



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Robotassisterad radikal prostataktomi - journalgranskning av det intra- och postoperativa förloppet

- En registerstudie

Författare: Katarina Lyckman
Susanne Bergqvist

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Våren 2014

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Robotassisterad radikal prostataktomi - journalgranskning av det intra- och postoperativa förloppet

- En registerstudie

Författare: Katarina Lyckman
Susanne Bergqvist

Handledare: Anders Johansson

Magisteruppsats

Våren 2014

Abstrakt

Bakgrund: Mellan 1994-2004 skedde en dubbling av antalet nya fall av prostatacancer. Idag görs en majoritet av prostataktomierna laparoskopiskt med robotassistans. På Urologiska kliniken SUS, Malmö siktas vårdtiden efter en okomplicerad prostataktomi, vara ca 1,25 dagar. För att uppnå detta mål krävs en jämn nivå med hög kvalitet på vården. **Syfte:** Beskriva det intra- och postoperativa förloppet vid robotassisterad radikal prostataktomi, med jämförelser mellan två olika åldersgrupper. **Metod:** Retrospektiv registerstudie där det inkluderades 114 patienter som genomgått robotassisterad prostataktomi mellan 2 september och 9 december 2013. **Resultat:** Få signifikanta skillnader mellan grupperna uppvisades. Majoriteten av forskningspersonerna var nöjda med smärtlindring, vårdlängd samt informationen som gavs. Den postoperativa vårdtiden var i medel 2,2 dagar. **Slutsats:** Sammanställning av vårdförlopp kan vara till nytta för patienter och vårdgivare då det är en informationskälla av given vård.

Nyckelord

Prostatektomi, vårdtid, information, standardvårdplan

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehåll

Innehåll	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Prostata (blåshalskörteln)	5
Diagnostik och behandling	6
Information	8
Socialt stöd	8
Standardvårdplan	8
Syfte	9
Hypotes	9
Specifika frågeställningar	9
Metod	10
Urval	10
Datainsamling	10
Databearbetning	11
Etisk avvägning	12
Resultat	13
Operativ fakta	13
Postoperativ vård	14
Uppföljningssamtal	17
Diskussion	19
Metoddiskussion	19
Validitet och reliabilitet	20
Resultatdiskussion	20
Operativ fakta	20
Postoperativ vård	21
Uppföljningssamtal	23
Konklusion och implikationer	25
Referenser	26
Bilaga 1 (6)	29
Bilaga 2 (6)	30
Bilaga 3 (6)	32
Bilaga 4 (6)	34
Bilaga 5 (6)	36
Bilaga 6 (6)	39

Problembeskrivning

Mellan 1990-2004 skedde en dubbling av antalet nya fall av prostatacancer (Vårdprogram för prostatacancer, 2013). Ökningen beror på en ökad medvetenhet hos männen, ökad diagnostisk aktivitet med blodprovstagning för att påvisa prostataspecifikt antigen (PSA) samt en högre medelålder på befolkningen (Abrahamsson, 2003). Numer diagnostiseras nästan 10 000 nya fall i Sverige varje år, detta gör det till den vanligaste cancerformen hos män (Vårdprogram för prostatacancer, 2013). Mellan åren 1992-1999 ökade antalet prostatektomier med 160 procent (Sennfält et al., 2003). Innan roboten togs i bruk, utfördes de flesta prostatektomier med öppen kirurgi (Överläkare Göran Ahlgren, personligt meddelande, 10 december 2013). Öppen kirurgi är relaterat med större blödning, i genomsnitt 1000 ml, ökat transfusionsbehov samt längre vårdtid (Adding et al., 2012). Idag görs en majoritet av de radikala prostatektomierna laparoskopiskt med robotassistans (Överläkare Göran Ahlgren, personligt meddelande, 10 december 2013). Detta har inneburit att vårdtiden kortats ned (a.a). Liss et al.(2013) påvisade i sin studie att det fanns en minskad risk för komplikationer vid robotassisterad prostatektomi jämfört med öppen kirurgi. Detta under förutsättning att operatören var väl förtrogen med metoden (a.a). Fördelarna med robot, är minskad blodförlust, kortare vårdtider, lägre komplikationsfrekvens och kortare tid som patienten behöver behålla katetern (Vårdprogram för prostatacancer, 2013). Nackdelen är att kostnaden för operationen blir högre (a.a). Även kostnaden för ett vårddygn är hög och den postoperativa vården blir betydelsefull för dimensioneringen av vårdkostnaderna (Nyström, 2004). På Urologiska kliniken på Skånes universitetssjukhus (SUS) i Malmö, siktas vårdtiden efter en okomplicerad prostatektomi, vara ca 1,25 dagar (Överläkare Göran Ahlgren, personligt meddelande, 10 december 2013). En god vård och ett gott omhändertagande av patientenska balanseras med en alltmer avancerad vård och ekonomiska inskränkningar (Inman, Maxson, Johnson, Myers och Holland, 2011). I studien var medelvårdtiden efter radikal prostatektomi 1,5 dagar (a.a). Som en jämförelse var medelvårdtiden mellan år 2003 och 2007, 2,09 dagar i en studie av Mitchell et al.(2009). Även efter utskrivning står patienterna inför psykiska och fysiska förändringar såsom den urinkateter patienterna skrivs ut med och förväntas handha (Inman et al., 2011). Ett uppföljande telefonsamtal från en sjuksköterska tre till fem dagar efter utskrivning kan vara till hjälp vid korta vårdtider. I studien fann man att de patienter som blev uppringda efter utskrivning i mindre utsträckning sökte akut vård den första postoperativa månaden (a.a). Kvalitén på

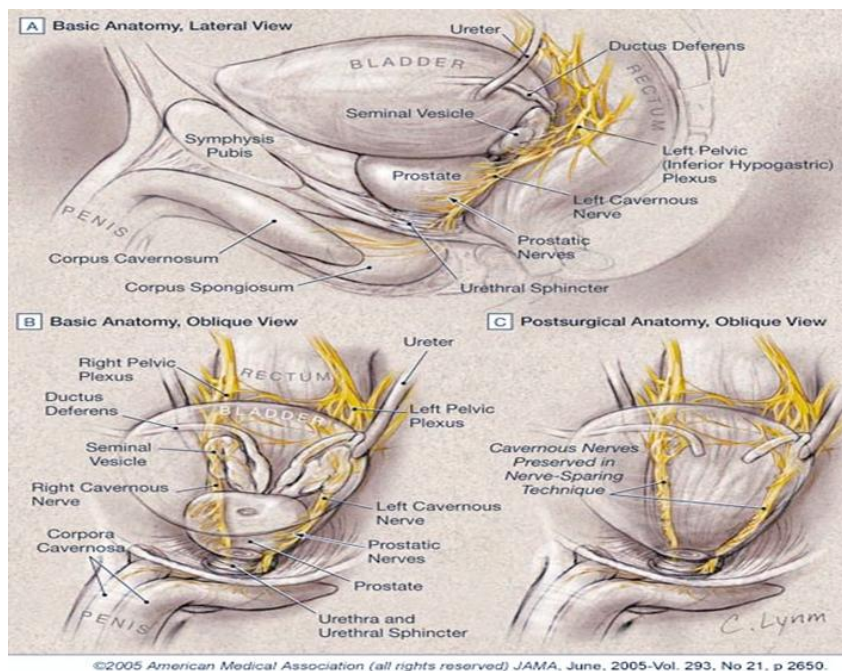
utskrivningsinformationen och undervisningen har en avgörande roll i om patienterna känner sig redo för utskrivning (Weiss et al., 2007). Begreppet standardvårdplan (SVP) har sedan mitten av 1990-talet använts i svensk hälso- och sjukvård (Edlund & Forsberg, 2013). Urologiska kliniken har sedan 2007 använt standardvårdplaner för radikala prostatektomier. Från början fanns SVP i en separat pappersjournal, för att något år senare integreras med datajournalen Melior. Standardvårdplanen beskriver ett förväntat vårdförlopp vilket lättare tydliggör komplikationer och avvikelser (Edlund & Forsberg, 2013). Följdverkningarna efter en radikal prostatektomi kan vara sårinfektioner, embolier, blödning, fistelutveckling, ljumskbräck, inkontinens och erektil dysfunktion (Peeker, 2006). Som operationssjuksköterskor är det av intresse att få förståelse och kunskap om det intra- och postoperativa vårdloppet. Vad föreliggande författare vet, är det inte tidigare sammanställt patienters beskrivning av det intra- och postoperativa förloppet efter genomgången robotassisterad radikal prostatektomi genom granskning av SVP och journaler inom nämnt vårdförlopp. Genom en systematisk uppföljning såsom denna studie tror författarna att detta kvalitetsarbete kan leda till en bättre vård för nämnd patientgrupp.

