



Høgskulen på Vestlandet

MKS591, Masteroppgave

MKS591

Predefinert informasjon

Startdato:	08-12-2018 09:00	Termin:	2018 HØST
Sluttdato:	13-12-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	30
SIS-kode:	203 MKS591 1 H 2018 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 407

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 18929

Tro- og loverklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja



**Høgskulen
på Vestlandet**

MASTEROPPGAVE

Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi

En studie av brystkreftopererte kvinners opplevelser og erfaringer med egenbehandling etter utskrivelse fra sykehus

Patient's reflections and experience of self-care after day surgery

A study of women with breast cancer's experience and reflections with self-care after discharge from hospital

Unn Elise Egelanddal

Kandidatnummer: 407

MKS591

HVL Master i klinisk sykepleie

Veiledere: Petrin H. Eide & Sigrunn Drageset

Innleveringsdato 13.12.18

Ord: 18929

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

Forord: Tusen takk til informantene som har deltatt i dette prosjektet ved å danne det empiriske materialet og som lånte meg av deres tid.

Takk til Helse Bergen for pengestøtte og tilrettelegging for at denne oppgaven kunne gjennomføres i praksis. Takk til veiledere for innspill og engasjement.

Sammendrag

Hensikten med dette studiet var å få kunnskaper om brystkreftpasienters opplevelser og erfaringer etter hjemkomst fra et dagkirurgisk inngrep for å gi optimal behandling. Dagkirurgi innebærer at pasientene blir sendt hjem samme dag som operasjonen blir utført, og når de er hjemme har de selv ansvar for sin egenbehandling. Egenbehandlingen etter en brystkreftoperasjon innebærer blant annet bandasjestell, administrering av smertestillende, følge restriksjoner ved bruk av armen på den opererte siden. De har selv ansvar for opptrening, samt vurdering av eventuelle komplikasjoner. I dag blir de fleste pasientene som opereres for brystkreft sendt hjem et par timer etter operasjonen. Dette utgjør en stor endring i det postoperative forløpet, og det er derfor interessant å studere nærmere hvordan dette oppleves. Metoden er kvalitativ, med halvstrukturerte individuelle intervju av 7 kvinner. Intervjuene ble utført kun 3-5 dager etter operasjonen. Deretter ble materialet analysert ved hjelp av tekstkondensering.

Studiet beskriver fem funn: 1: *Kvinnene opplevde ikke seg selv som syke, til tross for nyoppdaget kreft og nylig gjennomgått kirurgisk behandling.* 2: *Kvinnene syntes det var vanskelig å be familie og venner om hjelp.* 3: *Kvinnene bagatelliserte og normaliserte symptomer og ubehag.* 4: *Kvinnene utøvet ulik egenbehandling etter dagkirurgisk brystkreftoperasjon.* 5: *Informantene forberedte i liten grad eget sykeleie.*

Erfaringene som fremkom i denne undersøkelsen viste at brystkreftopererte pasientene ikke følte seg syke, og de prøvde å leve som normalt. Kvinnene hadde ulike forventninger til operasjonen, hvor en av dem tenkte det var som å gå til tannlegen. Noen av kvinnene var usikre på bivirkninger og symptomer de hadde etter de kom hjem, men ingen ringte til sykehuset for å få råd og hjelp. De fleste var fornøyd med å gjennomgå dagkirurgi og følte seg trygg i hjemmet. Et par av dem kunne tenkt seg og vært innlagt et par netter på sykehuset.

Nøkkelord: Dagkirurgi, brystkreft, egenbehandling, erfaring

Summary in English

The aim of this study was to gain knowledge about breast cancer patients' experiences after returning from a day surgery to provide optimal treatment. Day surgery means that patients are sent home on the day the surgery is performed, and when they are at home they are responsible for their own care. The self-treatment after a breast cancer operation involves, among other things, change of bandages, pain relief, as well as assessment of possible complications. Today, most patients who have undergone breast cancer surgery are discharged a couple of hours after the procedure. This represents a major change in the postoperative care, and it is therefore interesting to study further how this is experienced by the patients. The study used a qualitative method involving semi-structured individual interviews of 7 women. The interviews were conducted 3-5 days after the operation. The material was analyzed using text condensation.

Five major findings were seen 1: *The women do not feel as ill, despite the fact that they were recently diagnosed with cancer and had recently undergone surgery.* 2: *The women thought it was difficult to ask friends and family for help.* 3: *discomfort and symptoms become trivialized and normalized.* 4: *The women's self-care was practiced individually.* 5: *informants are to a small extent preparing their own postoperative pathways.*

The experience gained in this study showed that breast cancer patients did not feel ill and they tried to live as normal. The women had different expectations of the surgery - one thought it was like going to the dentist. Some of the women had concerns about side-effects and symptoms, but no one called the hospital for advice and help. Most were pleased to undergo day surgery and felt safe at home. A couple of them would rather prefer to stay at the hospital.

Key words: Day surgery, breast cancer, self-care, experience

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon.....	s.1
2.0 Bakgrunn.....	s.2
2.1 Tidligere forskning.....	s.5
3.0 Teori.....	s.8
3.1 Egenbehandling.....	s.8
3.2 Teoretisk perspektiv.....	s.9
3.2.1 Benner og Wrubel: Stress, mestring og omsorg.....	s.9
3.2.2. Benner og Wrubel: Mestring av kreft.....	s.11
3.3 Lazarus og Folkman.....	s.12
4.0 Hensikt og problemformulering.....	s.13
4.1 Hensikt.....	s.13
4.2 Problemformulering.....	s.13
5.0 Metode.....	s.14
5.1 Design.....	s.14
5.2 Utvalg og Setting.....	s.14
5.3 Innhenting av data.....	s.16
5.4 Rekruttering og datasamlingsprosedyre.....	s.16
5.5 Analyser.....	s.17
5.6 Etikk.....	s.18
6.0 Resultat.....	s.21
6.1 Kvinnene opplevde ikke seg selv som syke til tross for nyoppgdaget kreft og kirurgisk behandling.....	s.21
6.2 Kvinnene syntes det var vanskelig å be familie og venner om hjelp.....	s.23
6.3 Ubehag og symptomer ble bagatellisert og normalisert.....	s.24
6.4 Kvinnene utøvet ulik egenbehandling etter dagkirurgisk brystkreftoperasjon.....	s.24
6.5 Informantene forberedte i liten grad eget sykeleie.....	s.25
7.0 Drøfting.....	s.27
7.1 Resultater.....	s.27
7.1.1 Kvinnene opplevde ikke seg selv som syke til tross for nyoppgdaget kreft og kirurgisk behandling.....	s.27
7.1.2 Kvinnene syntes det var vanskelig å be familie og venner om hjelp.....	s.30
7.1.3 Ubehag og symptomer ble bagatellisert og normalisert.....	s.32

7.1.4 Kvinnene utøvet ulik egenbehandling etter dagkirurgisk brystkreftoperasjon.....	s.34
7.1.5 Informantene forberedte i liten grad eget sykeleie.....	s.37
7.2 Metodediskusjon.....	s.41
8.0 Konklusjon.....	s.47
9.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	s.47
10.0 Referanseliste.....	s.49
11.0 Vedlegg	
1 Informasjon til deg som har hatt en brystkreftoperasjon	
2 Intervjuguide	
3 Informasjonsskriv	
4 Samtykkeskjema	
5 Søknad til REK	

1.0 Introduksjon

I Norge øker det dagkirurgiske behandlingsforløpet i omfang. Dagkirurgi innebærer at pasienten kommer til sykehuset operasjonsdagen, og blir utskrevet til eget hjem samme dag. Andelen dagkirurgiske operasjoner har økt fra 20-30% tidlig på 90 tallet, til 60% av alle elektive operasjoner (Ræder & Nordentoft, 2010). Artikler og studier konkluderer med at dagkirurgi er trygt (Marla & Stallard, 2009; Marchal et al, 2005; Ballardini et al. 2016). Kvinner med nyopptaget brystkreft er en av flere pasientgrupper som i større grad blir operert dagkirurgisk. Operasjonen er nødvendig for å fjerne tumor og på den måten bedre overlevelsen (Schlichting, 2018). Under operasjonen er pasienten sårbar, og en operasjonssykepleier har et ansvar for å sørge for at pasienten blir godt i varetatt og skal blant annet forebygge infeksjon, hypotermi og leiringskader. Videre er informasjon, veiledning og undervisning fra operasjonssykepleier sentral for at pasienten skal kunne mestre sin situasjon, og klare og utøve god egenomsorg i rekonvalesenstiden (Dåvøy, Eide, Hansen, 2009, s. 29-30). Når pasientene blir utskrevet kun timer etter operasjonen, er de utenfor sykehusets ansvarsområde og skal klare seg selv, og utøve egenbehandling. Egenbehandlingen etter en brystkreftoperasjon innebærer blant annet å kunne observere egen helsetilstand, oppdage tegn på infeksjon, skifte bandasje og administrere smertestillende. Samtidig har kvinnene nylig fått påvist brystkreft. Tidsrommet mellom operasjonen og neste fase i kreftbehandlingen er et lite studert tidsvindu. For å få en bedre forståelse og dypere kunnskap om hvordan kvinnene har det etter en dagkirurgisk brystkreftoperasjon, vil dette studiet undersøke pasientens egne opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme.

2.0 Bakgrunn

Bakgrunnen for studiet er at det i dag eksisterer lite kunnskap og forskning om hvilke opplevelser og erfaringer brystkreftpasienter har med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi. For å utvikle kunnskap og forståelse for de utfordringene pasientene opplever i tiden etter hjemkomst blir pasientene intervjuet individuelt 3-5 dager etter operasjonen. Individuelle forhold og aspekter kan være viktig med tanke på forebygging og gi grunnlag for konkret oppfølging av både fysiske og psykiske komplikasjoner. Potensielle funn vil kunne danne grunnlag for utvikling av intervensjoner som kan bedre hjemmesituasjonen for pasientene.

Studiet er en del av et større prosjekt ledet av forskergruppen POPS (Pasientopplevelser og pasientsikkerhet ved akutt og/eller kritisk sykdom). Tittel for hovedprosjektet er: «Pasienters erfaringer og opplevelser med egenbehandling i hjemmet etter dagkirurgi». Prosjektet vil se på ulike pasientgruppers erfaring med egenbehandling etter utskrivelse fra ulike dagkirurgiske inngrep. Denne studien alene omhandler brystkreftpasienter, men den vil etter hvert bli sett i sammenheng med andre del-prosjekt der samme metode vil bli brukt. På den måten vil man få en bredere og dypere forståelse for hvordan pasienter som har vært til dagkirurgi opplever den første tiden hjemme.

Dagkirurgi øker i omfang, men det er et selektert utvalg som får tilbud om dagkirurgisk behandling. På generalforsamlingen i ALNSF (anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF) 02.09.16 og på årsmøtet i NAF (Norsk Anestesiologisk Forening) 27.10.16 ble det gjort vedtak om en del faktorer som måtte være innfridd for at en pasient skulle kunne sendes hjem samme dag som operasjonen. Det ble satt krav til at både pasientens fysiske og psykiske helsetilstand, og at den sosiale situasjonen er vurdert til å være god nok. Typen inngrep og kravet til anestesimetode må vurderes som forsvarlig for hjemsending samme dag. Etter operasjonen må pasientene ha gjenopprettet sin habitualtilstand, både fysisk og kognitivt. Pasienten må ha fått tilbake mulighet til å ivareta ernæring og eliminasjon. Pasienten skal ikke ha behov for injeksjonskrevende smertelindring, og pasienten skal ikke ha tegn til komplikasjoner. Det er også et krav at ingen kan være alene det første postoperative døgnet. Den opererte skal også få med seg en plan (både muntlig og skriftlig) for smertebehandling. Videre er det et krav at pasienten er informerte om inngrepet, dets komplikasjoner og de

fysiske begrensninger det medfører i dagene etter operasjonen. Pasienter skal også få oppgitt telefonnummer til en døgnbemannet telefon de kan benytte ved spørsmål eller behov for hjelp etter hjemkomst (ALNSF, 2016).

Studier som omhandlet dagkirurgi viser til at pasienter verdsetter raske pasientforløp (Mottram, 2011 a, 2011 b), men samtidig ønsker de en individuell tilrettelegging og personlig omsorg. Forskning viser at det er et misforhold mellom pasientens ønske om å komme fort hjem og deres forventninger til rekonvalesenstiden (Dåvøy et. al 2017; Mottram, 2011a, 2011b). Flere studier viser at pasientene ikke var forberedt på hvor krevende rekonvalesenstiden kunne være. Studier viser at pasienter kan ha vansker med å forstå informasjonen som er gitt, vurdere egen helsetilstand og forholde seg til seg selv som nyoperert (Dåvøy et al., 2017; Mottram, 2011a, 2011b).

Pasientgruppen som danner grunnlaget for det empiriske materialet i dette studiet har alle nylig fått påvist brystkreft. Brystkreft er den vanligste kreftformen hos kvinner og det er stadig flere som får påvist brystkreft. I 2017 var det 3589 kvinner som fikk diagnosen (Kreftregisteret, 2018). De fleste som får brystkreft er over 50 år (Holmen, Naume, Schlichting, 2018). Denne kreftformen er den viktigste årsaken til kortere levetid hos kvinner under 65 år (Naume, 2015).

Kvinnene i studien er inkludert i et «Pakkeforløp» som medfører tidsfrister for at behandlingen skal skje raskest mulig. Helsedirektoratet (2018, s 19) beskriver formålet med pakkeforløpet slik: «Formålet med Pakkeforløp for kreft er at kreftpasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering». Tidsfristen fra de har fått diagnosen til kirurgi er satt til 13 dager (Helsedirektoratet, 2018, s.20).

Kirurgisk behandling er sentral i behandlingen av brystkreft. Ved å fjerne primærtumor kan man oppnå lokal kontroll over sykdommen. Dette er viktig for å øke pasientoverlevelsen (Schlichting & Schneider, 2018). Brystkreftkirurgi kan utføres ved å fjerne hele brystet (Alblatio/mastektomi), eller ved å fjerne tumoren lokalt og på den måten bevare mest mulig av brystet (kilereseksjon). Ved en kilereseksjon skal det også fjernes en tumorfri margin på 5 mm. Dersom man finner tumorceller innenfor denne marginen må pasientene enten ha en ny kilereseksjon eller fjerne hele brystet. Pasientene som er intervjuet i denne oppgaven har fått en kilereseksjon. Kvinnene kan dermed risikere at de må ha en ny operasjon senere hvor de

kan miste brystet (Schlichting, 2018).

Når pasientene får utført en kilereseksjon får de et operasjonssår i brystet, samt et sår i aksillen hvor vaktpostlymfeknuten er. Operasjonen i seg selv er en påkjenning for kroppen. Når pasientene kommer hjem like etter operasjonen har de et operasjonssår og en bandasje de må passe på i forhold til blødning og infeksjon. I årsrapporten for 2017 med resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft, står det at det var 2625 pasienter som fikk komplikasjoner i Norge i etterkant av en brystkreftoperasjon. «Hematom», «sårinfeksjon som krevde antibiotika» og «annet» er det som er blitt registrert i rapporten. De bemerker at det kan være en underrapportering av komplikasjoner (Naume, Nygård, Østby, 2018, s. 53).

Lymfeknutene i aksillen er en viktig prognostisk faktor for å kunne se om det er spredning til lymfen. Derfor blir «vaktpostlymfeknuten» fjernet, det er denne lymfeknuten som først vil indikere om det er spredning. For å kunne lokalisere vaktpostlymfeknuten får pasientene satt inn et radioaktivt stoff ved tumor dagen før operasjonen, i tillegg blir det injisert et blått fargestoff rundt tumor under selve inngrepet. Stoffene vil spres via lymfebanen til lymfeknutene slik de blir blåfarget og dermed synlige, og det radioaktive stoffet vil kunne gi signal ved å bruke et spesielt instrument. Blåstoffet kan gi bivirkninger som blåfarget urin og grønn avføring de neste dagene etter operasjonen (Om vaktpostlymfeknuteoperasjon ved brystkreft, u.å). Dette medfører at pasienten må møte på sykehuset dagen før operasjonen. I tillegg må de møte på poliklinikken dagen etter operasjonen for å informasjon og blant annet hjelp til å skifte bandasjen første gang.

Etter å ha gjennomgått et slikt inngrep får kvinnene redusert bevegelighet og belastningsevne i armen og kan ha smerter de første dagene etter operasjonen. Det er viktig at kvinnene kommer i gang med trening så snart som mulig etter operasjonen for å kunne vedlikeholde armens tidligere funksjon. Pasientene får informasjon om smertestillende samt et treningsprogram som de kan utføre på egenhånd når de kommer hjem. I vedlegg (1) er det fremlagt et informasjonsskriv som utdeles til brystkreftopererte ved et universitetssykehus i Norge.

Først fire uker etter inngrepet vil pasienten få informasjon fra hva som ble funnet i tumor og lymfeknuter. De får informasjon om den typen kreft de har, og om det er spredning til

lymfeknutene. Informasjon om videre behandling og prognose vil også bli formidlet. Det er viktig å huske på dette når resultatene fra dette studiet blir presentert. Kvinnene blir intervjuet kun få dager etter operasjonen, de vet på dette tidspunktet ikke hvilket prøvesvar som foreligger og alvorret rundt kreftdiagnosen (Schlichting, 2018).

Prognosen er avhengig av hvilket stadium kreften har. På grunn av forbedret behandling for denne sykdommen har leveutsiktene for brystkreftpasienter bedret seg. I dag blir omtrent 2/3 frisk (Naume, 2015).

Pasientene må ofte gjennom et tøft behandlingsforløp før de er kreftfri. Noen kvinner vil ikke bli kurert da kreften kan ha spredt seg. Pasienten opplever ikke bare fysiske forandringer, men sykdommen kan få konsekvenser for hele livssituasjonen. Angst kan oppstå i forbindelse med frykt for fremtiden (Rothrock, 2010, s. 568).

2.1 Tidligere forskning

For å finne relevant forskning om brystkreftpasienters erfaringer med egenbehandling etter dagkirurgi, er det utført søk i flere forskjellige databaser som: Cochrane, Pubmed og Cinahl. «Dagkirurgi» kan ha flere ulike navn på engelsk, og dermed ble det søkt både på «outpatient», «day-surgerey», «same day surgery» «ambulatory care» og «ambulatory surgery». Dagkirurgi er ikke entydig definert i litteraturen. I ytterste konsekvens kan det innebære at pasientene blir utskrevet 23 timer etter operasjonen, og disse studiene blir dermed ikke representert her da det kan tenkes at pasientene har fått en annen type oppfølging i etterkant av inngrepet enn pasientene som sendes hjem samme dag.

