



Tittel på norsk:

## **Prostatakreft og livskvalitet**

*Hvordan bidra til best mulig livskvalitet hos pasienter operert for prostatakreft?*

Tittel på engelsk:

## **Cancer prostate and quality of life**

*How to contribute to the best quality of life in patients operated for prostate cancer?*

**Kandidatnummer : 9**

**VID vitenskapelig høgskole**

**Haraldsplass, Bergen**

**Fordypningsoppgave**

**Videreutdanning i Kreftsykepleie**

**Kull: Heltid 2018 -19**

**Antall ord: 7923**

**Innleveringsfrist: 30.04.19**

## Sammendrag

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hva som kan bidra til bedre livskvalitet hos pasienter som er operert for prostatakreft. Jeg vil se på hvordan urinlekkasje og ereksjonsproblemer kan påvirke livskvaliteten til pasienter som opererer radikal prostataektomi og hvordan informasjon til pasienten kan bidra til bedre livskvalitet.

**Metode:** Metoden for oppgaven er litteraturstudie hvor det er gjennomført søk i ulike databaser etter relevant forskningsartikler som kan belyse problemstillingen. Jeg har brukt søkeordene prostatakreft/prostate cancer, prostatektomi/radical prostatectomy og livskvalitet/quality of life, informasjon/information, urininkontinens/urinery incontinens og erektil dysfunksjon/erectil dysfunksjon.

**Hovedfunn:** Radikal prostataektomi fører ofte til nedsatt livskvalitet i varierende grad. De to vanligste komplikasjonene etter radikal prostataektomi er urinlekkasje og erektil dysfunksjon. Det er viktig med god informasjon i forkant av en operasjon hvor man går gjennom behandlingsalternativene, eventuelle komplikasjoner som kan oppstå og hvilken påvirkning operasjonen kan ha på livskvaliteten til den enkelte pasient. Her bør en også komme inn på forventningen pasienten har til behandlingen og forberede pasienten på hvilke utfordringer han kan møte og hvordan han kan mestre utfordringene. Det er viktig at pasientens partner blir inkludert i samtaler der hvor pasienten ønsker det. Det er viktig at pasienten får informasjon og opplæring i hvordan han selv kan forhindre komplikasjonene eller hvordan han kan forbedre allerede oppståtte komplikasjoner.

**Konklusjon:** God og tilrettelagt informasjon i forkant av og etter radikal prostataektomi er noe av det viktigste for å bevare god livskvalitet hos pasienter operert for radikal prostataektomi.

## Abstract

**Purpose:** The purpose of this literature study is to shed light on what factors can contribute to an increased quality of life for patients that have undergone a prostate cancer operation. I want to look at how urine leaks and erectil dysfunction can affect the quality of life for patients that have undergone the radical prostatectomy operation.

**Method:** The metod I used for this assignment is a literature study, where a search was conducted using different databases searching for relevnt research papers that could illuminate the thesis. I used the search words prostata prostatakraft/prostate cancer, radikal prostataektomi/radical prostatectomy, livskvalitet/quality of life, informasjon/information, urininkontinens/urinery incontinens and erektil dysfunksjon/erectil dysfunction.

**The main findings:** Radicqal prostatectomy often leads to reduced quality of life of varying degress. Two of the most common complications after a radical prostatectomy are urine leaks and erectile dysfunction. Giving thorough information before the radical prostatectomy operation is important. One should give information about the different options of tretments, possible complications, how the operation can affect the patients quality of life and talk about the patients expectation of the treatment, so that the patient can be better prepared for what challenges he might meet. It is important that the patient partner is included in conversations in those cases where the patient himself wants it. It is important that the patient gets information and training on how he can prevent complications or how he can improve already existing complications.

**Conclusion:** Thorough and personally adapted information prior to and after radical prostatectomy is one of the most important factors to ensure good quality of life for the patient that has undergone a radical prostatectomy operation.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Abstract

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>METODE</b> .....	<b>6</b>
2.1	LITTERATURSTUDIE .....	6
2.2	LITTERATURSØK.....	6
2.3	FUNN OG KILDEVURDERING.....	7
<b>3</b>	<b>TEORI</b> .....	<b>8</b>
3.1	PROSTATAKREFT.....	8
3.2	PROSTATAEKTOMI .....	9
3.2.1	<i>Urinlekkasje</i> .....	10
3.2.2	<i>Mandighet og seksualitet</i> .....	11
3.3	INFORMASJON .....	14
3.4	LIVSKVALITET .....	16
<b>4</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>18</b>
4.1	URINLEKKASJE .....	18
4.2	SEKSUALITET OG MANDIGHET .....	19
4.3	INFORMASJON .....	23
<b>5</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>REFERANSER</b> .....	<b>28</b>

## Vedlegg:

Vedlegg 1 Søkehistorikk

Vedlegg 2 Oversikt over inkluderte forskningsartikler

# 1 Innledning

I 2017 fikk 4983 menn prostatakraft i Norge (Cancer registry of Norway, 2018, s.17) og det er den vanligste kreftdiagnosen blant menn i Norge. Prostatakraft rammer først og fremst eldre menn, men kan forekomme hos menn ned i 40- års alderen. Rundt 1000 menn dør av prostatakraft hvert år i Norge, som nummer to etter lungekreft. Ved behandling med kurativ intensjon er behandlingsalternativene strålebehandling og kirurgi, enten i kombinasjon eller hver for seg (Berg, 2017, s.564).

Jeg har i min oppgave valgt å fokusere på pasienter diagnostisert med prostatakraft, som gjennomgår behandling med radikal prostataektomi (RP) for sin prostatakraft. Dette ble valgt fordi jeg har jobbet med pasienter med prostatakraft i noen år og har sett de utfordringene pasientene møter etter å ha gjennomgått RP. Å bli behandlet for kreft, enten det er med kurativ eller palliativ intensjon, har en pris i form av akutte bivirkninger og seneffekter (Fosså, Berge. & Dahl, 2017, s. 81). Ved RP er det alltid en risiko for å skade omliggende organer som kan medføre konsekvenser for vannlatning, seksualfunksjonen og endetarmfunksjonen (Berg, 2017, s.563). Etter RP rapporterte 84% av pasientene erektil dysfunksjon og 48% av pasientene inkontinens (Fosså & Dahl, 2015, s.7).

Erektil dysfunksjon og inkontinens vil være hovedfokuset i denne oppgaven. Min erfaring fra urologisk kirurgisk avdeling er at det blir lite snakket om utfordringer pasienter møter vedrørende erektil dysfunksjon og inkontinens. Jeg har erfaring med at pasienter har et stort informasjonsbehov som helsepersonell ikke alltid klarer å møte. Pasientene har behov for informasjon angående hvilken bivirkninger behandlingen kan gi, og hvordan de kan forberede seg. Helsepersonell har en viktig oppgave når det gjelder å gi informasjon til pasienter, dette krever god kunnskap om sykdommen, behandlingsalternativer, bivirkninger av behandling og ikke mist hjelpemidler som kan hjelpe ved de forskjellige plagene.

På bakgrunn av dette har jeg valgt problemstillingen:

*Hvordan bidra til best mulig livskvalitet hos pasienter operert for prostatakraft?*

## **2 Metode**

I følge Dalland (2016, s.52) er metode en fremgangsmåte for å skaffe seg ny kunnskap ved å se nærmere på et problemområde. Metoden hjelper oss også ved å vise hvordan man bør gå frem for å etterprøve kunnskapen

### **2.1 Litteraturstudie**

Oppgaven er en litteraturstudie. Kjent ved en litteraturstudie er at man henter data fra allerede eksisterende forskning, fagkunnskap og teori (Dalland, 2016, s.207). Litteraturstudier kan bestå av både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Den kvantitative metoden gir oss målbare enheter, de gir oss tall, mens kvalitative metoden er mer fokusert på det som ikke kan måles eller telles, der er de ut etter meninger og opplevelser til den enkelte. En kan si at den kvantitative metoden går i bredden og den kvalitative metoden går i dybden (Dalland, 2016, s.52-53)

I følge Helsebiblioteket (2016) er kunnskapspyramiden et hjelpemiddel for lettere å kunne vite hva man skal søke etter og hvor man skal søke. Kunnskapspyramiden sier også noe om hvilken type artikler man bør begynne å søke etter samt nivå av kvalitetsvurdert forskning. Jeg har brukt kunnskapspyramiden som utgangspunkt for å identifisere relevante, kildevurderte forskningsartikler til litteraturstudien.

### **2.2 Litteratursøk**

Man skiller mellom to type søkeord, tekstord og emneord. Tekstord er ord du finner i teksten, sammendraget eller tittel på artikkelen mens emneord er ord som beskriver hva artikkelen handler om og vil være ulik uavhengig av database (Helsebiblioteket, 2016a) Søkene ble utført med en kombinasjon av både tekst-, og emneord.