Bakgrund

Omvårdnad kan och bör studeras från olika perspektiv, nämligen: det *humanistiska*, det *samhällsvetenskapliga* samt det *medicinska* perspektivet (MFR, 1982). I föreliggande studie kan fokus betraktas ur ett *samhällsvetenskapligt* perspektiv (läs organisation). Ett *humanistiskt* inslag då patienter skattar sin vård och efterbehandling vid uppföljningssamtalet som utförs efter hemgång. Uppsatsen kommer också att beskriva vissa *medicinska* effekter om vad en behandling utifrån en vårdplan har inneburit, såsom blödning under operation, operationstid, dränagebehov, smärta, postoperativa komplikationer och tarmfunktion. Kvalitetsuppföljningar av kliniska undersökningar och behandlingar hänger därför intimt ihop och de olika omvårdnadsperspektiven blir därför viktiga delar av denna patientnära vårdprocess. Denna patientcentrerade *modell* (kvalitetsarbete) utgår ifrån att det finns två agendor, organisationens och patientens. I denna uppsats förenas mötet mellan positivistisk forskningsansats där statistiska analyser kommer att beskriva delar av kvalitetsarbetets utfall mellan organisationens vårdprocess och patientens beskrivning.

Prostata (blåshalskörteln)

Prostata är en oparig körtel som ligger bakom symfyisen, och förbinds med urinblåsan via urinrörets översta del, blåshalsen (Damber & Peeker, 2013). Nedåt ligger prostatan an mot bäckenbotten, bakåt ligger den an mot rektum och kan därifrån palperas. Prostata beskrivs ha en storlek ungefär som en valnöt, men detta varierar från person till person. Den är normalt slät och omges av en tunn bindvävskapsel som täcks av en visceral fascia (pseudokapsel) och innehåller stora mängder glatt muskulatur (a.a). Muskulaturen bidrar till att sekretet pressas ut vid ejakulationen (Soneson & Soneson, 1997). På baksidan av prostata ligger sädesledarna, dessa går tvärs igenom prostata och mynnar i urethra (Damber & Peeker, 2013). Prostatan försörjs av grenar från arteria visceralis inferior och arteria rectalis media och har ett venöst återflöde via ett venöst plexus mellan bindvävskapseln och pseudokapseln (a.a). Nerverna som styr förmågan till erektion ligger tätt mot prostatakapseln (Vårdprogram för prostatacancer, 2013). Vid en prostatektomi kan därmed nervfunktionen minska och förmågan till erektion minska eller försvinna helt (a.a).



Prostatans läge

Diagnostik och behandling

Diagnosen prostatacancer är starkt förknippad med åldern (Vårdprogram för prostatacancer, 2013). Sjukdomen är ovanlig före 50 års ålder, den ökar därefter successivt med åldern. Var femte svensk man kommer att få diagnosen prostatacancer under sin livstid. Incidensen av prostatacancer är större i Skandinavien där intaget av rött kött, mejeriprodukter och animaliskt fett är högt. Detta jämfört med till exempel Asien som har en lägre incidens av prostatacancer. Där kost innehållande antioxidanter omega 3 och även växtämnen – fytoöstrogener som liknar kroppens eget östrogen, förekommer i högre frekvens. Till exempel grönt te, sojaprodukter, grönsaker, fet fisk, linfrö och råg (a.a). Asiater som flyttar till västvärlden får efter hand ökad risk för att drabbas av prostatacancer. Det finns dock inte idag tillräckligt med vetenskap och beprövad erfarenhet för att kunna ge några rekommendationer för att förebygga prostatacancer (Vårdprogram för prostatacancer, 2013; Peeker, 2006). Risken att drabbas av prostatacancer ökar om fadern haft sjukdomen (Peeker, 2006). En beräkning är att risken att utveckla prostatacancer är 1,5 gång högre. Har brodern fått diagnosen är risken dubblerad (a.a). Av de svenska män som avled år 2010, var prostatacancer anledning till 5,5 procent av dödsfallen (Vårdprogram för prostatacancer, 2013). Tre fjärdedelar av alla som dör av prostatacancer är äldre än 75 år (a.a). Det oftast i den perifera zonen av prostata som tumören uppstår, men i många fall ses vid mikroskopisk undersökning efter prostatektomi flera tumörhärdar (Damber&Peeker, 2013). Urinretention och vattenkastningsbesvär kan vara debutsymtom, beroende på lokal tumörväxt som trycker på urinröret (Peeker, 2006). Metastaser kan även drabba uretärer, lymfkörtlar och urinblåsa. Ibland debuterar symptomen med smärta från metastaser i kotpelare, revben, bäcken och proximala rörben (Vårdprogram för prostatacancer, 2013). Det är skelettet som företrädesvis drabbas av fjärrmetastaser från prostatacancer (Peeker, 2006). Även trötthet relaterad till anemi kan vara bland de första symtomen, detta på grund av att skelettmetastaserna påverkar benmärgens funktion att producera röda blodkroppar. När prostatacancern diagnostiseras på grund av symtom, är den oftast allt för avancerad för att kunna botas. Diagnosen prostatacancer ställs med hjälp av PSA och biopsier från prostata. Rektalpalpation utförs, men är ingen säker diagnostik då en slät prostata kan innehålla cancerceller och en knölig kan innehålla benigna celler (a.a).

Behandlingen av prostatacancer kan vara:

– Kurativ

- borttagande av prostata eller full dos strålbehandling.

– Palliativ

- hormonell – genomantiandrogentabletter som konkurrerar ut testosteronets bindning till tumörceller eller genom kastrering som kan vara antingen kirurgisk eller kemisk, då man blockerar kroppens egen produktion av testosteron från testiklarna
- Strålbehandling vid smärta

– Exspektans som kan ske i två olika situationer

- ”Watchfulwaiting” då man avvaktar symtomatisk, palliativ behandling. Oftast hos äldre män
- Aktiv monitorering då man följer PSA och upprepar prostatabiopsier för att se om en minimal tumör tillväxer, då ska patienter erbjudas kurativ behandling (Professor Anders Bjartell, personlig kommunikation 6 april 2014).

Vilken behandling som blir aktuell beror på patientens ålder, allmäntillstånd och eventuell redan spridd cancer (Andersson, Jeppsson, Lindholm, Rydholm & Ulander, 2004). Om canceren är avgränsad till prostatan erbjuds patienten att göra en radikal prostatektomi, borttagande av prostatakörteln och sädesblåsorna i kurativt syfte (Peeker, 2006).

Prostatektomi utförs idag nästan uteslutande laparoskopiskt med hjälp av robotassistans på de större sjukhusen. Genom de sex laparoskopiska portarna förs robotinstrumenten in i bukväggen. Snittet läggs precis ovanför och under körteln och prostatakörteln avlägsnas. Därefter anastomoseras blåsan till uretrastumpen (a.a). Operationen kan göras med försök att i möjligaste mån spara nerverna som styr den erektila förmågan. Möjligheten till att utföra en nervsparande operation beror på tumörens lokalisering i prostatakörteln (Damber&Peeker, 2006). Samtliga patienter får räkna med nedsatt erektionsförmåga den första tiden efter operationen. Den kan därefter förbättras upp till något år efter operationen med eller utan hjälpmedel (Vårdprogrammet 2013). Efter operationen går patienten hem med en kateter à demeure (KAD) för att anastomosen ska få möjlighet att läka, KAD behålls i en till två veckor postoperativt (Peeker, 2006). Efter avlägsnande kan patienterna uppleva besvär med urinläckage. Detta minskar i de många fall under det första året, men för en del patienter kan urinläckaget bli bestående (a.a).

Information

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor står att en av sjuksköterskans uppgifter är att informera patienter samt förvissa sig om att given information är förstådd (Socialstyrelsen, 2005). En god och tillräcklig information till patienten minskar dennes stress och oro och bidrar till trygghet och en upplevelse av att ha kontroll över situationen (Jahren Kristoffersen, 1998). Antalet patienter som genomgår radikal prostatektomi ökar samtidigt som vårdtiderna blir kortare (Davidson, Moore, Mac Millan, Bisailon & Wiens, 2004). Det är en utmaning för vårdpersonal att se till att patienterna får tillräcklig information för att klara sitt dagliga liv efter operationen (a.a). Oro kring operationen, rädsla för det okända, patientens önskan om tidig hemgång och oro kring prognos är faktorer man får ta hänsyn till vid pre- och postoperativ information till patienterna (Burt, Caelli, Moore & Anderson, 2005). Även om informationen ges upprepade gånger kan patienterna vara för oroliga och nervösa för att ta till sig all information fullt ut (a.a).

Socialt stöd

Man har funnit en hög grad av psykisk ohälsa hos patienter med prostatacancer där dåligt/litet socialt stöd är en signifikant orsak (Sahin & Tan, 2012). Det är viktigt att identifiera patienter med psykisk ohälsa och dåligt socialt stöd för att kunna erbjuda stöd i ett tidigt skede (a.a). I en studie av Queenan, Feldman-Stewart, Brundage & Groome (2010), uppgav 49,5 procent av männen med prostatacancer att de saknade optimalt socialt stöd. Stödet som gavs var främst från familj och vänner (a.a). Makor till prostatacancerpatienter påverkas också av sjukdomen och löper lika stor risk att drabbas av psykisk ohälsa som patienterna själva (Northouse et al. 2007). På Urologiska kliniken SUS, ska patienten alltid erbjudas kontakt med kurator. Känsломässiga och existentiella faktorer samt aspekter i samband med cancerdiagnos och operation kan tas upp enskilt eller tillsammans med närstående.