Flere studier viser at pasienter har positive erfaringer etter utskrivelse fra en dagkirurgisk enhet, med lite komplikasjoner, høy tilfredshet og få reinnleggelser (Marchal et al., 2005, Marla & Stallard, 2009; Ræder & Nordentoft, 2010; Ballardini et al., 2016). På bakgrunn av dette konkluderer de fleste artiklene med at dagkirurgi er trygt (Marla & Stallard, 2009; Marchal et al., 2005; Ballardini et al., 2016; Duriand, Kroman, Kehlet, 2018).

Hersht, Massicotte, Bernstein (2007) og Khu og medarbeiderne (2010) fant i sine artikler at pasienter stolte på helsepersonellet når de ble fortalt at dagkirurgi er effektivt og trygt. De beskriver at pasientene stolte på at de ikke hadde blitt sendt hjem dersom helsepersonellet var bekymret for om de skulle klare seg.

En studie av Margolese og Lasry (2000) sammenlignet de brystkreftpasienter som ble innlagt etter operasjonen med pasienter som ble utskrevet samme dag. I denne studien fant de at 40% ville vært innlagt første natten på sykehuset, fremfor å bli sendt hjem. Grunnen til dette var at pasientene ville følt seg tryggere på sykehuset. 12% sa de foretrakk dagkirurgi fremfor innleggelse. Begge gruppene hadde lik grad av komplikasjoner og oppga tilsvarende livskvalitets nivå. Forskjellen mellom de innlagte og utskrevne pasientene var at de som kom hjem hadde mindre psykiske utfordringer. Inneliggende pasienter brukte lengre tid på rekonvalesens. Det tok rundt 11 dager lengre før den innlagte pasientgruppen begynte å gjøre dagligdagse aktiviteter sammenlignet med den dagkirurgiske pasientgruppen. Dermed konkluderte de med at dagkirurgi kan være en fordel for pasientene sammenlignet med inneliggende pasienter, da dagkirurgiske pasienter har raskere rekonvalesens og en bedre psykisk helse når de kommer hjem etter operasjonen (Margolese & Lasry, 2000).

I studiene til Athey og medarbeiderne (2005) Dooley (2002), og Marrozzo og medforfattere (2007) fant at mellom 95-100% av pasientene var svært tilfreds med å få utført operasjonene dagkirurgisk.

Pasientene som opereres dagkirurgisk er selektert og skal dermed være egnet for det dagkirurgiske behandlingsforløpet. Likevel er det beskrevet utfordringer etter utskrivelse, som er relatert til brystkreftoperasjonene. Noen av utfordringene som blir presentert er knyttet til smerteproblematikk, kvalme, angst og individuelle informasjonsbehov (Marla & Stallard, 2009; Marchal et al., 2005). Til tross for at mange artikler viser til høy pasienttilfredshet viser Stessel og medarbeiderne motstridene funn. Det ble i denne studien sendt ut spørreskjema om tilfredshet i forkant av operasjonen og den 4. postoperative dag. 52,4 % av pasientene som hadde utført mastektomi dagkirurgisk, viste lav tilfredshet i den postoperative fasen (Stessel et al., 2015).

Marchal og medforfatterne (2005) fant i sin studie en sammenheng mellom smerter og opplæringen som var gitt i forkant, hvor pasienter som opplevde smerter ikke hadde tatt smertestillende som forordnet. Dette kan sees i sammenheng med artikkelen til Greenslade, Elliot og Mandville-Anstey (2010), som viser til at informasjon er avgjørende for at dagkirurgi skal kunne fungere optimalt. De utdyper dette med at informasjonen må gis til riktig tid, og at den må tilpasses individuelt. Videre påpeker de at stress og angst har stor

innvirkning på pasientens evne til å ta i mot informasjon. De nevner også at pårørende bør være tilstede når informasjonen blir gitt.

I en studie av Dawe og medarbeidere (2014) ble det intervjuet 16 brystkreftpasienter 6 måneder etter utskrivelse fra et dagkirurgisk inngrep. De konkluderte med at kvinnene var fornøyd med den dagkirurgiske brystkreftprosedyren, men så også forbedringspotensialer. De trakk frem at informasjonen burde bli tilpasset den enkelte og gis på riktig tidspunkt, pre operativ samtale kunne hjelpe med å identifisere individuelle behov, samt at oppfølging og støtte av sykepleier etter utskrivelse kunne dekke psykososiale behov. De fant at noen var misfornøyd med den psykiske støtten og informasjonen de fikk både pre- og postoperativt, hvor pasientene fikk følelsen av å bli «dyttet ut døren» etter operasjonen (Dawe et al., 2014).

Drageset, Lindstrøm og Underlid viste i sin artikkel fra 2009, at brystkreftpasientene var i en sårbar situasjon, og hadde individuelle behov, i tiden fra kreftdiagnosen frem til operasjonen. De konkluderer med at helsepersonell kan bidra med viktig støtte i denne vanskelige tiden. I en annen studie viste Drageset, Lindstrøm, Giske og Lindstrøm (2011) at fastsettelse av operasjonsdag kunne øke angstnivået hos kvinnene, og her kan helsearbeiderne være oppmerksom og gi ekstra støtte (Drageset, Lindstrøm, Giske, Underlid, 2011). I en oversiktsartikkel av Marla og Stallard (2009) fant de at opplevelsen av angst hos pasientene kunne vært redusert med veiledning i forkant. Funnene over underbygges i to andre artikler. Der viser de at god skriftlig og muntlig informasjon gjennom hele behandlingsforløpet har sammenheng med høy pasienttilfredshet (Greenslade et al., 2010; Ballardini et al., 2016).

I kontrast til funnene over, viste Rud og medarbeidere (2014) at kun 75% av brystkreftpasientene som fikk med seg skriftlig informasjon leste denne. Forfatterne peker på ulike faktorer som krever mer oppmerksomhet hos dagkirurgiske brystkreftpasienter. De viktigste faktorene var: Dekke pasientens behov for kunnskap om operasjonsinngrepet og bedøvelse, samtaler rundt seksualitet og psykososiale områder. De viste også at smertebehandlingen kunne forbedres. Hver 3. pasient hadde nedsatt bevegelighet i arm og skulder. De mener personlig instruksjon og oppfølging er viktigere enn skriftlig og muntlig informasjon for at pasientene skal kunne bevare muskelstyrke og bevegelighet (Rud et al., 2014).

Noen pasienter synes det var godt å komme hjem til sitt vante miljø for å få en følelse av kontroll over sykdommen, og for å slippe å være i pasientrollen (Marchal et al., 2005).

Marla og Stallard (2009) viser i sin artikkel at inneliggende pasienter har mulighet for å innhente informasjon fra leger, pleiepersonell og andre pasienter med samme diagnose. Hos dagkirurgiske pasienter må vi finne nye måter å dekke pasienters informasjonsbehov og ivaretagelse av deres behov for støtte og veiledning (Marla & Stallard, 2009).

Oppsummert kan en si at det finnes i dag få studier hvor kvinnene blir intervjuet de første dagene etter en dagkirurgisk brystkreft operasjon, og flere av studiene som allerede eksisterer oppfordrer til nærmere forskning på området. I denne studien møter vi pasientene like etter operasjonen. De er på dette tidspunktet uvitende om hvilken behandling de skal ha videre og det er kort tid siden de har fått sin kreftdiagnose.

3.0 Teori

3.1 Egenbehandling

I dette studiet deles erfaringer med egenbehandling fra dagkirurgiske brystkreftopererte kvinner. Egenbehandlingen innebærer blant annet: administrering av smertestillende, skifte på bandasje, følge opptreningsprogrammet, sørge for god hygiene og spise ernæringsrik mat, og samtidig forstå tegn på infeksjon og symptomer som oppstår i etterkant av operasjonen. Tidligere var brystkreftpasientene inneliggende etter operasjonen, og de ville dermed fått hjelp fra helsepersonell for å gjennomføre behandlingen. I et dagkirurgisk forløp reiser kvinnene hjem få timer etter operasjonen, og må selv ta ansvar for sin egenbehandling. For at kvinnene hjemme skal klare å utøve egenbehandlingen må hun selv forstå symptomtomer som oppstår og vite hva hun skal gjøre for å bedre symptomene. Benner og Wrubel (2002, s.23) beskriver at pasienter kan oppfatte symptomer ulikt, ut i fra deres livsverden og tolkning. Videre legger de vekt på begrepet omsorg, hvor pasientene gir omsorg for noe de bryr seg om. Dette kan tenkes å være relevant for at kvinnene skal utøve god egenbehandling. Dersom de ikke bryr seg om sin egen helse, kan det tenkes å påvirke utførelsen av egenomsorgen. Egenomsorg kan sees i sammenheng med egenbehandling, hvor god egenomsorg kan være et viktig grunnlag for god egenbehandling.

Sykepleieteoretikeren Benner beskriver sykepleierens rolle for å oppmuntre pasienten til å ta ansvar for seg selv, og veilede pasientene til å mestre sykdommen slik at de kan samle styrke

til å fremme den helbredende prosessen (Benner, 1995, s.80) Forutsetningene som ligger til grunn for å utøve egenomsorg i tiden etter utskrivelse fra et dagkirurgisk forløp, vil være avhengig av at de har fått undervisning og opplæring av sykepleier i forkant.

Operasjonssykepleiere har som nevnt innledningsvis et ansvar for å forebygge komplikasjoner når pasienten er på operasjonsstuen, i tillegg kan en operasjonssykepleier veilede og undervise pasienten slik at hun kan utøve god egenomsorg.

Egenbehandling er viktig for å oppnå raskere helbredelse og for å unngå infeksjoner og reinnleggelse på sykehuset. Benner og Wrubel beskriver ordet velbefinnende, som utøvelsen og opplevelsen av en situasjonsbestemt mulighet (Benner & Wrubel, 2002, s.187). De peker på at mennesker har valgfrihet, og valget som tas vil være påvirket av relasjoner og konteksten. De mener at for å klare å bedre egne helse må personen kunne evaluere egne evner, ressurser og erkjenne sterke og svake sider, regulere impulser og sette realistiske planer (Benner & Wrubel, 2002, s. 191-192) I dette studiet ønsker vi å se helheten som omhandler det psykososiale aspektet. Kvinnens hjemmeforhold, og sosial støtte og kognitive og emosjonelle faktorer kan tenkes å være vesentlig for hvordan de håndterer sin situasjon hjemme etter en dagkirurgisk brystkreftoperasjon. Dette vil bli nærmere beskrevet i neste kapittel.

3.2 Teoretisk Perspektiv

For å kunne få kunnskaper om kvinnenens situasjon og deres opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter en dagkirurgisk brystkreftoperasjon har jeg valgt å bruke teori fra sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wrubel. Benner og Wrubel beskriver hvordan en kreftdiagnose kan påvirke oss som mennesker og hvilke faktorer som kan medvirke i håndteringen av en slik beskjed. De skriver også om mestring av kreft i ulike faser i behandlingen. Videre har jeg valgt å presentere teorier av Lazarus og Folkmann, som er psykologer. Det er relevant å trekke inn deres teorier oppgaven fordi de beskriver hvordan stress og mestring henger sammen, som kan være til hjelp for å forstå kvinnens måte å takle sin situasjon på.

3.2.1 Benner og Wrubel: Stress, mestring og omsorg

Omsorg har betydning innenfor stress, mestring og helse fordi omsorg kan påvirke personens egen opplevelse av helse og sykdom (Benner og Wrubel, 2002, s. 23). Patricia Benner og

Judith Wrubel (2002) definerer stress slik: «Forstyrrelsen af meninger, forståelse og normal funktion, med opplevelse af skade, tab eller utfordring som følge, og der kræves sorg, fortolkning eller erhvervelse af nye færdigheder» (Benner og Wrubel, 2002, s. 83).

Personenes egen tolkning av hvordan situasjonen berører dem og dens egen evne til å tilpasse seg, kan påvirke personens opplevelse av stress (Benner og Wrubel, 2002, s. 83).

Benner og Wrubel (2002) beskriver at omsorg innebærer at man bryr seg om noe som betyr noe. Dersom noe har en verdi, vil man engasjere seg og bli motivert for å gi omsorg. Dersom det man bryr seg om blir truet, kan dette oppleves som stressende, og man kan føle seg ekstra sårbar. For å skape trygge rammer og få kontroll på det som er stressende kan noen velge å unngå å vise omsorg. Denne mestringsstrategien går ut på å distansere seg fra problemet, og det kan være uhensiktsmessig, fordi man blir værende i situasjonen (Benner og Wrubel, 2002, s. 24-25). Videre mener Benner og Wrubel (2002, s. 26) at i slike tilfeller kan en sykepleier hjelpe pasienten med å se fremgang og vurdere hvilke tiltak som hjelper. At andre involverer seg i ens situasjon kan gi følelsen av omsorg. «Endelig har omsorgen betydning, fordi den danner grundlaget for muligheten af at yte hjelp og modtage hjelp» (Benner og Wrubel, 2002, s. 26). Noen mennesker kan ha et sterkt behov for å beherske sin egen virkelighet, og kan være ute av stand til å erkjenne at de trenger hjelp, og ta i mot hjelp (Benner, 1995 s. 56).

Benner & Wrubel (2002) mener en livsverden er personlig og vil påvirkes av den verdenen mennesket befinner seg i. Identiteten man har kan gi utslag for hvordan en belastning oppleves fordi man har egne tanker, refleksjoner og bakgrunnsforståelse. Stress vil være avhengig av hvordan kvinnen opplever sykdommen, og om de føler seg truet av den (Benner og Wrubel, 2002, s. 73).

Patricia Benner og Judith Wrubel (2002, s.30) skiller lidelse fra sykdom ved at lidelse er en menneskelig opplevelse, mens sykdom er en fysisk abnormalitet. Sykepleieteoretikerne beskriver at opplevelsen av å være frisk og syk kan skilles fra hverandre ut i fra hvordan personen er i verden (Benner & Wrubel, 2002, s. 30). Lidelse kan påvirke sykdomsopplevelsen og kan medvirke til å gi håp, men den kan også føre til frykt, fortvilelse og fornektelse (Benner og Wrubel, 2002, s. 44).

Sykepleieteoretikerne beskriver pasientens opplevelse av sykdom som en viktig kilde til stress. Pasienten kan legge til egen forforståelse til de symptomene som oppstår, og dette kan igjen øke følelsen av angst og stress. Dette kalles stressresponsyndromet (Benner og Wrubel,

2002, s. 102). Kreftpasienter kan oppfatte smerter som progresjon av sykdommen, som kan føre til frykt og angst, da de legger til egen tolkning av smertene (Benner og Wrubel, 2002, s. 102). Pasienter vil oppleve sykdomsbildet ulikt ut i fra erfaringer og tidligere opplevelser. Deres bakgrunn, ferdigheter, bekymringer og ressurser vil påvirke hva kvinnene mener er stressende og kan spille inn på hvordan kvinnen mestrer sin situasjon (Benner & Wrubel, 2002, s. 87).

3.2.2 Benner og Wrubel: Mestring av kreft

Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel (2002) tar utgangspunkt i at mennesker er forskjellig, og vil takle å få en kreftdiagnose på ulike måter. De mener man skal se mennesket i den situasjonen de er, hvor helheten rundt dem vil påvirke hvilke reaksjoner som oppstår. Alle mennesker har en egen bakgrunn og erfaring som vil prege hvordan man takler å få en slik beskjed (Benner & Wrubel, 2002, s. 129). Tidligere erfaring med sykdom, tillit til helsevesenet, sosialt nettverk, egne ressurser og ansvar vil være med å påvirke personens reaksjoner på sykdom (Benner og Wrubel, 2002, s. 304-305). De fire ulike faktorene kan spille inn på personens helhetlige situasjon, og dette kan være med på å forsterke følelsene som oppstår. Benner og Wrubel (2002) vektlegger betydningen av at mennesker ikke selv kan styre egne følelser når de får en livstruende diagnose. Noen reagerer med sinne, angst og frykt. Derfor er det viktig at helsepersonellet har en forståelse for at alle er ulike og kan reagere ulikt, man må møte pasientene der de er og se kvinnen i sin kontekst (Benner og Wrubel, 2002 s 306).

Ettersom alle pasientene kan takle å få en kreftdiagnose ulikt går Patricia Benner og Judith Wrubel (2002) videre og ser på kreftforløpet i sin helhet. De mener at man kan dele kreftforløpet inn i ulike faser hvor hver fase har sine egne karakteristiske særtrekk. Fasene de har delt forløpet inn i er blant annet «den prediagnostiske fasen», «den diagnostiske fasen» og «behandlingsfasen». Den første fasen kaller de den *pre-diagnostiske fasen* som omhandler hvordan kvinnene går frem for å søke hjelp før de har fått kreftdiagnosen. Pasienter som fortrenger at de har kreft venter ofte lengre før de går til legen enn andre som er ekstra vaksom og oppmerksom på symptomer som oppstår. Det kan derfor variere hvor langt kommet kreften er når pasienten får sin kreftdiagnose (Benner og Wrubel, 2002. s. 307-310).

I dette studiet møter vi pasientene etter de har fått sin kreftdiagnose og dermed er det relevant og gå videre til den *diagnostiske fasen* og trekke frem teoriene Benner og Wrubel (2002) har om dette. Som beskrevet ovenfor har teoretikerne forklart at alle kan takle å få en slik diagnose forskjellig og noen kan være preget av angst. Derfor mener de at i den diagnostiske fasen er det viktig å tilpasse informasjonen som gis pasientene til et tidspunkt hvor kvinnene er i stand til å ta inn over seg det som blir sagt (Benner & Wrubel, s.308).

Sykepleieteoretikerne utdyper at i vente på prøvesvaret fra operasjonen kan noen velge å holde tankene rundt diagnosen på avstand før svarene foreligger. Andre kan prøve å ruste seg så godt de kan for å takle sykdommen ved å være problemløsningsorienterte. Disse pasientene prøver gjerne å samle informasjon, planlegge og organisere slik at de kan mestre situasjonen bedre (Benner og Wrubel, 2002. s. 307-310).

Neste steg er *behandlingsfasen*. Brystkreftoperasjonen er første ledd av kreftbehandlingen til kvinnene som er inkludert og dermed er det relevant å se hva Patricia Benner og Judith Wrubel (2002) mener er viktig i denne fasen. Her trekker de igjen frem at god veiledning og informasjon fra helsepersonellet er sentralt. De forteller at dersom pasientene forveksler bivirkninger med forverring av sykdommen kan dette føre til unødvendig usikkerhet og frykt. Dersom de senere blir fortalt at dette er kjente bivirkninger kan det oppstå et tillitsbrudd til helsevesenet. Noen pasienter kan ha behov for å bli gjenfortalt informasjonen på senere tidspunkt og helst når bivirkningen oppstår (Benner og Wrubel, 2002, s. 309).