For å identifisere relevant litteratur har søk blitt gjennomført i forskjellige medisinske databaser. Det ble hovedsakelig søkt etter litteratur i databasene PubMed, SweMed+ og Cinahl. Det ble også søkt i databasene MedLine og Chocrane Library, uten å finne relevant litteratur. For mer utfyllende informasjon om søkeprosessen vises til vedlagt

søkehistorikkskjema (Vedlegg 1). Annen aktuell litteratur er identifisert gjennom referansesøk og i pensumbøker. Det er også innhente relevant litteratur fra aktuelle nettsider, som helsebiblioteket, for å søke etter nasjonale og internasjonale retningslinjer og fra prostatakreftforeningen sin hjemmeside. Jeg vil også bruke brosyrer og hefter som omtaler teamet, som kreft og seksualitet fra Kreftforeningen.

Søkeordene som er benyttet er prostatakreft/prostate cancer, prostatektomi/radical prostatectomy og livskvalitet/quality of life, informasjon/information, urininkontinens/urinary incontinens og erektil dysfunksjon/erectil dysfunksjon. Det ble søkt etter artikler skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk.

### **2.3 Funn og kildevurdering**

Litteratursøket resulterte i flere antall relevante treff for denne litteraturstudien, men grunnet begrensning i litteraturstudiens omfang er kun ni forskningsartikler inkludert. De ni inkluderte forskningsartiklene kan gi kunnskap til å besvare problemstillingen, og består av to oversiktsartikler og syv primærstudier. Både kvantitative-, og kvalitative studier er inkludert. Det er forsøkt å finne ny og oppdatert litteratur, altså litteratur som ikke er eldre enn 10 år, men det er også inkludert en artikkel fra 2004 som ble vurdert som relevant og gjeldende for oppgaven. I denne artikkelen ble åtte pasienter som alle hadde gjennomgått elektiv kirurgisk inngrep på mage/tarm intervjuet. Målet ved intervjuene var å finne ut hvordan pasientene opplevde informasjonen de får i forbindelse med en operasjon (Grønnestad, 2004, s.4). Studiene som har fått særlig stor betydning i denne oppgaven er Wennick, Jonsson, Bratt & Stenzelius(2017), samt Laursen(2017). Begge studiene forsøkte å finne ut hvordan RP operasjon påvirker pasientens hverdag etter inngrepet, spesielt hvordan det påvirker seksuallivet. Artiklene som er inkludert i oppgaven kan ses i vedlegg 2.

En svakhet med denne litteraturstudien er at det kan foreligge relevante forskningsartikler for problemstillingen som ikke har blitt identifisert. En annen svakhet kan være at de fleste forskningsartiklene var på engelsk og informasjonen kan ha blitt feiltolket da artiklene ble oversatt.

### 3 Teori

Først vil generell informasjon om prostatakraft bli presentert.. Fokuset videre i teoridelen vil være RP og de vanligste komplikasjonene etter RP operasjon som ereksjonssvikt og urinlekkasje. Deretter presenteres hvilken effekt informasjon kan ha på livskvalitet etter RP, før jeg avslutter med en teori om mestring.

#### 3.1 Prostatakraft

Prostatakjertelen ligger nedenfor urinblæren og urinrøret går gjennom prostataen. Rett bakenfor og nedenfor prostata ligger endetarmen. Sædblæren som samler opp sædceller fra begge sædledere ligger oppover og bak prostataen. Nervegrener som ligger på begge sider av prostatakjertelen er ansvarlig både for opplevelsen av orgasme(utløsning) og blodtilstrømningen til penis(ereksjon/reising) (Fosså et al., 2018, s.23).

Minst en av syv menn vil i løpet av livet bli diagnostisert med prostatakraft (Tandstad & Klepp, 2018, s.292).

Alder er den viktigste risikofaktoren og de fleste som får prostatakraft er over 60 år. Hos noen er den en familieopphopning og man antar at hos ca. 5-10% av prostatakraft tilfellene er det en arvelig disposisjon (Berg, 2017, s. 561).

Prostatakraft gir ofte lite symptomer i tidlig stadium. Symptomene oppstår ofte først når svulsten blir så stor at den vokser ut av prostatakjertelen og inn i omliggende vev (blære, endetarm, urinleder) eller ved spredning. Svulsten kan da gi symptomer som blæretømningsproblemer, smerter fra skjelettmetastaser og ved svært langkommende kreft nevrologiske utfall i form av smerter eller lammelse (Berg, 2017, s.562).

Utredningen ved prostatakraft begynner ofte hos fastlegen ved at han utfører en rektal eksplorasjon og måler nivået av PSA i blodet. Dersom noen av disse prøveresultatene grunn til videre utredning blir pasienten henvist til en urolog for en vevsprøve. Vevsprøven tas via endetarmen, den er ultralydveiledet. Når vevsprøven er undersøkt blir det stadfestet om det er kreft og svulsten blir gradert ut fra Glason –skår. Høy skår på Glason- skår gir høyere risiko for alvorlig kreft og større potensiale for at kreften kan spre seg. Det blir også tatt MR som brukes for å kartlegge lokal utbredelse og for å bestemme behandlingsmetode. CT og



eventuelt PET-CT brukes for å kartlegge om det foreligger spredning til lymfeknuter eller indre organer. Pasienten diskuteres så på et multidisiplinært møte med urolog, onkolog, radiograf og patolog for å finne den bestem behandlingsalternativet for pasienten.

Behandlingsalternativene blir diskutert med pasienten, det blir lagt frem det behandlingsalternativet som er best for pasienten og han er selv med på å bestemme hvilket alternativ han vil velge (Berg, 2017, s.562).

Standard behandlingen av prostatakraft som ikke har spredd seg til skjelettet eller lymfeknuter utenfor bekkenet er operasjon(RP) eller strålebehandling. Det er uklart om strålebehandling eller RP er den beste behandlingen for pasienter i et langsiktig perspektiv (Tandstad & Klepp, 2018, s.296). Hos pasienter som har svulster i en lavrisikogruppe, altså langsomt voksende og lite aggressiv svulster kan kurativ behandling utsettes til når eller hvis undersøkelser viser at svulsten er blitt mer aggressiv, kalt aktiv overvåkning (active surveillance).

Det er viktig at pasienten og eventuelt partner får en oversikt over de behandlingsalternativene som finnes for han basert på hans individuelle sykdomssituasjon, alder og allmenntilstand (Fossa, et al., s. 53-54). Pasientens pårørende bør få god informasjon angående operasjonen og eventuelle bivirkninger av operasjonen, tid til å diskutere dette, samt å innhente mer informasjon (Simpson, 2015, s.27). Nytteverdien av den kurative behandling må nøye veies opp mot potensielle ulemper i hvert enkelt tilfelle (Berg, 2017, s.562).

Viktigheten av å snakke med pasienten og eventuelt pårørende om behandlingsalternativene, mulige bivirkninger og pasientens forventninger til forløpet trekkes også frem i pakkeforløpet for pasienter med prostatakraft (Helsedirektoratet, 2016).

### **3.2 Prostataektomi**

I løpet av 2017 ble 1710 pasienter operert for RP i Norge, hvorav 167 ved Haukeland universitetssykehus (Kreftregisteret, 2017).

Målet med RP er fjerne alt tumorvev og samtidig bevare kontroll over urinen(kontinens) og potens så langt det er mulig, så lenge det ikke går ut over helbredelsen (Fosså, et al., 2018, s.58). Pasienter som blir tilbudt RP er først og fremst pasienter under 75år, som har T1 eller T2 svulster uten noe tegn til spredning og med liten eller moderat høy risiko for spredning

(Tandstad & Klepp, 2017, s.296-297). RP innebærer å fjerne hele prostata og sædblæren. Deretter blir det anlagt en anastomose mellom urinrøret og blæreåpningen. Det som avgjør om pasienten får beholde urinkontroll og potensen er om man må fjerne nervene rundt prostata som har forgreininger til blærehalsen og penis. Hvis pasienten har en svulst ikke har vokst gjennom prostatakapselen er det som oftest mulig å beholde nervene, altså en nervesparende operasjon. Tidligere ble pasienten operert med åpen kirurgi, altså det ble laget et 8-10 cm snitt langt nede på magen og opererte ut prostataen. I dag blir de fleste pasientene operert med robotassistert teknikk. Dette fordi det gir færre liggedøgn, mindre blodtap og fordi det er et mer skånsomt inngrep for pasienten (Fosså, et al., 2018, s. 58-59). De fleste pasientene blir skrevet ut av sykehuset etter to dager, men de må beholde urinkateteret i 10 dager for å gi anastomosen mulighet til å gro (Fosså, et al., 2018, s.59). Penis blir ofte kortere etter RP, dette er fordi man fjerner nervene helt eller delvis og fordi deler av uretra er fjernet og de gjenværende delene blir sydd sammen (Lausen, 2016, s.123). Ved eventuelle inkontinens plager skal pasienten følges opp av uroterapeut, fysioterapeut, sykepleier eller annet helsepersonell alt etter hva plagene er. Fastlegen er også en viktig samarbeidspartner hvis pasienten blir inkontinent etter behandling. Pasienten skal henvises til urolog/onkolog hvis plagene tilsier det (Helsedirektoratet, 2016).

