och de skyldigheter som sjukvården har när det gäller individuellt anpassad information. ”Individuellt anpassad” betyder att informationen som ges skall anpassas till varje enskild patients förutsättningar och individuella behov, det vill säga med varierat innehåll och anpassat utifrån personens förmåga att ta emot och förstå information (Socialstyrelsen 2012). Av största vikt är att information som ges av olika enheter och av olika personalkategorier skall vara så enhetlig som möjligt för att säkerställa patientens behov av kontinuitet under hela vårdprocessen.

Kontinuitet i vårdkontakten

Cancervård är ofta en uppdelad process med många olika aktörer. Kvaliteten på vården hänger samman med att varje vårdkontakt under hela vårdkedjan fungerar optimalt. Att känna att det finns en kontinuitet i vården där personalen känner till personens historia är betydelsefullt.

I en studie fanns det en mycket utbredd uppfattning att cancerbehandling och uppföljande vård kan vara en mycket komplicerad och överväldigande erfarenhet för de som drabbas (Walsh, Young, Harrison, Butow, Solomon, Masya & White, 2011). Deltagarna identifierade behovet av administrativt stöd för att få hjälp med uppgifter som att ordna tider till sjukvården, remisser och uppföljning. Det ansågs att detta stöd bidrog till att göra sjukdomsperioden så lindrig som möjligt för patienten och minskade ångesten i samband med en cancerdiagnos och dess behandling (Walsh et al., 2011). Vårdpersonal och patienter klargjorde att tilldelningen av en kontaktperson var nödvändig för patienter och vårdgivare under hela sjukdomstiden. Patienter och vårdgivare uppgav att det ofta fanns en osäkerhet över hos vem de ska söka råd eller stöd. Det sågs som positivt att någon som konsekvent var inblandad i patientens vård, var åtkomlig och tillgänglig när information eller råd behövdes. Patienter och läkare rapporterade även vikten av att ge service inom rimlig tid vilket sågs som en viktig del i att samordna vården (Walsh et al., 2011).

I en doktorsavhandling om patienters livskvalitet efter en matstrupscanceroperation beskrivs vårdkedjan som tre delar, utredningsfasen, behandlingsfasen och uppföljningsfasen. Kontaktsjuksköterskan fanns med under hela denna vårdkedja. Det visade det sig att hälften av patienterna fick någon form av komplikation i efterförloppet. Kontaktsjuksköterskans tillgänglighet var därför väldigt viktig i uppföljningsfasen, det vill säga efter operation och hemgång, då patienterna ofta hade stora besvär och behövde mycket professionell hjälp (Viklund, 2006).

Att bli tröstad

Genom kontinuitet i vården kan tillitsfulla relationer mellan sjuksköterska och patient skapas. I en relation som genomsyras av tillit, värme, respekt och pålitlighet kan en känsla av tröst infinna sig. I mötet med sjuksköterskan blir då patienten sedd och respekterad (Langegard & Ahlberg, 2009). Det finns olika perspektiv på begreppet tröst och i omvårdnaden har det funnits med ända sedan Florence Nightingale (Roxberg, 2012). Tröst kan beskrivas som rogivande, att det framkallar en känsla av lugn, glädje och lättnad. Andra begrepp som hör ihop med tröst är uppmuntran, genom att ge styrka och mod, samt att hjälpa i betydelsen handräckning och välgärning.

Att lyssna och vara lyhörd för personens behov samt våga bjuda in den andre till en relation är förutsättningar för att skapa en tröstande atmosfär (Langegard & Ahlberg, 2009). Att sjuksköterskan visar att hon eller han har tid att lyssna och är intresserad av vad patienten har att säga inger förtrogenhet vilket i sig tröstar. Att i sjukdom och ohälsa bli förstådd och sedd av en annan människa och mötas av genuin omsorg kan bidra till en känsla av lättnad och tröst. I Langegard & Ahlbergs (2009) undersökning om vad personer med obotlig cancersjukdom funnit tröstande under sin sjukdomstid framträdde fyra begrepp. *Förbindelse*, att känna tillhörighet och gemenskap med sig själv med Gud och med andra människor. *Egenkontroll*, att finna tröst i sig själv eller hos sjuksköterskan. *Bekräftan*, att någon lyssnar, inger lugn och trygghet samt att möta andra i samma situation och att känna sig speciell. *Acceptans*, att genom att få berätta sin berättelse flera gånger ges möjlighet att acceptera sin situation (Langegard & Ahlberg, 2009). Roxberg (2005) delar in tröst i två kategorier: närvarande tröst och frånvarande tröst. Den närvarande trösten är när vårdaren möter den lidande på ett öppet, engagerat och ärligt sätt och det krävs äkta närvaro och djup gemenskap av vårdaren. En frånvarande tröst är en tröst som undviker lidandet pga. brist på tid, mod samt engagemang. Vårdande tröst beskrivs ha en helhetssyn på människan samt som en stödjande hand som skyddar den drabbade från mer lidande än den klarar av. Det som kännetecknas för om trösten vårdar eller inte är sättet hur sjuksköterskan låter den drabbade lida i sitt lidande (Roxberg, 2005). Norberg, Bergsten, & Lundman (2001) visade i sin studie att tröst var att bli accepterad och sedd av en annan människa. Den som tröstar stödjer den drabbade att se på sitt lidande i ett sammanhang av mening och i en vårdande kommunikation får personen möjlighet att skifta perspektiv för en stund (Norberg et al., 2001).

PROBLEMFÖRMULERING

Att drabbas av cancer kan innebära en livskris för personen och behovet av stöd från sjukvården är stort. I många fall kommer beskedet plötsligt och det är svårt att vara förberedd. Cancervården innefattar vård från många olika specialiteter och professioner vilket kan göra det svårt för patienten att orientera sig under vårdförloppet. Då prognosen är att antalet cancerpatienter kommer att fortsätta öka leder detta till att ytterligare krav ställs på cancersjukvården. Under hela vårdkedjan, från diagnos till behandling, rehabilitering och palliativ vård finns behovet av extra stöd och kontinuitet. Vilken betydelse kontaktsjuksköterskan har för patienten är oklar då det här är ett nytt sätt att arbeta. Vi vill genom uppsatsen belysa och öka kunskapen om nya vetenskapliga resultat gällande patientens upplevelse av att ha en kontaktsjuksköterska. Uppsatsen kan därför vara användbar för den fortsatta utvecklingen inom området och införandet av kontaktsjuksköterskan.

SYFTE

Syftet med uppsatsen är att undersöka kontaktsjuksköterskans betydelse för personer som drabbats av cancersjukdom.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Vilka specifika omvårdnadsbehov uttrycker patienter under sin sjukdomsperiod?
- Hur upplever och beskriver patienten kontakten med en kontaktsjuksköterska?

METOD

Uppsatsen baserades på litteraturöversikt enligt Fribergs (2012) modell för litteraturbaserat examensarbete. I modellen kan både kvantitativa och kvalitativa vetenskapliga artiklar användas. Kvantitativa studier har som syfte att mäta och jämföra och redovisar resultatet i siffror och tabeller utifrån statistiska beräkningar (Friberg, 2012). I kvalitativa studier undersöks upplevelser, erfarenheter eller förväntningar för att öka förståelsen inom ett begränsat område och resultaten redovisas i teman eller kategorier. Litteraturöversiktens syfte är enligt Friberg (2012) bland annat att skapa en översikt av den kunskap som finns inom ett begränsat område och utifrån tidigare forskningsresultat få fram något nytt (Friberg, 2012).

