



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

KONTAKTSJUKSKÖTERS KANS BETYDELSE UNDER PALLIATIV CYTOSTATIKABEHANDLING

- UR ETT PATIENTPERSPEKTIV

Linda Andersson och Helena Hansson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad OM 5370
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt/2019
Handledare:	Sofie Jakobsson
Examinator:	Ingalill Koinberg

Titel svensk: Kontaktsjuksköterskans betydelse under palliativ
cytostatikabehandling – ur ett patientperspektiv

Titel engelsk: The role of the nurse navigator during palliative chemotherapy –
from a patient perspective

Uppsats/Examensarbete: 15 hp

Program och/eller kurs: Examensarbete i omvårdnad OM 5370

Nivå: Avancerad nivå

Termin/år: Vt/2019

Handledare: Sofie Jakobsson

Examinator: Ingalill Koinberg

Nyckelord: Kontaktsjuksköterska, palliativ vård, onkologisk omvårdnad,
öppenvårdspatienter, upplevelser

Sammanfattning

Bakgrund: Den nationella cancerstrategin från 2009 föreslog att alla patienter inom cancervård skulle erhålla en fast vårdkontakt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Kontinuitet till samma kontaktsjuksköterska möjliggör att en relation kan byggas upp mellan parterna, vilket ger förutsättningar för trygghet till patienten. Patientens upplevelse av sin livssituation kan förändras när en sårbar situation uppstår. Den tidiga palliativa fasen kan sträcka sig över månader och år, då kan cytostatika erhållas för att förlänga livet. Om en patient känner sig sedd och lyssnad på av kontaktsjuksköterskan, kan det stärka upplevelsen av den palliativa vården.

Syfte: Syftet var att beskriva betydelsen av att ha en kontaktsjuksköterska för patienter med cancersjukdom, som genomgår poliklinisk cytostatikabehandling med palliativt syfte.

Metod: En kvalitativ studiedesign användes där sex patienter deltog genom enskilda intervjuer. Materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Tre huvudkategorier identifierades under analysen: betydelsefulla funktioner, betydelse av relation och betydelse av kontinuitet. Dessa byggdes upp av åtta underkategorier: tillgänglighet, kompetens, stöd, personlig relation, bemötande, trygghet, att vårdas av sin kontaktsjuksköterska och att vårdas av andra sjuksköterskor. Resultatet visade att tillgängligheten, stödet, kontinuiteten och den personliga relationen till kontaktsjuksköterskan var betydelsefull, men framför allt i händelse av att sjukdomen skulle försämrats.

Slutsats: Studiens resultat belyser kontaktsjuksköterskans funktioner, men även betydelsen av relationen och kontinuiteten till kontaktsjuksköterskan för patienter som haft poliklinisk palliativ cytostatikabehandling under flera år. Detta kan bidra till en förståelse varför denna patientgrupp behöver få vårdas av en kontaktsjuksköterska.

Nyckelord: Kontaktsjuksköterska, palliativ vård, onkologisk omvårdnad, öppenvårdspatienter, upplevelser

Abstract

Background: The national cancer strategy 2009, suggested that all patients in cancer care should receive a named care contact, to meet the patient's need of continuity and safety. Continuity to the same nurse navigator enables that a relationship between the parties can build up, which provides safety for the patient. The patient's experience of his or her life situation can change when a vulnerable situation arises. The early palliative phase can extend over months and years and then chemotherapy can be obtained to prolong life. If a patient feels seen and listened to by the nurse navigator, it can enhance the experience of the palliative care.

Purpose: The aim of the study was to describe the importance of having a nurse navigator for patients with cancer, undergoing chemotherapy in palliative care.

Method: A qualitative study design was used and six patients participated through individual interviews. The material was analyzed using qualitative content analysis.

Results: Three main categories were identified during the analysis: significant functions, importance of relationship and of continuity. The categories were built up by eight subcategories: availability, competence, support, personal relationship, care, safety, being cared by their nurse navigator and being cared by other nurses. The results showed that availability, the support, the continuity and the personal relationship with the nurse navigator were important, especially in the event of deterioration in health.

Conclusion: The study's results illustrate the functions of the nurse navigator, but also the importance of the relationship and continuity of the nurse navigator for patients who have had outpatient palliative chemotherapy for several years. This can contribute to an understanding why this patient group needs to be cared by a nurse navigator.

Keywords: Nurse navigator, palliative care, oncology nursing, outpatients, experiences

Förord

Författarna vill tacka deltagarna i studien för att de delade med sig av sina upplevelser. Tack även till Sofie Jakobsson för god handledning under arbetets gång. Även ett stort tack till våra familjer som alltid finns för oss.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Kontaktsjuksköterskans definition och funktion	1
Kontaktsjuksköterskans betydelse för patienter inom onkologi.....	2
Delaktighet	2
Tillgänglighet, trygghet och kontinuitet	2
Praktiskt och känslomässigt stöd	3
Kontaktsjuksköterskans kompetens	3
Patienter som genomgår cytostatikabehandling under palliativ vård.....	3
Palliativ vård	3
Palliativa faser.....	4
Patientens upplevelse av att vara under palliativ cytostatikabehandling	4
Teoretisk utgångspunkt.....	5
Personcentrerad vård.....	5
Personcentrerad palliativ vård utifrån de 6 S:n	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	7
Dataanalys	8
Etiska överväganden.....	10
Resultat.....	10
Betydelsefulla funktioner	11
Tillgänglighet.....	11
Kompetens	11
Stöd	12
Betydelse av relation	12
Personlig relation	12
Bemötande	13

Trygghet.....	13
Betydelse av kontinuitet	13
Att vårdas av sin kontaktsjuksköterska.....	13
Att vårdas av andra sjuksköterskor	14
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	16
Slutsats	19
Kliniska implikationer	19
Förslag till fortsatt forskning	19
Referenslista	20
Bilagor.....	25

Inledning

Sen ett decennium tillbaks har kontaktsjuksköterskan varit ett begrepp inom cancervården. Regionala cancercentrum i samverkan uppger att alla patienter med cancer ska erbjudas en fast kontaktsjuksköterska som har det övergripande ansvaret för patient och närstående under hela vårdtiden. När en kontaktsjuksköterska slutar på sin arbetsplats bryts kontinuiteten mellan patienten och sjuksköterskan. Detta kan bli sårbart för patienter med cancer som erhåller cytostatikabehandling i palliativt syfte, då deras behandling kan pågå i flera år.

Med bakgrund av detta väcktes ett intresse att genomföra en studie där denna patientgrupp själva får berätta hur de upplever att ha en fast kontaktsjuksköterska och om behovet förändras över tid.

Bakgrund

Kontaktsjuksköterskans definition och funktion

Sveriges kommuner och landsting genomförde en kartläggning 2011 av kontaktsjuksköterskor inom cancervården i Sverige och då framkom olika benämningar och innehåll i uppdraget som kontaktsjuksköterska. Benämningarna var kontaktsjuksköterska, koordinator, patientlots eller patientansvarig sjuksköterska. De hade varierande arbetsuppgifter och kompetenskrav för funktionen (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2013). Enligt organisationen Academy of Oncology Nurse & Patient Navigators (AONN) som använder benämningen nurse navigator, så är kontaktsjuksköterskan en person som stödjer patienter med cancer genom att identifiera och ta bort hinder som uppkommer under patientens vårdtid. Navigatorm har en samordnande funktion och har en viktig plats i det multidisciplinära vårdteamet (Academy of Oncology Nurse & Patient Navigators [AONN], 2019). En ytterligare definition av en kontaktsjuksköterska inom onkologi är enligt Oncology Nursing Society (ONS) en sjuksköterska med specifika onkologikunskaper som erbjuder individuellt stöd för att övervinna hinder under vårdtiden. Vidare ska sjuksköterskan med hjälp av omvårdnadsprocessen ge undervisning och resurser för att underlätta livskvalitet och psykosocial omvårdnad. Detta ska ske under hela patientens sjukdomstid (Oncology Nursing Society [ONS], 2017). I denna studie används definitionerna nurse navigator och oncology nurse navigator för att beskriva kontaktsjuksköterskan.