I hefte om kreft og seksualitet fra kreftforeningen forteller Tor og kona Martha om hvordan det var da Tor fikk ereksjonssvikt etter RP operasjon og stråling. Det skrives også i heftet om kreftforeningens tilbud, kreftlinjen som er et tilbud til alle som trenger svar eller informasjon om kreft og kreftrelaterte emner (Kreftforeningen, 2017, s. 5 - 13).

I starten etter pasientene har fått beskjed om at de har prostatakreft sier de at de er mest opptatt av overlevelse. Etter RP forandret fokuset seg fra å være veldig rettet på overlevelse til mer å dreie seg om konsekvensene operasjonen har i hverdagen (Wennick et al., 2017, s.109).

### **3.2.1 *Urinlekkasje***

Urinlekkasje er svært vanlig etter at kateteret er fjernet når en er operert for RP. Dette bedrer seg vanligvis i løpet av de første ukene, og er fortsatt i bedring andre året etter operasjon. Det pasienten kan gjøre for å minske risikoen for urin inkontinens er å starte med knipeøvelser noen uker før operasjonen og fortsette med dette når kateteret er fjernet (Fosså et al., 2018, s.

87). Etter hvert avtar urinlekkasjen når pasienten er i ro, men det kan oppleves lekkasje ved fysisk anstrengelse. Pasienten kan også oppleve urinlekkasje ved økt buktrykk som ved hoste, latter og tunge løft. Grunnen til lekkasjen er at når prostataen er fjernet må urinblæren trekkes ned til uretra og de to skjøtes sammen, og da påvirkes lukkemuskulaturen. Alkohol inntak kan også medføre urinlekkasje fordi bekkenmuskulaturen da slapper mer av. Hvis pasienten får stråling i tillegg så kan dette øke problemet med urinlekkasje, ofte betydelig (Gjessing, 2017, s.579).

I oversiktsartikkelen til Carrier, Edwards & Harden (2018, s.900) sier flere av mennene at inkontinensen som oppstod etter de hadde fjernet kateteret kom som et sjokk. Noen beskrev det som at dette var det verste med den postoperative fasen. For mange ble det å ha inkontinens en så stor påkjenning at det gikk ut over livskvaliteten. For andre ble det å ta kontroll over inkontinensen en måte å komme tilbake til hverdagen og leve et normalt liv. Mennene uttrykte at de fikk lite informasjon om hvordan håndtere urinlekkasjen og at det var vanskelig å snakke med helsepersonell om urinlekkasje problemene (Carrier et al., 2018, s.900). Prostatakrefthforeningen anbefaler å prøve forskjellige inkontinensprodukter for å finne det som passer den enkelte. De informerer også om at apotek/bandasjister har et stort utvalg av forskjellige inkontinensprodukter (Prostatakrefth).

En studie viser at 89% av pasientene som er operert for RP sier at de ikke hadde stress inkontinens før operasjon. Seks måneder etter operasjonen rapporterte 27% at de hadde alvorlig stress inkontinens, 18% ved tolv måneder og 13% ved atten måneder. Selv om pasientene hadde store problemer med urin inkontinens sier studien at dette bare gikk noe ut over livskvaliteten til pasientene (Aning, MacKenzie, Fabricius, McColl, Johnson, Tandogdu, Soomro & Harding, 2018, s.364.e17).

### **3.2.2 Mandighet og seksualitet**

Mandighet(maskulinitet) er et fellesbegrep på de egenskapene som tradisjonelt har preget den mannlige personlighet i forhold til den kvinnelige personligheten. Mange av egenskapene henger sammen med biologisk kjønn, mens andre henger sammen med ulikheter i oppdragelse, rolleforventninger og kultur. Den amerikanske skapelsen av ”The Marlboro Man” skulle være representant for den klassiske mannligheten. Den klassiske mandighet skulle være at mennene skulle stole på seg selv, ha kontroll over følelsene sine samt være

seksuelt potente. Da kan man tenke seg at det å bli alvorlig syk og gå gjennom en operere som RP kan utfordre den tradisjonelle mannligheten (Fossa et al., 2018, s.132). I en studie rapporterte omtrent en tredjedel av pasientene som var behandlet for prostatakreft at de hadde mistet en del av sin maskulinitet og at dette igjen kunne øke stresset ved erektil dysfunksjon (Zaider, Manne, Nelsen, Mulhall & Kissane, 2012, s.2725).

Ereksjonssvikt defineres som at man har en vedvarende manglende evne til å bevare penis tilstrekkelig erigert til å kunne gjennomføre vaginalt eller analt samleie (Gjessing, 2017, s.580).

Erektil dysfunksjon etter RP påvirker både pasientens sexliv, selvbildet og pasientens forhold til partner som igjen kan påvirke pasientens livskvalitet. Det er viktig er at disse pasientene får seksualveiledning (Laursen, 2016, s.126).

Det som er viktig å påpeke er at seksualitet ikke bare omhandler orgasme, ereksjon og samleie. Seksualitet handler også om nærhet, ømhet, kjærlighet og hengivenhet. Derfor kan det i mange sammenhenger være mer hensiktsmessig å snakke om intimitet enn seksualitet (Borg, 2017, s.125 – 126).

De fleste pasientene opplever i de første måneden etter RP operasjon ereksjonssvikt.

Ereksjonssvikten vil hos de fleste bedre seg i løpet av de første året, men dette gjelder ikke alle. 20-70% rapporterte at de ett år etter operasjonen hadde en så alvorlig ereksjonssvikt, at det gjorde det umulig å ha samleie. Grunnen til den store variasjonen i antallet med ereksjonssvikt kan være forskjell i alder, ulik graden av ereksjonssvikt før operasjon, alvorlighetsgrad av sykdommen og som noe av det viktigste antall andre sykdommer (Fosså, et al., 2018, s.84).

For mange pasienter blir ereksjonsevnen bedre to til tre år etter operasjonen. Det er viktig å komme i gang med det man kaller ”penisrehabilitering” så raskt som mulig etter at kateteret er fjernet. Med ”penisrehabilitering” menes regelmessig og god blodforsyning til svampegemene. Det finnes også flere medikamenter som kan hjelpe med å få ereksjon, såkalte fosfodiesterasehemmere, PDE<sub>5</sub>- hemmere. Pasienten får ikke dekket ereksjonsfremmende legemidler og må betale for disse selv (Fosså et al., 2018, s.84- 87).

Noen syntes det hjalp å bruke medikamenter for å få ereksjon, mens andre syntes tap av spontaniteten gjorde det mindre attraktivt å bruke medikamenter (Wennick et al., 2017, s.109).

RP pasienter sa at når inkontinensen bedret seg og bekymringen over dette avtok, begynte de mer å tenke på seksuelle funksjonen. Flere av mennene sa at det å ikke kunne ha et normalt sexliv påvirket deres følelse av å være mann. Pasientene som ble operert for RP ble en stund etter operasjonen spurt om de angret på at de utførte operasjonene når de nå vet hva som fulgte med av komplikasjoner. Det var svært få som svarte at de angret på at de utførte operasjonen (Carrier et al.,2018, s.904).

Noen mener at prostatakreft er en parysdom, at partneren ikke kan unngå å bli en aktiv deltaker. Pasientens partner som får rollen som omsorgsperson får ofte psykiske belastningssykdommer. Det som var gjennomgående i en undersøkelse var at kvinnen følte de måtte støtte mennene sine og måtte undertrykke sine egne seksuelle behov (Fosså et al., 2018, s. 151). I studien til Wennick et al.(2017, s.109) sier mennene som var i stabilt forhold at de hadde funnet nye måter å være intime på istedenfor å fokusere mangelen på ereksjon, disse parene håndterte de seksuelle problemene etter RP bedre (Wennick et al., 2017, s.109). 12% av pasienter som var i et forhold etter RP sier at forholdet er blitt verre etter RP. Problemer med seksuallivet, sorg og psykiske problemer var det som ble mest rapportert hos partneren (Fosså & Dahl, 2015, s.10).

Informasjon til disse pasientene kan være svært vanskelig. Et godt utgangspunkt for sykepleier kan være å bruke PLISSIT - modellen når de skal snakke med pasienter om seksualitet i forbindelse med kreftbehandling. P står for permission(tillatelse), LI for limited informasjon(begrenset informasjon), SS for specific suggestions(konkrete forslag) og IT for intensiv therapy(intensiv terapi). Tillatelse står for at helsepersonell må gi pasienten tillatelse og mulighet til å snakke om seksualitet. Begrenset informasjon betyr at helsepersonell gir generell informasjon om seksualitet i forhold til den sykdommen og behandlingen han har vært gjennom. Konkrete forslag handler om å gi konkrete råd til pasienten i den situasjonen som han er i . Intensiv terapi krever mer spesialisert kunnskap om seksualitet (Gjessing, 2017, s.582- 584).