LITTERATURSÖKNING

I den inledande fasen av litteratursökningen söktes brett och ostrukturerat i sökmotorerna Google Scholar och Cinahl för att skapa en uppfattning och förståelse av valt ämnesområde och dess omfattning. Detta beskrivs av Östlund som grunden för att kunna fortsätta med nästa steg i sökprocessen (Östlund, 2012). Därefter gjordes den egentliga litteratursökningen mer strukturerat och målinriktat för att få fram de artiklar

som skulle ligga till grund för resultatet. Den närmsta engelska översättningen för kontaktsjuksköterska är *nurse navigator* och *pivot nurse* och de orden användes som sökord. Andra sökord som användes var *patient navigator* och *patient navigation*. Valda sökord kombinerades genom boolesk söklogik med sökorden *cancer*, *oncology* samt *nurse*, genom operatören AND. Artiklar söktes från databasen Cinahl som är den mest omvårdnadsorienterade databasen men även från databasen Pubmed vilken är en mer medicinskt inriktad sökmotor (se bilaga 1).

URVAL

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska, vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter, skildra patienters perspektiv och deltagarna i studien skulle vara både män och kvinnor. Artiklarna skulle vara publicerade mellan 2003-2013. Abstracten lästes på de artiklar som utifrån titlarna fångade författarnas intresse. Därefter valdes de artiklar ut, som svarade på rapportens syfte och frågeställningar. Det gjordes även en manuell sökning på titlar som verkade intressanta från de valda artiklarnas referenslistor. Genom den manuella sökningen valdes en artikel ut (Jakobsson et al., 2005). Det var totalt 22 artiklar som valdes ut för en noggrannare granskning. De flesta artiklarna fanns att hämta som fulltext elektroniskt men tre artiklar beställdes via biblioteket.

Artiklarna granskades utifrån Fribergs granskningsfrågor för att säkerställa att de höll en hög kvalitet (Friberg, 2012). Fokus under granskningen av artiklarna var framför allt om problem och syfte fanns tydligt formulerat, metoden väl beskriven, urvalet representativt, hur data analyserades samt om etiskt resonemang förts. Två artiklar med låg vetenskaplig kvalitet valdes bort. I de artiklarna fanns varken syfte eller metod klart redovisade. De fanns även artiklar som vid närmare granskning inte visade sig ha tillräcklig relevans för studiens syfte. Det var fyra artiklar som föll bort för att de inte behandlade ämnet utifrån patientens perspektiv. En artikel föll bort för att den inte stämde med syftet samt en artikel som var en review. I detta skede föll sammanlagt åtta artiklar bort för att de inte svarade på syftet eller inte höll tillräckligt hög kvalitet. Kvar för analys fanns 14 artiklar, sex kvalitativa och åtta kvantitativa artiklar (se bilaga 2).

DATAANALYS

Artiklarna som inkluderats djuplästes flera gånger för att få en djupare förståelse och helhet av artiklarnas innehåll. Artikelläsningen delades upp i kvalitativa och kvantitativa. Analysarbetet fortskred med syftet som utgångspunkt; läsa artiklarnas resultat och utifrån det lyfta ut textavsnitt och meningar från artiklarna. Textavsnitten bearbetades utifrån likheter och skillnader för att skapa en ny helhet (Friberg, 2012). Detta resulterade i huvudteman och subteman.

ETIK

Vid artikelgranskningen framkom att sex av artiklarna är publicerade i *Oncology Nursing Forum* vilka följer etiska riktlinjer enligt tidskriftens mall. I ytterligare fyra artiklar fanns etiska tillvägagångssätt tydligt beskrivna och de var godkända av en etisk kommitté. Övriga fyra nämner inte den etiska aspekten men författarna uppfattade dem som tillförlitliga. Under arbetets gång har även författarna fört en diskussion om hur

viktigt det var att förvalta artiklarnas innehåll och patienternas upplevelser på bästa sätt utan att innehållet förändrades.

RESULTAT

Resultatet redovisas som två huvudteman och fyra subteman vilka beskriver patienternas upplevelse av att ha en kontaktsjuksköterska under sin cancersjukdom. Ett huvudtema är *Praktiskt stöd*, vilket beskriver patienternas behov av kontinuitet, god tillgänglighet, bra information och god kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Här under ligger två subteman, *Att skapa kontinuitet och tillgänglighet* och *Att kommunicera och att få information*.

Det andra huvudtemat är *Känslomässigt stöd* vilket belyser patientens emotionella behov samt hur kontaktsjuksköterskan kan stärka livskvaliteten för patienten. Följande två subteman hör ihop med detta huvudtema; *Att möta emotionella behov* och *Att stärka livskvalitén*.

PRAKTISKT STÖD

Under den stress som de flesta personer känner då de fått en cancerdiagnos, är det svårt att fokusera på praktiska detaljer. Många finner då ett stort stöd i att ha någon som sköter den delen i vårdprocessen.

Att skapa kontinuitet och tillgänglighet

Patienterna upplevde att de behövde hjälp med att koordinera sina läkarbesök och behandlingar samt även stöttning i kontakten mellan olika vårdgivare (Hébert & Fillion 2011). Det framkom att kontaktsjuksköterskan hade en nyckelroll i att koordinera ett stort utbud av medicinsk och social hjälp (Korber, Padula, Gray, & Powel, 2011).

Resultatet hos Fillion, De Serres, Cook, Goupil, Bairati, & Doll, (2009) visade på ett samband mellan närvaro av kontaktsjuksköterska och upplevd kontinuitet i vården. Det konstaterades kortare sjukhusvistelse och färre antal dagar på sjukhus för den patientgrupp som hade kontakt med kontaktsjuksköterska. Den gruppen uppgav även upplevelsen av ökat patientinflytande. Enligt samma studie rapporterades även bättre resultat gällande anpassning till sin cancersjukdom. Patienter med tillgång till kontaktsjuksköterska upplevde färre cancerrelaterade problem, färre sociala problem samt bättre kroppsuppfattning jämfört med de patienter utan kontaktsjuksköterska (Fillion et al. 2009).

Kontaktpersonen blev den personliga länken för ökad tillgänglighet och kontinuitet i vården under hela sjukdomsförloppet genom att närvara vid sjukhusbesök samt sammanföra de resurser som fanns tillgängliga för patienten (Carroll, Humiston, Meldrum, Salamone, Jean-Pierre, Epstein, & Fiscella, 2010). De personliga mötena med kontaktsjuksköterskan uppgavs vara viktiga för flertalet av patienterna i en av studierna (83 procent) och det framkom också att de flesta fann uppföljningssamtalen från kontaktsjuksköterskan värdefulla (87 procent) (Hook, Ware, Siler, & Packard, 2012). Tillgängligheten till vårdkontakt, att nå kontaktsjuksköterskan via telefon eller

besök på kliniken, var lättare i interventionsgruppen än i jämförande grupp (Skrutkowski, Saucier, Eades, Swidzinski, Ritchie, Marchionni & Ladouceur, 2008).

God tillgänglighet framkom som en viktig del för att kunna hjälpa patienterna genom cancerbehandlingens olika faser (Pieters et al., 2011). Pieters, Heilemann, Grant, & Maly (2011) beskriver hur värdefullt det uppfattades att kontaktsjuksköterskan var med vid diagnostillfället samt vikten av att lätt kunna komma i kontakt med henne.