Standardvårdplan

Standardvårdplan (SVP) för prostatektomier har använts vid Urologiska kliniken SUS i Malmö sedan 2007 (bilaga 5). I denna SVP ingår även ett uppföljningssamtal som ska ske tre till fem dagar efter utskrivning (bilaga 6). Avdelningssköterskan bokar in detta samtal med patienten innan hemgång. SVP baseras på en aktuell kunskapsöversikt för den patientgrupp

som standardvårdplanen avser, och anger basnivån för professionella omvårdnadsinsatser (Edlund & Forsberg, 2013). Fördelar med att använda SVP är att mindre tid behöver användas för dokumentation, mer tid ges till patientvård. Förutsättningarna för en jämn nivå med hög kvalitet på vården ökar då standardvårdplanen kan vara en informationskälla över given vård. Genomförtydligandet av det normala vårdförloppet i SVP, kan denna vara till stor hjälp då nyanställda och studenter ska få kunskap om en ny patientkategori (a.a). I en studie av Jansson, Pilhammar-Andersson & Forsberg (2010) fann man att patienter som vårdats på en avdelning där SVP användes, hade kortare vårdtid och var mer nöjda med delaktighet och individanpassad vård jämfört med de patienter som vårdats på avdelning där SVP inte användes.

Syfte

Syftet med föreliggande studie var att beskriva det intra- och postoperativa förloppet vid robotassisterad radikal prostatektomi, med jämförelser mellan två olika åldersgrupper.

Hypotes

Denna studie kan vara till godo för de patienter som genomgår en robotassisterad radikal prostatektomi och för den personal som vårdar denna patientgrupp.

Specifika frågeställningar

Fanns det skillnader avseende det intra- och postoperativa förloppet mellan patienter upp till 64 år och 65 år och äldre när det gällde:

- Tid på operationssal, operationstid, operationsstart och intraoperativ blödning?
- Behov av dränage, postoperativa komplikationer, tarmfunktion och smärta?
- Den totala vårdtiden och den postoperativa vårdtiden?
- Undersökningsgruppernas beskrivning av tillräcklig information, vårdtid, smärtlindring och frågor kring kateterbehandlingen?
- Önskemål om kontakt med kurator?

Metod

Studien är designad som en retrospektiv registerstudie. Metoden valdes utifrån syftet. Datainsamlingen gjordes via journaler där jämförelser mellan två olika åldersgrupper gjordes.

Urval

Mellan den 2 september fram till den 9 december 2013 utfördes 115 radikala prostatektomier vid SUS Malmö. Av dessa genomfördes 114 med robotassistans. Urvalet till journalgranskningen bestod av ett totalurval av de män som genomgick robotassisterad radikal prostatektomi under nämnd period. Den patient som genomgick öppen radikal prostatektomi exkluderades.

Åldern varierade mellan 46 och 74 år. Äldre definieras av World Health Organization (WHO) som 65 år och äldre. Utifrån detta delades forskningspersonerna in i två grupper, upp till 64 år (grupp A) och 65 år och äldre (grupp B) (Tabell 1).

Tabell 1. Antal deltagare och åldersfördelning.

Grupp	Antal (n)	Medelålder±SD
Grupp A	46	59±5
Grupp B	68	69±3
Total	114	

Datainsamling

Datainsamlingen baserades på uppgifter ur journaler i SUS datajournalssystem Melior. Här ingår även standardvårdplaner samt det uppföljningssamtal som genomförs tre till fem dagar efter hemgång. Operationskoordinatören bidrog med personnummer på de 114 män som genomgick robotassisterad radikal prostatektomi under vald tidsperiod. Journalerna granskades på Urologiska kliniken SUS Malmö. Båda författarna närvarade vid insamling, transkribering samt analys av data. Författarna valde ut de uppgifter ur journalen som

betraktades som relevanta för denna studie. Till den postoperativa tiden i denna studie räknas tiden fram till uppföljningssamtalet genomförts.

Databearbetning

Variabler ur materialet för att svara på syftet överfördes oidentifierat till Excel-fil för analys. Forskningspersonerna fick ett kodnummer för att kunna kontrolleras under analysprocessen och för att garantera sekretess. I Excel-filen registrerades *ålder, operationsstart som första eller andra patient, klockslag för ankomsttid till operationssal, klockslag för sluttid på operationssal, operationstid, dränagebehov, intraoperativ blödning, postoperativ komplikation, antal registrerade Visuell Analog Skala (VAS), smärtskattning enligt VAS, tarmfunktion postoperativt, tillräcklig information, tillräcklig vårdlängd, frågor kring kateterbehandling, önskemål om kontakt med kurator, smärtutvärdering, klockslag för inläggning samt klockslag för utskrivning.*

Informationen från Excelarket överfördes sedan till statistikprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Vid dataanalysen användes både beskrivande och analytisk statistik. Resultatet redovisas med förtydligande genom tabeller och i löpande text. För gruppjämförelser delades patienterna in i två åldersgrupper. Medelålder i grupperna samt antal minuter, timmar och milliliter (blödning vid operation) redovisas med aritmetiskt medelvärde som centralmått samt standardavvikelse (\pm SD) som spridningsmått. Forskningspersonernas skattning av smärta enligt VAS redovisas med medelvärdet median som centralmått samt interquartilavstånd (IQR) som spridningsmått. Även lägsta och högsta värde presenteras som Min/Max. Övriga tabeller redovisas med antal (n) och procent (%).

För att kartlägga om statistisk skillnad förelåg mellan åldersgrupperna samt för att pröva vår hypotes gjordes jämförelseanalyser. De olika variablerna analyserades med t-test (kvotskala såsom ålder), Pearson's Chi-två test (proportioner såsom dränagebehov) samt Mann-Whitney test (ordinalskala såsom smärta). I de fall där någon av cellerna vid Chi-två analys hade ett värde under fem användes Fisher's Exact Test. Ett p-värde på <0.05 ansågs innebära statistisk signifikant skillnad.

Etisk avvägning

Enligt Vetenskapsrådets (2012) första och andra punkt gällande informations- och samtyckeskrav, medverkade forskningspersonerna i föreliggande studie inte aktivt. Forskningspersonerna i denna registerstudie är patienter, men det är retrospektiva patientjournaler som granskats. Då dessa journaler innehåller patientuppgifter togs primärt hänsyn till gällande lagstiftning Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) och Patientdatalagen (2008:355). Då författarna som studenter deltar indirekt i vården och uppgifterna behövs för uppföljning, anser vi att vi primärt får ta del av patientuppgifterna som ett led i ett systematiskt kvalitetsarbete inom enheten (Urologiska kliniken SUS Malmö). Detta utan att inhämta specifikt informerat samtycke ifrån forskningspersonerna. Vid kvalitetsarbete som syftar till att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten, kan uppgifter samlas in och analyseras av den som verksamhetschefen uppdrar att utföra det. I detta fall hade Vi skriftligt godkännande att utföra uppdraget av verksamhetschef inom kliniken (Abrahamsson P-A, 2013-12-04, Urologiska kliniken SUS Malmö). Brev innehållande tillståndsförfrågan godkändes av verksamhetschefen på Urologiska kliniken SUS i Malmö. Detta för att få tillgång till uppgifter i journalsystemet Melior (bilaga 2-4). Konfidentialitet angående journalgranskning upprätthölls genom att data som överfördes till studieprotokoll (Excelark) var avidentifierade angående namn och personnummer. Resultatet redovisas endast på gruppnivå och insamlat material förvaras på lösenordsskyddad dator. Vi anser vidare att studien inte medför något integritetskränkande för forskningspersonerna. Inte heller anser vi att forskningspersonerna kommer utsättas för ytterligare skada. Resultat från analys kommer endast utnyttjas i magisteruppsats (nyttjandekrav) och insamlat material kommer att destrueras efter examination. Rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN 17-14) har inhämtats (bilaga 1).

Resultat

Operativ fakta

Operationerna utfördes av totalt elva olika huvudoperatörer. Ingen statistik eller jämförelse har beräknats mellan dessa.

Mellan de två grupperna fanns en signifikant skillnad (t-test, $p=0.027$) avseende den totala tiden på operationssalen. Medelvärdet för grupp A var 4.8 timmar (290 minuter). Grupp B hade ett medelvärde på 5.3 timmar (318 minuter). Även operationstiden skilde sig åt mellan de två grupperna (t-test, $p=0.010$). Grupp A, 2.4 timmar (144 minuter) respektive 3.2 timmar (191 minuter) för grupp B. Avseende den intraoperativa blödningen fanns det ingen signifikant skillnad mellan grupperna (Tabell 2).

Tabell 2.

	Grupp	Antal (n)	Medelvärde ±SD	P-värde
Total tid på operationssal (min)	A	46	290±57	0.027
	B	68	318±73	
Operationstid (min)	A	10	144±36	0.010
	B	17	191±46	
Intraoperativ blödning (ml)	A	46	201±158	0.910
	B	68	196±215	

P-värdet avser jämförelse mellan åldersgrupper (t-test).