3.2.3 Lazarus og Folkman sitt syn på stress

Hvordan kvinnen mestrer å ivareta seg selv og utføre sin egenbehandling hjemme etter et dagkirurgisk inngrep, kan påvirkes av hvilken mestringsstrategi hun bruker. Lazarus (2006, s. 145) beskriver to typer mestringsstrategier.

Problemfokuserte mestringsstrategier forklares som tiltak med fokus på problemløsning. Eksempler på dette kan være å søke støtte og hjelp, endre rutiner eller å redusere ytre årsaker til stress. Det kan også være å søke etter informasjon og kunnskap og å lære nye ferdigheter. Dette kan bidra til bedre kontroll over situasjonen, og øke følelsen av mestring (Lazarus, 2006, s. 145). Samtidig kan en overdreven søken etter svar føre til forvirring og usikkerhet, og igjen øke stressnivået hos pasienten. Dersom kvinnen søker hjelp hos upålitelige kilder kan

dette forsterke følelsen av angst og negative tanker (Lazarus & Folkman, refert i Renolen, 2008, s. 150).

En emosjonsfokusert mestring innebærer å endre de følelsesmessige reaksjonene som oppstår. Eksempler på strategier som brukes kan være å distansere seg fra problemet, å unngå informasjon og å selektere hva man vil høre og ikke. Noen kan velge å trøste seg selv med medikamenter, alkohol, eller bruke fysisk aktivitet for å distansere seg fra det aktuelle problemet. Man veksler naturlig mellom problemfokusert og emosjonsfokusert mestring ved stress, og de utfyller hverandre (Lazarus & Folkman, referert i Renolen, 2008, s. 150). Emosjonelle faktorer kunne påvirke handlinger og tankegang, som kan ha innvirkning på kvinnens mestring i sin kontekst (Lazarus, 2006). Lazarus (2006, s.139) definerer mestring slik: ”kognitive og adferdsmessige bestræbelser, som er under konstant forandring og søker at håndtere spesifikke ydre og/eller indre krav, der vurderes at være plagsomme eller at overskride personens ressurser».

Lazarus (2006) beskriver hvordan stress kan få fysiologiske konsekvenser. Etter et kirurgisk inngrep vil kroppen reagerer på skaden i form av fysiologiske reksjoner, for eksempel vil det oppstå en hevelse som en del av kroppens forsvar (Lazarus 2006, s. 62). Han beskriver også hvordan stress kan påvirke tilhelingsprosessen. Under stress påvirkes kroppen ved at immunforsvaret blir svekket og man kan dermed bli mer mottakelig for å få infeksjoner. Videre viser han til at psykiske forhold også kan forårsake fysiologiske reaksjoner i kroppen, for eksempel kan stress føre til økt blodtrykk (Lazarus, 2006, s. 65).

4.0 Hensikt og problemformulering

4.1 Hensikt

Hensikten med dette studiet er å få kunnskaper om brystkreftpasienters opplevelser og erfaringer etter hjemkomst fra et dagkirurgisk inngrep for å gi optimal behandling.

4.2 Problemformulering

Hvilke opplevelser og erfaringer har brystkreftpasienters opplevelser og erfaring med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi?

5.0 Metode

5.1 Design

Formålet med denne oppgaven er å få en dypere innsikt i hvordan det oppleves å komme hjem etter å ha utført en brystreduksjon. Derfor er det valgt et kvalitativt design for studien. Ved å bruke samtale som metode, kan kvinnene uttrykke tanker og følelser som i neste omgang kan være grunnlag for ny kunnskap. Et beskrivende design er benyttet, for å få frem de ulike stemmene til de syv kvinnene som er inkludert.

5.2 Utvalg og Setting

Utvalget ble rekruttert på følgende måte; dagkirurgisk avdeling og avdeling for bryst og endokrinkirurgi ble kontaktet for å kunne inkludere aktuelle deltakere til studien. Kvinner som passet inklusjonskriteriene ble kontaktet fortløpende av meg dagen før operasjonen deres skulle gjennomføres.

Inklusjonskriteriene var som følger: Dagkirurgiske pasienter er allerede selektert for å kvalifisere til dagkirurgisk behandling. De ulike sykehusene har både nasjonale og lokalt designede pasientforløp og kan ha ulike seleksjonskriterier. I tillegg var inklusjonskriteriene:

- Pasienten i utvalget må ha fått utført en definert dagkirurgisk brystkreft prosedyre
- Pasienten må være over 18 år.
- Pasienten må kunne snakke og skrive norsk
- Pasienten er samtykkekompetent.

- Eksklusjonskriterier var pre-operativ cellegiftbehandling og innleggelse på sykehus like etter operasjonen.

Grunnen til at pasienter som hadde fått pre-operativ cellegift behandling ble ekskludert hadde to årsaker. Hovedårsaken var at det kunne bli utfordrende å skille bivirkninger fra cellegiftbehandlingen og bivirkningene fra operasjonen. Dette studiet ønsker å se på erfaringene og opplevelser med egenbehandling etter dagkirurgi og ikke erfaringer med cellegift. For det andre har pasientgruppen som har fått cellegift hatt kreftdiagnosen i lengre tid enn de som fikk operasjonen som første ledd i kreftbehandlingen. På den måten kunne disse pasientene ha bedre tid på å forberede seg til operasjonen, og hadde kanskje allerede et etablert hjelpeapparat rundt seg.

Dersom pasientene ble innlagt på sykehuset ble dette satt som et eksklusjonskriterium. Pasienter som er planlagt dagkirurgisk kan bli innlagt etterpå på grunn av komplikasjoner, eller fordi pårørende ikke kunne hente dem. Erfaringene fra den dagkirurgiske behandlingen ville ikke vært tilstede dersom de ikke ble sendt hjem igjen samme dag som inngrepet.

Brystkreftoperasjoner kan utføres som kilereseksjon eller total mastektomi. Alle blir lymfeknute eksitert. De fleste brystkreftpasientene som opereres dagkirurgisk får utført kilereseksjon, og tilfældighetene medførte at informantene som ble inkludert i studien hadde fått denne dagkirurgiske prosedyren. En pasient som skulle utføre mastektomi dagkirurgisk, ble ekskludert fra studiet da hun selv ønsket å bli innlagt på sykehuset etter operasjonen. En annen pasient ble ekskludert da hun ble innlagt fordi det var glemt å bestille hotellrom til henne på sykehotellet. Hun skulle i utgangspunktet overnatte på sykehotellet grunnet lang reisevei.

Inkluderte pasienter ble intervjuet individuelt tre til fem dager etter de hadde kommet hjem fra operasjonen. Kvinnene fikk velge om de ville ha intervjuet hjemme eller på sykehuset. Alle ønsket å bli intervjuet hjemme. Intervjuene ble gjennomført av forsker og det ble brukt lydopptaker for å kunne bevare intervjuene i sin helhet. Det ble brukt intervjuguide til å få frem tema som var relevante for problemstillingen. Forsker har selv transkribert og analysert materialet.

Bakgrunnsvariabler

Kvinnene som er intervjuet har alle fått en brystkreftdiagnose. De er mellom 53 og 70 år gamle. De har enten selv oppdaget en kul og gått til fastlegen eller fått den påvist på mammografi undersøkelse. Deretter ble det tatt biopsi. På grunn av pakkeforløpet gikk det kort tid fra diagnose til operasjon, hos noen var det snakk om 14 dager, mens en av dem selv valgte å utsette operasjonen. Alle har fått utført en kilereseksjon samt fjernet vaktpostlymfeknuten som en del av kreftbehandlingen. Noen opererte vekk en ekstra lymfeknute. Det kirurgiske inngrepet ble utført samme dag som pasientene reiste hjem. Tre av kvinnene bodde alene, og fire av dem bodde sammen med noen. Fire av dem var pensjonert og tre av dem var i arbeid. Flere har krefthistorier i familien. Tre til fem dager etter operasjonen ble de intervjuet hjemme hos seg.

5.3 Innhenting av data

For å få en dypere innsikt i hvordan pasientene utfører sin egenbehandling ble det brukt en intervjuguide. Intervjuguiden er i vedlegg 2. Intervjuguiden er semi-strukturert med åpne temaer slik at informantene selv kunne styre samtalen. Intervjuguiden ble delt opp i fire tema. Bakgrunnen for tema er grunnleggende sykepleiekunnskap om infeksjonsforebygging, god ernæring og viktigheten av god informasjon for å forstå symptomer, utøve egenbehandling og deres sosiale støtte.

Temaene ble brukt som en ledetråd for å få frem interessante erfaringer. Hvert tema hadde underpunkt som kunne være til støtte under selve intervjuet. Etter hvert som kvinnene ble intervjuet ble det lagt til nye stikkord i intervjuguiden, for å kunne få tak i ny kunnskap ut i fra hva informantene etter hvert delte av erfaringer (Malterud, 2017, s. 55).

Stikkord som ble lagt til var: Aktivitet, slapphet, om det var noe de hadde savnet av hjelp den siste tiden, og om de hadde tanker om å være på sykehuset fremfor hjemme og omvendt.

5.4 Rekruttering og datasamlingsprosedyre

Informantene ble rekruttert via bryst og endokrinologisk avdeling på et Universitetssykehus i Norge våren 2018. Pasientene som møtte på dagkirurgen ble identifisert, oppfylte inklusjonskriterier og snakket med av forsker. Dette møtet fant sted dagen før operasjonen i samarbeid med sekretærene på dagkirurgisk seksjon. Informasjonsskrivet (vedlegg 3) ble gjennomgått og kvinnene signerte deretter samtykkeskjema (vedlegg 4) i tråd med etiske retningslinjer. Alle ble gjort oppmerksom på at de når som helst kunne trekke seg. Forsker avtalte å ha en telefonsamtale etter operasjonen for å høre om de fremdeles var interessert og for kunne avtale tid og sted for intervju. Intervjuet ble gjennomført 3-5 dager etter operasjonen hjemme hos informantene og det ble brukt intervjuguide og lydopptaker. Det ble sørget for at denne lå plassert nært informantene slik at det ble tydelig å høre hva de sa. Forsker intervjuet og transkriberte materialet fortløpende. Transkripsjonen ble utført av forsker kort tid etter intervjuet, helst samme dag, slik at det var lettere å huske inntrykk, situasjonen, stemningen, og hvordan temaene utspilte seg underveis. Intervjuene varte fra 40-75 minutter. I en tidsperiode har forsker spurt alle som passet inntil syv stykker var intervjuet.

5.5 Analyser

Det er utført en tverrgående tematisk analyse med systematisk tekst kondensering (Malterud, 2017, s 97-115).

Analysen startet allerede under intervjuene og vil være preget av min erfaring med kreftpasienter og med dagkirurgiske brystkreftoperasjoner. Intervjuene danner det empiriske materialet som er grunnlaget for analysen.

Fase 1: Etter å ha transkribert intervjuene, lest, og blitt kjent med det empiriske materialet fikk forsker et helhetsinntrykk. I kvinnenes beskrivelser av sin situasjon kom det frem tema med likheter og ulikheter av deres opplevelser og erfaringer. Forforståelsen og den teoretiske referanserammen ble satt til side for at kvinnenes egne stemmer skulle komme frem. Likevel vil forforståelsen ubevisst kunne prege analysen. Problemstillingen var en bakenforliggende drivkraft for å kunne fokusere på områder som syntes å være beskrivende for å besvare denne. Samtidig var forsker åpen for at andre viktige utsagn og beskrivelser kunne vise seg å være relevant. Til tross for at intervjuguiden ble brukt som ledetråd i samtalene, fremtonet det seg andre momenter som beskrev kvinnenes opplevelser og erfaringer. Det ble i samarbeid med veileder skrevet ned ulike temaer som fanget vår oppmerksomhet ut i fra vårt helhetsinntrykk: «symptomforståelse», «forberedelser», «hjelp og støtte», «komplikasjoner».

Fase 2: Forsker og veileder diskuterte hvilke tema som utpekte seg som interessant å studere nærmere, og det transkriberte materialet ble gjennomgått på ny. I denne fasen ble meningsbærende enheter identifisert og resten av materialet ble satt til side. Hvert intervju ble systematisk gjennomgått, hvor det som var relevant og viktig for studiet ble sortert i ulike koder. Til dette arbeidet ble det kvalitative forskningsprogrammet NVivo benyttet. NVivo er en data programvare som finnes i forskerseveren, og kan være til nytte i kvalitativ analyse. I dette programmet kunne man laste opp det transkriberte materialet. I NVivo kunne forsker markere meningsbærende enheter, og plassere dem i ulike koder. Kodene ble navngitt etter hva de inneholdt, for eksempel ble alle utsagn som omhandlet forberedelser, plassert i koden «forberedelser» På den måten ble det oversiktlig, og forsker kunne samle meningsbærende enheter i koder på tvers av intervjuene. Dermed tydeliggjorde man hva de ulike informantene sa om de samme temaene. I tillegg kunne man lage underkoder, For eksempel ble «matinnkjøp» en underkategori under koden «forberedelser». Den samme meningsbærende enheten kunne i tillegg bli kodet under forskjellige koder dersom det passet flere steder. Dette

analysetrinnet krevdes fleksibilitet ved at forsker omorganiserte kodene fortløpende. Ved å gjennomgå intervjuene i flere omganger og omorganisere koder, ble kodene flyttet inn i tre hovedkoder. De tre hovedkodene var: «Pasientrollen», «forberedelser» og «diskrepans mellom helsevesenets forventninger og pasientenes opplevelser».

Fase 3: Hver hovedkode hadde tilhørende meningsbærende enheter, og i denne fasen ble meningen fra innholdet i hver kode abstrahert. Det ble laget subgrupper under hver kode for å systematisere innholdet. Eksempelvis ble alle meningsbærende enheter om «matinnkjøp» samlet i et dokument. Det ble skrevet en generaliserende tekst om hver subgruppe basert på informantenes egne stemmer. Et gullsitat som best oppsummerte hva de fleste sa om emnet ble trukket frem for å representere subgruppen. Eksempelvis ble «matinnkjøp» kategorien sitt gullsitat dette: *«og kvelden før gikk jeg en tur og tenkte, nå må jeg ha mat, for det var en venninne som skulle overnatte hos meg»*. Dette sitatet ble valgt da det best beskrev den generelle tanken bak kvinnenens forberedelser i forbindelse med matinnkjøp før operasjonen. Til slutt hadde forsker 16 tekster fra subgruppene, med gullsitater tilhørende hver gruppe, for å beskrive innholdet.

Fase 4: De 16 ulike subgruppene ble satt sammen til fem hovedfunn. Forsker og veileder tolket materialet i subgruppene for å se hvordan dette kunne danne ny kunnskap. Det ble skrevet en analytisk tekst hvor kvinnenens meningsbærende enheter ble gjenfortalt med deres egne uttrykk og sitater. Sitater som «hm» eller hvor det er lignende utsagn som ikke er meningsbærende er sitert slik (...). Det ble laget overskrifter til hvert funn for å beskrive hva funnene handlet om. For å til slutt utfordre mine funn leste jeg gjennom alle intervjuene en siste gang for å være sikker på at alle intervjuene medvirket i slutfatningen av resultatene, og at det ikke var noen informanter som motsa funnene som blir presentert.

5.6 Etikk

Dette studiet er helsefaglig relatert og inkluderer mennesker, derfor var godkjenning fra regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) nødvendig før forsker kontaktet informanter. Søknad til REK er i vedlegg 5. Prosjektet er godkjent og har saksnummer 2017/2493/REK vest. Prosjektstart: 01.01.2018. Prosjekt slutt: 31.12.19

Prosjektet ble godkjent av REK før utvalget ble kontaktet. Avdeling- og klinikkledelse ble informert om prosjektet og når godkjennelse fra REK og avdeling og klinikkledelse var til stede fikk forsker tillatelse til gjennomføring. Søknad til avdeling og klinikkledelse er i

vedlegg 6. Avdelingssykepleier på bryst og endokrinkirurgisk poliklinikk informerte forsker om aktuelle pasienter som passet inklusjonskriteriene. Hun har taushetsplikt og dermed var det innenfor de etiske rammene å få hjelp av henne for å inkludere pasienter. Forsker sørget for at personell ved den dagkirurgiske avdelingen ble informert om studien gjennom en presentasjon på et morgenmøte hvor de fleste ansatte var til stede.

Forsker møtte pasientene samme dag som de hadde time på dagkirurgisk avdeling for pre-operativ samtale. Denne samtalen foregår dagen før operasjonen, eventuelt en fredag dersom operasjonen er mandag. De fikk utlevert informasjonsskriv og samtykkeskjema som var utarbeidet av forskergruppen POPS. Informasjonsskriv er i vedlegg 3 og Samtykkeskjema er i vedlegg 4. Informasjonen ble gjennomgått sammen med pasienten og det ble vist forståelse for at det kunne bli mye informasjon på en gang, og de fikk derfor med seg informasjonsskrivet hjem. Dersom pasientene var villig til å delta ble de bedt om å signere samtykkeskjema og det ble presisert at de kunne trekke seg når som helst fra deltakelsen. I dette studiet bidrar pasienter med sensitiv og personlig informasjon. Informert samtykke var derfor nødvendig før innsamlingen av data kunne starte. Forsker spurte om telefonnummeret og avtalte å ringe dem noen dager etter operasjonen for å høre om de fremdeles var interessert å delta. Dette ble gjort av hensyn til at de kunne være redusert etter operasjonen og kanskje hadde endret mening. Under telefonsamtalen bekreftet kvinnene at de fremdeles samtykket til å delta, og forsker uttrykte takknemlighet for dette. Videre ble det avtalt tid og sted for intervjuet. Jeg var fleksibel for tidspunkt for intervju og ønsket at pasientene selv valgte et tidspunkt som kunne passe dem. De fleste intervjuene foregikk på ettermiddag og i helger.

Alle pasientene ble orientert om bakgrunnen og målet for forskningsprosjektet. Før pasienten samtykket til deltakelse fikk hun utdypende skriftlig og muntlig informasjon om studiet. Det ble opplyst om hvordan informasjonen de har delt skal benyttes og eventuelt publiseres. Lydopptak og sensitive opplysninger er sikret ved å oppbevare dette på et område hvor kun forsker har tilgang. Skriftlig arbeid er sikret på NVivo som er i forskerserver, hvor det må benyttes et personlig passord og brukernavn for å logge inn. På den måten er materialet sikret mot innsyn fra uvedkommende. Alt materialet vil bli destruert etter endt studie.