Kontaktsjuksköterskan beskrivs ha personlig kunskap om patientens hela livssituation (Carroll et al. 2010) och uppgiften att möta patienternas individuella behov ansågs viktig. Att få hjälp att hantera sina symtom av sjukdom och behandling framkom också som en nyckel för att klara av sin sjukdom (Korber et al., 2011). Att kunna stötta genom administrativa utmaningar var en viktig uppgift för kontaktsjuksköterskan genom att förmedla kontakt till olika instanser i sjukvårdssystemet (Carroll et al., 2010). Önskemål om mer formell introduktion av behandlingsteamet fanns och flera kvinnor i en studie upplevde det som viktigt att få träffa alla i behandlingsteamet innan behandlingsstarten. Detta för att klargöra personalens arbetsuppgifter vilket gav förtroende för att alla hade samma plan för vården och arbetade mot samma mål. Korber et al. (2011) beskriver att önskemål fanns om en skriftlig broschyr där de olika teammedlemmarnas uppgifter beskrevs.

En negativ aspekt som lyftes fram i en artikel av en kvinnlig patient var att hon tilldelades en manlig kontaktperson, då hon önskat få en kvinnlig. En annan negativ upplevelse som patienter uttryckte var när det av någon anledning blivit en avbruten kontinuitet i relationen mellan patient och kontaktsjuksköterskan.

Kontaktsjuksköterskans tillgänglighet var även något som några inte var nöjda med (Carroll et al., 2010). I en studie beskrivs kontaktsjuksköterskan som en trevlig person men att det var svårt att säga ifrån när hjälpen inte var nödvändig (Thygesen, Pedersen, Kragstrup, Wagner & Mogensen 2012).

Att kommunicera och att få information

De flesta patienter vill vara delaktiga i beslut som rör deras vård. Välinformerade patienter är mer trygga och känner mindre oro och nedstämdhet (Jakobsson, Horvath & Ahlberg, 2004). I flera artiklar framkom vikten av att patienterna är välinformerade om sin diagnos och behandling (Campbell, Craig, Eggert & Bailey-Dorton, 2010, Carrol et al., 2010, Hébert & Fillion, 2011, Hook et al., 2012, Korber et al., 2011, Richard, Parmar, Calastagne, & Mc Vey, 2010). I en artikel redovisades att patienter med tillgång till kontaktsjuksköterska var mer nöjda med den information och utbildning som de fått än patientgruppen utan kontaktsjuksköterska (Campbell et al., 2010). Det framkom också att patienterna tyckte att det var värdefullt att få information om de biverkningar som kan uppkomma av behandlingen (Korber et al., 2011).

Information och utbildning var avgörande för patienterna under hela behandlingsprocessen. Det framkom att flera patienter tyckte att läkarna pratade över huvudet på dem och använde många svåra ord (Korber et al., 2011). Behovet av att kontaktsjuksköterskan var med vid läkarundersökningar och informationsamtal ansågs vara stort, detta för att kunna förbättra patienternas förståelse och klargöra kommunikationen mellan läkare och patient. Det uppfattades som en möjlighet att få informationen förklarad, förstärkt och verifierad av kontaktsjuksköterskan (Korber et

al., 2011). Speciellt upplevdes det positivt att kontaktsjuksköterskan var med vid diagnostillfället då mycket information gavs (Carroll et al., 2010). Patienten kunde i efterhand få hjälp att bearbeta de besked de fått samt få hjälp att förstå och lättare ta ställning till olika behandlingsalternativ. Behovet att en kontaktsjuksköterska är med vid diagnostillfället framkom även i studien av Pieters et al. (2011). Där beskriver patienterna att de fått värdefull information både muntligt och skriftligt av kontaktsjuksköterskan (Pieters et al., 2011). De flesta av patienterna ansåg att informationen som de fick av sin kontaktsjuksköterska var ”ny” då den var lättare att förstå och ta till sig (Hook et al., 2012).

Rätt information i rätt tid under sjukdomsprocessen framhölls som viktigt (Pieters et al., 2011). I en artikel beskrevs att patienterna ville ha "här och nu" - information, som var relevant i den pågående vårdsituationen (Jakobsson et al., 2004). Patienterna upplevde att kontinuerlig information minskade deras oro (Hébert & Fillion, 2011). Behovet bestod i att få information och även i en öppen dialog kunna ställa frågor om sin sjukdom, läkemedel, diet och vårdförloppet (Hébert & Fillion, 2011). Att få besked om diagnos och resultat samt om varför undersökningar skulle göras upplevdes som väldigt viktigt. Detta skapade trygghet under vårdtiden (Richard et al., 2010). De flesta patienterna i artikeln av Richard et al. (2010) var väldigt nöjda med informationen de fått om var och när behandling skulle ske. Några av patienterna uttryckte att de tidigt i vårdprocessen önskade bli medvetna om vilka effekter av behandlingen som de kunde förvänta sig (Korber et al., 2011).

KÄNSLOMÄSSIGT STÖD

När en människa får en cancerdiagnos inträffar en extrem förändring i livssituationen. Detta ställer krav på vårdpersonalen att kunna möta de psykosociala behoven som människan har.

Att möta emotionella behov

Enligt Korber et al. (2011) upplevde deltagarna att det känslomässiga stödet från teamet, speciellt från kontaktsjuksköterskan och närstående, var nyckeln till om cancerbehandlingen skulle bli framgångsrik eller inte. I en studie framkom att de största behoven hos cancersjuka patienter var de emotionella behoven, 56 procent, jämfört med behovet av information, 20 procent, samt praktiska och fysiska behov, vardera på nio procent. Kontaktsjuksköterskan beskrivs ha en nyckelroll med att stödja och hjälpa patienterna med deras emotionella behov (Hébert & Fillion, 2011). Emotionella behov beskrivs av patienterna som önskan om att ha någon nära, att ha någon som lyssnade och som fanns närvarande för samtal under vårdförloppet. Att ha tillgång till en tillitsfull relation som tog deras oro på allvar, beskrivs som väldigt betydelsefullt i flera artiklar (Carroll et al., 2010, Hébert & Fillion, 2011, Hook et al., 2012, Korber et al., 2011, Richard et al., 2010, Swanson, & Koch, 2010).

Stödet från kontaktsjuksköterskan uppfattades som att ”bara finnas där” eller mer konkret i en ”avsiktlig närvaro”(Korber et al., 2011). Att ha en person som var närvarande för patienten sågs som värdefullt i kontaktsjuksköterskans funktion vilket 14 patienter av 19 nämnde i en studie (Carroll et al., 2010). Detta beskrevs som en form av emotionellt stöd. I samma studie uttryckte 17 av 19 patienter att känslomässigt stöd var en mycket central aspekt av kontaktpersonens funktion. Känslomässigt stöd

beskrevs som viktigt för dem som inte hade något annan stöttning från sin omgivning, men upplevdes även betydelsefullt för dem som hade ett socialt nätverk med stöd i form av nära vänner eller anhöriga. Kontaktpersonens närvaro blev en källa till tröst och sinnesfrid samt ett skydd mot ensamhet och isolering. En tröstande närvaro och känslomässigt stöd framställs som speciellt viktigt vid det tillfället när de fick diagnosbeskedet (Carroll et al., 2010).

Att bli lyssnad på och bli lugnad i svåra stunder av sjukdomsförloppet var en stark önskan hos patienterna och där har kontaktsjuksköterskan en viktig roll. Alla deltagarna i studien av Hébert & Fillion (2011) belyste kontaktsjuksköterskans närvaro och emotionella stöttning under vårdförloppet som mycket viktigt. Stöd till patienternas anhöriga var även en stor del av det som patienterna upplevde som viktigt i vården (Hébert & Fillion, 2011).