I den nationella cancerstrategin från 2009 föreslogs att alla patienter inom cancervård skulle erhålla en fast vårdkontakt. Funktionen som beskrevs innebar att hjälpa patienten med kompletterande information, kommunikationen mellan olika vårdgivare och möjliggöra att patienten kan bli mer delaktig i sin vård (SOU 2009:11). Utifrån detta arbetade Statens kommuner och landsting fram en beskrivning av vad en kontaktsjuksköterska inom cancervård har för roll och funktion. Beskrivningen omfattade att det ska vara en för patienten

namngiven sjuksköterska, som har det övergripande ansvaret för patientens omvårdnad. Det innebär att ansvara för att patientens behandlingsplanering följs och att delta i multidisciplinära ronder. Vidare ansvara för att ge information och psykosocialt stöd och förmedla kontakt med andra yrkesgrupper vid behov. Ytterligare ansvar är att säkerställa patientens delaktighet i sin vård som skall mynna ut i en skriftlig individuell vårdplan (Regionala cancercentrum i samverkan, 2018a; SKL, 2013). Även Patientlagen (PL, 2014:821) styrker också att patienten ska ha en fast vårdkontakt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

Vidare har det beskrivits att i kontaktsjuksköterskans arbete inom onkologi ingick det att följa patientens behandlingsplanering och att se över undersökningsresultat, nya beslut och hur återkopplingen till patienten skulle se ut (Hébert & Fillion, 2011a). Vid läkarbesök kunde kontaktsjuksköterskan vid behov samtala med patienten och förtydliga informationen som läkaren givit (Melhem & Daneault, 2017).

Enligt Lubejko et al. (2017) hade kontaktsjuksköterskans roll och funktion förändrats under en femårsperiod. Förändringarna innebar att nya uppgifter har lagts till, exempelvis psykosocial omvårdnad, stöd och stresshantering för patienter och hjälp att identifiera brister i patientens vårdkedja. Baileys et al (2018) sammanställde detta på ett överskådligt sätt och beskrev hur kontaktsjuksköterskan fick både fördjupade och ytterligare kompetenser mellan 2013 till 2017 (Baileys et al., 2018).

Kontaktsjuksköterskans betydelse för patienter inom onkologi

Delaktighet

I två studier beskrevs delaktighet i vården hos patienter som var nydiagnostiserade med sin cancersjukdom och som nyligen hade fått en kontaktsjuksköterska (Jeyathevan, Lemonde, & Cooper, 2017; Wagner et al., 2013). Att få en kontaktsjuksköterska redan vid cancerbeskedet upplevde patienter som positivt då det skapade delaktighet i deras vård. De blev informerade om sin sjukdom, behandling och biverkningar, vilket gjorde att patienterna kunde förbereda sig på hur deras vardag kunde bli påverkad (Wagner et al., 2013). Patientens delaktighet stärktes även när kontaktsjuksköterskan visade att patienten var i fokus och fick vara med i beslut och planering gällande sin vård (Jeyathevan et al., 2017).

Tillgänglighet, trygghet och kontinuitet

Studier har visat att kontaktsjuksköterskans tillgänglighet är betydelsefull för patienter inom cancervården, vilket visade på medkänsla och empati för patienternas behov (Hébert & Fillion, 2011a; Jeyathevan et al., 2017). En del patienter önskade att kontaktsjuksköterskan kunde kontakta dem regelbundet för att efterhöra deras allmäntillstånd. Vid överföring mellan olika vårdinstanser uttryckte de ett större behov av tätare kontakt med kontaktsjuksköterskan. (Pedersen, Hack, McClement & Taylor-Brown, 2014). Det var en

trygghet att sjuksköterskan fanns tillgänglig och närvarande under hela patientens behandlingstid (Hébert & Fillion, 2011a; Jeyathevan et al., 2017). Det skapade kontinuitet att ha kontakt med samma sjukvårdspersonal under patientens vårdtid (Duthie, Strohschein & Loïselle, 2017). Patienterna förväntade sig att kontaktsjuksköterskan skulle följa dem under deras behandling (Melhem & Daneault, 2017). Kontinuiteten att ha samma kontaktsjuksköterska under vårdtiden gjorde att det byggdes upp en relation mellan parterna. Detta gav en trygghet för patienten som var i en skör vårdssituation (Duthie et al., 2017; Hébert & Fillion, 2011a). Kontaktsjuksköterskans arbetssätt skapade kontinuitet i vården och gav förutsättningar för att underlätta bedömningar, beslut och därmed kunde patientsäkerheten höjas (Jeyathevan et al., 2017).

Praktiskt och känslomässigt stöd

Vid otydlig och otillräcklig information kunde patienten känna stress och förvirring. Patienter lyfte fram kontaktsjuksköterskan som den viktigaste personen i teamet att få information och känslomässigt stöd ifrån (Duthie et al., 2017). Patienterna förväntade sig att bli lyssnad på utan att bli dömda (Melhem & Daneault, 2017). Nydiagnostiserade patienter upplevde att om kontaktsjuksköterskan tog sig tid och lyssnade på patienten bidrog det till minskad ångest för denne. Kontaktsjuksköterskan kunde genom kontakten fånga upp olika stödbehov, vilket underlättade för patienten att hantera sjukdomstiden (Goldschmidt Mertz et al., 2017). Utöver känslomässigt stöd var kontaktsjuksköterskan betydelsefull för praktiska behov i vården till exempel återkoppla och planera vården (Hébert & Fillion, 2011a; Pedersen et al., 2014).

Kontaktsjuksköterskans kompetens

Patienter inom cancervård tyckte att det var av stor vikt att kontaktsjuksköterskan hade kunskap om vårdprocessen och bred medicinsk kunskap om deras cancersjukdom (Pedersen et al., 2014). De var även väl insatta i patienternas sjukdomssituation och hade ett samarbete med andra vårdgivare och kunde ta kontakt med dem när behov fanns (Duthie et al., 2017; Melhem & Daneault, 2017). Andra studier visade att kontaktsjuksköterskan uppfyllde denna förväntan och lotsade dem till rätt profession (Duthie et al., 2017; Goldschmidt Mertz et al., 2017).

Patienter som genomgår cytostatikabehandling under palliativ vård

Palliativ vård

Den största patientgruppen inom onkologin är de som har en spridd cancersjukdom, vilket oftast innebär att sjukdomen inte längre är botbar (Regionala cancercentrum i samverkan, 2018b). Avancerad cancer innebär att den har spridit sig vidare från där den började ursprungligen (National Cancer Institute at the National Institutes of Health, u.å). Socialstyrelsen har definierat att palliativ vård är *”hälso- och sjukvård i syfte att lindra*

lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående” (Socialstyrelsen, u.å). Det kan exempelvis innebära att förbättra livskvaliteten för patienten och dess anhöriga och påverka sjukdomsförloppet i positiv bemärkelse. Vården kan också vara till nytta tidigt i sjukdomsskedet genom att ge onkologisk behandling såsom cytostatika i syfte att förlänga livet (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). Behandlingen kan hindra tillväxten av tumören och lindra symtom samt i bästa fall minska storleken på tumören (National Cancer Institute at the National Institutes of Health, u.å). Genom att ha ett palliativt förhållningssätt är strävan i vården att ha en helhetssyn på människan och försöker hjälpa patienten att leva så bra som möjligt till livets slut (Socialstyrelsen, u.å).

Palliativa faser

Den tidiga palliativa fasen kan sträcka sig över både månader och år. Vården ges då i syfte att förlänga livet med hjälp av olika palliativa insatser där exempelvis kirurgi, cytostatika och strålbehandling ingår. Den sena palliativa fasen innebär vård i livets slutskede. Övergången mellan tidig och sen palliativ fas sker genom en brytpunktsbedömning mellan läkare, patient och dess närstående. De aktiva palliativa insatserna, som ges i den tidiga fasen, kan i stället bidra till skada för patienten och därmed förkorta dennes liv (Axelsson, 2015).

Många stora patientgrupper såsom bröst-, kolorektal- och prostatacancer befinner sig i den tidiga palliativa fasen under lång tid, då den moderna cancerbehandlingen har påtagligt utvecklats de senaste årtiondena. (Regionala cancercentrum i samverkan, 2018b). Det innebär att många olika behandlingsbeslut kommer att tas, flera undersökningar och eventuellt ytterligare kirurgi kommer att ske. Patienten kommer att få information kring de olika behandlingarna och dess eventuella biverkningar samt delges besked om behandlingsresultat.

Patientens upplevelse av att vara under palliativ cytostatikabehandling

Patientens existentiella upplevelse av sin livssituation förändrades när en sårbar situation såsom palliativ vård uppstod. Personens tidigare invanda liv ändrades på ett kritiskt sätt och en existentiell osäkerhet kunde upplevas (Karlsson, Friberg, Wallengren & Öhlén, 2014). Två studier har visat att patienterna var välinformerade om att deras sjukdom hade övergått till ett palliativt skede. Trots att de var medvetna om sin obotliga sjukdom var det ingenting som de ville prata om. De fokuserade på att leva i nuet och göra det som kändes värdefullt (Buiting et al., 2013, Bergqvist & Strang, 2017). För att inte tänka på den osäkra framtiden, höll de kvar vid vardagliga rutiner, vilket gav dem en känsla av trygghet och betydelsefullhet. Den livshotande sjukdomen medförde att de undvek att skjuta upp planer för framtiden (Karlsson et al., 2014). För att hantera sin dödsångest underlättade det att få cytostatikabehandling. Det var stressande att få behandlingssuppehåll, då patienterna kunde bli oroliga att befintliga tumörer skulle växa eller att de skulle få sjukdomsrecidiv (Buiting et al., 2013, Bergqvist & Strang, 2017). Andra patienter använde även copingstrategier mot sin

ångest, såsom att tänka positivt och att distrahera sig med olika aktiviteter och intressen (Cameron & Waterworth, 2014). Den existentiella säkerheten stärktes vid mötet med vårdpersonalen. Genom att ta sig tid och lyssna på patienten, ökade patientens upplevelse av autonomi och integritet (Karlsson et al., 2014). För att få en bra vård uttryckte patienterna att det var betydelsefullt att vårdpersonalen såg personen bakom sjukdomen (Buiting et al., 2013). Upplevelsen av att få palliativ behandling blev positiv när de hade en bra relation med sjuksköterskan (Cameron & Waterworth, 2014). Då nya metoder och behandlingar utvecklas kände patienterna att det fanns hopp om att leva längre och att kunna bli botade (Karlsson et al., 2014).