Deltakelsen i studiet er frivillig og pasienten kan trekke seg når som helst fra studiet om ønskelig. Pasienten er anonymisert ved hjelp av en kode, og ingen andre enn pasienten selv skal kunne kjenne igjen et utsagn (Malterud, 2017, s. 214). Gjenkjennelsesmomenter kan være dialekt, yrke, stedsnavn eller beskrivelse av en personlig opplevelse. Kvinnene har nevnt

stedsnavn, arbeidsplasser og spesielle hendelser i livet som kan være gjenkjennelig for andre. Dette har forsker tatt hensyn til ved å ikke skrive navn i det transkriberte materialet men i stedet beskrive hva de snakker om for eksempel: (arbeidsplass) i det transkriberte materialet. Dette vil ikke ha betydning for innholdet i materialet.

Helsinkideklarasjonen er sentral innenfor helsefaglig forskning:” Hensynet til individet skal alltid gå foran hensynet til samfunns- eller forskningsnyten” (Brinchmann, 2008, s. 208). Forsker må respektere og vise hensyn ovenfor kvinnen og hennes situasjon, og la dette komme foran behov for å samle inn data. Deltakelsen kan være ekstra belastende for den det gjelder. Noen kan forvente at forskeren har et medisinsk ansvar fordi studien har et helsefaglig preg. For å unngå misforståelser var det viktig at forsker avklarte rollen i forkant (Malterud, 2017, s. 213). Da jeg møtte kvinnene presenterte jeg meg som masterstudent i videreutdanning i operasjonssykepleie.

Fordi jeg både er forsker og operasjonssykepleier kan det være viktig å skille mellom rollene. Det ble gjort en vurdering om man skulle fortelle kvinnene i forkant at forsker ikke kunne svare på eventuelle medisinske spørsmål underveis i intervjuet. Det ble diskutert om dette kunne medføre at kvinnene lot være å fortelle om viktige momenter relatert til den sykepleiefaglige konteksten. Det ble enighet om at dette kunne bli en svakhet i intervjuene å presisere at man var forsker og ikke sykepleier. På den måten kunne kvinnene selv åpent og ærlig dele tanker og erfaringer uten å skulle ta hensyn til hvem de satt ovenfor. I ett tilfelle viste pasienten bilde av sitt eget bryst til forsker, og lurte på om jeg hadde sett et bryst som så ut som dette. Bildet var av betydning for intervjuet da forsker kunne få en bedre forståelse for kvinnens beskrivelse av sitt bryst. Intervjuet gikk videre uten at forsker trådte inn i sykepleierrollen. Etter intervjuet tok forsker opp igjen samtalen om bildet av brystet og kunne gi en vurdering av hva jeg tenkte i forhold til dette, som sykepleier.

Når man får pasienten til å åpne seg og snakke om vanskelige ting uten å følge dette videre opp kan være en belastning for pasienten. På et tidspunkt hvor en av pasientene ble spurt om hvordan hun hadde det nå, svarte hun at hun hadde det vanskelig fordi hun hadde fortalt om mange triste opplevelser gjennom livet. Dette ble reflektert over, og i etterkant av intervjuet ble det formidlet hvor hun eventuelt kan få støtte og råd om hun skulle kjenne behov for det.

6.0 Resultat

Kvinnenes egne sitater er markert med kursiv. Sitatene er hentet fra transkribert materiale.

6.1 Kvinnene opplevde seg ikke som syke, til tross for nyoppdaget kreft og nylig gjennomgått kirurgisk behandling. *«Jeg føler meg ikke syk. Nei, det er sånn, helt vanlig»*

Kvinnene følte seg frisk frem til operasjonen. Sykdommen var påvist enten ved rutinemessig mammografi, eller de hadde selv oppdaget en forandring i brystet. *«Jeg følte meg superbra helt til jeg fikk denne beskjeden. Jeg var i så god form, og følte meg helt topp. Og for så vidt så gjør jeg det enda, men jeg kjenner jo at jeg er blitt operert og at jeg er litt redusert i forhold til det sant, men utover det så har jeg det vel egentlig bra».*

Flere ga uttrykk for at de var bevisst på at de hadde kreft, men følte seg likevel ikke syk. *«Nei, nå tenker jeg at jeg har god helse. Jeg feiler jo.. eller jeg vet ikke om jeg feiler, eller om jeg har feilt dette her med den kulen i brystet. Men jeg føler meg helt i fin form og ja. Men jeg vet jo ikke om jeg er frisk. Det vet jeg jo ikke. Men jeg føler meg ikke syk. Nei det er sånn, helt vanlig».* En annen beskriver det slik: *«Du er ikke så veldig syk, selv om du har en alvorlig diagnose så er du jo oppegående på alle måter likevel».*

Mange av dem valgte bevisst ikke å ta bekymringene rundt behandlingen på forskudd, og ville heller vente til den tid kom, og leve som normalt i mellomtiden. En kvinne fortalte at andre rundt henne reagerte på at hun ikke var syk. *«Folk blir jo sjokkert når de kommer. - Jeg trodde du var syk. Jeg er jo ikke syk. Eller skal man være det? Jeg er syk når jeg har lungebetennelse eller influensa. Da er jeg syk, men ikke ellers».*

Alle kvinnene i utvalget hadde gjort dagligdagse gjøremål som å gå på butikken, lage mat, rengjøre hjemme og besøke familie og venner. De fleste hadde ulike aktiviteter de tenkte å være med på i den nærmeste fremtid, som for eksempel; ”Syvfjellsturen”, synge i kor, delta i klubb og konfirmasjoner. En av dem hadde også ønsket seg to uker mindre sykemelding for å kunne gå tilbake til jobb.

Kvinnene fortalte også at de befant seg i et vakuum. De ventet på prøvesvarene fra tumor og lymfekjertler, som ville indikere hvilken prognose og behandling de skulle få. Alle visste at de skulle ha strålebehandling, og måtte sette sommerferien sin på vent. De håpet at perioden

skulle bli kortest mulig og at de skulle slippe cellegiftbehandling.

De fleste så håpefullt og optimistisk på fremtiden og sa at de følte seg i grei form.

Framtidsutsiktene ble hos en informant beskrevet slik: *«omtrent som før, altså jeg ser ikke på at de er noe redusert i forhold til før. Burde sikkert gjort det. Men ingen vet hvor lange liv vi får. Vi kan jo bli påkjørt av en buss i morgen (...) Kan jo ikke spå framtidsutsiktene våre egentlig. (...) Det eneste er at det kom en liten sånn fartsdump i veien for denne sommeren (...) litt uforutsigbart i og med at jeg enda ikke vet hva de finner av de funnene de har gjort til nå. Men jeg satser på at de finner det de tror, og at jeg slipper unna med bare stråling (...) Det får en ta når den tid kommer.»*

Flere ga uttrykk for at de var fornøyd med det dagkirurgiske forløpet. En kvinne ga uttrykk for at dersom hun ikke hadde vært frisk nok til å reise hjem, så hadde hun blitt innlagt. Hun følte seg trygg hjemme da det var kort vei til sykehuset, og et helikopter kunne hentet henne på 5 minutter. *«Jeg tenker jo at hvis jeg ikke hadde vært frisk nok, at det hadde oppstått ting som gjorde at jeg ikke ble pigg nok til å bli sendt hjem, så hadde jeg jo blitt lagt inn. For da hadde jeg jo hatt trygghet og overvåking og alt det der, og når jeg følte meg så bra som jeg var, så følte jeg det helt trygt nok å reise hjem og det er kort vei til sykehuset herfra hvis jeg skulle trenge noe (...) det er 5 minutter med helikopter hvis det er det om å gjøre (latter) (...) det er jo på en måte ikke noe sånn dramatik i innleggelsen og alt var jo planlagt og utført som planlagt forstod jeg.»*

En av kvinnene fortalte at tanken på å reise frem og tilbake til sykehuset flere dager på rad som en «mareritt følelse» og hun ble utmattet bare av tanken. Hun kunne tenkt seg og blitt værende på sykehuset i stedet for å reise hjem etter operasjonen. *«Det har jo med trygghet å gjøre, ikke bare tanken på natten, men tanken på etter operasjonen. Du vet det at ok, her kan jeg være. Finne roen. Nå opplevde jeg litt mer sånn, gud, du må komme deg kjappest mulig, opp og gå. Få kaffe, mat, bevise at dette skal gå fint. Ble litt sånn prestisje i at du skulle klare dette her så du kom deg ut igjen.»*

En av kvinnene bemerket at hun følte seg friskere når hun kom hjem. *«Det var veldig godt å komme hjem. Da er du i ditt vante og da føler du deg friskere(...), ligger du i en seng der med disse klærne så føler du omtrent du har kledd på deg sykdom syns jeg, så kan gå i egne klær (...) På en annen måte kunne jeg gjerne vært noen dager, så du kom deg litt mer på beina. (..)*

det var jo bare så herlig der nede, for jeg fikk to påsmurte rundstykker, så bare en sånn ting. Noen smører på maten din, det var jo helt utrolig».

6.2 Kvinnene syntes det var vanskelig å be familie og venner om hjelp

«Det har liksom ikke vært i min verden»

Det er et krav at kvinnene ikke skal være alene hjemme det første døgnet, derfor må de ha en pårørende som er hos seg. To av kvinnene hadde pårørende med medisinsk kompetanse boende hos seg det første døgnet og de beskrev at de derfor følte seg i trygge hender. En kvinne undret seg over at dersom hennes mann ikke kunne vært hos henne, hvem skulle da vært der? Hun synes det var rart å pålegge andre ansvaret for henne når hun kom hjem. *«Det var jo mye bedre å komme hjem sammen med han enn å ligge der oppe. Men hvis jeg ikke hadde hatt han, så ville jeg jo synes det var rart at jeg måtte belaste noen som kanskje synes det var rart å måtte ta det ansvaret her sammen med meg da.»*

Alle pasientene hadde sosiale nettverk, og flere rundt dem som ønsket å tilby dem hjelp og støtte. Likevel uttrykte noen at det satt langt inne å be familiemedlemmer om hjelp, og at de helst ville klare seg selv. *«Det sitter veldig langt inne å be familiemedlemmer om hjelp, og at de helst ville klare seg selv. «Det sitter veldig langt inne. For det har liksom ikke vært i min verden. Du får jo ikke hjelp hvis du ikke ber om hjelp på en måte sant, (...) de som er rundt meg kan jo ikke vite hva og hvor du er henne. Nei jeg må jobbe med de tingene.»*

En av dem nevnte at det hadde vært lettere å ta i mot profesjonell hjelp. *«Alle spør hva jeg skal hjelpe deg med (...) Men jeg orker jo ikke det å ha hjelp (...) Sånn profesjonell hjelp kan jeg ta i mot. Men jeg har vanskelig for å ta i mot hjelp av ungene mine».*

To dager etter operasjonen var det en som beskrev en situasjon hvor naboene tilbød seg å hjelpe henne. *«Nei, jeg gikk med papirbosset da torsdag formiddag. Da stod naboen på hjørnet her på altanen: det går an å be om hjelp! -Hva til da? svarte jeg. - Til å gå med papirbosset! - Herregud, sa jeg, mhm. Jeg kjente bare, er det mulig. Gikk nå ut og klippet rosebuskene etterpå. Så det er gjerne enkelte ting jeg kunne vært flinkere til å be om hjelp til. Så lenge så det går, så er det helt greit».*

6.3 Ubehag og symptomer ble bagatellisert og normalisert

«Kan ikke få panikk med en gang»

I forhold til operasjonsrelaterte symptomer ble det hos enkelte nevnt ulike komplikasjoner som smerter, nummenhet, svimmelhet og kvalme. Mange betegnet symptomene de hadde som normale og ville derfor ikke bekymre seg over dette. En av kvinnene i utvalget klarte ikke å dusje de første fem dagene som nyoperert på grunn av svimmelhet, og tenkte dette var mer eller mindre normalt. En annen fortalte at hun hadde observert brystet sitt, og beskrev dette som hovent og klumpete, men da hun ikke hadde feber, og følte seg i grei form regnet hun med at det var normalt: *«Det er nå ikke noe vakkert syn. Brystet er jo og fryktelig. Men ja. Det går fint. Det er sånn hovent og klumpete her, jeg regner med det er akkurat som det skal være. Jeg har ikke noe feber eller noe sånt. Jeg føler meg i grei form».*

Kvinnene beskrev symptomer men kunne ikke alltid forklare hvorfor de oppstod. *«I dag kjenner jeg litt på at jeg er litt kvalm, men jeg vet ikke om det har noen relasjon til operasjonen og anestesi og sånn».* En annen oppdaget at avføringen hennes var grønn og visste ikke årsaken til dette, men valgte å ikke ringe til sykehuset. *«Nei jeg gjorde ikke det. (..) det var jo bare en dag. Kan ikke få panikk med en gang».*

Kvinnene fortalte at de var usikker på symptomene som oppstod, men ingen ønsket å kontakte helsevesenet. De sa de følte at spørsmålene de hadde ikke var viktig nok, og de ikke ønsket å forstyrre dem som var på jobb. Flere påpekte at de ville ha tatt kontakt med sykehuset dersom de hadde sterke smerter eller oppdaget symptomer på infeksjon. *«Jeg hadde nok ringt hvis jeg hadde følt at jeg hadde vondt eller, men å bare stille et spørsmål, det hadde sittet langt inne. Det er sånn du føler du har ikke så grådlig lyst å stille bare sånne enkle spørsmål. Du vet hvor travelt opptatt de er».*

6.4 Kvinnene utøvet ulik egenbehandling etter dagkirurgisk brystkreftoperasjon

«Du kan vurdere selv om du vil ha bandasje på»

Etter operasjonen var det ulikt hvor mye smertestillende pasientene trengte. Noen kvinner sa de ikke hadde smerter, mens andre beskrev at de hadde behov for smertestillende. *«Smerter. Ja, jeg har aldri spist så mye Paraceter som jeg gjorde det døgnet».*

En fortalte hun var redd for å ta smertestillende, og valgte å spare på de sterkere tablettene hun hadde fått utskrevet «til verre tider». Hun sa hun heller ville prøve å roe seg ned for å ha mindre smerter. «I går tok jeg ikke, da hadde jeg drukket litt vin, så det hjelper nå godt på».

Enkelte uttrykket usikkerhet i forhold til bandasjeskift, selv om de hadde fått med seg skriftlig informasjon. «Nå rett før du kom, var jeg svett og gikk og dusjet, så stod det: du får med deg to sett og så kan du vurdere selv om du vil ha bandasje på. (...) så da bare lot jeg være å ta bandasje på nå. (...) jeg gjør som brosjyren sier. (...) det er jo litt spesielt under armen og så er jeg ikke så flink å legge på heller (...) jeg tror ikke det vil komme noe smuss på. Det er jo ikke noe åpent sår lengre (...)».

Flere beskrev at de var redd for å komme borti såret i tilfelle dette forsinket tilhelingen. En av dem sa hun av den grunn valgte å la være å skifte bandasjen. Noen kvinner var usikker på hvor mye de kunne belaste armen. «Jeg lurte på om jeg skulle ringe og spørre hvor mye jeg skulle holde meg i ro her for å få det til å gro (...) jeg har lyst å spørre akkurat hva jeg skal gjøre hele tiden. (...) jeg synes det er litt dumme spørsmål (...) hvor langt skal jeg gå. Og hvor mye skal jeg løfte?».

De hadde i ulik grad lest brosjyrene de hadde fått med seg hjem om opptrening. Noen var i gang med øvelsene, men andre hadde ikke begynt.

6.5 Informantene forberedte i liten grad eget sykeleie

«Dagkirurgi er som å gå til tannlegen»

Kvinnene hadde ulike tanker om å skulle bli operert for brystkreft. Et par av dem sa de var nervøs og redd, og måtte holde tankene på avstand i forkant av operasjonen. For å klare dette gikk de på tur og vasket for å holde seg sysselsatt. En av dem var spesielt engstelig for å miste brystet og sammenlignet dette med «lobotomi». Det å miste en kroppsdel var for henne å miste en del av seg selv og sin identitet. For å forberede seg før operasjonen søkte hun på kreftforeningen for å se hvilke muligheter som fantes for å kunne rekonstruere brystet. «Det var en ting jeg var redd for da. Det var jo å miste brystet (...) Det er jo ikke sånn man sier til folk (...) Det å miste kroppsdel, lobotomerte, det har ikke noe med lobotomi å gjøre (...) når du fjerner noe oppi hodet. Det var en sånn følelse av det da. Så det var det jeg var redd for». For henne var skjerming og rengjøring terapi. Hun reflekterte ikke over at hun muligens måtte

opereres igjen senere som et videre ledd i kreftbehandlingen, men ble påpekt at dette var en mulighet like før hun skulle reise hjem. *«Og når hun på oppvåkningen der, når jeg skulle reise fra Sykehuset, så sa hun, «får ikke håpe jeg ser deg igjen» sa hun. Og da kom jeg på at det kunne jo hende at hun kunne se meg igjen da, det hadde ikke jeg tenkt på. Jeg trodde jeg var ferdig jeg nå».*

En av kvinnene valgte selv å utsette operasjonen da hun skulle reise utenlands på ferie. Hun sa hun klarte å fortrenge at hun hadde kreft når hun var borte og tenkte at siden dette var et dagkirurgisk inngrep så var det akkurat som å gå til tannlegen. *«Når du kommer hjem igjen så må du ned på sykehuset, da må du gjennom alt. Og det tenker jeg er akkurat som å gå til tannlegen».*

Kvinnene hadde i varierende grad tatt til seg informasjon utenom den informasjonen de fikk fra sykehuset. Flere synes denne informasjonen var tilstrekkelig nok og valgte bevisst å ikke søke informasjon på egenhånd. *«Det området har jeg ikke greie på, så det må jeg fakta overlate til de som kan». (...) «Hater å lure på ting. Men søker ingenting opp på nett angående operasjonen og hva som vil skje etterpå, nei, jeg kjenner, det har ikke noe for seg».* De fleste sa de kjente venninner eller hadde slektninger som hadde hatt brystkreft. For å få informasjon før inngrepet var det mange av kvinnene som valgte å snakke med de som var rundt seg som hadde erfaring med kreft.