Från en artikel framkom även vissa negativa upplevelser av att tilldelats en kontaktsjuksköterska. Det framkom att de som hade negativa upplevelser gentemot kontaktpersonen var när relationen med kontaktsjuksköterskan inte upplevdes som bra. De upplevda otillfredsställda cancervårdsbehoven, beskrevs i artikeln som känsla av isolering, brist i det sociala eller känslökänslomässiga stödet, att inte ha någon att prata med eller brist på information. Att ha en känslomässigt bra fungerande relation med kontaktpersonen ansågs väsentligt (Carroll et al., 2010).

Att stärka livskvalitén

Cancersjukdom kan vara väldigt skrämmande för både patienter och anhöriga. Det fanns ett behov av vårdpersonal som kunde hjälpa och vägleda dem genom vårdprocessen (Carroll et al., 2010). Lee et al. (2011) visar i en studie att standardiserade protokoll för sjuksköterskeledd cancervård ökar livskvaliteten och patienters tillfredsställelse med vården. En jämförelse gjordes mellan två patientgrupper, en grupp som hade tillgång till kontaktsjuksköterska och en där ingen kontaktsjuksköterska var involverad. Deltagarna i gruppen med kontaktsjuksköterska hade högre fysisk och social funktion och var mer nöjda med vården jämfört med kontrollgruppen (Lee et al., 2011). Denna studie visade på en positiv effekt för patienten att ha kontakt med en kontaktsjuksköterska.

Att känna förtroende för kontaktsjuksköterskan var associerat med att man även kände tillit till andra vårdgivare som hon rekommenderade (Pieters et al., 2011). Patienter som fick träffa kontaktsjuksköterska var nöjdare med sin vård och accepterade också att vänta längre på läkarbesök, behandling och liknande (Richard et al., 2010). Det framkom att vissa önskade att de tidigt hade fått erbjudande om kontakt med andra patienter som genomgått samma process för att genom dem få stöd och hjälp (Korber et al., 2011). En del patienter uttryckte även att de ville ha mer information om så kallade alternativa behandlingar som till exempel massage eller Reiki terapi som kunde vara till hjälp under cytostatikabehandlingen och på så sätt öka livskvalitén (Korber et al., 2011).

Resultatet från en artikel visar att patienter som fått stöd av en kontaktsjuksköterska beskrev i högre grad tillfredsställelse med sin cancerbehandling än hos kontrollgruppen som inte fått tillgång till stöd från en kontaktsjuksköterska (Campbell et al., 2010). Av 103 patienter som deltog i en studie var det 84 procent som ansåg att den hjälp de fick

från kontaktsjuksköterskan var nödvändig för att kunna få en så bra cancervård som möjligt. Åttio procent menade att stödet förbättrade deras upplevelse av sjukdom och behandling (Hook et al., 2012). Det framkom i en studie att patienter som hade tillgång till en kontaktsjuksköterska var mycket nöjda med sin vård (Koh, Nelson, & Cook, 2010). I samma studie visade det sig att kontaktsjuksköterskan spenderade mer tid med patienter som inte var nöjda med tidigare vårderfarenheter.

I en studie mättes livskvalitet hos två patientgrupper på följande områden: fysisk, kognitiv, känslomässig och social livskvalitet (Fillion et al., 2009). Här uppvisades endast bättre livskvalitet på det känslomässiga planet hos patienter som träffat en kontaktsjuksköterska jämfört den patientgruppen som inte träffat en kontaktsjuksköterska. Swanson et al. (2010) undersökte nivån av nedstämdhet hos inneliggande patienter som fick träffa en kontaktsjuksköterska jämfört med de patienter som fick sedvanlig vård. Resultatet i studien visade dock generellt att kontaktsjuksköterskans besök hos inneliggande cancerpatienter inte hade någon signifikant effekt på nedstämdheten. Däremot påvisades att nedstämdhetsnivån hos de patienter som träffade kontaktsjuksköterskan minskade medan de patienter som inte träffade en kontaktsjuksköterska hade en genomsnittlig ökning av nedstämdhetsnivån vid hemgång från sjukhuset. För patientgruppen yngre än 65 år samt hos patienter på glesbygden som valt att träffa en kontaktsjuksköterska fanns en statistiskt signifikant lägre nivå av nedstämdhet (Swanson et al., 2010).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Processen startade med att diskutera och hitta problemområde samt syfte med studien. Begränsningen ”peer reviewed” vid artikelsökningen valdes för en kvalitetssäkring i första skedet. Artiklar från 2003 och framåt valdes för att studien skulle bygga på ny och aktuell forskning.

Flertalet av artiklarna som inkluderades var från Nordamerika. Sju kom från USA och fyra från Canada. En artikel var skriven i Danmark, en i Korea samt en i Sverige. Att det var dålig spridning på artiklarnas härkomst kan ses som negativt. Önskvärt hade varit att det funnits mer material från de nordiska länderna för att resultatet skulle kunna appliceras säkrare på svenska förhållanden.

Artiklar som inkluderades i studien är från år 2005-2012. Elva av fjorton artiklar är publicerade mellan 2010 -2012 vilket var positivt då den senaste forskningen beskrivs i resultatet och bidrar till ny evidensbaserad kunskap.

Det fanns vissa svårigheter i att få fram passande artiklar då det från början var lite oklart vilka sökord som kunde användas. Inledningsvis användes sökorden ”nurse navigator”, ”patient navigator” och ”pivot nurse”. Dessa engelska benämningar har inte riktigt samma innebörd som den svenska kontaktsjuksköterskan men var jämförbar med den svenska kontaktsjuksköterskans funktion. I vissa studier var inte kontaktpersonen en sjuksköterska utan en stödperson med annan utbildning men med liknande arbetssätt, därför valde vi att ta med de artiklarna också. Därefter kombinerades

sökorden med ”cancer” samt ”oncology” för att fokusera på cancersjukvården. Detta gav oss endast ett begränsat material och för att få fram flera artiklar söktes även på ordet ”patient navigation” vilket resulterade i ytterligare några artiklar.

Då syftet med rapporten var att spegla patienternas perspektiv och upplevelser av kontakten med kontaktsjuksköterska var tanken att göra rapporten med data från kvalitativ forskning. Materialet från de kvalitativa artiklarna blev dock för begränsat vilket ledde till att även kvantitativa artiklar inkluderades. Åtta av artiklarna som ingår är kvantitativa och sex är kvalitativa. Vi valde därmed att granska både kvalitativa och kvantitativa artiklar trots vissa svårigheter att sammanföra resultaten på grund av de olika metoderna. Artiklarna kompletterade dock varandra med olika infallsvinklar. Materialet begränsades även av att syftet fokuserade på patientens perspektiv. Många artiklar som fanns publicerade handlade om kontaktsjuksköterskans roll och arbetsmetoder, vilka inte inkluderades.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet i litteraturstudien visar att patienter har gott stöd i en kontaktsjuksköterska vid sin cancersjukdom. Detta behov av stöd visar sig på flera olika sätt vilket illustreras i resultatdelens uppdelning i huvudteman och subteman.

Vilka specifika omvårdnadsbehov har patienter under sin sjukdomsperiod?