När tiden för operationsstart kartlades, delades forskningspersonerna in i två grupper. Detta beroende på om de var första eller andra person på operationssalen. Även här fanns en signifikant skillnad (t-test, $p=0.010$). I de fall personen var först på operationssal var den totala tiden på sal 5.3 timmar (320 minuter). Andra personen på sal hade en totaltid på sal 4.8 timmar (287 minuter). Avseende operationstid samt den intraoperativa blödningen fanns ingen statistisk signifikant skillnad (Tabell 3).

Tabell 3. Jämförelser mellan forskningspersoner som är först respektive sist på operationsprogrammet.

	Operationsstart (nr)	Antal (n)	Medelvärde ±SD	P-värde
Tot. tid på sal (min)	1	68	320±74	0.010
	2	46	287±53	
Operationstid (min)	1	16	177±50	0.637
	2	11	168±45	
Intraoperativ blödning (ml)	1	68	199±216	0.953
	2	46	196±155	

P-värdet avser jämförelse mellan grupper (t-test).

Postoperativ vård

Mellan grupperna som var i behov av dränage postoperativt fanns ingen statistisk signifikant skillnad (Pearson´s Chi-2 test, $p=0.059$). I grupp A var det 13 procent som var i behov av dränage, jämfört med 28 procent i grupp B (Tabell 4).

Tabell 4. Postoperativt dränagebehov.

Grupp (n)	Antal (n) (Procent %)	
	Ja	Nej
A (46)	6 (13)	40 (87)
B (68)	19 (28)	49 (72)

Jämförelse mellan de olika åldersgruppernas behov av dränage postoperativt, $p= 0.059$ Pearson´s Chi-2 test.

Den vanligast förekommande postoperativa komplikationerna bland alla män, var anastomosinsufficiens ($n=3$). Totalt var komplikationer mest förekommande i grupp B ($n=11$). (Tabell 5) De postoperativa komplikationer som tas upp i denna studie var de som uppstod innan uppföljningssamtalet genomfördes, samt bidrog till förlängd vårdtid.

Tabell 5. Postoperativa komplikationer

Komplikation	Grupp A Antal (n) procent (%)	Grupp B Antal (n) procent (%)
Peritonit	1 (2.2)	
Anastomosinsufficiens	1 (2.2)	2 (3)
Lungemboli	1 (2.2)	
Förhöjt kreatinin	1 (2.2)	
Oklar infektion	1 (2.2)	
Ileus		1 (1.5)
Hematom		1 (1.5)
Urinvägsinfektion		2 (3)
Rektalskada		1 (1.5)
Nedsatt diures		1 (1.5)
Anemi		2 (3)
Hypotoni		1 (1.5)
Total	5 (11)	11 (16)

Vanligast var att forskningspersonerna hade haft flatulens innan hemgång (Tabell 6). Någon signifikant skillnad mellan åldersgrupperna kunde inte ses ($p=0.952$)

Tabell 6. Tarmfunktion postoperativt.

Grupp (n)	Antal (n) Procent (%)			
	Tarmljud	Flatulens	Faeces	Ej dokumenterat
A (46)	10 (21.7)	28 (60.9)	4(8.7)	4 (8.7)
B (68)	14 (20.6)	46 (67.6)	7 (10.3)	1 (1.5)

Jämförelse mellan de olika åldersgruppernas tarmfunktion postoperativt, $p=0.952$, Fisher'sExact Test.

Tabellen visar undersökningsgruppernas första smärtskattning enligt VAS efter operation, samt värdet på sista skattningen innan hemgång. Man fann vid båda skattningstillfällena ett medianvärde på två i båda grupperna. P-värde avser medianvärden och visar ingen signifikant skillnad mellan åldersgrupperna (Tabell 7).

Tabell 7. Forskningspersonernas skattning av smärta enligt VAS (interquartilavstånd=IQR, lägsta samt högsta skattat värde som Min/Max).

Grupp	Första VAS efter operation (median)	IQR 1-3	Min/Max	P-värde	Sista VAS innan hemgång (median)	IQR 1-3	Min/Max	P-värde
A	2	0.75-2	0/7	0.826	2	1-3	0/6	0.404
B	2	0-2.5	0/5		2	0-2.5	0/6	

P-värde avser jämförelse mellan åldersgrupper (Mann-Whitney U-test).

Antalet skattningar enligt VAS under vårdtiden, varierade mellan noll till fyra gånger i båda grupper. Medeltalet i grupp A var 1.2 gånger, i grupp B var medeltalet 1.38 gånger. Jämförelseanalys visade ingen signifikant skillnad mellan åldersgrupperna (t-test, $p=0.341$). Medianvärdet för antal utförda smärtskattningar under vårdtiden, var i båda grupper ett. (Tabell 8).

Tabell 8. Antal utförda skattningar av smärta enligt VAS under vårdtiden.

Grupp	Antal utförda VAS (n)	Medel	Median	Min/Max	P-värde
A	55	1.2	1	0/4	0.341
B	94	1.38	1	0/4	

P-värde avser jämförelse mellan åldersgrupper (t-test).

Ingen signifikant skillnad kunde ses mellan de olika gruppernas totala vårdtid (t-test, $p=0.917$) eller den postoperativa vårdtiden (t-test, $p=0.899$). Medelvårdtiden postoperativt var för båda grupper 2.2 dagar (53 respektive 52 timmar) (Tabell 9).

Tabell 9. Vårdtider.

	Grupp	Medel±SD	P-värde
Total vårdtid	A	75±34	0.917
(Timmar)	B	74±28	
Postoperativ vårdtid	A	53±34	0.899
(Timmar)	B	52±28	

P-värdet avser jämförelse mellan grupper (t-test).

Uppföljningssamtal

I grupp A, önskade 8,7 procent av de tillfrågade kontakt med en kurator, mot 1,5 procent av grupp B. När det gällde tillfredsställande smärtlindring postoperativt, tillräcklig vårdlängd och tillräcklig information ansåg mellan 88 och 100 procent att detta uppfylldes. Kommentarer från de forskningspersoner som var missnöjda med informationen var ”...*missnöjd med den information som gavs*”, ”...*mer information om svullnad och blåmärket*”, ”...*fick ej information om att man ej kunde köra bil när man skulle hem*”, ”...*blev inte informerad om lymfkörtelutrymning, är mycket missnöjd*”, ”...*bra om sjuksköterskan informerar om att det kan läcka bredvid KAD*”, ”...*doktorn ringde ej maka efter operation, detta har doktorn bett om ursäkt för*”. ”*Fick ingen information om att operationen var nervsparande, blev informerad av sjuksköterskan vid utskrivning.*”, ”...*saknade information angående postoperativ vård vid tarmsjukdom*”. En jämförelse mellan åldersgrupperna avseende de fyra frågorna påvisade ingen signifikant skillnad i något fall (Tabell 10).

Tabell 10. Forskningspersonernas beskrivning av vårdtiden samt önskemål om kuratorskontakt.

	Grupp	Antal (n)	Ja Antal (n) Procent (%)	Nej Antal (n) Procent (%)	Ej diskuterat Antal (n) Procent (%)	P-värde
Önskemål om kuratorkontakt	A	46	4 (8.7)	19 (41.3)	23 (50)	0.180
	B	68	1 (1.5)	24 (35.3)	43 (63.2)	
Tillräcklig vårdlängd	A	46	41 (89.2)	2 (4.3)	3 (6.5)	0.296
	B	68	52 (76.5)	7 (10.3)	9 (13.2)	
Tillräcklig information	A	46	40 (87)	3 (6.5)	3 (6.5)	1.0
	B	68	55 (80.9)	4 (5.9)	9 (13.2)	
Tillfredsställande smärtlindring postoperativt	A	46	42 (91.3)	1 (2.2)	3 (6.5)	0.422
	B	68	59 (86.8)	0 (0)	9 (13.2)	

P-värde avser jämförelse mellan åldersgrupper (Fisher's Exact Test).

En lika stor del av undersökningsgrupperna hade frågor om sin kateterbehandling efter hemgång. De flesta frågor i båda åldersgrupperna handlade om hematuri och trängningar. (Tabell 11).

Tabell 11. Frågor om kateterbehandling i samband med uppföljningssamtal.

Grupp (n)	Ja Antal (n) Procent (%)	Nej Antal (n) Procent (%)	Ej diskuterat Antal (n) Procent (%)	P-värde
A (46)	11 (23.2)	31 (67.4)	4 (8.7)	1.0
B (68)	16 (23.5)	45 (66.2)	7 (10.3)	

P-värde avser jämförelse mellan åldersgrupper (Fisher's Exact Test).

Diskussion

Metoddiskussion

Innan studien påbörjades togs kontakt med verksamhetschefen för Urologiska kliniken, detta för att få tillstånd till att ta del av journalerna. Efter godkännande utformades en projektplan och ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) genomfördes. En fördel med retrospektiva registerstudier, är att allt material redan finns insamlat i en databas vid studiens start. Tid behöver inte avsättas för att invänta svar på enkäter och boka tid för intervjuer. Genom att granska journaler kan stora mängder av redan insamlad data analyseras på ett effektivt sätt. En nackdel kan vara att värdefull data kan saknas i de journalhandlingarna som granskas (Polit & Beck, 2006).