Det var ulikt hvordan kvinnene forberedte seg med tanke på å være ny-operert. Mange av kvinnene hadde rengjort i huset og byttet til rent sengetøy. Noen gjorde husvasken unna på forhånd, med tanke på at de kom til å ha begrenset bevegelighet og belastningsevne i armen. For en annen var vaskingen forfriskende og fungerte som terapi. Sengetøyet ble hos noen skiftet som rutine eller på grunn av nattesvette. Ingen bemerket at rengjøringen var gjort som infeksjonsforebygging eller fordi de kunne være dårlig etter inngrepet. *«Ja, vi prøvde å få gjort mest mulig rent på forhånd før jeg skulle opereres. Men jeg rakk ikke alt. Og så passet jeg på planter i krukkene mine for jeg visste de er tung å bære (...) sengetøyet var ganske ny-skiftet så det var ikke tatt med tanke på at jeg skulle opereres. Det var tatt mer som rutine».*

Fire av kvinnene bodde alene og måtte derfor ha en som skulle være hjemme hos dem det første døgnet og natten. Til en viss grad kan det se ut som kvinnene som bodde alene hadde organisert hjelp av pårørende det første døgnet, fordi dette ble stilt som et krav for å kunne

reise hjem. Utover dette så ser man at de ikke tenkte på ernæring som viktig for sin egen rekonvalesensperiode. «Ja, kvelden før gikk jeg en tur og tenkte; nå må jeg ha mat, for det var en venninne som skulle overnatte hos meg». De hadde handlet inn ekstra mat fordi de skulle ha pårørende hos seg. «Bakte skillingsboller, kjøpte inn rundstykker til barnebarna (...)og sånne smoothies som de liker(...) jeg kjøpte en flaske tran til meg selv(...)det tar jeg hver dag».

7.0 Drøfting

7.1 Resultater

7.1.1 Kvinnene opplevde ikke seg selv som syke, til tross for nyoppdaget kreft og nylig gjennomgått kirurgisk behandling. «Jeg føler meg ikke syk. Nei, det er sånn, helt vanlig»

Kvinnene i utvalget beskriver at de i liten grad hadde en opplevelse av å være syk. De hadde gått til legen med en kul i brystet eller oppdaget kulen på mammografi, og de fikk påvist brystkreft. Fordi kvinnene var inkludert i pakkeforløpet, gikk det kort tid fra de hadde fått påvist brystkreft, til de ble operert. Hos noen var det under tre uker siden de fikk sin diagnose til de delte sine opplevelser og erfaringer i intervjuene. En av dem uttrykte at hun følte seg helt på topp før hun fikk beskjeden om at hun hadde brystkreft, og for så vidt følte hun seg enda i god form, til tross for at hun kjente hun var redusert i forbindelse med operasjonen.

Benner og Wrubel (2002, s.304) beskriver ulike faktorer som kan påvirke mestring av kreft, blant annet kan tidligere erfaring med kreft påvirke kvinnenes tolkning av sykdommen. Flere av kvinnene i utvalget hadde opplevd at familiemedlemmer hadde hatt kreft, og en kan tenke seg at noen av dem hadde negative assosiasjoner til kreftsykdommen, hvor man er syk ved langtkommen kreft hvor man har tydelige kroppslige symptomer på kreft.

Benner og Wrubel (2002) beskriver at selv om man er syk, vil man ikke nødvendigvis føle seg syk. «Et symptom betraktes som psykens subjektive fortolkning af kroppens reelle sykdomsopplevelse» (Benner og Wrubel, 2002, s 222). Symptomer på sykdom kan tolkes ulikt, og for noen kan symptomer på sykdom lede til bekymring og stress. Dersom kvinnen som følte seg redusert ikke kobler dette med å være syk, kan dette være en måte å unngå bekymring og stress, og det kan tenkes å påvirke hennes oppfattelse av egen helse (Benner og

Wrubel, 2002, s. 30).

En kvinne fortalte at hun ikke følte seg syk med mindre hun hadde influensa eller lungebetennelse. I det samme sitatet beskriver kvinnen at andre rundt henne reagerte på at hun ikke var syk «Folk blir jo sjokkert når de kommer; -jeg trodde du var syk». Dette kan tyde på at det er en diskrepans mellom sykdomsopplevelsen til pasientene og forventningene til de som står rundt. Andre rundt dem forventer at de skal være syk. Hvorfor føler ikke kvinnene seg syk?

Influensa og lungebetennelse blir vanligvis assosiert med symptomer som for eksempel feber og slapphet. Feber og slapphet kan tenkes å være kroppslige symptomer på sykdom. I denne sammenhengen kan man vise til Benner og Wrubel sin teori hvor lidelsen er en menneskelig opplevelse, mens sykdom er en fysisk abnormalitet (Benner & Wrubel, 2002, s. 30). Sykdom og lidelse trenger ikke å henge sammen. Pasientens egen opplevelse og tolkning av symptomer kan påvirke deres opplevelse av egen helse. På denne måten kan kvinnen forbinde feber og slapphet med sykdom, og fordi hun selv ikke opplever symptomer som dette, tenker hun at hun ikke er syk.

Kvinnenes personlige forståelse av sammenhengen mellom lidelse og sykdom kan være med på å gi håp eller frykt (Benner og Wrubel, 2002, s.44-45.) Det kan sees i sammenheng med kvinnens beskrivelse av sin tilstand. Kvinnene beskriver en verden hvor de ikke føler seg syk, og ser med håp og optimisme på fremtiden. Pasientene i utvalget har muligens færre og mildere kroppslige symptomer, enn det de forbinder med sykdom. Det kan se ut til at dette kan være en av forklaringene til hvorfor de ikke føler seg syk.

På en annen side beskriver flere av kvinnene at de føler seg trygg når de kommer hjem, og utdyper dette med at de stolte på at helsevesenet hentet dem med ambulanse eller helikopter dersom nødvendig. En av kvinnene beskriver at dersom hun ikke hadde vært frisk nok til å bli sendt hjem, så hadde hun blitt innlagt. Dette kan sees i sammenheng med studien til Hersht og medarbeiderne (2007), og Khu og medforfattere (2009) hvor de fant at dagkirurgiske pasienter stoler på at de profesjonelle sykehusansatte ikke sender dem hjem hvis de ikke er i stand til det (Hersht et al., 2007; Khu et al, 2009). Man kan reflektere over om når kvinnen blir sendt hjem, har de en forventning om at dette skal være trygt og de stoler på at når

helsepersonellet har sendt dem hjem, er de frisk nok. Kan dette medføre at symptomer på sykdom blir bagatellisert, som videre kan få konsekvenser for egenbehandlingen?

En annen kvinne fortalte at hun følte hun måtte bevise at hun kunne klare å komme seg ut igjen fra postoperativ avdeling, og at det var en prestisje i å komme seg på beina. Det kan tenkes at helsepersonellet på sin side ønsker at pasientene skal komme seg fort på beina som en hjelp for pasientens egen del, da forskning viser at det er trygt å reise hjem (Marla & Stallard, 2009; Marchal et al. 2005; Ballardini et al. 2016; Duriaud et al. 2018) og at man har raskere rekonvalesens (Margolese & Lasry, 2000). Likevel kan det virke som denne kvinnen kunne ha trengt litt mer tid på å komme seg etter operasjonen, basert på hennes egen beskrivelse. Dette er et funn som også er beskrevet i artikkelen til Dawe og medarbeiderne (2014), hvor følelsen av å bli «dyttet ut døren» ble beskrevet (Dawe et al., 2014).

Er effektiviteten på en dagkirurgisk avdeling ideelt for dagkirurgiske brystkreftpasienter?

Athey (2005), Dooley (2002) og Marrozzo (2007) fant at 95-100% var fornøyd med dagkirurgi. Til sammenligning med min studie var de fleste fornøyd med å komme hjem, men det var to stykker som kunne foretrukket å bli innlagt. Til tross for at kvinnene er selektert og skal passe til et dagkirurgisk forløp, ga to av de inkluderte kvinnene i denne studien uttrykk for at de kunne tenkt seg og blitt værende på sykehuset i etterkant av operasjonen. En av dem trakk frem at det var en påkjenning å reise til og fra sykehuset tre dager på rad, og kunne tenkt seg og blitt værende på sykehuset for å finne roen, og beskriver også dette som en trygghet. Dette funnet samsvarer med Margolese og Lasry (2000) sin studie hvor 40% ønsket å innlegges fordi det var sett på som tryggere å være på sykehuset enn hjemme (Margolese & Lasry, 2000).

I min studie beskriver en kvinne en ambivalens i forhold til å reise hjem. På den ene siden var det godt å komme hjem, fordi hun var sitt hjemmemiljø. Hun ga uttrykk for at å gå i egne klær ga henne en følelse av å være frisk. Når kvinnene kler av seg sykehusklærne, kan det se ut som de trer ut av pasientrollen, og når de tar på seg sine vanlige klær trer de inn i sin rolle som mor og selvstendig. Marchal og medarbeiderne så et lignende funn. I artikkelen deres beskrev dem at noen pasienter følte de fikk kontroll over sykdommen ved å være i sitt hjemmemiljø, og fordi de slapp å være i pasientrollen (Marchal et al., 2005). Mitt funn skiller seg likevel ut, ved at en av kvinnene kunne tenkt seg å være på sykehuset for å komme seg mer på beina, til tross for at hun følte seg friskere hjemme. Følelsen av å få servert to

påsmurte rundstykker ble beskrevet som «utrolig», og for henne ser det ut som denne vanlige rutinen på sykehuset gav henne en god følelse av omsorg.

Kvinnene ser ut til å ta i bruk mestringsstrategier for å holde tankene rundt kreftdiagnosen unna og de sier at de ikke føler seg syk. Av den grunn kan det tenkes at symptomer relatert til operasjonen blir satt til side, som kan få konsekvenser for egenbehandlingen. Kvinnene aksepterer å bli sendt hjem, men det er undertoner som tyder på at de kunne tenkt seg mer trygghet, omsorg og tid til å komme seg på beina. Effektiviteten i det dagkirurgiske behandlingsforløpet ikke er velegnet for alle, til tross for at kvinnene er selektert. Kvinnene har individuelle behov.

Alle kvinnene i min studie forsikrer gjentatte ganger at de ikke føler seg syke, det er derfor rimelig å si: Kvinnene opplevde ikke seg selv som syke, til tross for nyoppdaget kreft og nylig gjennomgått kirurgisk behandling. Likevel ser vi at det er noen nyanser. To av kvinnene hadde for eksempel ønsket at de kunne blitt på sykehuset et par dager for å komme seg. Det fremkommer altså motstridende opplysninger, da friske folk vanligvis ikke ønsker å ligge på sykehus.

7.1.2. Kvinnene syntes det var vanskelig for å be familie og venner om hjelp

«Det har liksom ikke vært i min verden»

Kvinnene beskriver seg selv som frisk, og det å be om hjelp fra pårørende har ikke føltes naturlig for dem. Benner og Wrubel (2002, s. 324) beskriver hvordan et menneske kan ha mange pårørende rundt seg, men kan samtidig være isolert, fordi det er vanskelig å be om hjelp eller motta hjelp. I dagens samfunn er det en kultur hvor individualisme og uavhengighet står sentralt (Benner & Wrubel, 2002, s. 324). Det kan tenkes at den sosiale konteksten rundt kvinnene kan prege mulighetene de har til å få hjelp. Benner og Wrubel beskriver dette fenomenet, hvor situasjonen rundt kvinnene kan ha en innvirkning. De viser til at det som er iboende i personen, den sosiale konteksten, kan prege kvinnenes mestringsmuligheter for å fremme egen helse (Benner og Wrubel, 2002, s. 208). Noen av kvinnene trekker frem at de tidligere har klart seg selv, og at det er en ny følelse og skulle be andre om hjelp. Konsekvensene av å skulle være selvstendig, kan være at kvinnene står alene med sitt ansvar for egenbehandlingen.

En av kvinnene uttrykket at det var rart å skulle pålegge andre ansvaret for seg like etter operasjonen, og at hun måtte belaste dem med det. En annen kvinne fortalte at hun ikke orket det å ha hjelp. Er det en belastning for kvinnene å be de rundt seg om hjelp? Benner (1995, s.56) beskriver at noen kan være ute av stand til å erkjenne at de trenger hjelp for å beherske sin egen virkelighet. Kvinnene som er inkludert i studiet har alle nylig fått påvist brystkreft, som kan tenkes å være en ny virkelighet som de må mestre.

En av kvinnene uttrykte at hun kunne motta profesjonell hjelp, men hadde vanskeligheter med å ta i mot hjelp fra sine barn. Dette kan sammenlignes med tidligere forskning hvor Dawe og medarbeiderne trekker frem at oppfølging og støtte av en sykepleier kunne dekke psykososiale behov (Dawe et al., 2014). Dersom kvinnene hadde hatt en sykepleier hos seg når de var hjemme, kan det tenkes at det hadde vært lettere for kvinnene å ta i mot hjelp. En annen av kvinnene beskrev at de som stod rundt henne ikke visste hva hun hadde behov for. Til sammenligning kan man vise til Greenslade og medarbeidere som sa det kunne være en fordel å ha med pårørende når kvinnene fikk informasjon (Greenslade et al., 2010). Dersom pårørende hadde fått informasjon om hvordan de kunne hjelpe pasientene, kan det tenkes at det hadde vært enklere for de pårørende og pasientene. I dagens praksis ser vi likevel at kvinnene for det meste står alene, og må mestre sin situasjon som ny-operert på egenhånd.

Benner og Wrubel mener at omsorg er grunnleggende for at kvinnene skal kunne mestre utfordringer relatert til sin sykdom. De beskriver at omsorg er essensielt for å kunne gi og motta hjelp (Benner og Wrubel, 2002, s. 26). Når kvinnene står alene ser de ut til å være sin egen omsorgsperson. Operasjonssykepleiere kan ha en viktig rolle for å hjelpe pasienten med å mestre sin situasjon og for å utøve god egenomsorg i rekonvalesenstiden (Dåvøy et al., 2009, s.29-30). Når kvinnene gjennomgår et dagkirurgisk forløp kan det være relevant at en operasjonssykepleier tar seg tid til å veilede og undervise pasientene slik at de er godt rustet til de kommer hjem og skal klare seg selv. I dagens praksis er det begrenset med tid til informasjon og opplæring, og man kan derfor undre seg over om sykepleierens tidligere funksjon er på vei til å forsvinne ut av det dagkirurgiske behandlingsforløpet.

Det kan se ut som den sosiale konteksten rundt kvinnene har innvirkning på deres muligheter til å ta i mot hjelp. De ga uttrykk for at de ikke ønsket hjelp, til tross for at familiemedlemmer og naboer uttrykte at de gjerne ville hjelpe dem. Å få hjelp fra profesjonelle kan tenkes å være mer akseptabelt da de får avstand fra sine nærmeste. En annen beskriver at naboene ønsket å

hjelpe henne, men hun gikk i stedet ut for å klippe rosebuskene sine. Når kvinnene er hjemme går de fra å stelle sine egne bandasjer til rosebusker i hagen. De uttrykker at så lenge det går, så er det helt greit. På en annen side innrømmet noen av dem at de måtte «jobbe med disse tingene», og at det var «enkelte ting de kunne vært flinkere til å be om hjelp til». Det kan se ut som det kan ta tid å venne seg til tanken om å be andre om hjelp.

Til tross for at de inkluderte kvinnene har mange rundt seg som ønsker å hjelpe dem forteller de at de synes det er vanskelig å ta i mot hjelp. De er ikke vant til å be sine nærmeste om hjelp og vil ikke belaste dem. Konsekvensen av dette er at kvinnene kan føle seg alene med ansvaret for sin egenbehandling.

På bakgrunn av det som fremkommer i min studie, er det rimelig å konkludere med at kvinnene syntes det var vanskelig å be familie og venner om hjelp.

7.1.3 Ubehag og symptomer ble bagatellisert og normalisert

«kan ikke få panikk med en gang»

Kvinnene beskrev komplikasjoner og symptomer i relasjon til operasjonen, men dette ble hos flere normalisert og de lot være å kontakte helsevesenet. De sa at de var redusert, noen hadde smerter og var kvalm. Noen var usikker på sin egenbehandling. Usikkerhet i forhold til bivirkninger kan være en påkjenning. Benner og Wrubel (2002, s 310) viser med sin teori at sykepleieren helst bør være tilstede når bivirkningene oppstår slik at de kan hjelpe pasienten med å forstå sin situasjon. Når pasienten er i sitt hjemmemiljø er det ingen der for å hjelpe pasienten med dette. Det kan tenkes at usikkerhet i denne fasen i kreftforløpet kan være negativt for hennes videre håndtering av sykdommen. Benner og Wrubel (2002, s. 24-25) beskriver at ved å mestre belastende situasjoner på en god måte kan man komme styrket ut av hendelsen, i motsatt fall kan man oppleve sårbarhet i samme situasjon, som kan lede til usikkerhet og fortvilelse senere i lignende situasjoner.

Svimmelhet

En kvinne beskrev opplevelse av svimmelhet, og at hun ikke hadde klart å dusje eller gå tur de første fem dagene etter operasjonen. Hun var også nummen i armen og var usikker på om dette var normalt. Likevel beskriver denne kvinnen at hun hadde gjort dagligdagse gjøremål, men unngikk å stå med hodet bøyd fremover da dette medførte mer svimmelhet.

Mestringsstrategien hennes var dermed å unngå å gjøre aktiviteter for å håndtere bivirkningen. Konsekvensen av å unngå eller overse et slikt symptom kan se ut til å påvirke hennes livskvalitet da hun ikke kunne gjøre dagligdagse gjøremål grunnet svimmelheten. I tillegg kan svimmelhet være et symptom som krever behandling. Dersom hun hadde vært innlagt kan det tenkes at man hadde utelukket ulike årsaker til svimmelhet som for eksempel infeksjon, lavt blodvolum, eller medisinduserte symptomer. Når pasienten er hjemme har hun ikke selv muligheter til dette, så pasientens egen mestringsstrategi var å tenke at dette var normalt og vente til det gikk over.

Marla og Stallard (2009) så i sin studie at inneliggende pasienter blir ivaretatt og får støtte og informasjon fra helsepersonell som er rundt dem. De mener man bør finne nye måter å ivareta denne pasientgruppen når de er hjemme. Dette kan tenkes å være relevant for denne kvinnen. Ved å ha helsepersonell tilgjengelig når pasienten er hjemme kan man hjelpe dem til å forstå og behandle eventuelle symptomer.

Kvalme og endret avføring

En kvinne fra utvalget beskrev at hun kjente hun var kvalm men visste ikke om dette var relatert til operasjonen. En annen kvinne reagerte på at hun hadde grønn avføring men forstod ikke årsaken til det. Hun valgte ikke å få panikk med en gang, og å vente til det gikk over. Grønn avføring er en vanlig bivirkning av fargestoffet kirurgen bruker under operasjonen for å kunne lokalisere lymfeknutene (Om vaktpostlymfeknuteoperasjon, u.å). Kvalme kan også være relatert til operasjonen de har vært gjennom. Kvinnene ser ikke symptomene i sammenheng med sin situasjon som ny-operert, og velger å overse symptomene. Lazarus og Folkman beskriver at å distansere seg fra problemet kan være en emosjonsfokusert mestringsstrategi (Lazarus & Folkman, referert i Renolen, 2008, s. 150). Mestringsstrategiene som brukes kan sees i sammenheng med deres virkelighetsbilde, hvor kvinnene gir uttrykk for at de ikke ser på seg selv som syk. Ved å la være å bekymre seg for symptomene som oppstår, kan de unngå opplevelse av stress. Benner og Wrubel beskriver at man ikke kan rømme fra en situasjon, og at mestringsstrategiene dermed er begrenset (Benner og Wrubel, 2002, s. 78). Når kvinnene er hjemme har de fremdeles brystkreft, og dette er en situasjon hun ikke kan unngå. Mestringsstrategiene er dermed begrenset, samtidig kvinnene er usikker på bivirkninger som oppstår.