Ur resultatet kan tolkas att det finns varierande behov hos patienter med cancersjukdom. Ett av de mest framträdande behoven var behovet av information. Behov av att få kontinuerlig information, att ha möjlighet att få den upprepad och även förklarad på ett lättare sätt uttrycktes av många patienter (Korber et al., 2011). Larsson et al. (2008) beskriver att patientens viktigaste informationskälla var vårdpersonalen. Detta styrks av Thornqvist (2001) som beskriver att informationen är en viktig del men även den ömsesidiga kommunikationen där patienten har möjlighet att ställa sina personliga frågor och få svar. I mötet mellan patient och sjuksköterska är denna samhandling av yttersta vikt (Thornqvist, 2001).

Genom att få information om olika symtom och biverkningar som kan uppstå av cancerbehandlingen samt att få kunskap om vad de kan förvänta sig, kände sig patienterna tryggare och mer delaktiga i sin vård (Campbell et al., 2010, Korber et al., 2011, Richard et al., 2010). För att patienter effektivt skall kunna delta i sin vård och ta ställning till olika behandlingsalternativ behövs lämplig information (Wagner et al., 2010). Patienten blir mer delaktig i sin vård när vården och behandlingsstrategier planeras tillsammans med en sjuksköterska (Ekman et al., 2011). Att skapa förutsättningar för ökat medinflytande och delaktighet är en grundläggande förutsättning för den personcentrerade omvårdnaden. I en artikel framkom hur viktig den personcentrerade vården är. Bedömning av varje patients fysiska, psykiska och sociala vårdbehov identifierades som ett centralt inslag i att kunna stödja patienten på bästa sätt (Korber et al., 2011). Att identifiera dessa behov är en del av kontaktsjuksköterskans funktion för att ge patienten möjlighet att själv kunna hantera de utmaningar som sjukdomen innebär.

Vårdpersonal betonade i en studie att varje kontaktsjuksköterska med klinisk kunskap, pedagogiska resurser och kompetens att ge rådgivning kunde stärka och hjälpa patienter och familjer att få nödvändig information (Wagner et al., 2010). En del patienter uttryckte att de önskade ”här och nu”information medan andra önskade information om vad som de kunde förvänta sig längre fram i sjukdoms- och behandlingsprocessen (Jakobsson et al., 2004, Korber et al., 2011). För att kunna tillgodose personernas olika behov krävs att sjuksköterskan vet i vilken fas personen befinner sig och individanpassa informationen (SFS 1982:763). En kontinuerlig, lättförståelig, repeterande information om behandling, diagnos, prognos, biverkningar är av stor vikt för patienten (Campbell et al., 2010, Korber et al., 2011). Korber et al. (2011) beskriver även att en del patienter önskade mer information om alternativa behandlingar, som till exempel massage. För att kunna ge individuella råd och individanpassad information krävs att sjuksköterskan har satt sig in i den andres situation och har kunskap om hans eller hennes livshistoria (Graubeak, 2010). I resultatet framkom att god kommunikation tillika information är en mycket viktig del i vården för cancerpatienter (Jakobsson et al. 2004). Här belyses tydligt kontaktsjuksköterskans betydelsefulla roll.

Att vara sjuk är svårt inte bara när gäller själva sjukdomen utan även det rent praktiska, hur, när och var olika steg sker i vårdprocessen. I flera av våra artiklar upplevde patienter att de behövde hjälp med att koordinera sin vård (Carroll et al., 2010, Hebert & Fillion, 2011, Korber et al., 2011.) De omvårdnadsbehov som många av patienterna i de artiklarna nämner är att få hjälp med att koordinera läkarbesök, behandlingar och diverse kontakter mellan olika vårdgivare. Genom att ha tillgång till en specifik person som hade kunskap om hela livssituationen, var patienten mer nöjd och kunde hantera sin situation lättare (Carroll et al., 2010). Att ha en person som man kunde ha en personlig och tillitsfull relation med beskrevs som en avgörande faktor till om cancerbehandlingen blev lyckad eller inte (Korber et al. 2011). Ett av syftena med att införa kontaktsjuksköterskan i den svenska sjukvården är att hon skall vara en samordnare som är med under hela vårdkedjan för att skapa trygghet och som kan hjälpa till i kontakten med andra vårdgivare (Cancercentrum, 2013).

Det framkom även att kontaktpersonens stöd och närvaro gav tröst och frid samt förhindrade ensamhet och isolering (Carroll, 2010). Att kunna möta patienten i en tillåtande atmosfär där tröst och lidande får plats är betydelsefullt. Att skapa rum för tröst är något som ofta åsidosätts i sjukvården på grund av brist på tid eller engagemang (Roxberg, 2005). En tillitsfull relation kräver kontinuitet och lyhördhet för patientens uttalade och outtalade behov (Langedard & Ahlberg, 2009). Att skapa trygghet, kontinuitet och god tillgänglighet var av stor vikt för patienterna. En namngiven kontaktperson, som patienten kunde vända sig till och som var med under hela vårdprocessen, kunde hjälpa patienten att klara av sin sjukdomstid bättre vilket styrks i artikeln av Walch et al., 2011. Där framkommer att stödet från kontaktsjuksköterskan bidrog till att hjälpa patienten genom sin sjukdom så lindrigt som möjligt. Att patienten visste vem de kunde kontakta vid frågor eller problem uttrycktes som positivt vilket även har framkommit i rapportens resultat.

Hur upplever och beskriver patienten kontakten med en kontaktsjuksköterska?

Det känslomässiga stödet är enligt flera av artiklarna något som många av patienterna upplevde som en väldigt viktig funktion hos kontaktsjuksköterskan (Carroll et al., 2010, Hebert & Fillion, 2011). Att bli lyssnad på och bli lugnad i de svåraste stunderna i sjukdomsförloppet var en stark önskan hos patienterna och där hade kontaktsjuksköterskan en viktig uppgift (Hebert & Fillion, 2011). Stödet upplevdes som att "finnas där" med en äkta närvaro (Korber et al., 2011). I den äkta närvaron kan personen bli tröstad och för en stund få möjlighet att se sitt lidande från ett annat perspektiv (Roxberg, 2005). Att kunna se personen som en helhet där både kropp och själ behöver omsorg kommer tydligt fram i den personcentrerade omvårdnaden, att inte bara se till de kroppsliga symtomen utan även till de känslomässiga behoven (Edvardsson, 2010). Det framkommer även på flera ställen i resultatet att patienterna upplevde det som positivt att kontaktsjuksköterskan var med vid diagnostillfället. Dels för att vara ett stöd och dels för att i ett lugnare skede upprepa informationen som getts.

I en dansk studie påvisades ingen skillnad mellan att vara tilldelad en kontaktsjuksköterska eller endast vårdats av den vanliga vårdpersonalen. De flesta deltagarna kände förtroende för vårdpersonalen och var nöjd med den information de fick. De upplevde en omtänksam och lugn vård och kände inte något behov av en kontaktsjuksköterska. Många deltagare i studien hade nära anhöriga som de fick gott stöd av (Thygesen et al., 2012).

I Skrutowskis studie fann man ingen skillnad i ångestsymtom, trötthet eller livskvalitet vare sig man hade en kontaktsjuksköterska eller inte. Kontaktsjuksköterskan hade heller ingen betydelse för hur patienten mätte (Skrutowski et al., 2008) Från ytterligare en artikel framkom att det fanns negativa upplevelser i förhållande till en kontaktsjuksköterska. Dessa negativa känslor verkade mest bero på att patienten i fråga hade svårt att uttrycka sina behov och känslor. Brist på tillgänglighet hos kontaktsjuksköterskan var också en negativ aspekt (Carroll et al., 2010).