Teoretisk utgångspunkt

Personcentrerad vård

I vårdsammanhang förekommer det uttryck att patienten ses som en person, men begreppet är mycket komplext. I århundranden har filosofer debatterat om vad en person är genom att beskriva olika modeller av personfilosofi. Dessa försöker beskriva vad det innebär att vara en människa (Mc Cormack, 2012). Begreppet person handlar om att ha en egen identitet, att vara unik och oersättlig och förväntas bli tagen på allvar som likvärdig part (Kristensson Ugglå, 2014).

Den traditionella patientcentrerade vården skiljer sig från den personcentrerade vården. Från att utgå från en hälso- och sjukvård där patienten har en sjukdom, som de får information om och sedan kan ta beslut om vilken vård de vill ha, ses patienten som en person som är delaktig i sin vård och expert på sin sjukdom (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Patientberättelsen, partnerskapet och dokumentationen är tre viktiga delar som ligger till grund för personcentrerad vård. Genom att lyssna på patienten får denne berätta om sin ohälsa och hur den påverkar henne/honom samt vilka resurser och möjligheter som denne har i sig själv och i sin omgivning. Denna berättelse lägger grunden för partnerskapet då patienten känner att det denne berättar är viktigt för den fortsatta vården.

Partnerskapet innebär att vårdpersonalen tillsammans med patient och närstående har en ömsesidig respekt för varandras kunskaper, delar information och tar gemensamma beslut. Vid kroniska sjukdomar, som är progressiva, är det viktigt att vårdpersonal, patienter och närstående utvecklar ett partnerskap för att uppnå gemensamma mål. För att underlätta samverkan och kontinuitet i vården ska patientberättelse, resurser och beslut dokumenteras i patientens journal (Ekman et al., 2011).

Personcentrerad palliativ vård utifrån de 6 S:n

I denna arbetsmodell sätts personen i centrum. Genom att ha patientens behov och värderingar som utgångspunkt, används ett strukturerat arbetssätt för att kunna planera, genomföra och utvärdera vården (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). Det första av de 6 S:n är patientens självbild, det vill säga hur denne upplever sig själv och sin situation. De andra fem

S:n är symtomlindring, självbestämmande, sociala relationer, sammanhang och strategier, vilka alla relaterar till personens självbild. Vårdpersonalen ska kontinuerligt lyssna på patientens berättelse för att stödja personen att behålla sin identitet och självbild. Genom att aktivt lyssna och analysera patientberättelsen kan vårdpersonalen hjälpa patienten med dennes upplevda symtom. Bedömningen behöver vila på en helhetssyn där hänsyn tas till både fysiska, psykiska, sociala och existentiella komponenter. Självbestämmande och önskan att få vara delaktig i utformandet av sin vård varierar från person till person. I den palliativa vården är det betydelsefullt att hjälpa patient och dennes närstående att behålla de sociala relationerna, då beroendet av varandra ökar under sjukdomstiden. De två sista S:n skiljer sig åt då patientens tillbakablick på livet gör att denne kan uppleva en känsla av sammanhang och strategierna är istället en framåtblick med förhoppningar om framtiden. Alla 6 S:n är inte alltid lika relevanta för varje person och de kan också variera över tid (Ternstedt, Österlind, Henoch & Andershed, 2012)

Problemformulering

Tidigare omvårdnadsforskning har visat på att kontaktsjuksköterskans roll är betydelsefull och viktig för patienter i cancervården. Cancerforskningen har medfört att de medicinska behandlingarna inom palliativ onkologisk vård har utvecklats och blivit effektivare samt att antalet behandlingsalternativ har blivit fler. För patienter under tidig fas av palliativ vård kan vårdtiden bli lång, då de kan få cytostatikabehandling under flera års tid. Att få ett besked att sjukdomen övergått till en palliativ fas kan väcka många känslor och funderingar hos patienten. Vid ottydlig och otillräcklig information kan denne känna stress och förvirring. För att förhindra detta kan en kontaktsjuksköterska ha det övergripande ansvaret tillsammans med patienten för dennes omvårdnad och planering. En fast vårdkontakt kan möjliggöra personcentrerad vård och höja patientsäkerheten. Att ha en nära kontakt med patienten under den palliativa behandlingen kan leda till ett partnerskap, vilket gör det möjligt att lyssna till patientens tankar och önskemål så att rätt behov tillgodoses.

Patienter med cancersjukdom som genomgår cytostatikabehandling under palliativ vård har komplexa behov. Forskningen bygger främst på patienter med nydiagnostiserad cancer och deras upplevelse av att ha en kontaktsjuksköterska. Det saknas omvårdnadsforskning hur patienter med cancer, som genomgår palliativ cytostatikabehandling sedan minst ett år tillbaka, upplever vilken betydelse kontaktsjuksköterskan har för dem.

Syfte

Syftet var att beskriva betydelsen av att ha en kontaktsjuksköterska för patienter med cancersjukdom, som genomgår poliklinisk cytostatikabehandling med palliativt syfte.

Metod

För ovanstående syfte passade en kvalitativ studiedesign med intervjuer, vilket kunde möjliggöra för deltagarna att ge rikliga beskrivningar av vad kontaktsjuksköterskans betydelse för dem. Datainsamlingen gjordes genom enskilda intervjuer och materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Polit & Beck, 2017). Innehållsanalysen utgick från en induktiv ansats, vilket rekommenderas när det inte finns tidigare forskning om studiens syfte eller när det delvis har studerats (Elo & Kyngäs, 2008).

Urval

För att erhålla information om studiens syfte användes ett ändamålsenligt urval (Polit & Beck, 2017). Inklusionskriterierna var patienter med en cancerdiagnos som hade pågående palliativ cytostatikabehandling sedan minst 1,5 år tillbaka och hade haft erfarenhet av att ha en kontaktsjuksköterska. Exklusionskriterierna var kognitiv nedsättning och om de ej förstod svenska språket. Vidare tillfrågades inte de som var anslutna till palliativ hemsjukvård, då de brukar ha en kontaktsjuksköterska även där. Författarna skulle inte ha haft en vårdrelation med deltagarna. Det blev totalt sex deltagare, som tackade ja till medverkan i studien, vilka bestod av fyra kvinnor och två män. Deras ålder var mellan 36-74 år och de hade haft cytostatikabehandling mellan 1 år och 11 månader till 3 år och 11 månader. Totalt tillfrågades nio patienter och bortfallet blev tre patienter. En patient tackade nej i första steget när behandlingssjuksköterskan tillfrågade denne. Två patienter fick försämrat allmäntillstånd efter att de givit samtycke till intervjun och kunde därför inte delta.

Datainsamling

Deltagarna i denna studie vårdades som patienter på en onkologisk behandlingsmottagning vid ett universitetssjukhus i Sverige. Alla sjuksköterskor som arbetar på denna mottagning är kontaktsjuksköterskor. Deras funktion innebär att ha det övergripande ansvaret över patientens omvårdnad, vilket inkluderar även att administrera behandlingar. Patienterna blir tilldelad en namngiven kontaktsjuksköterska och informerad om dennes funktion i samband med nybesöket på mottagningen. Vid kontaktsjuksköterskans frånvaro ges behandlingen av andra sjuksköterskor på behandlingsmottagningen. Deltagarna valdes ut genom att författarna tittade i aktuell kliniks bokningsunderlag för att se vilka patienter som var inplanerade för palliativ cytostatikabehandling. Den sjuksköterska som skulle ge behandling till patienten såg över om denne överensstämde med studiens kriterier. Därefter frågade sjuksköterskan patienten, i samband med behandlingen, om en av författarna fick komma in och berätta om studien. En av författarna gick sedan in till deltagaren och lämnade muntlig och skriftlig forskningspersoninformation (se bilaga 1). Deltagaren fick tid att läsa igenom informationen i lugn och ro och sedan möjlighet att ställa frågor. Tid och plats för intervjun bestämde deltagaren och alla ville att den skulle ske i samband med behandlingsbesök på sjukhuset.