I min studie kan det tenkes at kvinnenes situasjon som ny-diagnostisert kan ha påvirket hennes evne til å motta informasjonen som ble gitt i forkant. Dette støttes av Greenslade og medarbeiderne, som fant at stress og angst kan påvirke evnen til å motta informasjon og at denne bør tilpasses individuelt (Greenslade et.al., 2010).

Det ser ut som kvinnene kunne hatt behov for å bli gjenfortalt bivirkningene som kan oppstå i etterkant av operasjonen, da de var usikker på hvorfor symptomene oppstod.

Kvinnene har fått et telefonnummer og kan ringe avdelingen hvis de har spørsmål eller trenger råd. Ingen av kvinnene ringte til sykehuset til tross for at de hadde et telefonnummer med åpen linje. De uttrykte at de ville kontaktet sykehuset ved informerte sykdomstegn på infeksjon og ved store smerter. En av kvinnene trakk frem at hun visste hvor travelt opptatt personalet er på avdelingen, og ønsket derfor ikke å forstyrre dem med enkle spørsmål. Når pasienten er i sitt hjemmemiljø viser det seg at det er en høy terskel for å be om hjelp fra sykehuset. Kan dette medføre at symptomer som oppstår blir bagatellisert?

Kvinnene i studiet mitt opplever at symptomene ikke er viktig nok til å ta kontakt med helsevesenet. Benner og Wrubel (2002, s. 191-192) beskriver at mennesker har en valgfrihet og de må evaluere egne styrker og svakheter. Det kan tenkes at valgene kvinnene tar kan få konsekvenser for deres egenbehandling.

På bakgrunn av at kvinnene forteller normaliserer bivirkninger som oppstår som svimmelhet, kvalme og endret avføring og unngår å ringe til sykehuset kan være faktorer som indikerer at kvinnene bagatelliserte og normaliserte symptomer og ubehag.

7.1.4 Kvinnene utøvet ulik egenbehandling etter dagkirurgisk brystkreftoperasjon

Smerter

I dette studiet var det få av informantene som trengte å ta smertestillende dagen etter operasjonen. Derimot ble det hos to av kvinnene beskrevet smerter med behov for å ta smertestillende. Kvinnene behandlet smertene ulikt. En av dem var bekymret for å ta tablett. Den ene kvelden bestemte hun seg for å ta et glass vin i stedet. Lazarus trekker frem alkohol som et eksempel på trøst, og for å distansere seg fra sykdommen, og på den måten oppnå mestring (Lazarus & Folkman, referert i Renolen, 2008, s. 150).

Marchal og medarbeiderne (2005) viste at pasienter som hadde smerter, ikke tok smertestillende som forordnet. Dette er sammenlignbart med det kvinnene forteller i min studie. Jeg fant at en av de ny-opererte valgte å spare på smertestillende til «verre tider». Dette er ikke i tråd med det som pasientene blir anbefalt, og det kan derfor tenkes at kvinnene hadde mer smerter enn det som strengt talt var nødvendig. I tillegg kan utsagnet vitne om at hun hadde forventninger om at hun kunne få mer smerter i fremtiden, og at smertene hun opplevde nå var bagateller i forhold til hva hun hadde i vente. ALNSF (2016) anbefaler at dagkirurgiske pasienter skal få med seg en plan både skriftlig og muntlig for smertebehandlingen før de reiser hjem (ALNSF, 2016). I min studie ser det ut som om enkelte ny-opererte kvinner kunne hatt nytte av bedre informasjon om bruk av smertestillende.

Bandasjeskift

En kvinne fortalte at hun unnlot å skifte på bandasjen på såret fordi hun var redd for å forhindre tilhelingsprosessen. For henne var brystene en viktig del av identiteten, og hun var i utgangspunktet redd for å miste brystet før operasjonen. Det kan tenkes at hun brukte en emosjonsfokuseret mestringsstrategi ved å unngå å skifte bandasjen (Lazarus & Folkman, referert i Renolen, 2008, s. 150). Dersom hun hadde hatt en sykepleier tilgjengelig kunne hun fått hjelp til å mestre bandasjeskiftet, som kan tenkes å være viktig omsorg for henne. Kvinnen kan distansere seg fra det bandasjerte brystet, fordi hun bryr seg om brystet sitt (Benner og Wrubel, 2002, s. 24).

Tidligere var pasienter som gjennomgikk et slikt inngrep inneliggende på sykehus. Dermed hadde brystkreftopererte pasienter profesjonelle helsearbeidere tilgjengelig den første tiden for å gi pleie og støtte. Blant annet kunne de ta av bandasjen sammen med sykepleier for å gradvis vende seg til brystet som nå så annerledes ut enn før. Her kan man også vise til Marla og Stallard (2009) som i sin studie så at man burde finne andre måter for å kunne ivareta pasienters behov for støtte og veiledning når pasientene i dagkirurgiske forløp er hjemme og utenfor sykehusets ansvarsområde (Marla & Stallard, 2009). Konsekvensen av at det ikke er noen omsorgspersoner til stede, kan være at kvinnen selv unngår å gi seg selv omsorg. Videre kan dette føre til at såret ikke får tilsyn og tegn på infeksjon kan bli oversett. Dersom kvinnene ikke klarer å utøve egenomsorg, kan det tenkes at det kan få konsekvenser hvor de kan risikere å bli dårlig, få mer smerter enn nødvendig, få sårinfeksjon eller komplikasjoner og noen kan bli re-innlagt på sykehuset på grunn av blødning og infeksjon. I tillegg er en

konsekvens at kvinnen ikke mestrer noe hun synes er stressende. Dette kan ha negative følger videre i sykdomsforløpet ved at hun unngår det som er vanskelig (Benner og Wrubel, 2002, s. 25). Andre kvinner beskrev brystene som blå og klumpete men de fleste tenkte dette var normalt. For de fleste var ikke brystet noe som fremstod som viktig å snakke om.

Rud og medarbeiderne viste i en studie at kun 75% av pasientene leste den skriftlige informasjonen de fikk med seg hjem (Rud et al., 2014). I mitt utvalg beskrev en av kvinnene at hun forholdte seg til brosjyren, men var likevel usikker på sin egenbehandling.

I forhold til observasjoner av operasjonssåret var flere bevisst på at de hadde kontaktet sykehuset ved feber og informerte tegn på infeksjon. Kvinnens syn på bryster som identitet kan være forskjellig, og dette kan påvirke deres egenbehandling av operasjonssåret. Individuell tilrettelegging av bandasjeskift og eventuell oppfølging hos noen, kunne vært gunstig for kvinnene i dette utvalget. Dette funnet gjorde også Dawe og medarbeiderne, hvor oppfølging og støtte av de brystopererte kvinnene etter utskrivelse ble ansett som viktig i et dagkirurgisk forløp (Dawe et al., 2014).

Aktivitet

Noen kvinner i mitt utvalg var usikker på hvor mye de skulle bevege seg, og beskrev dette som en begrensning i hverdagen. En av dem hadde lyst til å ringe sykehuset hele tiden og spørre hvor mye hun kunne bevege seg. Hun vurderte selv at spørsmålet ikke var viktig nok, og unnlot derfor å ringe. Dersom hun i stedet hadde kontaktet sykehuset, kunne hun raskt fått råd og hjelp, og hun kunne på den måten sluppet og være i tvil og kommet i gang med aktiviteten. Om hun var inneliggende på sykehuset kunne hun fått instruksjon og tilpasset opptrening av en fysioterapeut. Alle fikk i stedet med seg et treningsprogram som skulle passe for alle. Noen hadde utført treningen som anbefalt. Det var også noen som ikke var kommet ordentlig i gang.

I artikkelen til Rud og medarbeiderne så de at flere opplevde nedsatt bevegelighet i arm og skulder etter brystkreftoperasjonen. De fant også at pasientene burde fått oppfølging i det postoperative forløpet for å hjelpe dem med individuell opptrening (Rud et al., 2014). Dette kan tenkes å være aktuelt på lik linje for kvinnene som er inkludert i dette studiet. Frykten for smerter og å ødelegge operasjonssåret var årsaker til at de valgte å la være å gjøre øvelsene.

På en annen side viste Marolgese og Lasry i sin studie at pasienter som var hjemme hadde raskere rekonvalesens enn dem som var inneliggende, da de fortære kom i gang med dagligdagse aktiviteter (Margolese & Lasry, 2000). Kvinnene som er intervjuet i dette studiet har utført dagligdagse gjøremål. Det kan tenkes at fordi kvinnene ikke har tilgang til hjelp, er de i mer bevegelse enn hvis de hadde vært innlagt. Likevel var de usikker på aktivitet og belastning og kunne hatt behov for bedre hjelp til opptrening når var er hjemme.

Når kvinnene er hjemme dukker det opp flere praktiske spørsmål som de ville fått svar på med en gang dersom de var innlagt på sykehus. De får seg ikke til å kontakte sykehuset om ting de lurer på og velger heller å brenne inne med usikkerheten. Til tross for at de hadde fått med seg den samme skriftlige informasjon var det ulik måte i utøvelse av egenbehandlingen. På en annen side vet man ikke hvilken muntlig informasjon kvinnene har fått.

På bakgrunn av kvinnene forteller om ulike måter å utføre egenbehandlingen er argumenter som kan beskrives som at: kvinnene utøvet ulik egenbehandling etter dagkirurgisk brystkreftoperasjon.

7.1.5 Informantene forbereder seg i liten grad til eget sykeleie

I forkant av operasjonen var det ulikt hvilke tanker kvinnene hadde om å bli operert dagkirurgisk for brystkreft. En av kvinnene i utvalget beskrev at hun var redd for å miste brystet som resultat av operasjonen. En annen tenkte at dagkirurgi var som å gå til tannlegen. Hvilke faktorer ligger til grunn for kvinnenenes forventninger til operasjonen, og kan dette få konsekvenser til for deres egenbehandling?

Tidligere var operasjoner som ble utført dagkirurgisk mindre og med få komplikasjoner og raskere rekonvalesenstid. Grunnet dagens utvikling innenfor kirurgi og anestesi kan pasienter nå skrives ut tidligere (Ræder & Nordentoft, 2010). Dette medfører at pasienter får et større ansvar for sin egenbehandling enn før. Studier har vist at det er et misforhold mellom pasientenes forventninger til rask utskrivelse, og rekonvalesenstiden (Dåvøy, Eide, Martinsen, 2017; Mottram, 2011a, 2011b). Et tannlegebesøk er et lite inngrep hvor det som regel ikke kreves egenbehandling i ettertid. Benner og Wrubel bruker ordet temporalitet for å beskrive at personers nåtid er preget av deres fortid, og kan videre innvirke på fremtiden man forventer (Benner & Wrubel, 2002, s 137). Dersom kvinnen tenker at den dagkirurgiske brystkreftoperasjonen er som et tannlegebesøk, kan dette medføre at hun ikke forventer å

være dårlig i etterkant av operasjonen. Dette samsvarer med et funn av Mottram og medarbeiderne (2011a) hvor pasienter sammenlignet dagkirurgi med en tur til McDonalds, som innebar at det var effektivt og trygt og gjennomgå dagkirurgi.

Forventningene kvinnene har til det postoperative forløpet kan tenkes å få et positivt utfall dersom forventningene var verre enn realiteten. Dersom rekonvalesensperioden viser seg å være verre enn forventet, kan kvinnen måtte ta i bruk mestringsstrategier for å kunne håndtere denne situasjonen. Benner og Wrubel (2002, s.157) beskriver at forventningene bygger på ens tidligere opplevelser og erfaringer. Dermed kan det tenkes at kvinnes forforståelse av dagkirurgi preget forberedelsene i tiden før inngrepet.

Kvinnen som var redd for å miste brystet kan ha forberedt seg ut i fra sin personlige bakgrunn og erfaring med sykdom. Hun forberedte seg til inngrepet ved å skjerme seg, vaske og rengjøre som terapi for å holde tankene på avstand. Hun fortalte at sykepleieren på postoperativ oppvåkning sa: «får ikke håpe jeg ser deg igjen» da hun var på vei for å reise hjem. I dette øyeblikket oppfattet kvinnen at det var en mulighet for at hun måtte bli operert på nytt hvor hun kunne risikere å miste brystet. Et slikt utsagn er godt ment fra sykepleierens side, hvor man ønsker at pasientene ikke kommer tilbake fordi dette innebærer at de må opereres på nytt. Likevel kan det i dette tilfellet være uheldig å minne pasienten på at hun kanskje ikke var ferdigbehandlet. Dette kan vitne om at sykepleierne og behandlere ikke kjenner pasientene og vet ikke hver enkelt sin historie og bekymringer. Man kan reflektere over om den tiden sykepleiere har til rådighet er nok til å tilpasse individuell behandling og væremåte i et dagkirurgisk forløp.

Ingen av kvinnene forberedte seg med tanke på at de kunne være dårlig etter inngrepet. Individuell bakgrunn og erfaring kan se ut til å påvirke forventningene og dermed forberedelsene som ble gjort i forkant av operasjonen.

Kreft er et viktig moment for å forstå kvinnes beskrivelser av egen situasjon. Kvinnene som ble intervjuet i dette studiet hadde alle nylig fått en alvorlig diagnose som kan være livstruende. Håndtering av kreftdiagnosen og planlegging av egenbehandling etter operasjonen kan muligens være en vanskelig kombinasjon. Som nevnt vil det være individuelt hvordan man takler å få en slik diagnose (Benner & Wrubel, 2002, s.129). En av kvinnene beskriver at hun prøvde å få rengjort mest mulig på forhånd før operasjonen, men hun rakk ikke alt. Dette kan tyde på at den korte tiden fra de fikk operasjonsdato til operasjonen kan

medføre at kvinnene ikke har god tid til å forberede seg. Dagkirurgi er i vinden, og det blir stadig flere og mer omfattende inngrep som blir utført dagkirurgisk. Er det slik at denne formen for effektivitet er velegnet for alle operasjoner?

Når kvinnene i utvalget beskriver hvilke forberedelser de har gjort før operasjonen, viser det seg at det er få som har reflektert over at de kom til å bli dårlig etter operasjonen. De fleste hadde forberedt seg med å utføre tyngre fysisk husvask og aktivitet med tanke på at de kunne få nedsatt bevegelighet og belastningsevne i armen som følge av operasjonen. En annen hadde vasket huset i forkant av operasjonen som terapi. Sengetøyet ble skiftet ved tilfeldigheter hos enkelte. Det var ingen som påpekte at det var infeksjonsforebyggende å rengjøre og skifte sengetøy. For en sykepleier er informasjonsforebygging og god hygiene en stor del av hennes ansvar. Inneliggende pasienter som skal opereres skal dusje, ha rent sengetøy og rene klær før og etter operasjonen. Når kvinnene er hjemme ser ikke dette ut til å være viktig. God ernæring, smertelindring, og opptrening er andre faktorer som viktig for å ha raskere rekonvalesens. Kvinnene som bodde alene hadde handlet inn ekstra mat med tanke på at familie og venner skulle være hos dem det første døgnet. De var mer opptatt av å servere gjestene mat enn å spise selv. I mitt tilfelle ser det ut som om pasientene så på de pårørende som gjester.

Man kan reflektere over hvilken informasjon pasientene hadde fått om forberedelser som burde utføres i forkant av operasjonen, og om de har vært mottakelig for informasjonen på tidspunktet den ble gitt. Benner og Wrubel viser i sin teori at i den diagnostiske fasen kan noen være preget av angst og stress og at dette kan påvirke deres evne til å ta i mot informasjon (Benner & Wrubel, 2002, s. 310) Drageset og medarbeiderne fant at fastsettelse av operasjonsdag kunne øke opplevelsen av angst (Drageset, et al., 2011). I en annen studie av Drageset og medarbeiderne fant de at kvinner kunne være sårbar i tiden mellom diagnostiseringen og operasjonen, og at helsepersonell kan bidra med støtte (Drageset et al., 2009). Kvinnen som var nervøs for å miste brystet fortalte at hun i forkant av operasjonen hadde søkt etter informasjon om rekonstruering av brystet. Det kan dermed se ut som hennes situasjon påvirket hvilken informasjon hun ønsket å ta til seg. Hennes fokus ser ut til å være rettet mot kreftbehandlingen, og ikke operasjonen i seg selv.

I mitt utvalg har de fleste prioritert å ta til seg informasjon relatert til kreftdiagnosen. Flere av kvinnene hadde snakket med venner og familie for å få informasjon om kreft. Det var få som

på eget initiativ søkte etter informasjon relatert til operasjonen og egenbehandlingen, men de valgte å forholde seg til informasjonen de fikk på sykehuset. Informasjonen som ble gitt i forkant av operasjonen kan være viktig for at kvinnene skal klare å utøve egenbehandling. Greenslade og medarbeiderne fant i sin studie at informasjon avgjørende for at dagkirurgi skal fungere optimalt (Greenslade et al., 2010). Informasjonen omhandler blant annet tegn på infeksjon og blødning. Slike observasjoner kan kreve umiddelbar behandling og det er derfor viktig at de får god informasjon for å kunne observere egen helsetilstand.

Til tross for at kvinnene hadde fått informasjon på forhånd så var de usikker på sin egenbehandling. Artikler beskriver individuelle informasjonsbehov som en utfordring (Marla & Stallard, 2009; Marchal et al., 2005). Hvordan kan man sikre at kvinnene får tilpasset individuell informasjon i et dagkirurgisk forløp?

En av kvinnene skildrer en ambivalens i å få informasjon før operasjonen. Kvinnen beskrev at til tross for at hun mislikte å ikke vite, søkte hun ikke informasjon på nettet fordi hun følte hun ikke kunne noe om det. Lazarus og Folkman beskriver dette som en emosjonsfokusert mestringsstrategi der pasienten selekterer hva de vil høre og ikke, for å skjerme seg fra det som er stressende (Lazarus & Folkman, referert i Renolen, 2008, s. 150). En slik mestringsstrategi kan være uhensiktsmessig da informasjonen kan være viktig for at kvinnene skal utøve egenbehandling. Samtidig beskriver Lazarus og Folkman, at å overdrive søking etter informasjon kan føre til forvirring og usikkerhet (Lazarus, 2006, s. 145). Det kan tenkes at kvinnen valgte å ikke søke informasjon som en mestringsstrategi for å unngå å bli mer forvirret og usikker.