Upplevelsen av att ha en kontaktsjuksköterska är i de flesta fall positiv för patienter. Kontaktpersonen uppfattas som den personliga tillgängligheten och kontinuiteten i vården under hela sjukdomsförloppet (Carroll et al., 2010). God tillgänglighet hos kontaktsjuksköterskan framkom som en stor och viktig del för patienterna, det underlättade för patienter att klara av sin behandling (Pieters et al., 2011). I en studie uppgav alla deltagare flera fördelar med att ha en kontaktsjuksköterska (Walsh et al., 2011). Bland annat framkom fördelar med att patienten visste att de hade någon som de kunde kontakta angående eventuella problem eller oro, och att det fanns en person som var bekant med deras fall. Vetskapen om att de hade en konsekvent förespråkare innebar också att de kände bättre stöd under hela sin sjukdom (Walsh et al., 2011). Resultatet i denna litteraturstudie visade att tryggheten som en kontinuerlig kontakt gav var ett betydelsefullt stöd. Att skapa detta stöd för cancerpatienter är ett av målen med att införa kontaktsjuksköterskor i den svenska sjukvården (Cancercentrum, 2013). I en atmosfär av tillit och öppenhet där personen känner sig trygg kan en relation börja skapas och vårdande tröst infinna sig. Det personliga mötet med sjuksköterskan framkom också som betydelsefullt (Hook et al., 2011). Att skapa tid för att möta patienten och ta del av hur patienten upplever sin situation är en grundläggande del i

den personcentrerade omvårdnaden. Att visa ett genuint intresse för patienten och personens egna önskemål och tillsammans med den drabbade personen lägga upp vård och behandling kan bidra till bättre hälsoresultat (Ekman, 2011).

KONKLUSION

Vårt syfte var att undersöka vilken betydelse kontaktsjuksköterskan har för personer som drabbats av cancer. I vårt resultat har vi funnit att de flesta patienter med cancer finner stort stöd i en kontaktsjuksköterska. De omvårdnadsbehov patienter uttrycker, såsom informationsbehov, behov av kontinuitet, tröst och praktisk hjälp kan de lättare få hjälp att tillgodose i mötet med sin kontaktsjuksköterska. Det visar sig att många känner större trygghet, mindre oro och nedstämdhet när de är välinformerade och delaktiga i sin vård. Inom de emotionella behoven kan kontaktsjuksköterskan bidra med mycket vilket vi kommit fram till i resultatet.

Patienterna ger oftast en väldigt positiv beskrivning av sin kontakt men det har även funnits negativa aspekter i resultatet. Positiva upplevelser har yttrat sig i att patienter känner sig mer delaktiga i sin vård och planering, de känner trygghet och får den hjälp de behöver inom sjukvårdens många kontakter. Det som beskrivs som negativa upplevelser i stödet från kontaktsjuksköterskan är framför allt då tillgänglighet och kontinuitet inte fungerar optimalt.

Kontaktsjuksköterskor inom cancervården i Sverige är en relativt ny företeelse. Då resultatet i vår rapport baseras på, till största delen, utländska artiklar ser vi att det krävs mer forskning inom området i Sverige. Då det finns riktlinjer för införandet av kontaktsjuksköterskor nationellt krävs ökade resurser så att utvecklingen inom området kan fortskrida.

REFERENSLISTA

- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Analytisk statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 318). Lund: Studentlitteratur.
- Campbell, C., Craig, J., Eggert, J., & Bailey-Dorton, C. (2010). Implementing and measuring the impact of patient navigation at a comprehensive community cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 61-68.
- Cancercentrum. (2013). *Kontaktsjuksköterskan cancervården*. Hämtad 2013-02-19 från www.cancercentrum.se/sv/projekt/kontaktsjukskoterska/
- Cancerfonden. (2013). Cancerfondsrapporten-2013. Hämtad 2013-02-07 från <http://www.cancerfonden.se/sv/OmCancerfonden/Press/Pressmappar/Cancerfondsrapporten-2013/>
- Carroll, J. K., Humiston, S. G., Meldrum, S. C., Salamone, C. M., Jean-Pierre, P., Epstein, R. M., & Fiscella, K. (2010). Patients' experiences with navigation for cancer care. *Patient education and counseling*, 80, 241-247.
- Edvardsson, D. (Red.).(2010). *Personcentrerad vård i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Eide, H., & Eide, T. (2006). *Kommunikation i praktiken*. Malmö: Liber.
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L-E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33, 1112-1119.
- Ekman, I., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Johansson, I-L. (2011). Person-centred care - Ready for prime time. *European Journal of cardiovascular nursing*, 10, 248-251.
- Fagerström, L. (2012). Livskraft och livshållning. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 400) Lund: Studentlitteratur.

- Fillion, L., De Serres, M., Cook, S., Goupil, R. L., Bairati, I., & Doll, R. (2009). Professional patient navigation in head and neck cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 25(3), 212-221.
- Fossum, B. (Red.). (2013). *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 321-334) Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2:a uppl.) (s.133-144). Lund: Studentlitteratur.
- Graubaek, A-M. (Red.). (2012). *Patientologi: personcentrerad vård i teori och praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Hébert, J., & Fillion, L. (2011). Gaining a better understanding of the support function of oncology nurse navigators from their own perspective and that of people living with cancer: Part 1. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 21(1), 33-38.
- Hook, A., Ware, L., Siler, B., & Packard, A. (2012). Breast cancer navigation and patient satisfaction: exploring a community-based patient navigation model in a rural setting. *Oncology Nursing Forum*, 39(4), 379-385.
- Kennedy- Sheldon, L., Barrett, R., & Ellington, L. (2006). Difficult communication in nursing. *Journal of nursing Scholarship*, 32(2): 141-147.
- Koh, C., Nelson, J., & Cook, P. (2011). Evaluation of a patient navigation program. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 41-48.
- Korber, S. F., Padula, C., Gray, J., & Powell, M. (2011). A breast navigator program: barriers, enhancers, and nursing interventions. *Oncology Nursing Forum*, 38(1), 44-50.
- Langegard, U., & Ahlberg, K. (2009). Consolation in conjunction with incurable cancer. *Oncology Nursing Forum* 36(2) 99-106. doi: 10.1188/09.ONF.E99-E106.

Larsson, I., Palm, L., & Rahle Hasselbalch, L. (2008). *Patientkommunikation i praktiken - information, dialog, delaktighet*. Stockholm: Nordstedts Akademiska förlag.

Lee, T., Lee, I., Ko, I., Kim, E., Shin, M., Roh, S., ... Hangseok, C. (2011). Effects of nurse navigators on health outcomes of cancer patients. *Cancer Nursing*, 34(5), 376-384.

Norberg, A., Bergsten, M., & Lundman, B. (2001). A model of consolation. *Nursing Ethics*, 8(6), 544-553.

Pieters, H. C., Heilemann, M. V., Grant, M., & Maly, R. C. (2011). Older woman's reflections on accessing care across their breast cancer trajectory: navigating beyond the triple barriers. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 175-184.

Reitan, A.M. (2003). Kris och coping. I A.M. Reitan & T. Kr. Schölberg (Red.), *Onkologisk Omvårdnad. Patient-problem-åtgärd*. Stockholm: Liber.

Richard, M., Parmar, M., Calastagne, P., & McVey, L. (2010). Seeking patient feedback. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(4), 344-351.

Roxberg, Å. (2012). Tröst. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 437-444) Lund: Studentlitteratur.