Datainsamling gjordes genom enskilda intervjuer med deltagarna. En semistrukturerad frågeguide (se bilaga 2) användes som stöd vid intervjuerna (Polit & Beck, 2017). Nyckelfrågor för studiens syfte ställdes med möjlighet att ställa kompletterade frågor för att få en djupare beskrivning av deltagarens berättelse (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuerna ljudinspelades i ett ostört rum. Innan inspelningen började presenterades åter syftet med studien och deltagarna fick möjlighet att ställa ytterligare frågor. De informerades vidare om att de fick möjlighet att berätta fritt, men att författarna vid behov ledde samtalet åter till syftet med studien. Inspelningarna gjordes med hjälp av en mobiltelefon. Varje intervju tog mellan 12-35 minuter. Då intervjun kunde väcka tankar och känslomässiga reaktioner gavs deltagarna möjlighet till reflektion med författarna direkt efter intervjun och vid behov erbjöds annan samtalskontakt.

Dataanalys

Datamaterialet analyserades enligt en kvalitativ innehållsanalys med manifest tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna transkriberades ordagrant där även pauser och tonläge noterades (Polit & Beck, 2017). Meningsbärande enheter lyftes ut ifrån texten som var relevanta för studiens syfte. Därefter togs överflödiga ord bort utan att innehållet ändrades, så kallade kondenserade meningsbärande enheter. Därefter kodades dessa enheter, vilket syftade till att kortfattat beskriva dess innehåll. Koderna mynnade sedan ut till kategorier, där varje kategori visade ett gemensamt uttryck av innehållet i texten. Ingen data som var relaterat till syftet uteslöts eller fick falla mellan två kategorier, då skapades istället flera kategorier. En kategori kunde innehålla ett antal underkategorier, som bestod av varierade nivåer av abstraktion (Graneheim & Lundman, 2004). Exempel på stegen i analysförfarandet återges i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på meningsbärande enhet, kondenserad meningsbärande enhet, kod, underkategori och huvudkategori.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
men det är liksom vilka funderingar jag än har jag kan ringa och fråga	vilka funderingar än har, kan ringa och fråga	Tillgänglighet till kontaktsjuksköterska	Tillgänglighet	Betydelsefulla funktioner

<p>man pratar inte bara om sjukdomar. vi kan även prata om våra intressen. kan prata vad vi gör på vardagen och ledig vad hon gör.. och man lär ju känna varann lite. det är inte bara just man sitter och pratar om min sjukdom hela tiden heller. vi kan prata om allt möjligt, skoja och skämta och så kan man skratta ihop. då blir man mer avslappnad.</p>	<p>pratar inte bara sjukdomar. lär känna varann. man skratta ihop. blir man mer avslappnad.</p>	<p>Personlig relation med kontaktsjuksköterska</p>	<p>Personlig relation</p>	<p>Betydelse av relation</p>
<p>jag som bara hämtar mediciner tycker att det är ok men jag kan tänka mig att om man vore mera sjuk</p>	<p>Om vore mera sjuk så hade det känts bättre att ha samma hela tiden.</p>	<p>Samma kontaktsjuksköterska vid försämrad sjukdom</p>	<p>Att vårdas av samma kontaktsjuksköterska</p>	<p>Betydelse av kontinuitet</p>

så hade det känts bättre att ha samma hela tiden				
--	--	--	--	--

Etiska överväganden

Lagen om etik vid forskning avseende människor har som syfte att skydda den enskilda individen både fysiskt och psykiskt och skydda dennes integritet samt respektera människovärdet (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, SFS 2003:460). Studiens vetenskapliga värde måste uppväga risken för forskningspersonen att delta i studien (Cöster, 2014). Forskningspersonsinformation ska innehålla studiens syfte, tillvägagångssätt, för- och nackdelar med att delta och att resultatet skyddas med sekretess samt kontaktuppgifter till forskare och huvudman. Deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Innan deltagandet ska forskningspersonen givit sitt samtycke (Etikprövningsmyndigheten, 2019; Cöster, 2014; SFS 2003:460).

Då en magisteruppsats på högskolenivå inte anses vara forskning och därför inte omfattas av ovanstående lag (SFS 2003:460), har ändå en god forskningsetisk sed följts. Denna studies urval tillhörde en sårbar grupp av patienter, då de genomgick palliativ onkologisk behandling och visste att deras sjukdom inte längre var botbar. Detta togs hänsyn till när deltagarna tillfrågades, genom att behandlingssjuksköterskan först frågade patienten om författarna fick ta kontakt och informera om studien. Deltagarna fick ta del av forskningsinformationen både muntligt och skriftligt och gav sedan sitt muntliga samtycke till att delta i studien. Det erbjöds reflektion och uppföljande samtal efter intervjun om känslomässiga reaktioner skulle uppstå. Deras personuppgifter hanterades enligt EU:s dataskyddsförordning GDPR. Datamaterialet kodades så att deltagarna inte kunde identifieras. Vidare förvarades materialet så att obehöriga inte kunde ta del av dem utan var endast tillgängligt för författarna och deras handledare. Efter avslutad studie raderades materialet. Inför planerad studie erhöles godkännande av vårdenhetschef och verksamhetschef på aktuell klinik. Denna studie kan ge fördjupad kunskap om patientens upplevelse av kontaktsjuksköterskans betydelse för patienter inom palliativ cancervård, vilket kan leda till en förbättrad vård.

Resultat

Analysen resulterade i tre huvudkategorier; betydelsefulla funktioner, betydelse av relation och betydelse av kontinuitet. Dessa byggdes upp av åtta underkategorier för att beskriva vad kontaktsjuksköterskan betyder för patienter med cancersjukdom inom palliativ vård, se tabell 2.

Tabell 2. Resultatets huvudkategorier och underkategorier

Betydelsefulla funktioner			Betydelse av relation			Betydelse av kontinuitet	
Tillgänglighet	Kompetens	Stöd	Personlig relation	Bemötande	Trygghet	Att vårdas av sin kontakt-sjuksköterska	Att vårdas av andra sjuksköterskor

Betydelsefulla funktioner

Deltagarna lyfte fram kontaktsjuksköterskans kunskap och arbetssätt som betydelsefullt för dem. Det framkom tre underkategorier som ansågs vara viktiga; tillgänglighet, kontaktsjuksköterskans kompetens och stöd.

Tillgänglighet

Några deltagare upplevde att de hade en god tillgänglighet till sin kontaktsjuksköterska. De visste att de alltid kunde ringa och lämna meddelande och att de därefter blev uppringda. Det framkom en önskan om ett direktnummer för en bättre tillgänglighet och att kontaktsjuksköterskan alltid skulle vara nåbar. Framförallt vid försämrad sjukdom underlättade det att få prata med sin kontaktsjuksköterska direkt.

”det är inga problem jag kan ringa min sköterska på morgonen...jag kan lämna meddelande, jag kan liksom alltid kontakta.. och får alltid komma fram på nåt sätt under dagen i alla fall”

”ringer man då och man får svaret att vi ringer upp dig imorgon bitti klockan 10. Då åker man in till akuten.... på det viset vore det ju bra med ett nummer som man kan ringa direkt på något vis.... det är ju en minuts samtal som kanske är värd så mycket”

Kompetens

Kontaktsjuksköterskan upplevdes vara professionell när hon hade en helhetssyn och en samordnande funktion runt patienten. Det betonades att kontaktsjuksköterskan kunde ge bra information kring behandling och planering, men även förtydliga oklarheter efter samtal med läkare. Deltagarna upplevde att kontaktsjuksköterskans kompetens var god då de fick svar på de frågor de ställde. Däremot var det svårt att få konkret information om framtiden, då deltagarna befinner sig i en oviss palliativ sjukdomssituation.

”hennes kunskap.. om jag frågar efter nånting.. då vill man ju ha ett svar som man känner kan va vettigt och rimligt... och det känner ju jag att jag har fått”

”....man kan ju inte veta liksom när det bromsar, när det blir stabilt, när det kommer tillbaka så det tycker jag liksom pågående process liksom hela tiden... eftersom man kan inte påverka så, så det förstår jag att det inte går...att få ett schema.. och det är inte sjukvårdens det är ju liksom.. cancern”

”ser helheten, ser människan, ser patienten”

Stöd

Det framkom att de hade stöd ifrån sin kontaktsjuksköterska, men det var svårt att beskriva vad det var för sorts stöd. De nämnde dock att kontaktsjuksköterskans tillgänglighet och kunskap gällande sjukdomen var ett stöd för dem. Några deltagare uppgav att de hade mer behov av stöd i början av sin palliativa sjukdom, vilket också tillgodosågs. En av deltagarna, som inte hade en kontaktsjuksköterska, uttryckte en önskan om att få hjälp att kunna inleda en första kontakt med andra patienter, då de skulle kunna utbyta erfarenheter och samtala om den svåra sjukdomssituationen. Eftersom sjukdomen är oviss framkom att behovet av stöd från kontaktsjuksköterskan skulle kunna öka framöver.