Benner og Wrubel (2002, s. 304-305) beskriver mennesker som ulike, hvor deres helhetlige situasjon vil påvirke deres håndtering av sykdom. Personlige erfaringer og ressurser kan forsterke følelser som oppstår ved å få en kreftdiagnose, og følelsene kan tenkes å påvirke evnen til å motta informasjon og planlegging i forkant av operasjonen.

Forberedelsene som ble gjort i forkant av operasjonen kan ha betydning for deres egenbehandling i tiden etter hjemkomst. Flere av kvinnene hadde ikke reflektert over at de kunne bli dårlig og hjelpetrengende i rekonvalesensperioden. Dette blir gjenspeilet når man ser på hvordan kvinnene hadde forberedt seg før operasjonen. De var bekymret, men reflekterte ikke over at de var alene etter inngrepet og om de kom til å trenge hjelp og støtte

når de var hjemme. Derfor anses det som relevant å si at: Kvinnene hadde i liten grad forberedt eget sykeleie.

7.2 Metodediskusjon

Troverdighet

I dette studiet var jeg interessert i å få kunnskaper om kvinners opplevelser og erfaringer med å utøve egenbehandling etter en dagkirurgisk brystkreftoperasjon. På bakgrunn av min forforståelse og erfaringer, vil materialet som er presentert i denne oppgaven være påvirket av dette. Bakgrunnen min vil gjøre at søkelyset har blitt rettet mot sykepleiefaglige tema. Når det var jeg som intervjuet pasientene, transkriberte, analyserte og bearbeidet materialet vil dette ha resultert i at mine funn i stor grad er rettet mot tema jeg selv synes var viktige og interessante. Dette kan føre til at materialet er farget av at det var jeg som var forskeren i dette studiet. På en annen side kan min erfaring innenfor kreft og operasjonssykepleie medføre at funnene som er presentert er relevant og betydningsfull for å få frem dagkirurgiske brystkreftpasientenes erfaringer. Samtidig har denne prosessen blitt gjennomført i tett samarbeid med mine to veiledere, hvor en av dem selv har erfaring innenfor brystkreftpasienters erfaringer med sine tidligere studier. Jeg har brukt åtte måneder på analysen. Prosjektet er blitt presentert på seminarer, og på dagkirurgisk avdeling, og slik jeg har forstått det, har mine synspunkt gitt mening og vakt interesse.

Analysen er utført ved hjelp av Malterud (2017) sin beskrivelse av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017, s. 97-115). Jeg håper at min fremgangsmåte kan etterfølges, ved at andre finner de samme sitatene jeg har beskrevet når de leser intervjuene, og at sitatene er beskrivende for det empiriske materialet.

Jeg har intervjuet syv kvinner, som alle har blitt inkludert i studien av andre enn meg. Både enslige kvinner og kvinner med partner har vært med i studiet. Noen var pensjonert og noen i arbeid. De inkluderte pasienten er alle mellom 53 og 70 år. Det vil si at de er aldersmessig representative for det store flertallet av kvinner som får brystkreft. På en annen side ble ingen unge kvinner inkludert, og det er et lite utvalg. Alle kvinnene har blitt operert for brystkreft, men det begrenser seg til kilereseksjoner med vaktpostlymfeknute. Ingen kvinner hadde fått mastektomi.

Validitet

Den teoretiske referanserammen kunne belyse kvinnens situasjon og deres mestringsstrategier, og forsker mener derfor den var aktuell for studiet. Begrepet «egenbehandling» viste seg å være et fenomen som var vanskelig å definere, men når det ble satt i sammenheng med den teoretiske referanserammen fikk det en betydning som forsker mener kan sees som relevant i denne studien. Den teoretiske referanserammen som er presentert vil ha preget innholdet og retningen for analysen. I og med at dette er et sykepleieperspektiv vil det være mest logisk å se på kvinnenes erfaringer i forhold til sykdom og behovet for omsorg. Dersom jeg hadde hatt bakgrunn innenfor fysioterapi ville nok det kommet frem tydelige aspekter i forhold til opptrening og bevegelse i armene og hvilke oppgaver de klarte å gjennomføre og ikke.

Flere av funnene som fremkom i studiet samsvarer med funn som er gjort i andre artikler. Dette kan være en svakhet dersom jeg som forsker ubevisst har sett etter de samme temaene i min analyse. Noe som kan styrke min studie er at det fremkom ett funn som ikke er beskrevet i tidligere forskning, så langt jeg kjenner til.

Kvinnene har ikke selv lest intervjuene, resultatene eller funnene som er presentert. Dermed kan man ikke utelukke at de selv er uenig i fremstillingen som har blitt gjort. Det kan være uttrykk, formuleringer og utsagn som de selv ikke ville kjenne seg igjen i, eller som de kanskje har endret mening om i ettertid. På en annen side kan det være en fordel at kvinnene ikke selv har fått lest gjennom materialet, da det er forsker som skal analysere data for å kunne løfte frem nye funn, og for å se det store bildet.

Kvinnenes virkelighet var da intervjuet ble gjennomført, men det kan være at de i det neste øyeblikket ville sagt noe annet. Malterud (2017 s. 75), viser til at erfaringene kvinnene delte på daværende tidspunkt, ikke kan gjelde for ettertiden da virkeligheten er levende hendelser på et bestemt tidspunkt og sted. En kan tenke at kvinnene i denne settingen var preget av å være i sin diagnostiske fase og i sjokk. Og derfor er dette data som nødvendigvis ikke hadde kommet frem om jeg hadde vært der en uke senere. Det er uvisst om de på et senere tidspunkt hadde klart å ta til seg hjelp og hadde ringt til sykehuset.

Etter å ha intervjuet kvinnene fremom det ulike erfaringer og opplevelser med egenbehandling etter en dagkirurgisk brystkreftoperasjon, og jeg fikk derfor svar på

problemstillingen. Problemstillingen gir rom for at ulike erfaringer og opplevelser kan passe, og dermed var det mye materiale som kan tenkes å være relevant. Tolkningen av hva som var relevant og ikke, vil være påvirket av meg som forsker. Funnene som er presentert kan se ut til å beskrive problemstillingen og være relevant for å få mer kunnskaper om hvordan det oppleves å være hjemme like etter man har fått en kreftdiagnose og gjennomgått en kirurgisk behandling. Men det kan også tenkes at dersom det var en annen forsker som gjennomgikk materialet, kanskje ville ha endt opp med noen andre funn basert på egen tolkning og forforståelse.

Transkripsjonen av intervjuene kan medføre at materialet blir formet (Malterud, 2017, s. 75). Når jeg som forsker gikk gjennom det transkriberte materialet fikk jeg et nytt møte med intervjuene, og kunne gjenoppleve situasjonene med et nytt perspektiv. En styrke kan være at det var forsker som snakket med kvinnene og transkriberte alt materialet slik at det ble en mest mulig riktig fremstilling. Det ble brukt båndopptaker slik at intervjuet ble bevart i sin helhet, og materialet ble transkribert ved å lytte på lydopptakeren. Ved å benytte pause knapp og ved å spille av intervjuene i sakte fart var det lettere å kunne skrive ned ordrett hva som ble sagt i intervjuet. Det var ikke problemer med det tekniske i forhold til å kunne høre hva som ble sagt eller med lydopptakeren.

Likevel kan ikke forsker si at kvinnene snakket sant, til tross for at deres stemmer danner det empiriske materialet. Det kan også tenkes at kvinnene ikke fortalte den egentlige virkeligheten. De kan ha vært påvirket av at de visste jeg selv var operasjonssykepleier og at de ikke ville si noe negativt for å skåne meg og mine kollegaer. Dersom jeg hadde vært en utenforstående person, for eksempel en psykolog, kan det tenkes at de hadde åpnet seg mer og kanskje det kunne fremkommet andre utsagn om behandlingen de fikk på sykehuset.

Det har blitt reflektert over at forsker ikke skal fremstille kvinnene i et dårlig lys, eller latterliggjøre dem, men at deres egne stemmer skulle være tydelig. Samtidig kan kvinnene oppleve for at forsker har satt sitater inn i en sammenheng de selv ikke gjenkjenner. Deres anonymitet er sikret, og skal ikke være gjenkjennbart for andre. Kvinnene var alle informert om at de kunne trekke seg fra studiet dersom ønskelig, uten at dette skulle få noe videre følger. Mitt inntrykk var at kvinnene hadde behov for å fortelle om sin situasjon, og så viktigheten av å dele sin kunnskap på dette området.

Studiets validitet kan bli redusert fordi det var et lite utvalg som ikke er stort nok til å kunne generalisere funnene. Dette medfører at erfaringene som ble delt er begrenset, og det er ikke sikkert at andre kvinner vil gjenkjenne seg i funnene som er presentert i dette studiet.

Utvalget består kun av kvinner som har utført kilereseksjon, men det er verdt å påpeke at mastektomi også er en operasjonsprosedyre som inngår i et dagkirurgisk behandlingsforløp. Denne pasientgruppen har innlagt dren i sårhulen ved utskrivelse fra dagkirurgen. De har store operasjonssår, og brystet er fjernet. Da denne pasientgruppen er forskjellig fra mitt utvalg, kunne det vært interessant og undersøke hvordan denne pasientgruppen opplever egenbehandlingen etter operasjonen. Kvinnen i studiet er eldre, og pensjonert. Det er mulig man kunne fått flere interessante svar om kvinnene var ung, eller hadde ansvar for små barn. De pårørende som er pasientens støtte og hjelp når kvinnene er hjemme, er heller ikke snakket med eller intervjuet. Det kan tenkes at det kunne vært interessant og høre hvordan de opplever å bli satt til å ha ansvar for de nyopererte kvinnene, og hvordan de opplever det er å hjelpe dem.

Likevel presenterer dette studiet syv kvinners erfaringer med dagkirurgi og egenbehandling, hvor de har delt opplevelser rundt dette. Da dette studiet er en del av et større prosjekt kan man etter hvert få frem flere erfaringer, og det vil da være lettere å gi grunnlag for om utvalget i dette studiet er representativt i forhold til erfaringene som fremkommer i de andre studiene.

Nøyaktighet

Jeg har forholdt meg til etiske retningslinjer. Prosedyren i prosjektplanen er blitt fulgt. Intervjuguiden var erfaringsmessig et nyttig verktøy i dette studiet. Kvinnene kunne fortelle åpent om sine erfaringer. Erfaringene var varierte og det kan tyde på at kvinnene har delt personlige erfaringer uten at intervjuguiden har ledet intervjuene i en bestemt retning. Samtidig satt intervjuguiden en ramme, slik at det som ble fortalt var relevant for å kunne svare på problemstillingen. I tillegg det ble lagt til emner etter hvert som forsker fikk en nærmere kjennskap til hva kvinnene opplevde, for å kunne få en dypere forståelse og bredde. Det er brukt NVivo som analyseverktøy, som var til hjelp for å systematisere meningsbærende enheter, og på bakgrunn av intervjuguiden og problemstillingen som utgangspunkt, ble dataene analysert innenfor et visst område.

Gyldig overførbarhet

Det er kun syv kvinner som er intervjuet og det er derfor et lite utvalg. Det som kan styrke dette studiet er dersom temaene som er presentert i denne studien kan ha en overføringsverdi som andre som jobber med dette gjenkjenner. Dette er opp til leseren selv å vurdere.

Den sårbare pasienten

Det å nylig ha fått en kreftdiagnose kan tenkes å være en påkjenning i seg selv, og jeg var derfor spent på om informantene ville være villig til å bli intervjuet i en slik setting. Det kan tenkes å ha vært en ekstra påkjenning for dem å få en fremmed på besøk like etter operasjonen. Hjemmene fremstod som rengjort og en av kvinnene serverte kaffe og lefser. Dette ble reflektert over, hvor det kan tenkes at de hadde gjort en ekstra innsats i hjemmet, på grunn av at intervjuene skulle foregå i deres private hjem. På en annen side medførte dette at intervjuet foregikk i rolige omgivelser og det var en god atmosfære. Kvinnen hadde truffet meg tidligere, og snakket med meg på telefon, og dette kan muligens ha vært en fordel da de visste hvem som skulle intervju dem i ettertid. Ved å intervju pasientene hjemme kan det tenkes at de følte seg i trygge omgivelser og at det ble en god ramme for at kvinnene kunne åpne seg i intervjuet. I tillegg kunne de få en distansering til sykehuset. Det fremkom funn som kan tyde på at kvinnene snakket åpent, og delte flere erfaringer, både positive og negative. En av kvinnene sa selv hun følte hun kunne åpne seg fordi hun visste hun var anonym. Hun fortalte om sensitive opplysninger hun sa hun ikke hadde turt å si til andre. Forsker har fra tidligere erfaring med å snakke med kreftpasienter og har informert pasienter om behandling, bivirkninger og kjenner til sykdomsforløpet. Ved at jeg har erfaring på området kan det tenkes at jeg kan se nyanser og identifisere bakenforliggende små utsagn som kan være betydningsfulle (Malterud, side 65).

Forforståelse

Forsker har tidligere jobbet med kreftpasienter på kreftavdelinger og i kreftpoliklinikk. I dag jobber jeg som operasjonssykepleier på dagkirurgisk avdeling hvor brystkreftoperasjoner utføres. Derfor var det viktig at jeg avklarte min egen forforståelse på forhånd og prøvde å sette denne til side under intervjuene.

Forforståelsen ble nedskrevet på et dokument før intervjuprosessen startet og inneholdt ulike tanker om hva jeg ville forvente av kvinnenes beskrivelser. Med bakgrunn i mine erfaringer med kreft tenkte jeg at kvinnene var fortvilet over sin situasjon, og preget av usikkerhet og

engstelse. Jeg tenkte at de så negativt på sine framtidsutsikter fordi de nylig hadde fått påvist brystkreft. En annen tanke var at kvinnene hadde lite fokus på forberedelser i forkant av operasjonen og at tiden hadde gått fort. Videre tenkte jeg at deres sosiale nettverk ville være avgjørende for om de klarte seg hjemme og at dette hadde sammenheng med at det var godt å komme hjem. For å unngå å lede intervjuene etter min forforståelse, måtte forsker la kvinnene snakke åpent og fritt under intervjuene. Intervjuene var basert på åpne spørsmål hvor kvinnene selv kunne beskrive egne tanker rundt temaene.

Under intervjuene fremkom det funn som var overraskende for meg. Kvinnene fortalte flere situasjoner jeg ikke har hørt om tidligere. Resultatene som fremkommer viser at til tross for et godt nettverk og støtte, var det vanskelig for kvinnene å ta i mot hjelp. De så positivt og optimistisk på fremtiden og følte seg ikke syk. Dette kan styrke min intervjumetode og mine funn, ved at de til en viss grad ikke har blitt påvirket av egne forutinntatte tanker.

Derimot er det uunngåelig at forskningsprosessen og resultatene ikke vil være påvirket av meg som forsker (Malterud, 2017, s. 41). For å sørge for at informantens stemmer og erfaringer kom frem var det viktig at jeg ikke stilte ledende spørsmål og holdt med i bakgrunnen under intervjuet. Da dette er min første studie kan det tenkes at den begrensede erfaringen under intervjusettingen og analysen kan være svakere enn en som har mye erfaring.

I ettertid har jeg reflektert over at jeg kunne stilt spørsmål annerledes og gjerne bedt dem om å konkretisere sine svar enda mer, og stille oppfølgingsspørsmål. Under transkriberingen av materialet så jeg også behovet for at forsker kunne gjenfortalt informantenes utsagn for å få bekreftet den egentlige meningen. Det er også tema jeg i ettertid ser kunne vært relevant å høre mer om. Informasjon er et sentralt tema i denne oppgaven og derfor skulle jeg ønske jeg hadde fått nærmere innblikk i kvinnenens opplevelse av informasjonen før, under og etter operasjonen. Det hadde vært interessant om de kunne fortalt mer om tilstedeværelse av pårørende ved informasjonssamtaler og hvordan dette eventuelt har hjulpet dem.

8.0 Konklusjon

I denne studien er det presentert fem hovedfunn:

- 1) Kvinnene opplevde ikke seg selv som syke, til tross for nyoppdaget kreft og nylig gjennomgått kirurgisk behandling.
- 2) Kvinnene syntes det var vanskelig å be familie og venner om hjelp
- 3) Kvinnene bagatelliserte og normaliserte symptomer og ubehag.
- 4) Kvinnene utøvet ulik egenbehandling etter dagkirurgisk brystkreftoperasjon.
- 5) Kvinnene hadde i liten grad forberedt eget sykeleie.

Funn 1, 2, 4, og 5 samsvarer med tidligere forskning og teori. Funnet 3, er meg bekjent ikke beskrevet tidligere. Ved at noen av kvinnene bagatelliserte og normaliserte symptomer og ubehag tyder på at informasjon om symptomer som kan oppstå i etterkant av operasjonen bør forbedres. Kvinnene har individuelle behov og deres personlige erfaring, sosiale kontekst og bakgrunn kan påvirke deres egenbehandling etter en dagkirurgisk brystkreftoperasjon.

9.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

På bakgrunn av mine funn, fremkommer det at mangel på gitt eller mottatt informasjon er hovedutfordringen. Dermed mener jeg at vi bør endre rutiner på informasjon i henhold til dette. Informasjonen har enten ikke vært tilstrekkelig nok, eller så har ikke kvinnene vært mottakelig på tidspunktet den ble formidlet. I fremtiden burde man kanskje sette av mer tid til å gi informasjon. Det kunne vært av interesse og forske nærmere på hvilken informasjon som blir gitt av hvem, og om det er en kvalitetskontroll på at kvinnene har oppfattet informasjonen.

De dagkirurgiske brystkreftpasientene som var inkludert hadde i liten grad forberedt eget sykeleie, da det ser ut som de i størst grad har tatt til seg informasjon om kreftdiagnosen. Derfor kan det tenkes at denne pasientgruppen er i en sårbar situasjon, og at man burde være ekstra oppmerksom på informasjonsbehovet til kreftpasienter som skal gjennomgå dagkirurgi.

Forberedelser før operasjonen, symptomforståelse og egenbehandling viser seg å være ulik, og ikke alle kvinnene mestrer sin egenbehandling. På bakgrunn av at kvinnene har individuelle behov og bekymringer kunne det vært til hjelp og kartlagt dette i forkant av operasjonen for at de kan få den støtten og oppfølgingen de trenger.

Det kan tenkes at individuell informasjon, veiledning og samtale med en sykepleier ved hjemkomst kan minske usikkerheten, og hjelpe pasienten og mestre sin egenbehandling. For eksempel kan en sykepleier hjelpe dem med bandasjeskift og sårstell de første dagene de er hjemme.