### 3.3 Informasjon

De fleste pasientene som blir diagnostisert med en kreftsykdom har et stort behov for informasjon om sykdommen, prognose, behandling og eventuelle bivirkninger av behandling. Derfor er noe av det viktigste i starten av en kreftbehandling god og tilrettelagt informasjon som kan hjelpe pasienten å forstå sykdommen sin og behandlingen han skal gjennom (Gjessing, 2017, s.575). Pasientens rett til informasjon er nedfelt i lov. I følge pasient –og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) har pasienten rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen sykdom og behandling. Pasienten har også rett til å vite om eventuelle komplikasjoner og risikoer ved behandling som den skal gjennom.

Informantene i studien til Grønnestad (2004, s.8) sier at god og tilstrekkelig informasjon kan hjelpe å bevare håpet og skape trygghet. Studien viser også at pasienten hadde god nytte av standardisert informasjon, men at når det kommer til informasjon om risikomomenter hadde pasientene forskjellig behov og bør da informeres enkeltvis. Det kan også være en fordel for pasienten å ha erfaring fra sykehus, det kan redusere informasjonsbehovet og det kan gjør det lettere for pasienten å innhente den informasjonen den enkelte trenger (Grønnestad, 2004, s.6).

Å vite hvor mye informasjon en pasient ønsker kan også være vanskelig. Pasienter får mye informasjon, det er ikke alltid de får med seg alt eller vet hvor de har fått informasjonen fra (Gabrielsen & Nord, 2012, s.10). Det som er viktig å tenke på når man skal gi informasjon til pasienter som skal gjennom behandling som kan gi problemer og seneffekter etter behandling, er at man må finne en balansegangen mellom å motivere pasienten til å gjennomføre behandlingen og bevare håpet. Samtidig skal en forberede pasienten på å leve med seneffekter. Når man møter pasienten som man skal informeres er det viktig å kartlegge hvilken informasjon som allerede er gitt, og hva slags kunnskap pasienten har om egen sykdom, behandling, bivirkning og prognose (Gjessing, 2017, s.577). Flere pasienter i en undersøkelse etterlyste mer informasjon om hvordan de skulle håndtere hendelser i det tidlige postoperative forløpet. De fikk mye informasjon om det kirurgiske inngrepet og forløpet på sykehuset, men mindre om hva de kunne vente seg da de kom hjem (Gabrielsen & Nord, 2012, s.13).

Når man skal gi praktisk informasjon til pasienter så kan det være lurt å tenke over disse tre punktene: Informasjonen bør være fullstendig, gi pasienten forutsigbarhet i situasjonen og må være forståelig for pasienten. Det å formidle informasjon er en viktig del av sykepleierens oppgaver (Eide & Eide, 2007, s.293).

Når man skal informere pasienter bør en finne ut hva pasienten trenger informasjon slik at man gir relevant informasjon. Det å gi informasjon og å tilpasse informasjonen til pasientens behov krever omtanke. Pasienten skal høre, forstå og huske det som er nødvendig, og føle at de blir ivaretatt på en god måte. Dette krever forberedelse (Eide & Eide, 2007, s.293).

Når man skal informere pasienter kan det være lurt å forberede seg ved å reflektere over noen spørsmål. Hvem er pasienten som skal informeres? Hvilken forhåndskunnskap har pasienten? Hvilke resurser har pasienten som kan gjøre det lettere for ham å møte de utfordringene som behandlingen kan gi? Hvordan forstår pasienten situasjonen? Det kan være lurt å bruke situasjonsbestemt informasjon, det betyr å greipe øyeblikket da pasienten kan være mottakelig for informasjon relatert til en bestemt situasjon (Reitan, 2017a, s.112).

Simpson (2015, s.26-27) skriver om de forskjellige måtene å gi informasjon til pasienter som skal opereres for RP. Her er det stor forskjell på hva pasienter føler at de trenger. Noen har all informasjonen de trenger og noen vil ha mye mer. Det som er viktig er at informasjonen, støtte og hjelpen er tilgjengelig for mennene, så de kan oppsøke det når de føler det passer. Simpson (2015, s.26 -27) forskjellige informasjonsmetoder er:

Ansikt til ansikt: Dette er det hun kaller bærebjelken når det kommer til pasient kontakt. Dette er en mulighet til å møte pasienten, se hvordan han reagerer på informasjonen han får og kunne tilpasse seg til dette. Mange pasienter sier at informasjonen ble gitt for nærme før operasjonen og de ikke klarte å ta informasjonen til seg og holde på den (Simpson, 2015, s.26).

Undervisnings dager: Det å bruke interaktiv læring i kombinasjon med praktiske råd angående urin inkontinens og seksualitet etter RP kan hjelpe pasienten til å bedre forstå og forberede seg. Det som også har vært positivt i denne sammenheng er å invitere pasienter som har gjennomgått RP og at disse kan fortelle om sine opplevelser

Skriftlig informasjon: Den skiftelige informasjonen pasientene får, bør være kortfattet, fullstendig og korrekt, og ta hensyn til at pasienter har ulik forhåndskunnskap (Simpson, 2015, s.26).

Telefon støtte: Med den økte forekomsten av kreft og tidlig behandling gir telefon støtte en mulighet til snakke med pasiente, uten å bruke for mye ressurser. Det negative ved denne informasjonsmetoden er at man går glipp av den non-verbale delen av kommunikasjonen som er en viktig del av kommunikasjonen. Noen menn kan også syns det er bedre å stille personlige spørsmål over telefon enn ansikt til ansikt (Simpson, 2015, s.26).

Online: Det å søke opp informasjon om sin diagnose online er noe vi ser mer og mer. Det ligger mye informasjon ute på nettet og man skal være forsiktig med hva man leser. Helsepersonell bør være behjelpelig til å informere pasienten om hvilke nettsider som er av god kvalitet (Simpson, 2015, s.26).

Støtte grupper: Støtte grupper kan være til hjelp for å håndtere problemer etter operasjonen. Her kan man dele personlige historier og hjelpe hverandre på den måten (Simpson, 2015, s.27).

### **3.4 Livskvalitet**

Begrepet livskvalitet er et relativt nytt begrep innen helseforskning. Begrepet ble først introdusert i Amerika i 1970 – årene da livskvaliteten til den amerikanske befolkningen ble undersøkt. Livskvalitet omfatter både fysiske, sosiale og mentale forhold, som alle er faktorer som er inkludert i Verdens helseorganisasjon(WHO) definisjon av livskvalitet (Ribu, 2017, s.51- 52).

WHO definerer livskvalitet som «en tilstand av komplett fysisk, mental og sosial velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller lyte». Det positive med denne definisjonen er at livskvalitet ikke betyr fravær av sykdom men at man kan ha et godt liv på tross av dårlig helse (Gro, Loge & Dahl, 2019, s.167). I følge Gro et al. (2019, s.167) vil det i dagligtale brukes for å beskrive en grad av “lykke- og tilfredshets”-følelse. Innen medisin og helsefag har man brukt en tredelt inndeling av begrepet av livskvalitet: Global livskvalitet, spesifikk livskvalitet og



helse relatert livskvalitet. Global livskvalitet handler om at man generelt føler seg tilfreds med livet, om man for eksempel er tilfreds med jobb, utdanning, familie, økonomi og helse. Spesifikk livskvalitet omhandler gjerne mer om en persons spesifikk følelse og opplevelse knyttet til bestemte plager av sykdom eller bivirkninger av behandling. Helse relatert livskvalitet omfatter den fysiske, psykiske og sosiale dimensjonen og kan svært varierende innhold. Fra den fysiske delen som handler om muligheten til bevegelse og symptomer som smerter, til den psykiske delen som ofte omfatter mer psykiske symptomer som angst, depresjon og tretthet over til den sosiale delen som handler om personens sosiale liv og nettverk med familie og venner (Grov et al., 2019, s.167-168).

I følge Fosså & Dahl (2015, s.6) sin studie av norske pasienter som har vært operert for RP sier 386 av 612 pasienter at de har god livskvalitet, altså sier 226 pasienter sier de har redusert livskvalitet etter RP

## 4 Drøfting

I denne delen av litteraturstudiet vil det teoretiske grunnlaget som er presentert, for å belyse problemstillingen min drøftes. Underveis i drøftingen vil menn som har gjennomgått en RP operasjon siteres for å få frem hvordan de opplevde livet etter operasjonen.