Roxberg, Å. (2005). *Vårdande och icke vårdande tröst*. (Avhandling. Växjö universitet; Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete). Åbo Akademis Förlag. Vasa. Finland.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Skrutowski, M., Saucier, A., Eades, M., Swidzinski, M., Ritchie, J., Marchionni, C., & Ladouceur, M. (2008). Impact of a pivot nurse in oncology on patients with lung or breast cancer: symptom distress, fatigue, quality of Life, and use of healthcare resources. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 948-954.

Socialstyrelsen. (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 2013-03-15 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-1->

Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2012-09-30 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

SOU 2009:11 *En nationell cancerstrategi för framtiden*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer. Hämtad 2013-03-15 från <http://www.regeringen.se/sb/d/11223/a/120976>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010a). *Om personcentrerad vård*. Hämtad 2012-11-18 från http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80_26nov_OM%20Personcetrerad.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2010b). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm.

Swanson, J., & Koch, L. (2010). The role of the oncology nurse navigator in distress management of adult inpatients with cancer: A retrospective study. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 69-76.

Thornqvist, E. (2001). *Kommunikation i kliniken*. Lund: Studentlitteratur.

Thygesen, M., Pedersen, B., Kragstrup, J., Wagner, L., & Mogensen, O. (2012). Gynecological cancer patient's differentiated use of a nurse navigator: a quality study. *BMC Health Services Research*, 12, 168-179.

Viklund, P (2006). *Quality of life after esophageal cancer surgery*. (Doktorsavhandling, Unit of Esophageal and Gastric Research Department of Molecular Medicine and Surgery). Stockholm: Karolinska Institutet. Hämtad 2013-04-05 från <http://publications.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38134/thesis.pdf?sequence=1>

Wagner, E. H., Aiello Bowles, E. J., Greene, S. M., Tuzzio, L., Wiese, C. J., Kirlin, B., & Clauser, S. B. (2010). The quality of cancer patient experience: perspectives of patients, family members, providers and experts. *Quality & Safety in Health Care*. 19, 484 - 489. doi:10.1136/qshc.2010.042374

Walsh, J., Young, J. M., Harrison, J. D., Butow, P.N., Solomon, M. J., Masya, L., & White, K. (2011). What is important in cancer care coordination? A qualitative investigation. *European Journal of Cancer Care* 20, 220–227.

World cancer research fund. (2008). *Cancer statistic: worldwide*. Hämtad 2013-05 13 från http://www.wcrf.org/cancer_statistics/world_cancer_statistics.php

Östlundh. L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2:a uppl.) (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1 - Artikelsökning

Sökning i databasen Cinahl genomförd 2013-01-15

Sökord Filter: peer reviewed. År 2003-2013	Antal träffar	Antal använda
Pivot nurse	7	1 artikel Skrutowski et.al. (2008).
Pivot nurse AND cancer	4	1 artikel Skrutowski et.al. (2008)
Pivot nurse AND oncology	4	1 artikel Skrutowski et.al. (2008)
Patient navigator	46	2 artiklar Lee. et.al. (2011) Korber. et. al. (2011).
Patient navigator AND oncology	7	2 artiklar Lee. et.al. (2011) Korber. et. al. (2011).
Patient navigator AND oncology AND nurse	5	1 artikel Korber. et. al. (2011).
Patient navigator AND cancer	29	2 artiklar Lee. et.al. (2011) Korber. et. al. (2011).
Patient navigator AND cancer AND nurse	6	2 artiklar Lee. et.al. (2011) Korber. et. al. (2011).
Nurse navigator	35	6 artiklar Lee et.al. (2011) Korber et. al. (2011). Hébert et.al. (2011). Richard et.al. (2010) Pieters et.al. (2011) Swanson et al.(2010)
Nurse navigator AND cancer	27	6 artiklar Lee et.al. (2011) Korber et. al. (2011). Hébert et.al. (2011). Richard et.al. (2010) Pieters et.al. (2011) Swanson et al.(2010)
Nurse navigator AND oncology	16	4 artiklar Korber et. al. (2011). Hébert et.al. (2011). Pieters et.al. (2011)

		Swanson et. al.(2010)
Patient navigation	97	5 artiklar Campbell et.al.(2010). Hook et.al.(2012). Fillion et.al.(2009). Koh et.al.(2011 Carroll (2010).
Patient navigation AND cancer	59	5 artiklar Campbell et.al. (2010). Hook et.al.(2012). Fillion et.al.(2009). Koh et.al. (2011). Carroll et.al. (2010).
Patient navigation AND oncology	17	5 artiklar Campbell et.al. (2010). Hook et.al. (2012). Fillion et.al. (2009). Koh et.al.(2011). Carroll (2010).

Sökning i databasen PubMed genomförd 2013-01-15

Sökord	Antal träffar	Antal använda
Patient navigator AND cancer AND nurse	32	5 artiklar Hook et al.(2012) Lee at al. (2011) Korber et al. (2011) Richard et al. (2010) Thygesen et al. (2012)
Patient navigator AND oncology AND nurse	18	1 artikel Hook et al. (2012)
Nurse navigator AND cancer	25	5 artiklar Hébert et al. (2011) Lee et al. (2011) Korber et al. (2011) Richard et al. (2010) Campbell et al. (2010) Thygesen et al. (2012)
Nurse navigator AND oncology	17	En artikel Campbell et al. (2010)

BILAGA 2 - Artikelpresentation

Titel: Implementing and measuring the impact of patient navigation at a comprehensive community cancer center

Författare: Campbell, C; Craig, J; Eggert, J; Bailey-Dorton, C.

Tidskrift: Oncology Nursing Forum 2010;37(1): 61-68

Land: USA

Syfte: Att ta reda på hur kontaktperson i vården påverkar patienternas och personalens uppfattningar angående förberedelser inför behandling, tillgång till vård samt övergripande tillfredsställelse.

Metod: Kvantitativ studie. Frågeformulär med 10 frågor skickades till 100 nydiagnostiserade cancerpatienter och 40 hälso- och sjukvårdspersonal. Frågorna besvarades enligt Likertskala från 1-5 där 1 visade på stark oenighet och 5 visade på starkt samförstånd. Populationen var 48 patienter (28 st. som hade kontaktperson v/s 20 som fick sedvanlig vård) samt 26 hälso- och sjukvårdspersonal. P-värde för statistisk signifikans var satt till 0,05.

Referenser: 23

Titel: A breast navigator program: barriers, enhancers, and nursing interventions.

Författare: Korber, S F; Padula, C; Gray, J; Powel, M.

Tidskrift: Oncology Nursing Forum. 2011;38(1) ,44-50

Land: USA

Syfte: Att identifiera barriärer och stödjande åtgärder för att fullfölja bröstcancerbehandling, ur patientperspektiv.

Metod: Kvalitativ studie. Gruppintervju i 2 fokusgrupper med semistrukturerade frågor. 13 kvinnor vilka genomgick hela cancerbehandlingen deltog samt 1 kvinna som ej fullföljde behandlingen där valde man telefonintervju.

Referenser: 24

Titel: Breast cancer navigation and patient satisfaction: Exploring a community-based patient navigation model in a rural setting

Författare: Hook, A; Ware, L; Siler, B; Packard, A.

Tidskrift: Oncology Nursing Forum 2012; 39(4): 379-85.

Land: USA

Syfte: Undersöka hur nöjda nydiagnostiserade bröstcancerpatienter är med en kontaktsjuksköterskemodell i ett landsbygdssamhälle.

Metod: Kvantitativ, deskriptiv studie. Enkät innehållande 14 frågor skickades till 300 patienter som hade kontakt med en kontaktsjuksköterska. Frågorna besvarades enligt Likertskala från 1-5 där svarsalternativ 1 visade på stark oenighet och 5 visade på starkt samförstånd. 103 patienter deltog i studien. P-värde för statistisk signifikans redovisas inte.