”Sen andra gången när man kommer tillbaka, ja då tycker jag det är mycket, mycket mer stöd för nu är jag liksom en palliativ vårds patient... ja, man blir omhändertagen på ett helt annat sätt... ja, det är lite mera, lite bättre lite mer”

”För väldigt mycket utbyte tror jag, att man skulle ha med varann. Lika mycket som en sjuksköterska....Det skulle vara rena terapin.”

”och sen vet man ju att det här blir sämre.. alltså det blir ju aldrig bättre va..för min del..och då kan man ju tänka framåt..om man säger att man börjar få ont eller matlusten blåser bort, man börjar gå ner i vikt då är det ju skönt att ha någon att prata med”

Betydelse av relation

Genom att ge ett positivt bemötande gavs bra förutsättningar för en personlig relation mellan deltagarna och deras kontaktsjuksköterska, vilket skapade en trygghet.

Personlig relation

Det framkom att deltagarna uppskattade en personlig relation med kontaktsjuksköterskan. Genom att de byggde upp en relation, så lärde de känna varandra och det skapades ett förtroende, vilket uttrycktes som betydelsefullt för deltagarna. Relationen gav andra samtalsämnen som inte enbart berörde sjukdomssituationen. De upplevde att kontaktsjuksköterskan kunde se dem som en person och inte enbart som en patient med en sjukdom. Den regelbundna kontakten möjliggjorde att samtalen kunde återupptas där de slutade sist. Det var betydelsefullt att de hade roligt tillsammans och att de inte bara pratade allvar. Deltagare som saknade en fast kontaktsjuksköterska i nuläget, framhöll ett behov av att få ha en personlig relation med en kontaktsjuksköterska, då igenkännandet skulle göra sjukhusbesöken mycket enklare.

”vi kan prata om allt annat förutom behandlingen....så det blir inte bara sjukdom och behandling...att vi kan gå bortom den här boxen...det tycker jag blir mer personligt än bara sjukhusbesöket”

Bemötande

De flesta deltagare upplevde kontaktsjuksköterskans bemötande som positivt genom att denne var lugn, saklig, tillmötesgående och spred glädje. Detta medförde att de kände sig omhändertagna från första mötet, vilket har fortsatt över tid. Genom att lyssna på deltagaren så uppfattade dem att de blev tagna på allvar. Det lyftes även fram exempel på brister i bemötandet och då uppfattades kontaktsjuksköterskan vara stressad. En känsla av förbiseddhet beskrevs då all telefonkontakt från kontaktsjuksköterskan skedde via maken.

”hennes sätt att vara...hennes skratt och..hennes sätt att prata.. gjorde att jag kände glädje”

”..de lyssnar...jag tycker dom tar det... väldigt seriöst.. det blir bra.. som patient känner jag att jag blir omhändertagen. Det är ju inte så att jag lämnas.. åt mitt eget öde direkt”

Trygghet

Deltagarna kände sig trygga och lugna genom vetskapen om att kontaktsjuksköterskan alltid fanns där för dem och hade kännedom om deras sjukdomshistoria. De upplevde att de alltid kunde ta upp olika funderingar och kände att kontaktsjuksköterskan lyssnade och brydde sig om dem. Detta uttrycktes som ett förtroende som ledde till en trygghet i deras relation.

”då känner ju den mig som patient och vet min historia”

”Då vet man att man inte är ensam i världen.”

”Min egen kontaktsjuksköterska vet ju direkt vad jag vill säga och vad jag vill prata... det är ju en trygghet”

Betydelse av kontinuitet

Deltagarna betonade att de föredrog att vårdas av sin kontaktsjuksköterska över tid, men att de hade en förståelse för att vid vissa tillfällen få behandling av annan sjuksköterska.

Att vårdas av sin kontaktsjuksköterska

Det var en trygghet för deltagarna att veta vem som var deras kontaktsjuksköterska och att de visste vem de skulle vända sig till med frågor och funderingar. Vidare tyckte de att det underlättade att träffa sin kontaktsjuksköterska vid behandlingstillfällena. Kontaktsjuksköterskan hade kännedom om deltagarna och visste hur de hade mått vid tidigare

behandlingar, då behövde de inte återberätta allt. Det framkom att de ville behålla samma kontaktsjuksköterska för att ha kvar kontinuiteten. Några av deltagarna lyfte deras kännedom om rätten till samma kontaktsjuksköterska över tid, för att vårdas av så få vårdpersonal som möjligt. Om de kom tillbaka efter en behandlingspaus så värdesatte de att få tillbaka samma kontaktsjuksköterska som vid tidigare behandling. Vid oro för försämrad sjukdom upplevdes det ännu mer viktigt och tryggt att vårdas av sin kontaktsjuksköterska.

”hon vet ju hur jag har mått då av behandlingarna och till nästa gång och det är enklare.. som patient att ha samma hela tiden, än att byta ut”

”antar att det är det som är vitsen... att ha en kontaktsjuksköterska.. att inte behöva dra historien varje gång”

”men jag kan tänka mig att om man vore mera sjuk så hade det känts bättre att ha samma hela tiden”

Att vårdas av andra sjuksköterskor

Deltagarnas erfarenhet av att träffa andra sjuksköterskor upplevdes generellt som positivt. Det var tydligt att de som hade varit patient under flera år hade fått träffat många olika sjuksköterskor som givit dem behandling. Trots det hade det ändå upplevts som positiva möten, även om de fick upprepa sin historia. Det framkom att om deltagaren inte hade en fast kontaktsjuksköterska gick det bra att vårdas av olika sjuksköterskor, men med betoning på att det berodde på att deltagaren mätte bra för tillfället. Förståelse fanns för att kontaktsjuksköterskan inte alltid fanns tillgänglig och då gick det bra med en annan sjuksköterska i stället. Hinder som framkom med att vårdas av andra sjuksköterskor var att man saknade den personliga relationen och därmed igenkännandet av varandra. Det framkom även att viss information om deras mående undanhölls då och delgavs i stället vid nästa kontakt med sin kontaktsjuksköterska.

”det har vart nån annan... men det har vart lika positivt det...”

”jag hade nog samma där i början, men sen har det ju byts ut hela tiden...nu vet jag inte riktigt vem jag har”

”För det känns ju lite dumt när man träffar en ny sköterska tycker jag, för det blir inte den där personliga kontakten med varann..”

”då kanske det blir så att man säger inte allt... och likadant när de frågar hur mår du.. och ja det är ok...men hade vart min sköterska hade man sagt lite mer”

Metoddiskussion

Inför ett forskningsprojekt är forskarens egna roll och förförståelse av betydelse. Erfarenheter, hypoteser, yrkesmässiga perspektiv och den teoretiska referensramen bidrar till forskarens förförståelse. Den följer forskaren genom studien där den kan påverka val av forskning, urval, datainsamling och analys. Forskaren behöver reflektera över sin förförståelse så att den inte påverkar resultatet på ett negativt sätt (Malterud, 2014). Författarna i denna studie arbetar som sjuksköterskor på en onkologisk behandlingsmottagning, vilket gav en förståelse för studiens patientgrupp. Ingen av deltagarna i denna studie hade vårdats av den författare som de blev intervjuade av. För att undvika att förförståelsen inte skulle påverka resultatet så användes Graneheim och Lundmans (2004) analysförfarande och att författarna hade en kontinuerlig diskussion under analysprocessen. Författarnas förförståelse kan dock ha påverkat kodning och skapande av kategorier, då de valdes att skapas utifrån författarnas yrkesmässiga omvårdnadsperspektiv.

För studiens syfte valdes ändamålsenligt urval enligt Polit och Beck (2017), för att få en djupare förståelse och kunskap kring patientens upplevelse av kontaktsjuksköterskan. Ett heterogent urval valdes för att få en spridning på deltagarna (Polit & Beck, 2017), vilket karaktäriserades av att en speciell diagnos inte var ett kriterium. Urvalet var deltagare som hade genomgått palliativ cytostatikabehandling under minst 1,5 år. Deltagarna skulle inte vara anslutna till avancerad hemsjukvård, då dessa patienter oftast har en kontaktsjuksköterska där. Detta skulle i så fall kunna påverka resultatet. Urvalet med ovanstående kriterier bidrog till ökad trovärdighet för denna studie, då det blev en rikare beskrivning av deras upplevelse (Graneheim & Lundman, 2004). Det var en sårbar patientgrupp med anledning av att de befann sig under palliativ vård. Detta visade sig genom att två patienter inte kunde delta, på grund av försämrat allmäntillstånd, efter att de givit samtycke till deltagande i studien.

För att följa de etiska aspekterna tillfrågade sjuksköterskan patienten om en av författarna fick komma och lämna information om studien. Då författarna själva är sjuksköterskor, valdes att alltid vara privatklädda, för att patienten inte skulle känna krav på att delta och därigenom minska dennes beroendeställning.