### 4.1 Urinlekkasje

Urinlekkasje etter RP er vanlig og 27% av pasientene operert for RP rapporterte at de hadde alvorlig stress inkontinens når det var gått seks måneder siden de var operert (Aning et al., 2018, s.364.e17). Det å ha urinlekkasje og alt det medfører vil påvirke livskvaliteten til mennene, det oppleves ofte ydmykende og lite maskulint å ikke ha kontroll på urinen (Carrier et al., 2018, s.900). Det å måtte bruke bleier eller innlegg etter operasjonen styrket følelsen av å føle seg skamfulle og mindre mannlige, noen sa at det å bruke bleier fikk dem til å føle seg som et barn (Wennick, 2017, s.109). Pasientene rapporterte også at urinlekkasjen påvirket det sosiale livet, begrenset den fysiske aktiviteten, påvirket deres forhold til partner samt seksuallivet (Carrier et al., 2018, s.900). Urinlekkasje var for mange menn et stort problem og fikk konsekvenser for deres livskvalitet, men for noen menn var det å finne mestringsstrategier for å håndtere urinlekkasjen det som gjorde at det var mulig for dem å leve et normalt liv (Carrier et al., 2018, s.901). Mestringsstrategiene de brukte var å utføre bekkenbunnøvelser, unngå kaffe og alkohol samt faste toalettrutiner. For at pasientene skulle føle seg trygge i sosiale settinger var det viktig at de hadde kontroll over urinlekkasje og at de visste hva de skulle gjøre hvis urinlekkasjen oppstod slik at ingen oppdaget urinlekkasjen (Carrier et al., 2018, s.901).

Når man som helsepersonell skal snakke med pasienter om urinlekkasje er det viktig å skape trygge rammer der hvor pasienten føler at han kan snakke om urinlekkasjen. Det er viktig med god informasjon om hvordan behandling påvirker vannlatningen. En må også informere pasientene om at det er nødvendig med tålmodighet i forhold når til urinlekkasje. Det kan ofte være hjelpsomt for pasienten at man oppfordre dem til å se bakover i tid enn fremover i tid for å lettere kunne se at det har skjedd en bedring (Gjessing, 2017, s.579). Noen av mennene opplevde at de fikk lite informasjon om hva de skulle gjøre med urinlekkasjen når de kom hjem. Kateteret blir normalt fjernet 14 dager etter operasjon og da kom urinlekkasjen som et

sjokk for pasientene. Noen av pasientene fikk med seg innlegg når de ble skrevet ut fra sykehuset, men flere fikk ikke med seg innlegg eller informasjon om hvor man kunne kjøpe innlegg (Carrier et al., 2018, s.900). Når pasienten skrives ut av sykehus er det viktig at han får informasjon om innlegg/bleier og hvor han kan kjøpe dette. Han må også få resept på inkontinens utstyr, da dette fås på blå resept (Gjessing, 2017, s.580). De som jobber på apotek har god oversikt over hvilke innlegg/bleier som finnes på markedet og hvilke produkter som dekkes av den blå resepten. Apotek ansatte er også behjelpelige til å finne det produktet som passer den enkelte. For enkelte kan det ta tid å finne det inkontinensproduktet som passer best (Prostatakraft). Pasienten må også få informasjon om bekkenbunnøvelser. Disse øvelsene bør pasienten begynne med før operasjonen og fortsette med øvelsen etter operasjonen når kateteret er fjernet (Fosså et al., 2018, s.87). Det er viktig at pasienten får både muntlig og skriftlig informasjon om bekkenbunnøvelser, ofte vil fysioterapeut være behjelpelig med opplæring i disse øvelsene. Pasienter som gjør disse øvelsene fast og nøye har mest utbytte av øvelsene (Gjessing, 2017, s.580).

Ved vedvarende alvorlig inkontinens som har stor påvirkning på pasientens livskvalitet bør pasienten vurderes for en inkontinensoperasjon hos en urolog. Dette gir vanligvis betydelig bedre vannlatningskontroll (Fosså et al., 2018, s.88).

## **4.2 Seksualitet og mandighet**

Eretil dysfunksjon etter radikal prostataektomi(RP) påvirker både pasientens sexliv, selvfølelsen til pasienten, forhold til partner og følelsen av være mann.

Det fremkommer i en studie at redusert maskulinitet er den største bidragsyteren til seksuelle plager etter RP. Menn som opplever at de har mistet sin maskuline identitet etter behandling for prostatakraft har større sannsynlighet for å føle seg plaget av sin erektil dysfunksjon. Dette kan igjen føre til skam, flauhet og redusert livskvaliteten (Zaider et al., 2012, s. 2730-2732). For mange menn kan den måten samfunnet ser på det å være en mann, være et hinder for å mestre endringene etter operasjonen. Utsagn som «det å være mann er mer enn å ha sex!» er et uttrykk som skal hjelpe med å endre mandigheten fra fysiske til mer relasjonelle væremåter, noe som kan hjelpe pasienten til å mestre endringene bedre (Fosså et al., 2018, s.134). Pasienter som var i et forhold hvor partneren viste lite hengivenhet, var følelsen av maskulinitet mindre. Dette understreker viktigheten av et godt parforhold i den postoperative

fasen. Et godt parforhold hvor, man har god kommunikasjon, kan hjelpe på mannens følelse av maskulinitet etter operasjonen (Zaider et al., 2012, 2730). Noen menn sa at de synes det var vanskelig å formidle følelser og at de dermed følte de fikk mindre følelsesmessig støtte. Dette viser hvordan den tradisjonelle mandigheten kan påvirke pasientens evne til å snakke om følelser og dermed kan være til hinder for å mestre utfordringene prostatakreft bringer med seg på en god måte (Fosså et al., 2018, s.108).

I en studie (Laursen, 2017, s.124) understrekte flere menn at sex ikke bare handler om samleie. Forståelse, intimitet, omsorg og følelsen av bli respektert og sett er også veldig viktig (Laursen, 2017, s.124). Når mennene ikke klarte å delta i seksuell aktivitet påvirket dette deres seksualitet og deres evne til å fungere som en mann. Mennene rapporterte at dette gikk ut over selvtilliten og de så på kroppen sin som annerledes (Carrirer et al., 2018, s.904).

Penisen blir ofte kortere etter en operasjon, mennene hadde oppdaget dette rett etter operasjonen og synes dette var veldig traumatisk, en uttrykker det slik: « Når jeg så ned på min Willy, den var vekk, det så ut som kateteret kom direkte ut fra et hull i magen og jeg tenkte, hva søren – har de kuttet den av? Jeg fikk nesten panikk». Det at penisen blir kortere viktig å informerer pasientene om før operasjonen, og å forklare grunnen til at penisen blir kortere er at delvis på grunn av mangelen på nerve stimulering og fordi deler av uretra blir fjernet under operasjonen (Laursen, 2017, s.123).

Pasienter som har vært RP opererte anbefales å starte med penisrehabilitering så snart som mulig etter operasjonen for å forbedre ereksjonsevnen og forhindre størrelse reduksjon. Det anbefales at pasienten starter med medikamenter som skal hjelpe på ereksjonsevnen. Det finnes flere typer medikamenter og pasienten kan prøve ut forskjellige og finner det som passer best. De forskjellige medikamentene har forskjellige virkningsmekanismer, noe må pasienten ta timer før samleie, noe femten minutter før samleie mens andre tas daglig (Fosså et al., 2018, s.85). Det å ta ereksjonsstimulerende medisiner var det flere pasienter som syntes var hjelpsomt, mens andre syntes de mistet følelsen av spontanitet. Det var flere som mente at prisen for medisinerne gjorde det mindre attraktivt. En uttrykte det slik « Vi er ruinerte. Jeg mener 20 tabletter, det er 20 ganger. Det er som å kjøpe en dame i Danmark ». En annen sa at det å kjøpe tablettene gikk så hardt ut over husholdningspengene at han bare måtte slutte å kjøpe tablettene (Wennick et al., 2017, s.109). Det kan i noen tilfeller være nødvendig med en

vakuumpumpe som øker blodtilførselen til penis, ikke nødvendigvis bare for å få ereksjon men også for å bedre ereksjonsevnen på sikt. Denne pumpen lager et vakuum som tøyser den glatte muskulaturen i penis, noe som gjør den mer elastisk og mottakelig for blodtilførsel. Pumpen skal skape et undertrykk rundt penis som gjør at blodet blir sugd inn i svampegemene. Dersom pumpen skal brukes før seksuell aktivitet, opprettholdes blodfyllingen ved at man trer en ring over penis og plasser den ved roten for å beholde reisingen. Vakuumpumpen dekkes av folketrygden ved å søke gjennom Helfo (Gjessing & Dahl, 2019, s.122 -123).

Mange helsepersonell unngår å snakke med pasienter og deres partner om seksualitet. Det kan være flere grunner til dette. Helsepersonell stiller ofte store krav til egen kunnskap og vegrer seg derfor for å snakke med pasienten om seksualitet. Andre synes det er så vanskelig å snakke om temaet, at de unngår det helt. Noen mener det er en privat sak og tar derfor ikke opp temaet. Når man skal snakke med pasienter om seksualitet er det viktig at man har kunnskap om de psykisk og fysiske utfordringene RP pasienter står ovenfor. Dette finnes flere kommunikasjonsverktøy som skal hjelpe helsepersonell å snakke med pasienter om seksualitet, en av de er PLISSIT- modellen (Borg, 2017, s.127).

PLISST står for permission(tillatelse), limited information(begrenset informasjon), specific suggestion(konkrete forslag) og intensive therapy(intensiv terapi).