Referenser: 33

Titel: Professional patient navigation in head and neck cancer.

Författare: Fillion, L; Serres, M; Cook, S; Goupil, R L; Bairati, I; Doll, R.

Tidskrift: Seminars in Oncology Nursing, 2009;25(3): 212-21.

Land: Kanada

Syfte: Undersöka i vilken utsträckning kontakt med kontaktsjuksköterska var förenat med bättre kontinuitet i vården och effekt av egeninflytande i vården

Metod: Kvantitativ kohort studie. 75 patienter som hade kontakt med kontaktsjuksköterska samt 83 patienter som inte erbjöds kontakt med kontaktsjuksköterska ingick i studien. P-värde för statistisk signifikans redovisas inte men P- värden finns med i resultatet.

Referenser: 29

Titel: Patients' experiences with navigation for cancer care.

Författare: Carroll, J. K; Humiston, S. G; Meldrum, S. C; Salamone, C. M; Jean-Pierre, P; Epstein, R. M; Fiscella, K.

Tidskrift: Patient Education and Counseling 2010

Land: USA

Syfte: Undersöka hur ”navigering” definierad som bedömning och lindring av barriärer för adekvat hälsovård, påverkar patienternas syn av kvalitén på deras cancervård.

Metod: Kvalitativ studie. Intervjuer. Sedvanlig vård kontra kontakt med kontaktsjuksköterska. Populationen var 35 nydiagnostiserade patienter med bröst- eller tjocktarmscancer.

Referenser: 22

Titel: The role of the oncology nurse navigator in distress management of adult inpatients with cancer:a retrospective study.

Författare: Swanson, J., Koch, L.

Tidskrift: Oncology Nursing Forum 2010; 37(1): 69-76

Land: USA

Syfte: Att undersöka hurvida ONN:s roll minskar ångest/oro hos vuxna ineliggande cancerpatienter.

Metod: Kvantitativ retrospektiv studie. 55 ineliggande patienter med cancerdiagnos fick dagligen uppskatta deras nivå av ångest/oro. 33 st fick besök av speciell kontaktperson och 22 patienter fick sedvanlig vård. P-värde för statistisk signifikans var satt till 0,05.

Referenser: 27

Titel: Older women's reflections on accessing care across their breast cancer trajectory: navigating beyond the triple barriers

Författare: Pieters, H.C; Heilemann, M.V; Grant, M; Maly, R.C.

Tidskrift: Oncology Nursing Forum. 2011; 38(2), 175-184.

Land: USA

Syfte: Att beskriva erfarenheterna hos äldre kvinnor med bröstcancer avseende de hinder som fanns under den prediagnostiska perioden vid diagnostillfället samt under behandlingen och därefter.

Metod: Kvalitativ deskriptiv studie. Grundad teori som vetenskapsmetod. Semistrukturerade intervjuer. 18 kvinnor medverkade i studien.

Referenser 45

Titel: Effects of Nurse Navigators on Health Outcomes of Cancer Patients

Författare: Lee, T; Ko, I; Lee, I; Kim, E; Shin, M; Roh, S et al.

Tidskrift: Cancer Nursing 2011; 34(5): 376-84

Land: Korea

Syfte: Utvärdera kontaktsjuksköterskans insatser hos nydiagnostiserade cancerpatienter.

Metod: 78 deltagande patienter i en kvalitativ studie. Pågick under tre månader. Mätning av livskvalitet, tillfredsställelse med vård och vårdtid.

Referenser: 31

Titel: Gaining a better understanding of the support function of oncology nurse navigators from their own perspective and that of people living with cancer: Part 1

Författare: Hébert, J; Fillion, L.

Tidskrift: Canadian Oncology Nursing Journal; 2011 Winter; 21(1): 33-8.

Land: Kanada

Syfte: Att bättre förstå onkologikontaktsjuksköterskans supportfunktion, först utifrån patienter som lever med cancer och sedan utifrån kontaktsjuksköterskans egna perspektiv.

Metod: Kvalitativ studie med semi-strukturerade intervjuer. Litet antal deltagare, endast 5.

Referenser: 38

Titel: Seeking Patient Feedback

Författare: Richard, M; Parmar, M; Calastagne, P; McVey, L.

Tidskrift: Journal of Nursing Care Quality 2010; 25(4):344-51

Land: Kanada

Syfte: Att mäta hur nöjda patienter är med cancervården vad gäller väntetider, tillgänglighet, kontaktfrekvens med vårdgivare och närvaro/tillgänglighet av en sjuksköterska som patient kan vända sig till. Hur detta påverkas av att ha en KSS knuten till sig.

Metod: Kvantitativ studie. Tvärsnittsundersökning; deltagare rekryterades från en cancerklinik med över 3000 patientbesök under en månad. Studien innehöll 21 frågor som tagits fram från en frågebank inom hälso-sjukvård i Kanada. P-värde för statistisk signifikans redovisas inte.

Referenser: 35

Titel: Evaluation of a Patient Navigation Program

Författare: Koh, C; Nelson, J; Cook, P.

Tidskrift: Clinical Journal of Oncology Nursing 2011, 15(1), 41-48.

Land: USA och Singapore

Syfte: Att undersöka och utvärdera ett patient-navigationsprogram.

Metod: Kvantitativ studie. Den aktuella studien utvärderade ett patient-navigationsprogram som pågick i sex månader okt -09 till mars -10.

Patienter som inkluderades i studien hade en nyligen diagnostiserad bröstcancer. 55 patienter deltog. P-värde för statistisk signifikans var <0,05.

Referenser: 50

Titel: Gynecological cancer patient's differentiated use of help from a nurse navigator: a qualitative study

Författare: Thygesen, M; Pedersen, B; Kragstrup, J; Wagner, L; Mogensen, O.

Tidskrift: BMC Health Services Research 2012,12, 168-179

Land: Danmark

Syfte: Att undersöka vem som kunde tjäna på att få en namnad kontaktsjuksköterska i början av sjukdomsförloppet vid cancer.

Metod: Kvalitativ studie med fenomenologiskt-hermeneutiskt tillvägagångssätt. Patienterna blev tilldelade en kontaktsjuksköterska som de kunde nå under kontorstid vid behov.

Referenser: 53

Titel Impact of a Pivot Nurse in Oncology on Patients With Lung or Breast Cancer: Symptom Distress, Fatigue, Quality of Life, and Use of Healthcare Resources

Författare: Skrutowski, M; Saucier, A; Eades, M; Swidzinski, M, Ritchie, J; Marchionni et al.

Tidskrift: Oncology Nursing Forum 2008, 35(6), 948-54.

Land: Kanada

Syfte: Att undersöka vilken påverkan kontinuitet i omvårdnad en onkologisk kontaktsjuksköterska har för att lindra symtomupplevelser hos patienter med lung eller bröstcancer.

Metod: Kvantitativ. Mätningar med hjälp av olika skalor som fylldes i av deltagarna.

Referenser: 61

Titel: A grounded theory exploration of the first visit to a cancer clinic – strategies for achieving acceptance.

Författare: Jakobsson, S; Horvath, G, Ahlberg, K.

Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing 2005, 9, 248-57.

Land: Sverige

Syfte: Att undersöka hur nydiagnostiserade cancerpatienter upplever sin första kontakt på en cancerklinik.

Metod: Kvalitativ intervjustudie som baserades på Grounded theory.

Referenser: 34