Da kvinnene har høy terskel for å ta kontakt med sykehuset er et forslag til implementering at ansatte på sykehuset ringer pasientene de første dagene, fremfor at pasienten må ringe selv.

Innledningsvis ble det presentert at en operasjonssykepleier kan hjelpe pasienten til å utøve egenomsorg. I dagens praksis er operasjonssykepleier lite involvert i tiden før og etter inngrepet blir gjennomført. Et forslag til endring av praksis er at en operasjonssykepleier kunne fulgt pasienten før, under og etter det dagkirurgiske inngrepet for å kunne sikre kontinuitet og at informasjonen kan gjentas og blir gitt under ulike omstendigheter ved å tilpasse informasjonen til et tidspunkt hvor pasienten er mottakelig.

Kvinnene har vanskeligheter for å spørre pårørende om hjelp. Et forslag til implementering og forskning er å involvere de pårørende under informasjonssamtaler i større grad. Ved å lage en konkret plan for hva de pårørende kan hjelpe pasienten med, kan tenkes å gjøre det lettere for pasienten å ta i mot hjelp.

Det dagkirurgiske forløpet har ført til effektivisering av behandlingen av pasientene, men man kan spørre seg om det går for fort og om pasientene får tid til å bearbeide situasjonen. Igjen faller vi tilbake til de individuelle behovene. Vi er alle forskjellige, og vil takle en slik situasjon ulikt ut fra de ressursene man har. Derfor trengs det mer forskning på området, for å se på pasienters opplevelser i et større perspektiv.

10.0 Referanseliste

ALNSF (2016) Norsk Standard for Anestesi. Hentet fra: <https://www.alnsf.no/dokumenter-alnsf/styringsdokumenter/norsk-standard-for-anestesi/151-norsk-standard-for-anestesi-2016/file>

Athey N., Gilliam AD, Sinha, P., Kurup, VJ., Hennessey, C., Leaper DJ. (2005) Day-care breast cancer axillary surgery. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* (87) 96-8.

Ballardini, B., Cavalli, M., Manfredi, G. F., Sangalli, C., Galimberti, V., Intra, M., ... Veronesi, P. (2016). Surgical treatment of breast lesions at a Day Centre: Experience of the European Institute of Oncology. *The Breast*. 27. 169-174.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2016.04.002>

Benner, P. (1995) *Fra novise til ekspert*. Oslo: Tano

Benner, P. & Wrubel, J. (2014). *Omsorgens betydning i sygepleje. Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. (2. utg.). København: Munksgaard Danmark.

Dawe, DE., Bennett, LR., Kearney, A., Westera, D. (2014) Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer: *Canadian Oncology Nursing Journal*- 24 (1) 20-24 DOI:
[doi:10.5737/1181912x2412024](https://doi.org/10.5737/1181912x2412024)

Dooley, WC. (2002) Ambulatory Mastectomy. *American journal of surgery* (184) 545-8.

Drageset, S, Lindstrøm, T.C., Underlid, K (2009) Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of advanced nursing*.66 (1), 149-158.
DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x

Drageset, S., Lindstrøm, T.C., Giske, T. Underlid, K. (2011) Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000–000.
DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x

- Duriaud HM, Kroman, N, Kehlet, H. (2018) Feasibility and safety of outpatient breast cancer surgery. *Danish Medical Journal* 65 (3) A5458
- Dåvøy, G., Eide, P., Hansen, I (2011) *Operasjonssykepleie* (1.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dåvøy, G., Eide, P., & Martinsen, K. (2017). En dans på torneroser. *Nordisk sykepleieforskning, in press.*
- Greenslade, M., Elliott, B., Mandville-Anstey, S. (2010). Same-day breast cancer surgery: a qualitative study of women's lived experiences. *Oncology Nursing Forum*. 37 (2) 92-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1188/10.ONF.E92-E97>
- Helsedirektoratet (2018) Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft. Oslo: *Helsedirektoratet*. Hentet fra: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1460/IS-2736_Brystkrefthandlingsprogram_08.08.18.pdf
- Hersht, M., Masicotte, E.M., Bernstein, M (2007) Patient Satisfaction with outpatient lumbar microsurgical discectomy: a qualitative study. *Canadian Journal of Surgery* 50 (6) 445-9.
- Holmen, M.M., Naume, B., Schlichting, E. (2015) Brystkreft. I *Oncolox*. Hentet fra: <http://oncolox.no/Bryst>
- Khu, K. J., Doglietto, F., Radovanovic, I., Taleb, F., Mendelsohn, D., Zadeh, G., Bernstein, M. (2010) Patients' perceptions of awake and outpatient craniotomy for brain tumor: a qualitative study. *Journal of Neurosurgery* 112(5) 1056-1060.
- Lazarus, R. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Marchal, F., Dravet, F., Classe, J.M., Champion, L., Francois, T., Labbe, D. ...Pioud, R. (2005). Post-operative care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients. *European Journal of Surgical Oncology*. 31(5) 495–499. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2005.01.014>

- Margolese RG, Lasry JC. (2000) Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Annals of Surgical Oncology*. 7 (3) 181-187. DOI: 10.1007/BF02523651
- Marla S., & Stallard S. (2009). Systematic review of day surgery for breast cancer. *International Journal of Surgery*. 7, 318- 323. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijso.2009.04.015>
- Marrozzo, A., Taormina, P., David, M., Riili, I., Lo Gerfo D., Casa, L...Mercadante S. (2007) Surgical treatment of early breast cancer in day surgery. *Chirurgia Italiana*; 59, 687-91.
- Mottram, A (2011a). "Like a trip to McDonalds". A grounded theory study of patient experiences of day surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (2), 165-174. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.007>
- Mottram, A (2011b), 'They are marvelous with you whilst you are in but the aftercare is rubbish': a grounded theory study of patients 'and their carers' experiences after discharge following day surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (21-22), 3143-3151. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03763.x>
- Naume, B. (2015) Prognose for brystkreft. I *Oncolox*. Hentet fra: <http://oncolex.no/Bryst/Bakgrunn/Prognose>
- Naume, B., Nygård, JF., Østby, K. (2018) Resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt Kvalitetsregister for brystkreft. Oslo: *Kreftregisteret: Årsrapport 2017*. Hentet fra: <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2018/arsrapport-2017-brystkreft.pdf>
- Om vaktpostlymfeknuteoperasjon ved brystkreft (u.å) I. H. E Danielsen Red. *Kreftlex*. Hentet fra: <http://kreftlex.no/no/KSPROSEDYRERFASE1/CelleogVevsprover/Bryst%20Vaktpostlymfeknute/kreftlexFAQ?CancerType=Bryst>
- Polit, D.F, Beck, C.T. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rothrock, J.C. (2015). *Alexander's care of the patient in surgery*. (15. utg.). Missouri: Elsevier.

Rud, K. Egerod, I. Brodersen, J. (2014) Patientoplevelse af accelererede brystkræftoperationer belyst ved spørgeskemaundersøgelse. *Klinisk Sygepleie* (1) 28

Ræder, J., & Nordentoft, J. (2010). Dagkirurgi og anestesi. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 130, 742-6.

Schlichting, E. (2018) Brystbevarende kirurgi I *Oncolex*. Henten fra:
<http://oncolex.no/Bryst/Prosedyre katalog/BEHANDLING/Kirurgi/Brystbevarende-kirurgi?lg=procedure>

Schlichting, E., Schneider, M. (2018) Kirurgi ved brystkreft. I *Oncolex*. Hentet fra:
<http://oncolex.no/Bryst/Prosedyre katalog/BEHANDLING/Kirurgi?lg=procedureGroup>

Stessel, B., Fiddlers, A.A., Joosten, E.A., Hoofwijk, D., Gramke, H-F., Buhre, W. (2015). Prevalence and Predictors of Quality of Recovery at Home After Day Surgery. *Medicine*. 94 (39) 1-10.

Vedlegg 1

INFORMASJON TIL DEG SOM HAR HATT EN BRYSTOPERASJON

Litt smerter er vanlig de første døgn. Ta smertestillende etter anvisning fra legen.

Nummenhet, kløe og småprikking er en normal prosess når såret gror. Det er ikke uvanlig å kjenne litt ubehag i arret flere måneder etter operasjon.

SÅRSTELL

- Du kan dusje etter 48 timer.
- Fjern bandasjen før dusjing eller mens du dusjer. Legg på ny bandasje når steristripsene (tape på operasjonsåret) er tørre. Disse ”dyttes” med ren, tørr håndduk, lufttørkes eller forsiktig med hårføner
- Du får med bandasjer til to skift. Etter det kan du selv vurdere behov for bandasje videre.
- La steristripsene ligge på minimum 14 dager. Etter fjerning kan du erstatte stripsen med Micropore (papirtape) på operasjonsåret for et penere arr. Dette anbefales brukt i ca 2 måneder. Tapen skal ikke skiftes ved dusjing.
- Unngå soling direkte på arret det første året - dette også for å få et pent arr.
- Unngå basseng, boblebad og badekar før såret er grodd, ca 3 uker.

Ta også kontakt ved mistanke om blødning eller sårinfeksjon.

Tegn på blødning: tiltagende spreng i brystet, hevelse, ubehag og smerter

Tegn på infeksjon: feber, operasjonsområdet blir hovent og / eller varmt og/ eller rødt.

Noen kan oppleve at det samler seg væske i sårhulen. Du oppdager det ved at det «skvulper» i brystet. Dersom området føles hovent og stramt bør væsken tappes ut. Ta da kontakt med oss på poliklinikken.

Er du usikker på noe, ring oss for en avklaring:

Poliklinikken: Tlf nråpent alle hverdager kl 08.00 – 15.30

Kveld eller natt: tlf nr.....

Helg: tlf nr.....

Sykemelding: Trenger du forlengelse av denne, kontakter du din fastlege.

Legen som opererte deg _____ Evt kontrollavtale _____

Med vennlig hilsen _____

Vedlegg:2

Dagkirurgi og hjemmesituasjon

Prosjekt dagkirurgi; INTERVJUGUIDE

Intervjuguiden er delt opp i tema. Hensikten er at respondenten skal snakke så fritt som mulig. Underpunktene er ment som en støtte for intervjueren.

Tema 1: Kan du beskrive hvordan du hadde forberedt deg før operasjonen

Søkte du etter mer informasjon: Internett, venner
Andre forberedelser; matinnkjøp, ekstra rengjøring, bytte av sengetøy, organisering av hjelp

Tema 2: Fortell om det første døgnet

Hjemreisen
Ubehag
Søvn, ernæring
Administrasjon av medikamenter, bandasje, sår

Tema 3: Fortell om ditt behov for hjelp og støtte videre

Utfordringer
Uforutsette hendelser
Hvem har hjulpet deg og hvor mye
Kontakt med helsevesenet, avdeling, andre

Tema 4: hvordan har du det nå

Beskriv nåværende helsesituasjon
framtidssikter
Hvordan vil du ønske det hadde vært

Vedlegg 3

PASIENTERS OPPLEVELSER OG ERFARINGER AV EGENBEHANDLING HJEMME ETTER DAGKIRURGI

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsprosjekt for å få din erfaring på hvordan det har vært å være dagkirurgisk pasient og komme hjem etter kirurgi på sykehuset. Siden du har vært gjennom denne type inngrep, ønsker vi å få vite mer om hvordan tiden etter operasjonen har vært, og om du har opplevelser, erfaringer, kommentarer og tanker til hva som er bra og hva som kan gjøres bedre. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Høgskulen på Vestlandet, Haukeland Universitets Sykehus, Helse Førde og Haugesund sjukehus, Helse Fonna.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Prosjektet innebærer at du 3-5 dager etter dagkirurgisk behandling vil bli kontaktet og intervjuet av en eller to masterstudenter ved Høgskulen på Vestlandet. De vil intervju deg i forhold til hvordan det har vært å være deg etter det kirurgiske inngrepet, og hvordan du har opplevd rekonvalesenttiden. Selve intervjuet kan foregå hjemme hos deg eller på et egnet kontor hos oss avhengig av hva du føler er best for deg. Her er det du som bestemmer. Intervjuet varer fra 30-60 minutter og vil bli tatt opp på bånd.

Eventuelle problemer eller komplikasjoner etter operasjonen kan oppfattes som en stressende hendelse som kanskje medfører ulike plager for noen. Det er helt normalt og vanlig at stressende hendelser kan gi ulike plager eller reaksjoner etterpå. Vi anser det som ønskelig å få et bilde av eventuelle stressreaksjoner, i tillegg til mestring, sosial støtte og livskvalitet, som en del av dette viktige forskningsprosjektet. I den sammenheng vil du få tildelt et spørreskjema der enkelte av spørsmålene kan oppfattes som noe nærgående og vanskelig å svare på, men vi håper du vil besvare dette likevel. Frankert svarkonvolutt er vedlagt. Publisering av besvarte spørreskjema vil være i form av statistiske analyser.

Alle opplysninger blir behandlet konfidensielt og anonymitet blir ivarettatt ved publisering av funnene fra studien. Det som blir tatt opp på bånd og senere gjort om til skriftspråk, vil være nedlåst og bli destruert når prosjektet er ferdig.

MULIGE FORDELER OG U LEMPER

Det kan oppleves belastende å delta i et intervju og besvare spørreskjema kort tid etter et kirurgisk inngrep. På den annen side kan det også oppleves godt å ha noen utenforstående å dele sine erfaringer med. Det gis ingen kompensasjon for å være med på dette forskningsprosjektet, men vi håper at du med dine erfaringer kan hjelpe oss til å få mer kunnskap om den dagkirurgiske pasienten.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet intervjuet, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Petrin Eide, +47 917 40 435 og phe@hvl.no til prosjektleder.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. En kode vil knytte deg til dine opplysninger.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert og omgjort til en kode disse slettes senest fem år etter prosjektslutt. Dato for prosjektslutt 31.12.2019.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, og har saksnummer **2017/2493/REK vest**

Vedlegg 4



SAMTYKKE TIL DELTAGELSE I PROSJEKT;

Pasienters opplevelse og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi.

På bakgrunn av den informasjon jeg har fått både muntlig og skriftlig, ønsker jeg å delta i denne undersøkelsen.

Jeg er kjent med at intervjuet vil bli utført av Masterstudenter ved master i klinisk sykepleie som et ledd i et Mastergradsarbeid. Jeg er også kjent med at dette masterarbeidet inngår i en større studie som omhandler mange ulike pasientgrupper som har gjennomgått dagkirurgisk behandling. Studiet er et samarbeid med Høgskulen på Vestlandet og sykehusene i Helse Vest. Jeg er forespurt om dette fordi jeg innehar erfaring, kunnskap og synspunkter som har betydning for studiet.

Jeg er informert om at jeg til enhver tid har rett til å trekke meg hvis jeg ønsker det.

Intervjuet vil finne sted hjemme hos meg, eller på et egnet kontor hvis jeg ønsker det. Det vil ikke bli gitt økonomisk godtgjørelse.

Jeg vet at all informasjon som jeg gir vil bli anonymisert både i forhold til oppbevaring og fremstilling i forskningsarbeidet.

Dato:

Signatur:

Samtykke erklæring tas med og levers på dagkirurgisk avdeling når du kommer til behandling, deretter vil du bli kontaktet når du har kommet hjem for å finne et passende tidspunkt.

Hvis flere spørsmål, kontakt prosjektleder Petrin Eide på telefon:

Vedlegg 5



Region:Saksbehandler:Telefon: Vår dato:Vår referanse:

REK vestCamilla Gjerstad5978499 26.01.20182017/2493/REK vest

Deres dato:

05.12.2017

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

2017/2493 Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi

Høgskulen på Vestlandet**Forskningsansvarlig:**

Petrun Hege Eide**Prosjektleder:**

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 10.01.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Prosjekttale

Overordnet hensikt med hovedprosjektet å studere pasienters erfaringer med egenbehandling for å få en økt kunnskap og forståelse for de utfordringene som oppstår etter dagkirurgi. Økt innsikt og forståelse dagkirurgiske pasienters situasjon vil gi grunnlag for utvikling av nye tiltak og intervensjoner. Som ledd i forberedelsen av hovedprosjektet utføres det først et pilotprosjekt for å evaluere forskningsmetode og dets egnethet til å fange opp dagkirurgiske pasienters situasjon gjennom; kvalitative intervju og spørreskjemaundersøkelse. I pilotprosjektet vil også en også høste erfaringer med å benytte masterstudenter i forskningsarbeid.

Vurdering

Prosjektleders kompetanse

Ifølge helseforskningsloven § 4 skal prosjektleder ha de nødvendige forskningskvalifikasjonene og erfaringer for å kunne oppfylle prosjektleder sine plikter. For å oppfylle kravet vil det normalt kreves doktorgradskompetanse eller tilsvarende. Prosjektleder har ikke doktorgradskompetanse, men har oppgitt en rekke relevante publikasjoner. Komiteen anser at prosjektleder kan oppfylle de plikter som ligger til prosjektlederrollen i denne studien.

Forsvarlighetsvurdering

Studien vil rekruttere voksne pasienter, som uavhengig av studien skal motta dagkirurgisk behandling. Utvalget består av fire grupper med ca. 7-12 pasienter i hver gruppe: 1) Pasienter som får utført hemithyreoidectomi, 2) pasienter som har fått gjennomført brystkreft operasjon, 3) pasienter som har fått utført fremre korsbåndplastikk og 4) pasienter som har fått utført inngrep for å redusere blæreinkontinens. Komiteen har ingen merknader til de planlagte dybdeintervjuene eller beredskapsplanen. Studien oppfattes som forsvarlig å gjennomføre for deltakerne.

Informasjonsskriv

Informasjonsskriv må forklare noe mer om hva spørreskjema handler om. Det bør informeres om at enkelte av spørsmålene kan bli oppfattet som nærgående og vanskelig å svare på. Skrivet må merkes med logoen til den forskningsansvarlige (Høgskulen på Vestlandet).

Prosjektslutt

I søknaden oppgis det at data fra pilotprosjektet overføres til hovedstudien hvis intervjuguide og spørreskjema evalueres som gode. REK gjør oppmerksom på at tillatelsen til å oppbevare personidentifiserbare data opphører ved projektslutt og at det må søkes om forlengelse eller en ny studie dersom det er behov for ytterligere lagring. Data må eller slettes eller anonymiseres ved projektslutt. Oppgitt projektslutt er 31.12.19.

Vilkår

Informasjonsskrivet må revideres og sendes til REK vest. Benytt vedpost@helseforsknings.etikkom.no innsending av revidert skriv.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektet på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 30.06.2020, jf. hfl. §

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
dr.med. professor
komitéleder

Camilla Gjerstad
rådgiver

Kopi til: post@hvl.no