Innehållsvaliditeten i föreliggande studie anses av författarna delvis vara trovärdig då studien baseras på journaler. Journaler kan betraktas som ett register med systematiskt insamlade uppgifter för användning exempelvis till kvalitetsarbete (Jakobsson, 2011). Materialet till vår registerstudie insamlades under hösten för att minimera risken för bias som skulle kunna uppstå under semestrar då verksamheten på avdelningarna har minskad produktion.

Vissa planerade jämförelser utifrån vårdplanerna fick göras om då dokumentationen av önskade variabler ej förekom eller var sparsam. Till exempel vid förfrågan om kuratorskontakt var bortfallet 50 procent i den yngre gruppen och 63 procent i den äldre åldersgruppen, dock presenteras fortlöpande bortfallet i respektive redovisad tabell.

En planerad jämförelse varav smärta. Jämförelsen utfördes mellan första och sista skattningen under vårdtiden i de fall skattning var utfört. Vid dokumentation av VAS i Melior återfanns endast den senast utförda skattningen under aktuellt dygn. Den tidigare registreringen döljs under den senast registrerade VAS. Författarna valde därför att registrera de värden som var synliga i journalen till att innefatta jämförelser mellan första och sista skattningen, samt det totala antal synliga VAS-mätningarna. De förhållandevis få skattningarna kan bidra till bias.

Validitet och reliabilitet

Behandlingsbias bedöms vara liten, då alla deltagare genomgick robotassisterad prostatektomi. Studiens interna validitet påverkas naturligtvis av att dokumentation saknas angående vissa variabler. I projektplanen planerades att de journaler som inte var kompletta först skulle exkluderas. Författarna ansåg emellertid att de delar av journalen som var adekvat ifyllda, trots allt kunde användas till studien då vissa frågeställningar kunde modifieras om samtidigt som det tillkom nya variabler. Exempel på nya variabler var om forskningspersonen var först eller sist på sal, total tid på operationssal, total vårdtid, postoperativ vårdtid samt blödning under operation. En annan tilltänkt variabel som skulle jämföras, var sårkomplikationer. Denna variabel justerades till postoperativa komplikationer, då det framkom ett antal andra komplikationer som författarna ansåg var av intresse. Författarna hoppas och tror därför att den kommunikativa validiteten trots allt är synlig genom att en detaljerad forskningsprocess är beskriven. Till sist angående pragmatisk och extern validitet så kan det diskuteras då resultatet som helhet förmodligen endast är användbart vid de platser/sjukhus där liknande vårdprogram är etablerade. Reliabiliteten i studien bedöms vara god då de data som granskats är dokumenterad och signerad i ett journalsystem (Olsson & Sörensen, 2011).

Resultatdiskussion

Operativ fakta

Avseende den totala tiden på operationssal [290 (grupp A) respektive 318 minuter (grupp B)] fanns en statistisk signifikant skillnad mellan åldersgrupperna. Även när det gällde operationstiden fanns en statistiskt signifikant skillnad (144 respektive 191 minuter). Boylu, Başataş, Turan, Önel & Gümüş (2012) fann i sin studie bland 203 patienter att operationstiden i medel vid robotassisterad radikal prostatektomi var 156 minuter. Detta är i linje med vårt resultat.

En statistisk signifikant skillnad i total tid på operationssal kunde mätas när man delade in forskningspersonerna i två grupper (utan åldersjämförelse) beroende på om de var första eller

andra patient på operationssalen (320 respektive 287 minuter). Som första patient på sal skulle man kunna anta att operationen tar längre tid då moment som att starta upp apparatur och förbereda skulle kunna ta längre tid då det utförs för första gången på dagen. Skillnaderna i själva operationstiden var mindre när ovanstående grupper jämfördes i korrelation med åldersgruppernas jämförelse (177 respektive 168 minuter). Här förelåg kortare operationstid om forskningspersonen opererades som andra person på operationssal. Här fanns ett stort bortfall av operationstid i journalerna. Detta gör att resultatet eventuellt inte är representativt. Huang, Carter & Hu (2013) påvisar även i sin studie att operatörens erfarenhet av att arbeta med robotassistans påverkar operationstiden. Kaneko et al., (2013) påvisar i sin studie att högt Body Mass Index (BMI) och hög vikt på prostatan är andra faktorer som förlänger operationstiden. Om någon av dessa anledningar även påverkar resultatet i vår studie kan inte uteslutas, men protokollet (dokumenterade journaler) medför inte analys av dessa variabler.

Blödning under operation dokumenterades på samtliga forskningspersoner och varierade mellan 0 och 1550 ml utan statistisk signifikant skillnad mellan åldersgrupperna. Medelvärdet på blödning under operation var i stort sett densamma för grupperna, 196 (grupp A) respektive 199 milliliter (grupp B). Detta är även i linje med internationell forskning där Boylu, Başataş, Turan, Önel & Gümüş (2012) redovisar blödning motsvarande medelvärde på 220 ml bland de 203 personer som denna studie omfattande.

Postoperativ vård

I grupp B var det mer än dubbelt så många som var i behov av postoperativt dränage (28 respektive 13 procent). Någon förklaring till detta har författarna inte kunnat finna. Ingen av forskningspersonerna i föreliggande studie drabbades av lymfocele.

Till komplikationer räknades de som inträffade innan uppföljningssamtalet och var registrerade i Melior, samt de komplikationer orsakade förlängd vårdtid eller föranledde åtgärd. Komplikationer efter en robotassisterad radikal prostatektomi är vanligtvis mindre och kräver i de flesta fall endast mindre medicinska åtgärder eller exspektans (Ahmed et. al.2012). Antal komplikationer som förekom i deras studie, berodde på operatörens erfarenhet med att arbeta med robotassistans (a.a). Att robotassisterad radikal prostatektomi har en låg komplikationsrisk, fann även Kim et al., (2013) i sin studie. Ingen av forskningspersonerna i föreliggande studie drabbades av någon form av sårkomplikation. Detta fann författarna

anmärkningsvärt, då vi innan studiens start antog att sårkomplikationer skulle vara den mest förekommande komplikationen. En förklaring till detta kan vara att operationer med robotassistans kräver mindre ingrepp i hudkostymen. Anastomosinsufficiens som var den komplikation som drabbade forskningspersonerna i flest antal (2,6 procent) totalt i båda grupperna. Detta är en komplikation som kan bero på operatörens vana med att arbeta med robotassistans (Ahmed et al. 2012). Då författarna inte redovisar operatörerna, går det inte att säga att så var fallet i föreliggande studie. Tollefson, Frank & Gettman (2011) fann en prevalens av sårinfektioner på 0,6 procent efter genomgången robotassisterad radikal prostatektomi. I föreliggande studie drabbades grupp B i större utsträckning av komplikationer, 16 procent i förhållande till 11 procent. Ett antagande från författarna är att den äldre gruppen är mer benägna att ådra sig komplikationer, då gruppen är mer ålderssvaga. Två komplikationer som även drabbade grupp B var urinvägsinfektion och anemi som krävde transfusion. Urinvägskomplikationer och behov av transfusion var de två mest förekommande komplikationer till robotassisterad prostatektomi som Ahmed et al. (2012) fann i sin studie.

I föreliggande studie hade 60,9 procent respektive 67,6 procent haft flatulens innan hemgång. Att procentantalet mellan grupperna var så lika hade författarna inte räknat med. Antagandet var att grupp B skulle ha sämre förutsättningar till att få igång tarmfunktionen efter operationen. Enligt Damber & Peeker (2013) är förlängd tarmparalys ovanligt. Att obstipation kan vara ett problem postoperativt visar Thoft Jensen, Ammitzbøll Kristensen, Vistoft Christensen & Borre (2011) i sin studie, där 45 procent av patienterna vid samtal med sjuksköterska tre dagar efter utskrivning besvärades av obstipation. Efter en okomplicerad robotassisterad radikal prostatektomi på urologiska kliniken SUS, får patienterna börja dricka redan vid uppkomst till avdelningen, ibland redan på postoperativa avdelningen och äta frukost dagen efter operation. Denna korta fasteperiod kan bidra till att normal tarmfunktion bibehålls.

För att uppnå en adekvat smärtlindring är det av största vikt att använda sig av ett objektiva instrument då smärta är en högst subjektiv upplevelse. VAS ett av det mest använda instrumentet för smärtskattning (Heikkinen, Salanterä, Kettu & Taittonen, 2005). Instrumentet indikerar dock endast intensiteten av smärtan, den säger inget om lokalisering eller karaktär på smärtan. I studien visade det sig att sjuksköterskor både underskattade (19 procent) och överskattade (18 procent) patienters smärta. En patient av 45 stycken uttryckte smärta spontant, medan övriga väntade på att bli tillfrågade av sjuksköterskan. I studien antar man att

det är möjligt att patienter gärna inte klagar utan försöker hantera smärtan själv (a.a). Enligt standardvårdplanen (se bilaga 5) för patienter som genomgått robotassisterad radikal prostatektomi på Urologiska kliniken ska patientens smärta skattas postoperativt enligt VAS fyra gånger per dygn. Ett medianvärde på två uppmättes i båda grupperna, både som första och sista värde. Dock upptäckte författarna att dokumentationen av smärta var bristfälligt utförd. Författarna valde att presentera första samt sista dokumenterade VAS i Melior. Första dokumenterade VAS kunde variera mellan att vara utfört operationsdagens kväll upp till utskrivningsdagen. Då smärtutvärdering är en viktig del av den postoperativa vården, valde författarna att ta med denna variabel trots den bristfälliga dokumentationen.