Intervjuerna ska enligt Polit och Beck (2017) genomföras i ett ostört rum där deltagarna kan känna sig bekväma och hemmiljön är ofta att föredra. Alla deltagarna i denna studie valde att intervjun skulle äga rum på sjukhuset i samband med deras behandling. En semistrukturerad frågeguide med nyckelfrågor användes som stöd vid de enskilda intervjuerna. Denna var en hjälp för författarna att hålla fokus på syftet till studien och därmed ökade studiens trovärdighet. Frågeguiden gav även en möjlighet för deltagarna att prata fritt om ämnet (Polit & Beck, 2017). Trots användandet av nyckelfrågor med möjlighet till kompletterade frågor kunde inte deltagarna ge en djupare beskrivning av frågeställningarna. Intervjuernas tidslängd varierade, men analysen visade att även en kortare intervju kunde ge tillräckligt med material för att svara på syftet.

Resultatet från intervjuerna analyserades enligt en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna valde att utgå från en induktiv ansats, eftersom det saknas tidigare forskning i likhet med denna studies syfte och urvalskriterier (Elo & Kyngäs, 2008). Författarna lyssnade igenom alla intervjuer innan arbetet påbörjades med att ta ut meningsbärande enheter från texten. Första intervjun analyserades tillsammans för att lära oss att ta ut textmaterial i de olika stegen. Kodningen av de kondenserade meningsbärande enheterna upplevde författarna som svårt och därför valdes dessa att utformas tillsammans. Skapande av kategorier är enligt Graneheim och Lundman (2004) ett kritiskt moment, eftersom det är svårt att skapa fullständiga och uteslutande kategorier samt att inga koder som är relaterade till syftet får uteslutas. Detta steg upplevde även författarna som svårt och fler underkategorier fick skapas för att öka resultatets trovärdighet. Resultatet tolkades med en viss nivå av abstraktion vid skapandet av kategorierna.Handledaren till studien har varit behjälplig under analysprocessen, vilket också bidrog till att stärka analysens trovärdighet. Graneheim och Lundmark (2004) menar att kategorierna står för den manifesta analysen. I denna studie uppnåddes inte den latent tolkningen med utformning av teman. Genom att redovisa exempel på analysförfarandet i en tabell, underlättas bedömningen av trovärdigheten för andra läsare av denna studie. Resultatet stärktes av citat från deltagarna, vilket också styrker trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Vid en kvalitativ studie är det läsaren som avgör om resultatet är överförbart till liknande sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004). I denna studie har författarna förstärkt möjligheten till överförbarhet genom att tydligt beskriva metoden och resultatet med beskrivande citat.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att beskriva betydelsen av att ha en kontaktsjuksköterska för patienter med cancersjukdom, som genomgår poliklinisk cytostatikabehandling med palliativt syfte. Resultatet visade att kontaktsjuksköterskan är betydelsefull, framför allt genom att vara en fast vårdkontakt till patienten och genom att de utvecklade en ömsesidig relation tillsammans.

De betydelsefulla funktionerna som framkom i denna studie har även beskrivits i tidigare forskning (Goldschmidt Mertz et al, 2017; Hébert & Fillion, 2011a; Melhem & Daneault, 2017; Pedersen et al., 2014). Deras forskning bygger främst på nydiagnostiserade patienter med cancersjukdom, men resultatet från denna studie visade att kontaktsjuksköterskans tillgänglighet, kompetens och stöd behövdes även för patienter som får palliativ cytostatikabehandling under en längre tid. Deltagarna uppgav betydelsen av att kontaktsjuksköterskan vid behov förklarade oklarheter och bidrog till en bättre förståelse för vad som sagts vid läkarbesöken, vilket även Pedersen et al. (2014) kom fram till. Resultatet i denna studie visade att tillgängligheten till kontaktsjuksköterskan upplevdes oftast vara bra. Det framkom dock att behovet av kontaktsjuksköterskans tillgänglighet och stöd kunde öka

om sjukdomen skulle försämrans. Detta behov beskrivs även av Fitch, Coronado, Schippke, Chadder och Green, (2019) och Koinberg, Hansson Olofsson, Carlström och Olsson (2018), där patienterna vill ha vetskap om vem de enkelt kan nå vid en akut försämring i hälsotillståndet.

Studiens resultat visade att ovissheten, att inte veta vad som kommer hända i framtiden, var återkommande tankar hos deltagarna. Trots detta hade de förståelse för att det inte alltid fanns svar att få. De beskrev ett stort stöd till kontaktsjuksköterskan, där dennes närvaro och kompetens skapade trygghet. En tidigare studie av Carduff, Kendall, & Murray (2018) visar att patienter med en cancerdiagnos, som medför en oviss framtid, beskriver en osäkerhet över hur sjukdomen och framtiden kommer att bli. Patienter beskriver även betydelsen av att kontaktsjuksköterskan finns där för dem och hjälper dem hantera detta (Mc Cullen, 2013).

Tidigare studier visar att patienter som inte har någon kontaktsjuksköterska saknar stöd ifrån vården (Harding & McCrone, 2013; Wagner et al., 2013). De söker istället stöd hos andra personer med samma erfarenhet (Harding & McCrone, 2013). En av deltagarna lyfte möjligheten att få kontakt med och skapa en relation med andra patienter. I överensstämmelse med Harding och McCrone (2013), så hade även denna deltagare inte en kontaktsjuksköterska. Författarna i denna studie tror, som i jämförelse med Ternestedt et al. (2012), att även relationer till andra medpatienter skulle kunna möjliggöra spegling och bibehålla personens självbild.

Vid progressiva, kroniska sjukdomar är det viktigt att utveckla ett partnerskap mellan vårdgivare och patient (Ekman et al., 2011). Resultatet i denna studie visade på betydelsen av att få en personlig relation med kontaktsjuksköterskan. Tay, Ong och Lang (2018) lyfter betydelsen av att ha en tillförlitlig relation mellan sjuksköterskan och patienten samt att ha ett holistiskt synsätt i omhändertagandet av patienten. Att kunna samtala om andra saker än sjukdomssituationen gjorde att deltagarna i denna studie upplevde att kontaktsjuksköterskan såg personen bakom sjukdomen. Detta är något som också Buiting et al. (2013) lyfter fram som betydelsefullt.

Humor och glädje var något som deltagarna i denna studie uppskattade i relationen med kontaktsjuksköterskan. Detta resultat styrks i tidigare forskning, där relationen mellan sjuksköterska och patient kan fördjupas genom humor och att det underlättar samtalet. Andra positiva effekter som beskrivs är att maktförhållandet balanseras, välbefinnandet ökar och patienterna känner sig trygga. Samtidigt ska sjuksköterskan utifrån en personcentrerad vård vara lyhörd för när humorn kan användas i omvårdnaden (Haydon & Van Der Riet, 2014).

Enligt Koinberg et al. (2018) är det första mötet med sjuksköterskan betydelsefullt, då hon lyssnar noggrant på patienten. Vidare upplever de att sjuksköterskorna bryr sig om dem och känner sig bekräftade när någon verkligen lyssnar på dem. Deltagarna i denna studie upplevde att kontaktsjuksköterskan lyssnade till deras berättelse, vilket enligt Ekman et al. (2014) är en

viktig del för att kunna utveckla ett partnerskap. För att kunna bygga upp en förtroendefull relation är det av vikt att kontaktsjuksköterskan träffar patienten tidigt i sjukdomsförloppet (Hébert & Fillion, 2011b). Enligt Hryniuk, Simpson, McGowan och Carter (2014) är det tryggt och betydelsefullt att ha en nära relation med sin kontaktsjuksköterska då hon alltid är närvarande och finns där för patienten. Ovanstående bekräftades även i denna studie, då deltagarna kände sig omhändertagna från första träffen med kontaktsjuksköterskan. Deltagarna upplevde sig trygga med att de alltid kunde ta upp funderingar, blev tagna på allvar och att kontaktsjuksköterskan brydde sig om dem. Yackzan et al. (2019) bekräftar att patienter som har en kontaktsjuksköterska upplever en omsorg och trygghet att kunna ta upp farhågor och bekymmer jämfört med patienter som inte har någon kontaktsjuksköterska. Det framkom i denna studie att det var svårt att ta upp olika funderingar om sjuksköterskan var stressad. Enligt Tay et al (2018) upplever patienten att mötet med en stressad sjuksköterska blir kort och ytligt. Samtalet berör då oftast bara fysiska besvär och de psykiska och emotionella behoven tas inte upp.