Tillatelse: Målet med dette første trinnet er at pasienten skal få mulighet til å snakke om seksualitet. Det er ikke alle pasienter som ønsker å snakke om seksualitet, men alle må få tilbudet. Det er viktig at sykepleieren og/eller annet helsepersonell er villig til å snakke om seksualitet. Husk at det ikke er vi som helsepersonell som gir tillatelse til å snakke om seksualitet med pasienten, men pasienten som gir tillatelse. Det kan være en god måte å komme inn på seksualitet er gjennom skriftlig materiale (Borg, 2017, s.127- 128).

Begrenset informasjon: Helsepersonell har mye kunnskap om behandlingen og sykdommen som pasienten ikke har. Når man gir informasjon om sykdommen, behandling og hvordan eventuelle komplikasjoner av behandlingen kan påvirke seksualiteten til pasienten er det viktig at partneren til pasienten får tilbud om å være med på samtalen. Pasienten bør oppfordres til å snakke om hvordan han opplever sin situasjon og hva han mener vil virke inn på hans seksualitet. Når vi som helsepersonell først har tatt opp emne seksualitet er det lettere for pasienten å stille spørsmål om seksuelle problemer (Borg, 2017, s.128).

Konkrete forslag: Målet med dette trinnet er å gi pasienten råd for mestre konkrete situasjoner. Dette innebærer å gi pasienten og eventuelt pasientens partner konkrete forslag om hvordan et godt seksualliv kan opprettholdes og utvikles. Pasienten kan informeres om seksuell rehabilitering, penispumpe og legemidler som hjelper på ereksjonen (Borg, 2017, s.129).

Intensiv terapi: Dette trinnet er kun aktuell for noe få pasienter med et mer komplekst problem. Dette gjelder pasienter som har problemer som ikke kan løses ved hjelp av noen av de lavere trinnene i modellen og som trenger mer spesialisert hjelp. Det kan for eksempel være alvorlige psykiske problemer, dypere samlivsproblemtekk eller stor potensproblematikk (Borg, 2017, s.130).

Det er flere som opplever at det å få prostatakreft ikke er en sykdom man får alene. Hvis man har en partner kan man kaller det en parsykdom. Det hender ofte at pasientens partner får psykiske belastningssymptomer når hun må ta rollen som omsorgsperson (Fosså et al., 2018, s.151). I studien til Fosså & Dahl (2015, s. 10) sier 12% av pasientene at deres parforhold er dårligere nå en før RP, de forholdene som parene rapporterte at påvirket forholdet mest var seksuelle problemer, sorg og psykiske problemer.

Det å kunne snakke åpent om problemene i parforholdet har en positiv effekt. Ikke alle klarer å snakke åpent om problemene og ønsker å holde det for seg selv. I forhold hvor parene ikke er vant med å snakke om åpent om seksualitet, kan det lede til misforståelser og feiltolkninger (Laursen, 2016, s. 123). Dette viser hvor viktig det er at man i et parforhold kan snakke åpent om seksualitet og eventuelle problemer rundt seksualitet.

Det å finne andre måter å være intime på kan hjelpe på å håndtere ereksjonssvikten. En mann utrykte seg slik at forholdet mellom han og konen hadde utviklet seg mer til et vennskap etter operasjonen, noe som de begge følte at var akseptabelt og de følte også at de kunne snakke om problemene (Wennick et al., 2017, s. 109). God kommunikasjon er altså et av de viktigste verktøyene par som har seksuelle problemer kan bruke. Det er viktig at paret snakker om forventinger til samlivet, også det seksuelle. Kanskje må man justere noe på kravene til disse forventningene. For noen par kan parterapi med fokus på kommunikasjon være til god hjelp. Hos noen par kan ”samleieforbud” være en riktig metode for å komme nærmere hverandre og ta bort fokuset på ereksjonssvikten eller presentasjonsangsten. I denne perioden skal paret

heller fokusere på intimitet; klemmer, kyssing og være gode mot hverandre (Gjessing & Dahl, 2019, s.124 -125). Tor forteller at den første tiden etter operasjonen var vanskelig. Han forteller om at selvfølelsen var langt nede og at han ikke følte seg som en mann. Men han husker godt første gang han hadde samleie etter behandlingen, han begynte nesten å grine når han tenker tilbake på det. «For det var jo mulig. Det gikk jo fortsatt an». Tor og kona er enige om at åpenhet og nærhet er viktig før, underveis og etter behandlingen (Kreftforeningen, 2017, s.8-9).

For de pasientene som ikke er i et parforhold kan det by på utfordringer å finne en ny partner. Mange er usikre på når de skal fortelle eventuell ny partner at de ikke kan få ereksjon eller må ta medikamenter for å oppnå ereksjon. Noen av disse pasientene uttrykte det slik at det nesten ikke var noe poeng i å gå bort å snakke med nye damer, fordi selv om lysten var der så visste de at de ikke kom til å få ereksjon (Laursen, 2016, s.123).

### **4.3 Informasjon**

Informantene i studien til Grønnestad & Blystad (2004, s.6) sier at det ble snakket lite om hva som skjer etter operasjonen når pasientene kommer hjem, da spesielt med tanke på normale kroppslige reaksjoner og faren for komplikasjoner. En informant uttrykte det slik «Her har de gjort jobben med skjæringa, men hva gjør jeg nå? ». Det uttrykkes av pasientene at de ønsker mer informasjon om forventede kroppslige reaksjoner etter operasjonen. «Behovet for informasjon slutter ikke. Det slutter ikke når jeg går ut her en gang. I morgen kan jeg ha behov for å ringe noen og spør om dette også er normalt» . Dette er noe som går igjen i flere studier. Pasientene fikk informasjon om at de ville våkne med utsyr som sonde og dren, men ikke hva som ellers kunne forventes i den postoperative fasen (Gabrielsen & Nord, 2012, s.13). I denne studien ønsket pasientene mer informasjon i forkant av operasjonen for å kunne være bedre forberedt på hva de kunne forvente etter operasjonen. Det kan være vanskelig å finne en balansegang mellom det å gi informasjon om mulige bivirkninger av behandlingen og motivere pasienten til å motta behandlingen (Gjessing, 2017, s.577).

Det å formidle informasjon er en viktig del av sykepleierens oppgaver. Det kan være lurt å tenke gjennom et par ting når man skal gi informasjon til pasienter, disse tre punktene kan være greit å ha med seg:

- Fullstendighet: Informasjonen bør være så fullstendig som mulig, men viktig at man ikke gir pasienten for mye informasjon slik at han ikke klarer å forholde seg til det eller huske det. Det kan være en fordel å gi en del av informasjonen skriftlig slik at pasienten kan ta det opp å lese på det senere (Eide & Eide, 2007, s.293).
- Forutsigbarhet: Informasjonen bør bidra til å gi pasienten forutsigbarhet i situasjonen. Informasjonen bør komme i god tid, til rett tidspunkt, slik at pasienten vet hva som skal skje, hva han skal gjøre og hvordan han skal forholde seg til det (Eide & Eide, 2007, s.293).
- Forståelighet: Det er viktig at den informasjonen som gis er forståelig for pasienten. Informasjonen bør tilpasse den enkelte pasienten. Man bør også unngå å bruke for mye medisinske terminologi som pasienten ikke forstår (Eide & Eide, 2007, s.293).

Derfor er det viktig at informasjonen gis på et mest dagligdagsspråk og minst mulig medisinsk språk. Videre bør en finne ut om pasienten har forstått informasjonen som er gitt ved å gjenta informasjonen og gjerne spør pasienten selv om å gjenta informasjonen han har fått, slik at man er sikker på at han har forstått. En bør også oppmuntre pasienten til å stille spørsmål (Fosså et al., 2018, s.168). Pasienter får ofte mye informasjon i forkant av en operasjon. De får informasjon fra mange forskjellige yrkesgrupper og for noen pasienter kan det bli for mye informasjon. «Selv om man ser seg selv som et relativt våkent menneske, så har jeg ikke helt klart for meg hva jeg har lest og hva jeg har hørt» (Gabrielsen & Nord, 2012, s.10).

Det som bør styre informasjonssamtalen med pasienten er hans behov, ønsker og problemer. Sykepleieren må snakke med pasienten og spør hvilken informasjon han har fått og hvilken informasjon pasienten ønsker seg. Dette kan være vanskelig da hver pasient er forskjellig og har forskjellige ønsker og behov. I en studie uttrykker informantene også dette. Noen ønsket informasjon om eventuelle komplikasjoner i motsetningen til andre pasienter som ikke ønsket informasjon om eventuelle komplikasjoner. Noen ønsket mye informasjon om hvilken komplikasjoner og bivirkninger som kunne oppstå slik at de selv kunne vite hva det var som skjedde når komplikasjonene eventuelt oppstod. Pasienten uttrykker at de forstår vanskeligheten helsepersonell har med å vite hvor mye og hvilken type informasjonen det enkelte trenger og at det er viktig å ha og god tid, vise omtanke og ha kjennskap til den enkelte pasienten (Grønnestad & Blystad, 2004, s.7).