Forskningspersonerna får anses vara väl smärtlindrade med ett VAS på två. Woldu et al. (2014) fann i sin studie att smärtan på en tio-gradig skala låg på mellan tre till fyra första veckan postoperativt. En vecka efter operationen skattades smärtan till under två vid en robotassisterad prostatektomi. I studien undersökte man även lokaliseringen av smärta och fann att den abdominella smärtan samt smärta från porthål dominerade de första fem dagarna. Efter det var de främsta besvären relaterade till kateterbehandlingen (a.a). Författarna fann i föreliggande studie att den totala vårdtiden vid Urologiska kliniken var 3,13 dagar för grupp A och 3,08 dagar för grupp B. Kortare medelvårdtid fann man i studien av Mitchell et al. (2009) där man uppmätte en medelvårdtid på 2,09 dagar. Den postoperativa medelvårdtiden i föreliggande studie var 2,2 dagar för båda grupperna. Denna vårdtid är högre än det 1,25 dagar som Urologiska kliniken siktar på. Författarna fann ett medianvärde på 1,9 dagar bland samtliga forskningspersoner, ett värde som är närmre den önskade postoperativa vårdtiden. Variabler som bidrog till längre vårdtid utöver medicinska komplikationer, var stickrädsla (n 1), smärta som var svår att lindra (n 3), svår mobiliserad patient (n 1), socialt (n 1), läckage från dränhål (n 1). I en studie av Inman et al. (2011), var medelvårdtiden efter robotassisterad radikal prostatektomi 1,5 dagar. Kim et al.(2013) fann i sin studie kortare vårdtid vid en robotassisterad prostatektomi jämfört med öppen prostatektomi. Trots det medför en robotassisterad operation en högre kostnad för vården (\$11 932) korrelerat med den öppna (\$8862) (a.a).

Uppföljningssamtal

I en studie av Bruun, Pedersen, Osther & Wagner (2011) uttrycker patienter med prostatacancers makor att patienterna inte alltid ville prata om sin sjukdom. Patientens oförmåga att dela känslor och upplevelser med andra tolkades som ett sätt att hantera sin

sjukdom. Detta kunde i sin tur leda till att partnern upplevde ensamhet, särskilt om andra familjemedlemmar och annat socialt nätverk inte heller var angelägna prata om sjukdomen. Även Gray et al. (2000) fann att en majoritet av prostatacancerpatienter undvek att samtala om sin cancer. Orsakerna till detta var bland annat rädsla för stigmatisering, rädsla för att bli en börda samt dåligt socialt stöd.

Mehnert, Lehmann, Graefen, Huland & Koch (2009) fann att det som hjälpte patienterna att hantera sin sjukdom var medicinska åtgärder samt kommunikationen med läkare. Utifrån detta antar man att de medicinska åtgärderna och interaktionen med läkaren var av hög kvalitet på den undersökta Urologiska kliniken. Å andra sidan kan det också vara så att den praktiska och problemrelaterade informationen är lättare för män än den emotionella sidan av prostatacancer. Under författarnas journalgranskning fanns det i 50 procent i grupp A och i 63,2 procent i grupp B inget dokumenterat ifall forskningspersonerna önskade kuratorskontakt. Här kan man spekulera i varför frågan inte tagits upp. Är det fortfarande så stigmatiserat i vården att tala om psykisk ohälsa? Väntar vårdpersonal på att patienterna själva ska ta upp frågan? Alla patienter kanske inte känner till att möjligheten finns? I de fall forskningspersonerna tillfrågades om kuratorskontakt önskade 8,7 procent (n 4) i den yngre åldersgruppen kontakt och 1,5 procent (n 1) i den äldre åldersgruppen. I båda åldersgrupperna ansåg 83,3 procent av forskningspersonerna att de fått tillräcklig information när de tillfrågades vid uppföljningssamtalet. I Thoft Jensen et al. studie (2011) delades patienterna in två grupper. En grupp fick ett uppföljande samtal från sjuksköterska tre dagar postoperativt. Samma information gavs till båda grupperna under vårdtiden. Man fann samma höga grad av tillfredsställelse kring vårdförloppet och informationen i båda grupperna (a.a). En forskningsperson ur grupp A uppgav att han önskat stanna någon dag extra då det inte fanns någon hemma som kunde hjälpa till. Forskningspersonerna som kommenterar sitt nej vid förfrågan om vårdlängden varit tillräcklig, önskar från en till några dagar extra. Det är i grupp B det finns flest forskningspersoner som önskat längre vårdtid. Detta kan bero på att den äldre gruppen i flera fall än i den yngre besväras av andra sjukdomar sedan tidigare. Det kan även bero på att den äldre gruppen inte kan förlita sig på hjälp från eventuell maka i samma utsträckning då denna också kan ha högre risk att vara drabbad av sjukdomar.

Drygt en fjärdedel av forskningspersonerna i båda grupperna hade vid uppföljning frågor om sin kateterbehandling. De vanligaste frågorna handlade om hematuri och läckage. Drygt hälften av patienterna i Thoft Jensen et al. (2011) besvarades av läckage och hematuri efter

hemgång. Skulle statistiken från deras studie omfrågor kring kateterbehandlingen vara jämförbara med forskningspersonerna i föreliggande studie, skulle det kunna vara att dessa är så välinformerade innan utskrivning om eventuella besvär som kan uppstå, att frågor ej behöver ställas i samma utsträckning vid uppföljningssamtalet.

Konklusion och implikationer

Den patientcentrerade modellen som utgår från organisationen och patientens agendor knyts i denna studie samman både ur ett samhällsvetenskapligt, humanistiskt och medicinskt perspektiv. Många patienter har frågor om vad de kan förvänta sig intra- och postoperativt. En sammanställning kan vara till nytta för patienter i det preoperativa samtalet, då denna studie är en informationskälla av given vård. Utifrån resultatet får personal som vårdar patientgruppen en sammanställning om hur det intra- och postoperativa vårdförloppet förflutit. Författarna anser att ställd hypotes är möjlig att verifieras om vårdpersonal som arbetar med patientgruppen tar del av sammanställningen om det intra- och postoperativa förloppet hos patienter som genomgått robotassisterad radikal prostatektomi.

Referenser

- Abrahamsson, P-A. (2003). *Prostatacancer*. Astra Zeneca.
- Adding, C., Nilsson, A., Hosseini, A., Carlsson, S., Haendler, L. & Wiklund, P. (2012). Radikal prostatektomi – den botande kirurgiska behandlingen. *Läkartidningen*, 8(109), 407-411.
- Ahmed, F., Rhee, J., Sutherland, D., Benjamin, C., Engel, J. & Fraizer, H. (2012). Surgical complications after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: The initial 1000 cases stratified by the Clavien classification system. *Journal of endourology*, 26, 135-139.
- Andersson, R., Jeppsson, B., Lindholm, C., Rydholm, A. & Ulander, K. (red.) (2004). *Kirurgiska sjukdomar - patofysiologi, behandling och specifik omvårdnad*. Studentlitteratur: Pozkal, Poland.
- Arthur, L. & Burnett, MD. (2005). Erectile Dysfunction Following Radical Prostatectomy *JAMA*. 2005;293(21):2648-2653.
- Boylu, U., Başataş, C., Turan, T., Önoğ, F. & Gümüş, E. (2012). Robot-assisted radical prostatectomy: surgical, oncological, and functional outcomes. *Turkish Journal of Urology*, 38(1), 8-13.
- Bruun, P., Pedersen, B., Osther, P. & Wagner, L. (2011). The Lonely Female Partner: A Central Aspect of Prostate Cancer. *Urological Nursing*, 31(5), 294-299.
- Burt, J., Caelli, K., Moore, K. & Anderson, M. (2005). Radical prostatectomy: men's experiences and postoperative needs. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 883-890.
- Damber, J-E. & Peeker, R. (2013). *Urologi*. Studentlitteratur: Lund.
- Davidson, J. B., Moore, K.N., MacMillan, H., Bisailon, A. & Wiens, K. (2004). Patient Evaluation of a Discharge Program Following a Radical Prostatectomy. *Urologic Nursing*, 24(6), 483-489.
- Edlund, K. & Forsberg, A. (2013). *Evidensbaserade standardvårdplaner*. Lund: Studentlitteratur.
- Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Vetenskapsrådet <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> . Hämtad 2014-05-28
- Gray, R.E., Fitch, M., Phillips, C., Labrecque, M. & Fergus, K. (2000). To tell or not to tell: patterns of disclosure among men with prostate cancer. *Psychooncology*, 11, 307-326.
- Heikkinen, K., Salanterä, S., Kettu, M. & Taittonen, M. (2005). Prostatectomy patients' postoperative pain assessment in the recovery room. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 592-600.

Huang, KH., Carter, S. & Hu, J. (2013). Does Robotic Prostatectomy Meet Its Promise in the Management of Prostate Cancer? *Current Urology Report*, 14, 184-191.