För deltagarna i denna studie var det en trygghet att veta vem som var deras kontaktsjuksköterska. Bau Berglund, Gustafsson, Johansson och Bergenmar (2015) lyfter fram vikten av att patienten har en namngiven kontaktsjuksköterska. I flera studier framkommer betydelsen av att patienten får bibehålla samma kontaktsjuksköterska under vårdtiden (Hébert & Fillion, 2011a; Jeyathevan et al., 2017; Duthie et al., 2017), vilket även bekräftades av deltagarna i vårt resultat. När en patient får träffa samma kontaktsjuksköterska under sin sjukdomsresa, kan denna kontinuitet möjliggöra en djup och vårdande relation (Duthie et al., 2017; Hébert & Fillion, 2011a).

Kontinuiteten till samma kontaktsjuksköterska underlättade mötena, då deltagarna upplevde att denne hade kännedom om dem och att de inte behövde återberätta sin historia. I Fitch et al. (2019), framkommer det att patienterna upplever en oro för att något kan missas om de behöver upprepa sin historia för ny vårdpersonal. Vidare beskrivs det att om kontinuiteten inte följs kan det leda till att en bedömning inte blir korrekt. En av deltagarna i vår studie beskrev att information undanhölls, när behandlingen gavs av annan vårdande sjuksköterska, vilket kunde riskera patientsäkerheten. Istället delgavs informationen vid nästa möte med kontaktsjuksköterskan. Jeyathevan et al. (2017) visar också på att kontinuiteten mellan patient och kontaktsjuksköterska ger förutsättningar för att underlätta bedömningar och beslut, vilket leder till ökad patientsäkerhet.

Patientens rätt till trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården regleras i Patientlagen (2014:821). Några av deltagarna i denna studie påtalade sin rättighet till en fast vårdkontakt och att vårdas av så få som möjligt. Även om Patientlagen (2014:821) inte kräver en fast vårdkontakt till alla patienter, ska det finnas om patienten själv begär det. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar att Patientlagen (2014:821) inte har fått det genomslag som förväntades för att stärka patientens ställning i hälso-och sjukvården. Enligt deras analys framkommer det att patienterna upplever ingen skillnad i möjligheten till en fast vårdkontakt

sedan Patientlagen (2014:821) infördes (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017). Författarna tror att en orsak till detta kan vara att patienter inte har kännedom om sina rättigheter i Patientlagen (2014:821). Det framkom i denna studie att det fungerade att behandlas av olika sjuksköterskor, så länge sjukdomen var stabil. Vid en försämring var kontinuiteten till kontaktsjuksköterskan betydligt viktigare för dem. Detta visar att patienter med cancersjukdom i palliativ vård tidigt behöver få kännedom om sina rättigheter till en fast vårdkontakt.

Slutsats

Resultatet visade vad kontaktsjuksköterskan kan betyda för patienter under poliklinisk palliativ cytostatikabehandling. Kontinuiteten och den personliga relationen kan ge förutsättningar för ett partnerskap som är grunden i personcentrerad vård, vilket kan leda till ökad patientsäkerhet. Framtiden var oviss, eftersom deltagarna var i en utsatt sjukdomssituation, vilket visade på vikten av att ha en fast kontaktsjuksköterska under hela vårdtiden. Resultatet visade dock att inte alla deltagare var tilldelade detta, men de såg ett behov av en fast vårdkontakt framför allt om de skulle försämrats i sin sjukdom.

Kliniska implikationer

Resultatet i denna studie kan ge en kännedom om vad kontaktsjuksköterskan kan betyda för denna patientgrupp, men även bidra till förståelse för att bli vårdad av en namngiven kontaktsjuksköterska. Vidare kan det användas som ett stöd vid eventuella prioriteringar inom vårdorganisationen, så att denna patientgrupps behov kan tillgodoses.

Förslag till fortsatt forskning

Ytterligare forskning behövs för att få en djupare beskrivning av vilka olika typer av stöd som kontaktsjuksköterskan kan ge. Förslagsvis kan fokusgruppsintervju vara en metod för detta, då deltagarnas diskussion kan ge olika aspekter på frågeställningen, vilket kan inspirera deltagarna till att utveckla sina svar. Metoden kan även möjliggöra för deltagaren att fundera under tiden en annan deltagare pratar.

Referenslista

Academy of Oncology Nurse & Patient Navigators. (2019). Helpful Definitions. Hämtad 2019-05-09 från <https://aonnonline.org/education/helpful-definitions>

Axelsson B (2015). *Palliativ medicin i praktiken*. Studentlitteratur: Lund.

Baileys, K., McMullen, L., Lubejko, B., Christensen, D., Haylock, P. J., Rose, T., Sellers, J., & Srdanovic, D. (2018). Nurse Navigator Core Competencies: An Update to Reflect the Evolution of the Role. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22 (3): 272–281. doi: 10.1188/18.CJON.272-281

Bau Berglund, C., Gustafsson, E., Johansson, H., & Bergenmar, M. (2015). Nurse-led outpatient clinics in oncology care – Patient satisfaction, information and continuity of care. *European Journal of Oncology Nursing*, (19), 6, 724-730. doi: 10.1016/j.ejon.2015.05.007

Bergqvist, J., & Strang, P. (2017). The will to live – breast cancer patients' perceptions' of palliative chemotherapy. *Acta Oncologica*, 56(9), 1168-1174. doi: 10.1080/0284186X.2017.1327719

Buiting, H., Terpstra, W., Floriske Dalhuisen, F., Gunnink-Boonstra, N., Sonke, G., & Hartogh, G. (2013). The Facilitating Role of Chemotherapy in the Palliative Phase of Cancer: Qualitative Interviews with Advanced Cancer Patients. *PLoS One*, 8(11), e77959. doi: 10.1371/journal.pone.0077959

Cameron, J., & Waterworth, S. (2014). Patients' experiences of ongoing palliative chemotherapy for metastatic colorectal cancer: a qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(5), 218-224.

Carduff, E., Kendall, M., & Murray, S. A. (2018). Living and dying with metastatic bowel cancer: Serial in-depth interviews with patients. *European journal of cancer care*, 27(1), e12653. doi:10.1111/ecc.12653

Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet – vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber AB.

Duthie, K., Strohschein, F & Loiselle, C. (2017). Living with cancer and other chronic conditions: Patients' perceptions of their healthcare experience. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 27(1), 43-48. doi: 10.5737/236880762714348

Ekman, I., Norberg, A., Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I Ekman (red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik* (s.69-96). Stockholm: Liber AB.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Sunnerhagen, K. (2011). Person-Centered Care Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62(1),107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Etikprövningsmyndigheten. (2019). För forskningsperson. Hämtad 2019-05-09 från <https://etikprovning.se/for-forskningsperson/>

Fitch, M., Coronado, A., Schippke, J., Chadder, J. & Green, E. (2019). Exploring the perspectives of patients about their care experience: identifying what patients perceive are important qualities in cancer care. *Support Care in Cancer*, 27(sept 2), 1-11. doi: 10.1007/s00520-019-05057-9

Goldschmidt Mertz, B., Dunn-Henriksen, A., Kroman, N., Johansen, C., Andersen, K., Andersson, M.,... Envold Bidstrup, P. (2017). The effects of individually tailored nurse navigation for patients with newly diagnosed breast cancer: a randomized pilot study. *Acta Oncologica*, 56(12), 1682–1689. doi:10.1080/0284186X.2017.1358462

Graneheim, U. H, & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Harding, M. & Mc Crone, S. (2013). Experiences of Non-Navigated Women Undergoing Breast Diagnostic Evaluation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 8-12. doi: 10.1188/13.CJON.E8-E12.

Haydon, G., & Van Der Riet, P. (2014). A narrative inquiry: How do nurses respond to patient's use of humour. *Contemporary Nurse*, 46(2), 197-205. doi: 10.5172/conu.2014.46.2.197

Hébert, J., & Fillion, L. (2011a). 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. *Clinical Oncology of Nursing Journal*, 21(1), 33-38. doi: 10.5737/1181912x2113338

Hébert, J., & Fillion, L. (2011b). Gaining a better understanding of the support function of oncology nurse navigators from their own perspective and that of people living with cancer: Part 2. *Cancer Oncology Nursing Journal*, 21(2), 114-121. doi: 10.5737/1181912x212114121

Hryniuk, W., Simpson, R., McGowan, A. & Carter, P. (2014). Patient perception of a comprehensive cancer navigation service. *Current oncology*, 21(2), 69-76. doi: 10.3747/co.21.1930

Jeyathevan, G., Lemonde, M., & Cooper, A. (2017). The role of oncology nurse navigators in facilitating continuity of care within the diagnostic phase for adult patients with lung cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 27(1), 74-80. doi: 10.5737/236880762717480

Karlsson, M., Friberg, F., Wallengren, C., & Öhlén, J. (2014). Meanings of existential uncertainty and certainty for people diagnosed with cancer and receiving palliative treatment: a life-world phenomenological study. *BioMed Central Palliative Care*, 13(28). doi:10.1186/1472-684X-13-28

Koinberg, I., Hansson Olofsson, E., Carlström, E., & Olsson, L-E. (2018). Impact of a person-centered intervention for patients with head and neck cancer: a qualitative exploration. *BMC Nursing*, 17(48). doi:10.1186/s12912-018-0319-6

Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I Ekman, I. (red), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – Från filosofi till praktik* (s. 21-68). Stockholm: Liber AB.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (Upplaga 3). Lund: Studentlitteratur.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lubejko, B. G., Bellfield, S., Kahn, E., Lee, C., Peterson, N., Rose, T., ... McCorkle, M. (2017). Oncology Nurse Navigation: Results of the 2016 Role Delineation Study. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(1), 45-50. doi: 10.1188/17.CJON.43-50

Mc Cormack, B., Roberts, T., Meyer, J., Morgan, D., & Boscart, V. (2012). Appreciating the 'person' in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 284–294. doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00342.x

McMullen, L. (2013). Oncology Nurse Navigators and the Continuum of Cancer Care. *Oncology Nursing*, 29(2), 105-17. doi: 10.1016/j.soncn.2013.02.005

Melhem, D., & Daneault, S. (2017). Needs of cancer patients in palliative care during medical visits. *Canadian Family Physician*, 63(12), 536-542.