Det finnes flere forskjellige måter å informere pasienter på. Informasjon som gis ansikt til ansikt er kanskje den vanligst måten å informere pasienter på (Simpson, 2015, s.26). Ved min arbeidsplass blir pasientene dagen før operasjonen informert av operatør, sykepleier, fysioterapeut og anestesilege. For noen pasienter kan dette være for nær opptil operasjonsdagen og de ikke klarer dermed ikke å ta til seg all informasjonen. De blir også informert ansikt til ansikt av sykepleierne på post før de skal reise hjem. Her skal de får informasjon om kateter, aktivitet, sårstell, seksualitet, urin inkontinens og videre oppfølging. Det å gi informasjon mens man gjør noe praktisk som sårstell eller kateteropplæring kan være en god anledning til å gi informasjon til pasienten og pasienten kan være mer mottakelig for informasjon når det blir gitt i sammenheng med en praktisk prosedyre (Reitan, 2017a, s.112).

Opplæringsdag eller kursdag er også en god informasjons mulighet. Det å bruke interaktiv læring kombinert med praktiske råd til pasienter med tanke på urininkontinens og erektil dysfunksjon kan gjøre at pasientene føler seg mer forberedt, på den måten kan de også håndtere problemene bedre hvis de skulle oppstå (Simpson, 2015, s.26). Ved arbeidsplassen min blir pasienter som skal operere RP invitert sammen med partner eller annen pårørende til en opplæringsdag hvor operatør, sykepleier, fysioterapeut og en likemann informerer pasienten. Likemenn er personer som har vært gjennom lignende eller samme situasjon tidligere. Å snakke med likemenn er det mange pasienter som opplever som svært nyttig og motiverende. Det å oppleve at man er flere i samme båt er det flere pasienter som uttrykker at er godt å få vite (Fosså, 2018, s. 169).

Skriftlig informasjon som pasienten får i forbindelse med operasjonen bør være konkret, riktig og tilpasset den enkelte pasient (Simpson, 2015, s.26). Informasjonsbrosjyrer som ble gitt i forkant av innleggelse ved sykehuset, var til bedre hjelp for pasientene i motsetning til informasjon som ble gitt i etterkant av innleggelse ved sykehus (Gabrielsen & Nord, 2012, s.23). Når man gir ut skriftlig informasjon kan pasienten ta frem informasjonsbrosjyren når behovet oppstår (Eide & Eide, 2007, s.293).

Informasjon over telefon kan også være en kostnadseffektiv måte å gi informasjon på. På den ene siden kan informasjon over telefon være enkelt men på en annen side så kan man gå glipp av de nonverbale reaksjonene til pasienten (Simpson, 2015, s.26)

Pasienter som innhenter informasjon over internett er blitt mer og mer vanlig. Det finnes flere IT-baserte informasjonsprogrammer som kan hjelpe pasient og pårørende å lære mer om

prostatakref. De som brukte disse programmene var mer forberedt da de møtte legen. Men kvalitetssikringen av disse programmene er ikke så bra, så pasienten må informeres om at de må være kritiske til informasjon de finner på internett. Det kan være lurt å informere pasienten om hvilken nettsider som er kvalitetssikret, disse er kreftforeningen.no, prostatakref.no og kreftlex.no (Fosså, 2018, s.170).

## 5 Konklusjon

Tap av kroppslige funksjoner som ereksjon og kontroll på vannlatningen er faktorer som kan være med på å påvirke selvbildet og livskvaliteten til pasientene som har vært gjennom en RP operasjon. Pasientene har behov for at helsepersonell hjelper dem med å forstå og akseptere et endret kroppsbilde og opplevelsen av redusert mandighet i etterkant av en RP operasjon.

Pasient og partner har behov for at helsepersonell bringer samtale emne om seksualitet under og etter kreftbehandling på banen. Undervisning og informasjon om samliv og seksualitet etter RP kan hjelpe pasienten og partner å snakke om eventuelle problemer. Når helsepersonell skal snakke med pasienter om seksualitet kan PLISST – modellen være et godt hjelpemiddel.

Litteraturstudien gir også et bedre innblikk i hvilke faktorer som bør vektlegges for å fremme livskvaliteten hos menn med prostatakraft. Jeg har funnet ut at god og tilrettelagt informasjon i forkant av kreftbehandlingen er noe av det viktigste for å bevare god livskvalitet for pasienter som har operert RP. Det er viktig med god informasjon i forkant av en operasjon hvor man går gjennom behandlingsalternativene, eventuelle komplikasjoner som kan oppstå og hvilken påvirkning operasjonen kan ha på livskvaliteten til den enkelte pasient. Her bør en også komme inn på forventningen pasienten har til behandlingen og forberede pasienten på hvilke utfordringer han kan møte og hvordan han kan mestre utfordringene. Det er også viktig at pasienten får informasjon om hva han selv kan gjøre for å forhindre plagene eller hva han selv kan gjøre for å bedre utfordringene som allerede har oppstått. Om man skal gi god hjelp og støtte til pasienten er det viktig å bli kjent med den enkelte pasient og hans problem.

## 6 Referanser

Aning, J. J., MacKenzie, K. R., Fabricius, M., McColl, E., Johnson, M. I., Tandogdu, Z., Soomro, N. A. & Harding, C. (2018) Detailed analyse of patient – reported lower urinary tract symptoms and effect on quality of life after robotic radical prostatectomy. *Urologic Oncology*, 36(8), 364.e.15 – 364.e.22 <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2018.05.017>

Berg, A. S. (2017). Krefte i mannlige kjønnsorganer. I. A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie: Pasient –utfordring – handling* (4.utg., s. 562- 567). Oslo: Cappelen Damn.

Borg, T. (2017). Seksualitet. I. A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie: Pasient –utfordring – handling*. (4.utg., s.120- 131). Oslo: Cappelen Damn.

Carrier, J., Edwards, D. & Harden, J. (2018) Men´s perceptions of the impact of the physical consequences of a radical prostatectomy on their quality of life: a qualitative systematic review. *JBIS of Systematic Reviews and Implementation Raports*, 16(4), 892 -972. <http://dx.doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003566>

Cancer registry of Norway (2018). *Cancer in Norway 2017 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. (ISSN: 0806-3621). Hentet fra [https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreft\\_i\\_Norge/](https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreft_i_Norge/)

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*(6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjon*(2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fosså, S. D., Berg, V. & Dahl, A. A. (2018). *Prostatakreft: en håndbok for pasienter og pårørende*. Oslo: Cappelen Damm.

Fosså, S. D. & Dahl, A. A. (2015). Global quality of life after curative treatment for prostate cancer: What matters? A study among members of the norwegian prostate cancer patient association. *Clinical Genitourinary Cancer*, 13(6), 518- 524.  
<https://doi.org/10.1016/j.clgc.2015.07.004>

Gabrielsen, A. K. & Nord, R. (2012). Kreftpasienters erfaring med preoperativ informasjon. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(1), 1-23. <https://www.idunn.no/nsf/2012/01/art09>

Gjessing, R. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i mannlige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.) *Kreftsykepleie: Pasient –utfordring – handling* (4.utg., s.575-587). Oslo: Cappelen Damm.

Gjessing, R. & Dahl, A. A. (2019). Problemer med seksualitet. I C. E. Kiserud, A. A Dahl & S. D Fosså. *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3.utg., s.104 -126). Oslo: Gyldendal.

Grov, E. K., Loge, J. H. & Dahl, A. A. (2019). Livskvalitet. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl & S. D (red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3.utg., s. 167- 174). Oslo: Gyldendal.

Grønnestad, B. K. & Blystad, A. (2004) Pasientens opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon – En kvantitativ studie. *Vård i Norden*, 24, (4) 4-8.  
<https://doi.org/10.1177%2F010740830402400402>

Helsebiblioteket. (2016, 7. juni). Kildevalg. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsedirektoratet. (2016, 8. August). Pakkeforløp for prostatakraft. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-prostatakraft>

Kreftforeningen. (2017). Kreft og seksualitet hos mannen(brosjyre). Oslo: Aktiv trykk.

Kreftregisteret. (2017). *Årsrapport, resultat og forbedringstiltak fra nasjonalt kvalitetsregister for prostatakraft*. Hentet fra [https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/11\\_arsrapport\\_2017\\_prostatakraft\\_0.pdf](https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/11_arsrapport_2017_prostatakraft_0.pdf)

Laursen, S. B. (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(1), 120-127. <https://doi.org/10.1111/scs.12328>

Simpson, P. (2015). Prostatectomy: Information provision and education for patient. *British Journal of Nursing*, 24(9), 24- 34. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.Sup9.S24>

Pasient –og brukerrettighetsloven(1999). Lov om pasient –og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Prostatakraft. (u.å.) Hjelpemidler. Hentet 19. mars 2019 fra <https://www.prostatakraft.no/hjelpemidler/>

Reitan, A. M. (2017a) Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie: Pasient –utfordring – handling* (4.utg., s.104 – 119). Oslo: Cappelen Damm.