Inman, D.M., Maxson, P.M., Johnson, K.M., Myers, R.P. & Holland, D.E. (2011). The Impact of Follow-Up Educational Telephone Calls on Patients after Radical Prostatectomy: Finding Value In Low-Margin Activities. *Urologic Nursing*, 31(2), 83-91.

Jahren Kristoffersen, N. (1998). *Allmän omvårdnad*. Liber: Stockholm.

Jansson, I., Pilhammar-Andersson, E. & Forsberg, A. (2010). Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing-sensitive outcome indicators. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (1), 611-618.

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp*. Lund: Studentlitteratur.

Kaneko, G., Miyajima, A., Yazawa, S., Yuge, K., Kikuchi, E., Asanuma, H., Nakagawa, K. & Oya, M. (2013). What is the predictor of prolonged operative time during laparoscopic radical prostatectomy? *International Journal of Urology*, (20), 330-336.

Kim, S., Shah, N., Karnes, J., Weight, C., Shippee, N., Han, L., Boorjian, S., Smaldone, M., Frank, I., Gettman, M., Tollefson, MK. & Thompson, RH. (2013). Hospitalization Costs for Radical Prostatectomy Attributable to Robot Surgery. *European Urology*, 64, 11-16.

Liss, M.A., Skarecky, D., Morales, B., Osann, K., Eichel, L. & Ahlering, T.E. (2013). Preventing perioperative complications of robotic-assisted radical prostatectomy. *Urology*, 81(2), 319-323.

Medicinska forskningsrådet (MFR). (1982). *Teorier och metoder i omvårdnadsforskningen: rapport från en arbetsgrupp*.

Mehnert, A., Lehmann, C., Graefen, M., Huland, H. & Koch, U. (2010). Depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and health-related quality of life and its association with social support in ambulatory prostate cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 19, 736-745.

Mitchell, R., Lee, B., Cookson, M., Barocas, D., Herrell, S., Clark, P., Smith, J & Chang, SS. (2009). Immediate surgical outcomes for radical prostatectomy in the University Health System Consortium Clinical Data Base: The impact of hospital volume, hospital size and geographical region on 48,000 patients. *BJU International*, 104(10), 1442-1445.

Northouse, L.L., Mood, D.W., Montie, J.E., Sandler, H.M., Forman, J.D & Hussain, M. (2007). Living with Prostate Cancer: Patients' and Spouses' Psychological status and Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(27), 4171-4177.

Nyström, P-O. (2004). Difficult to measure results and quality of surgical interventions but length of stay is an important variable. *Läkartidningen*, 101, 184-189.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Liber: Stockholm.

Peeker, R., (2006). *Den starke mannens svaga punkter*. Lifespan AB: Stockholm.

- Polit, D.F. & Beck C.T. (2006). *Essentials of Nursing research*. Lippincott: Philadelphia.
- Queenan, J. A., Feldman-Stewart, D., Brundage, M. & Groome, P.A. (2010). Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care*, 19, 251-259.
- Regionalt Cancercentrum Syd. (2013). *Vårdprogram för prostatacancer*. Lund.
- Sahin, Z.A., & Tan, M. (2012). Loneliness, Depression, and Social Support of Patients With Cancer and Their Caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(2), 145-149.
- Sennfält, K., Carlsson, P., Thorfinn, J., Frisk, J., Henriksson, M. & Varenhorst, E. (2003). Technological changes in the management of prostate cancer result in increased healthcare costs. *Scandinavian journal of urology*, 37, 226-231.
- SFS 2009:400 *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2008:355 *Patientdatalagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Soneson, B. & Soneson, G. (1997). *Människans anatomi och fysiologi*. Liber: Falköping.
- Thoft Jensen, B., Ammitzbøll Kristensen, S., Vistoft Christensen, S. & Borre, M. (2011). Efficacy of tele-nursing consultations in rehabilitation after radical prostatectomy: a randomised controlled trial study. *Urological Nursing*, 5, 123-130.
- Tollefson, M., Frank, M. & Gettman, T. (2011). Robot-assisted radical prostatectomy decreases the incidence and morbidity of surgical site infections. *Urology*, 78, 827-831.
- Weiss, M.E., Piacentine, L.B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., Holmes, S.B., Toman, S., Toy, A. & Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42.
- Woldu, S., Weinberg, A., Bergman, A., Shapiro, E., Korets, R., Motamedinia, P. & Badani, K. (2013). Pain and Analgetic Use After Robot-Assisted Radical Prostatectomy. *Journal of endourology*, 28, 1-5.
- World Health Organization. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> Hämtad 2014-05-28



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten
Vårdvetenskapliga etiknämnden

UTLÅTANDE

1 (3)

2014-01-28

Karinna Lyckman
Rödlingsgatan 18
216 13 ELMJÄMIN

VEN 17-14 Radikal prostataktomi – granskning av standardvårdplan efter genomgången robotassisterad radikal prostatektomi.
Karinna Lyckman & Susanne Bergqvist
Handledare: Anders Johansson

Höredragande Cecilia Sjö Dahl Hammarlund

Yttrande

VEN har inga invändningar mot att studien genomförs enligt ansökan.

Då inberäklet omfattar känsliga personuppgifter bör det förvaras på ett säkert sätt. En liscnardskyddad dator kan inte betraktas som säkert förvar.

Verksamhetschefen behöver intyga att studien är en del av kliniskt kvalitetsutvecklingsarbete. Det bör också framgå att verksamhetschefen godkänner att studenter har tillgång till och hanteras med dessa data som är utdrag ur journaler.

Komplettering:

Intyg från verksamhetschef

Kompletteringen skickas till VEN i original (ett exemplar). Bifoga kopia av detta utlåtande.
Postfack: HSC, B3 Norr (Anna Blomgren)

Bengt Svahnson
Ordförande

Postadress: Institutenvägen 16, 222 22 Lunds Besöksadress: Barnevägen 3, Lund
Telefon: 040-222 30 00 ex. Telefax: 040 222 16 00
Webb: http://www.med.lu.se/centrum/medica_lund/svethk Studieförmedlartjänst: <http://www.lundsuniversitet.se/vardvetenskapliga-etik-namnden>
Ordförande: Bengt Svahnson, 040-222 16 40, E-post: bengt.svahnson@med.lu.se
Sekreterare: Anna Blomgren, 040-222 15 04, E-post: anna.blomgren@med.lu.se



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för Halsa, Vård och
Samband

LEFOKMAT ÖNSBRKV

2013-12-07

Till verksamhetschef Per-Anders Abrahamsson

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien med arbets titeln "Radikal prostatektomi en
granskning av den standardvårdplan som beskriver vårdförloppet efter genomgången radikal
prostatektomi"

Syftet med studien är att undersöka hur patienter som genomgått en radikal prostatektomi
beskriver den postoperativa världen. Vad vi vet är inte tidigare studier utförda på SUS-
Malmö. Föreliggande undersökning bör kunna betraktas som ett kvalitetsarbete för
avdelningen.

Studien kommer att genomföras med kvantitativt design, genom analys av utförda
standardvårdplaner samt uppföljningssamtal. Undersökningsgrupp kommer att vara patienter
som genomgått en radikal prostatektomi och 100 journaler önskas analyseras utifrån
omräkningen på vårt uppsatsarbete. Vi använter även om att få hjälp av koordinatör för
operationer på urologiska kliniken, detta för att välja ut undersökningspersoner enligt ovan
angivna urvalskriterier.

Allt material kommer att behandlas konfidentiellt och presenteras avidentifierat på
grupp nivå.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för godkännande
yttrande innan den planerade studien genomförs och studien ingår som ett examensarbete i
specialistutbildningen till operationsjuksköterska.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår
handledare.

Med vänlig hälsning

Susanne Bergqvist
Leg. sjuksköterska
0702-90 07 09
susannebergqvist@live.se

Katarina Lyckman
Leg. sjuksköterska
0708-25 43 68
rya22@hotmail.se

Anders Johansson
Handledare, docent
0768-44 18 28
anders.johansson@med.lu.se

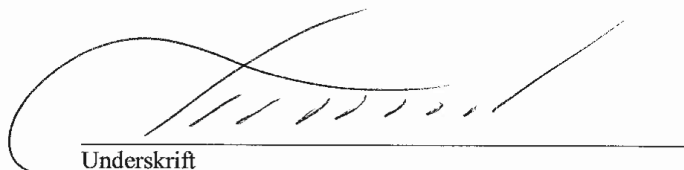
Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

”Radikal prostatektomi – en granskning av den standardvårdplan som beskriver
vårdförloppet efter genomgången radikal prostatektomi”

Er anhållan

- Medgives
 Medgives ej

Ort MA Datum 4/12-13


Underskrift

Namnförtydning **Per-Anders Abrahamsson MD, PhD
Chairman and Professor
Department of Urology
Skåne University Hospital
Lund University, Malmö, Sweden**

Verksamhetsområde



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Medicintektionen, P.O. Box 1333, Värdvårds-
enheten

INFORMATIONSBREV

2014-02-17

Bäste Per-Anders

Vi har nu fått vår projektplan examinerad och ska påbörja datainsamlingen till
magisteruppsatsen. Godkännande har inhämtats från Vårdvetenskapliga etiknämnden
(VTN). Nämnden har inga invändningar mot att studien "Radikal prostataektomi – en
granskning av standardvårdplan efter genomgången robotassisterad radikal prostataektomi"
genomförs enligt ansökan.