<http://www.cfp.ca/content/63/12/e536.long>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2017). *Lag utan genomslag Utvärdering av patientlagen 2014–2017* (Rapport 2017:2). Hämtad från <https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/03/2017-2-Lag-utan-genomslag-webb.pdf>

National Cancer Institute at the National Institutes of Health. (u.å). NCI Dictionary of Cancer Terms. Hämtad 2019-05-09 från

<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/advanced-cancer>

Oncology Nursing Society. (2017). Oncology nurse navigator core competencies. Hämtad 2019-05-09 från <https://www.ons.org/sites/default/files/2017ONNcompetencies.pdf>

Patientlag (2014:821) Hämtad från Riksdagens webbplats:

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Pedersen, A. E., Hack, T. F., McClement, S. E., & Taylor-Brown, J. (2014). An exploration of the patient navigator role: perspectives of younger women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 41(1), 77-88. doi: 10.1188/14.ONF.77-88

Polit, D. F., & Beck, C. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (Upplaga 10). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). Palliativ vård i livets slutskede. Nationellt vårdprogram. Hämtad 2019-05-09 från https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-var/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf

Regionala cancercentrum i samverkan. (2018a). Kontaktsjuksköterska. Hämtad 2019-05-09 från <https://www.cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/kontaktsjukskoterska/>

Regionala cancercentrum i samverkan. (2018b). Palliativ vård vid cancer. Hämtad 2019-05-09 från <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/palliativ-var/>

Socialstyrelsen. (u.å). Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2019-05-09 från

<http://termbank.socialstyrelsen.se/#results>

Statens offentliga utredningar. (2009). *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11). Hämtad 2019-05-09 från

<https://www.regeringen.se/49b6a6/contentassets/e343b40615eb46b395e5c65ca38d1337/en-nationell-cancerstrategi-for-framtiden-sou-200911>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Insatser för fler kontaktsjuksköterskor inom cancervården. Ännu bättre cancervård – delrapport 8*. Hämtad 2019-05-09 från https://www.cancercentrum.se/globalassets/patient-och-narstaende/samverkan/delrapport-8_kontaktsjukskoterskor_1310131.pdf

Tay, L., Ong, A., & Lang, D. (2018). Experiences of adult cancer patients receiving counseling from nurses: a qualitative systematic review. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(10), 1965–2012. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003606

Ternstedt, B-M., Österlind, J., Henoch, I., & Andershed, B. (2012). *De 6 S:n En modell för personcentrerad palliativ vård*. (Upplaga 1:2). Lund: Studentlitteratur.

Wagner, E-H., Ludman, E-J., Aiello Bowles, E-J., Penfold, R., Reid, R-J., Rutter, C-M.,... McCorkle, R. (2013). Nurse Navigators in Early Cancer Care. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 12-18. doi: 10.1200/JCO.2013.51.7359

Yackzan, S., Stanifer, S., Barker, S., Blair, B., Glass, A., Weyl, H., & Wheeler, P. (2019). Outcome Measurement: Patient Satisfaction Scores and Contact With Oncology Nurse Navigators. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(1), 76-81. doi: 10.1188/19.CJON.76-81

Bilagor

Bilaga 1



INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Information till forskningspersonerna

Vi är sjuksköterskor och går en specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning onkologisk vård, där det ingår att göra ett examensarbete. Vi vill därför fråga dig om du vill delta i en intervjustudie. I det här dokumentet får du information om studien och om vad det innebär att delta.

Vad är det för studie och varför vill ni att jag ska delta?

Enligt den nationella cancerstrategin ska patienter som vårdas på en onkologisk klinik erbjudas en fast vårdkontakt. Denna vårdkontakt brukar kallas kontaktsjuksköterska. Det finns studier gjorda om patienternas upplevelse av att ha tillgång till en kontaktsjuksköterska tidigt efter ett cancerbesked. Det saknas studier om hur patienter med icke botbar cancer upplever kontaktsjuksköterskans funktion. Syfte med denna studie är att undersöka hur patienter, som genomgår palliativ cytostatikabehandling, upplever kontaktsjuksköterskans funktion. Du får denna information med anledning av att du har en pågående cytostatikabehandling sedan minst 1,5 år tillbaka och där cancer inte längre är botbar. Vi har fått ditt namn av sjuksköterskan som ger dig din behandling idag. Du tillfrågas härmed om deltagande i studien.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs Universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

Hur går studien till?

Deltagande i studien innebär att du kommer att intervjuas vid ett tillfälle, där du och en av oss deltar. Intervjun beräknas ta 30-60 minuter. Du väljer själv om du vill att intervjun ske på sjukhuset eller i ditt hem. Det viktigaste är att det är en plats där vi kan prata ostört. Intervjun kommer att ske enligt överenskommelse under maj månad. Intervjun kommer att ljudinspelas för att därefter skrivas ut.

Möjliga fördelar och risker med att delta i studien

Fördelen med din medverkan i studien är att vi får en djupare förståelse för kontaktsjuksköterskans funktion, vilket kan bidra till fortsatt utveckling av den vårdkontakten. Utifrån dina erfarenheter tror vi att du kan ge oss viktig information inom detta område. Riskerna med att delta bedöms vara låga, men att delge information i en intervju kan väcka tankar och känslomässiga reaktioner. Du kommer att ges möjlighet till reflektion med oss efter samtalet och vid behov kan annan samtalskontakt erbjudas.

Vad händer med mina uppgifter?

Intervjuinspelningen och utskriften kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Endast studieansvariga och handledaren kommer att ha tillgång till materialet.

Datamaterialet kommer att kodas så att din identitet inte går att urskilja. Efter genomförd studie kommer det insamlade materialet att förstöras.

Göteborgs Universitet är ansvarig för att dina personuppgifter hanteras på korrekt sätt enligt EU:s dataskyddsförordning GDPR.

Hur får jag information om resultatet av studien?

Resultatet kommer att redovisas som en magisteruppsats på Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet. Om du vill få ta del av studieresultatet får du kontakta någon av oss studieansvariga.

Ersättning

Det utgår ingen ekonomisk ersättning för deltagande i studien.

Deltagandet är frivilligt

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta ansvariga för studien (se nedan).

Ansvariga för studien

Linda Andersson

Leg. sjuksköterska

Behandlingsmottagningen, Onkologiska kliniken, Linköping

E-post: linda.k.andersson@regionostergotland.se

Helena Hansson

Leg. sjuksköterska

Behandlingsmottagningen, Onkologiska kliniken, Linköping

E-post: helena.hansson@regionostergotland.se

Handledare

Sofie Jakobsson

Leg. Sjuksköterska och Universitetslektor

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa vid Göteborgs Universitet

E-post: sofie.jakobsson@fhs.gu.se

Bilaga 2

Frågeguide

Inledningsfråga

Kan du berätta för mig om ditt första möte med din kontaktsjuksköterska på onkologen?

Nyckelfrågor

Vad innebär det för dig att ha en kontaktsjuksköterska?

På vilket sätt har kontaktsjuksköterskan kunnat ge dig stöd?

Vilket ytterligare stöd hade du behövt?

Vad har du för positiva erfarenheter av att ha en kontaktsjuksköterska?

Vad har du för negativa erfarenheter av att ha en kontaktsjuksköterska?

Har du fått träffa din kontaktsjuksköterska regelbundet under vårdtiden?

- Om ja: Vad har det inneburit för dig att ha samma kontaktsjuksköterska?
- Om nej: Vad var orsaken till det? Hur känns det?

Har ditt behov av att ha en kontaktsjuksköterska förändrats under behandlingsåren?

Avslutningsvis

Är det något mer som du vill berätta för mig?

Är det någon annan fråga som du tycker att jag borde ha frågat dig utifrån vårt syfte med arbetet?