Ribu, L. (2017) Livskvalitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie: Pasient –utfordring – handling* (4.utg., s.50-63). Oslo: Cappelen Damm.

Tandstad, T. & Klepp, O. (2018) Svulster i mannlige genitale. I E. Schlichting & E. Wist (red.), *Kreftsykdommer: En basisbok for helsepersonell* (5.utg.,s. 292 – 302). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Wennick, A., Johnson, A-K., Bratt, O. & Stenzelius, K. (2017). Everyday life after radical prostatectomy – A qualitative study of men under 65 years of age. *European Journal and Oncology Nursing*, 30, 107-112. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.008>

Zeider. T, Manne. S, Nelson. C, Muhall. J & Kissan. D. (2012). Loss of Masculine idenity, Marital Affection, and Sexual Bother in Men with Localized Prostate Cancer. *J Sex Med*, 9(10), 2724 – 2732. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02897.x>

## Vedlegg 1 Søkehistorikk

	<b>SØKEHISTORIKK</b>
---	----------------------

### Problemstilling:

*Hvordan bidra til best mulig livskvalitet hos pasienter operert for prostatakreft?*

Database/ Søkemotor/ nettsted	Søk- numme r	Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste (fyll ut etter behov, kommenter gjerne kombinasjonene)
PubMed	1	Quality life	223978	
	2	Quality of life(MeSH)	359068	
	3	#1 OR #2	359067	
	4	Daily life	84106	
	5	Prostate cancer	163440	
	6	Prostate neoplasms (MeSH)	138412	
	7	#5 OR #6	165422	
	8	Radical prostatectomy	21104	
	9	#7 AND #8	17824	
	10	#3 AND #4 AND #9	57	Wennick, A., Johnson, A-K., Bratt, O. & Stenzelius, K. (2017). Everyday life after radical prostatectomy – A qualitative study of men under 65 years of age  Fosså, S. D. & Dahl, A, A. (2015).



				Global quality of life after curative treatment for prostate cancer: What matters? A study among members of the norwegian prostate cancer patient association
	11	Urinary incontines	42821	
	12	Erectil dysfunction	24238	
	13	Impotence (MeSH)	26279	
	14	#12 OR #13	24238	
	15	#11 AND #14	1259	
	16	Information	1254852	
	17	#9 AND #15 AND #16	48	Simpson, P. (2015). Prostatectomy: Information provision and education for patient.
Chinal	1	Prostate cancer OR prostate neoplasm(MeSH)	22600	
	2	Radical prostatectomy	2976	
	3	#1 AND #2	1731	
	4	Erectil dysfunction AND impotence (MeSH)	5305	
	5	Urinary incontinence	10389	
	6	#3 AND #4 AND #5	56	Carrier, J., Edwards, D. & Harden, J. (2018) Men´s perceptions of the impact of the physical consequences of a radical prostatectomy on their quality of life: a qualitative systematic review.
SweMed+	1	Informasjon	312	
	2	Operasjon	59	

	3	#1 AND #2	1	Grønnestad, B. K. & Blystad. A. (2004) Pasientens opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon – En kvantitativ studie.
Referansesøk	<p>Aning, J. J., MacKenzie, K. R., Fabricius, M., McColl, E., Johnson, M. I., Tandogdu, Z., Soomro. N. A. &amp; Harding. C. (2018) Detailed analyse of patient – reported lower urinary tract symptoms and effect on quality of life after robotic radical prostatectomy.</p> <p>Laursen, S. B. (2017). Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study</p> <p>Zeider. T, Manne. S, Nelson. C, Muhall. J &amp; Kissan. D. (2012). Loss of Masculine idenentity, Marital Affection, and Sexual Bother in Men with Localized Prostate Cancer</p> <p>Gabrielsen, A. K. &amp; Nord, R. (2012). Kreftpasienters erfaring med preoperativ informasjon.</p>			

## Vedlegg 2. Oversikt over inkluderte referanser

<b>Forfatter(e) , årstall</b>	<b>Tittel</b>	<b>Metode</b>	<b>Mål</b>	<b>Resultat</b>
Fosså, S. D., Dahl. A. A. 2015.	Global quality of life after curative treatment for prostate cancer: What matters? A study among members of the Norwegian prostate cancer patient association	Kvantitativ. 612 menn som er medlemmer av prostatakreft foreningen deltok i undersøkelsen.	Finne ut hvilken faktor som er assosiert med livskvalitet hos pasienter som har operert RP og/eller fått strålebehandling mot prostata.	Livskvaliteten til pasientene er assosiert med funksjonelle forhold og nivået av seksuelle plager, urin- og tarmproblemer og med generelle helse- og psykososiale forhold i hverdagen.
Aning, J. J., MacKenzie, K. R., Fabricius, M., McColl, E., Johnson, M. I., Tandogdu, Z., Soomro. N. A. & Harding. C. 2018	Detailed analyse of patient – reported lower urinary tract symptoms and effect on quality of life after robotic radical prostatectomy.	Kvalitativ. Spørreundersøkelse hvor 357 menn ble spurt.	Finne ut hvordan urin inkontinens påvirker livskvaliteten til pasienter som har operert robot assistert RP.	Undersøkelsen viser en betydelig økning i urge -og stress inkontinens etter RP. Men undersøkelsen viser at livskvaliteten ikke ble signifikant endret etter RP.
Laursen, B. S 2017	Seksualitet in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study	Kvalitativ studie. Fire menn ble intervjuet i Danmark	Hvordan påvirkes seksualiteten til menn etter RP.	Fire temaer dukket opp under intervjuene: Mangel på kontroll, selvfølelse, intime relasjoner og redefinering av seksualitet
Simpson, P	Prostatectomy:	Litteraturstudie	Hvordan kan	Ved å velge hvordan

2015	information provision and education for patients.		informasjon som gis før behandling kan hjelpe med å akseptere behandlingsresultatet.	informasjonen gis kan helsepersonell være med på å redusere angst og feiltolkning av informasjon slik at pasienten kan føle seg støttet fra diagnosetidspunktet og inn i fremtiden i forhold til sin ereksjonssvikt og urininkontinens som påvirker livskvaliteten.
Wennick, A., Johnson, A-K., Bratt, O. & Stenzelius, K. 2017	Everyday life after radical prostatectomy – A qualitative study of men under 65 years of age	Kvalitativ studie. Intervju med 19 menn utført 12 - 18 måneder etter RP	Undersøke hvordan menn under 65 år opplever hverdagen etter RP.	Intervjuene avslørte tre kategorier av erfaring: Det å betale en pris for overlevelse, følelsen av å være oversett og leve med døden lurende rundt hjørnet. Bivirkningene av prostataektomi, som seksuell dysfunksjon, resulterte i et endret selvilde med tap av mannlighet og redusert selvtillit.
Grønnestad, B. K. & Blystad, A. 2004.	Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon – en kvalitativ studie.	8 pasienter ble intervjuet der alle hadde gjennomført elektivt inngrep på mage/tarm i Norge.	Hvordan opplever pasienter den informasjonen de får i forbindelse med en operasjon.	Det ble funnet flere betydelige hull i informasjonen som blir gitt spesielt i den postoperative fasen. Studien sier også at informasjon har en stor

				betydning for pasientens opplevelse av håp og trygghet.
Carrier, J., Edwards, D & Harden, J. 2018	Men´s perceptions of the impact of the physical consequences of a radical prostatectomy on their quality of life: a qualitative systematic review.	19 kvalitative studier ble inkludert i oversiktsartikkelen.	Studere de fysiske konsekvensene av RP og hvordan de påvirker livskvalitetene til pasientene.	De fem hovedfunnene var: Urininkontinens er et stort problem som mennene følte de dårlig forberedt på. Påvirkningen av erektil dysfunksjon på mennene. Virkningen av erektil dysfunksjon på relasjoner. Det å kunne akseptere disse bivirkningene. Fysisk og psykososial støtte er viktig for mennene.
Gabrielsen, A. K. & Nord. R. 2012	Kreftpasientens erfaring med preoperativ informasjon	9 pasienter ble intervjuet ved sykehus i Norge Alle hadde gjennomgått abdominal kirurgi for kreft.	Pasienters erfaring med preoperativ informasjon i postoperativ fase.	Funnen viser at pasientene fikk mye informasjon preoperativt men lite informasjon om hva de kunne forvente i det postoperative forløpet.
Zeider. T, Manne. S, Nelson. C, Muhall. J & Kissan. D. 2012	Loss of Masculine identity, Marital Affection, and Sexual Bother in Men with Localized Prostate Cancer.	Kvantitativ tverrsnittstudie. Det ble innhentet data fra 75 menn som fikk behandling for prostatakraft.	Å beskrive utbredelsen av bekymringer relatert til redusert maskulinitet blant menn behandlet for prostatakraft.	Omtrent en tredjedel av pasientene følte de hadde mistet en del av sin maskulinitet etter behandlingen.

--	--	--	--	--