VTN önskar dock att Vi har ett godkännande från verksamhetschefen, som intygar att
studien är en del av klinikens kvalitetsutvecklingsarbete. Här ska likaså framkomma att
verksamhetschefen godkänner att vi har tillgång till och handskas med dessa data som är
utdrag ur journaler.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår
handledare.

Med vänlig hälsning

Susanne Bergqvist
Leg. sjuksköterska
0702-90 07 09
susannebergqvist@live.se

Katarina Lyckman
Leg. sjuksköterska
0708-25 43 68
rya22@hotmail.se

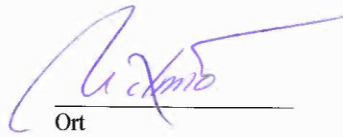
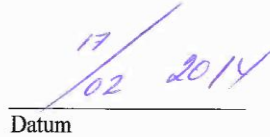
Anders Johansson
Handledare, docent
0768-44 18 28
anders.johansson@med.lu.se

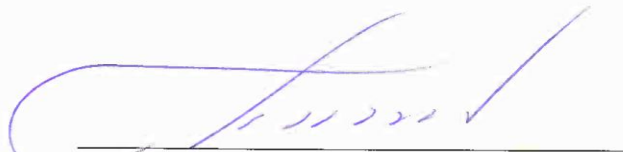
Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Undertecknad godkänner att studenterna som genomför studien "Radikal prostataektomi – en granskning av standardvårdplan efter genomgången robotassisterad radikal prostataektomi" har tillgång till och hanterar sekretessbelagd data som är utdrag ur journaler. Studien är en del av klinikens kvalitetsutvecklingsarbete.

Er anhöllan

- Medgives
 Medgives ej

 
Ort Datum


Underskrift
Per-Anders Abrahamsson MD, PhD
Chairman and Professor
Department of Urology
Skåne University Hospital
Lund University, Malmö, Sweden
Namnförtyngande och titel

Verksamhetsområde



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och
samhälle

INFORMATIONSBREV

2014-07-02

Bäste Per-Anders

Vi har nu allt förberett för att kunna påbörja vår magisteruppsats. Judith Falos på urologen har vänligheten att bistå oss med inloggningsmöjligheter till Medior. Judith behöver dock ett godkännande från Dig, att hon går in i enskilda journaler och avidentifierar dessa. Det är ju om vi får del av dem. Det kommer även att göras ett tillägg i journalerna att journalen är granskad/utskriven för tillgång till variabler i syfte att utföra kvalitetsgranskning på uppdrag av verksamhetschef.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Susanne Bergqvist
Leg. sjuksköterska
0702-90 07 09
susannebergqvist@live.se

Katarina Lyckman
Leg. sjuksköterska
0708-25 43 68
ryu22@hotmail.se

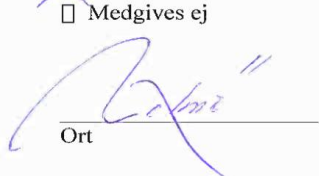
Anders Johansson
Handledare, docent
0768-44 18 28
anders.johansson@med.lu.se

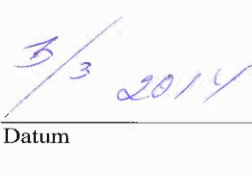
Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

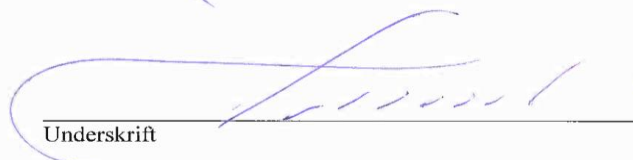
Undertecknad godkänner att Judit Talos använder sina inloggningsuppgifter och tar del av enskilda journaler i Melior. Detta för att sedan överlämna dessa avidentifierade till studenterna Katarina Lyckman och Susanne Bergqvist. Studenterna kommer i sin tur att kvalitetsgranska dessa journaler som en del av deras magisteruppsats. "Radikal prostataektomi – en granskning av standardvårdplan efter genomgången robotassisterad radikal prostataektomi.

Er anhållan

- Medgives
 Medgives ej


Ort


Datum


Underskrift

Per-Anders Abrahamsson MD, PhD
Chairman and Professor
Department of Urology
Skåne University Hospital
Lund University, Malmö, Sweden

Namnförtydlig

Verksamhetsområde

Operationsdagen kväll

Datum

Andning/cirkulation

Observation/övervakning

Puls och blodtryckskontroller en gång/timme fram till 24.00 eller vid behov längre, dokumenteras på narkosjournalen.

Påbörjat

Kommentar.....

SaO₂.....% sign

Nutrition

Speciell omv.

Dryck, vätskebalans samt dropp över natten.

Påbörjat

sign

Elimination

Observation/övervakning

Kateterfixering

utförd

Hematuri grad.

grad 1 grad 2 grad 3 grad 4 grad 5

Mängden i dränagepåse markeras

utförd

sign

Hud/vävnad

Observation/övervakning

Tillsyn av op-förband

Utförd

sign

Smärta

Läkemedelshantering

Analgetika enl TFO eller PM (smärtskattning).

Givet

Kommentar.....

Observation/övervakning

Kontinuerlig smärtskattning med VAS, i samband med läkemedelsadministrering.

KI	06.00	12.00	18.00	22.00
VAS				

Sign

Första postoperativa dagen

Datum.....

Kunskap och utveckling

Information/undervisning

Muntlig information och skriftlig informationsfolder gällande kateterskötsel efter radikal prostataectomi överlämnas.

Utförd Ej utförd

sign

Andning och cirkulation

Medverkan

Andningsgymnastik med hjälp av djupandning påbörjas

Utförd

Klexane givning instrueras.

Utförd Ej utförd Patienten tränat.

Speciell omvård

Postoperativ provtagning enligt rutin.

Utförd

Kontroll av PVK-instick

Utförd Grad: PVK avvecklas

sign

Nutrition

Observation

Vätskebalansregistrering

Påbörjad

Medverkan

Dryck minst 1500 ml. Patienten fyller i vätskebalans.

sign

Elimination

Observation/övervakning

Urinmätning

Påbörjad

Kateterfixering

utfört Ej utförd

Hematuri grad.

grad 1 grad 2 grad 3 grad 4 grad 5

Hemostick < 2 byte till kort tömbar uribag

Utfört Ej utförd

Tarmfunktion

askulterbara tarm ljud flatusavgång inga tarm ljud

Dränmängd <100 ml >100 ml

Drän draget på ordination

utfört inget drän

sign

Hud/vävnad*Observation/övervakning*

Tillsyn av op-förband

- Utfört komplikationsfritt.
 förbandsbyte med steril teknik vid behov

sign

Aktivitet*Träning*

Mobilisering med sjukgymnast/vårdpersonal

- utfört
 mobiliserar fritt

sign

Smärta*Observation/övervakning*

Kontinuerlig smärtskattning med VAS, i samband med läkemedelsadministrering.

KI	06.00	12.00	18.00	22.00
VAS				

Kommentar.....

sign

Psykosocialt*Stöd*

Kuratorssamtal

- utförd ej utförd

sign

Bilagor

Uppföljningssamtal

Personnummer :

Tid för samtal:

Patientens namn :

Utförd av :

Adress :

Tel. nummer :

Operation och tid :

Operatör :

Har Du varit nöjd med din smärtbehandling? Ja Nej

(Eventuellt råd om nedtrappning av smärtstillande : börja med att Pulvera Tramadol/Daxofen dosen och sedan sänka helt med tabletterna. Vid behov Parodol.)

Har magen kommit igång efter op ? Ja Nej

Rekommendationer :
- dricka rikligt
- äta pöron,
katrinplommen
- prunerna
- laxering som kan
köpas receptfritt på
apoteket (lactulos
eller microlax)

Hur fungerar Din kateter ?

(Flöde, färg, obehag/länsla, trängningar ?)

Dinnes/röner bra ? ja. Vid besvär / problem : dricka rikligt

Urinens färg ? ja. Vid besvär / problem : helt normalt med färoret
uric

Är KAD fixerad ? ja. Vid besvär / problem : skifta sida och fixera på
samma ist. som föran

Trängningar ? ja. Det är obehagligt att ha KAD som kan irritera

och orsaka trängningar, detta alltså är inte ovanligt.
Men om några av dessa besvär tilltar kontakta oss.
Så hjälper vi Dig!

Har Du fått Din tid för KAD dragnig på uro. mottagningen ? Ja Nej
Har Du varit hos Dssk. och har Du tagit bort dina stygn? Ja Nej

Eventuella frågor angående såret. Ja Nej
.....
.....
.....

Tycker Du att informationen har varit tillräcklig och stämmer den överens med
ditt informationsbehov? Ja Nej
.....
.....
.....

Tycker Du att vårdtiden var tillräckligt lång? Ja Nej
.....
.....
.....

Har Du några frågor eller undrar Du över något?
(Ev. behov av kurator kontakt?) Ja Nej
.....
.....
.....

Har Du några synpunkter som Du vill framföra? Både positiva och negativa!
.....
.....
.....