



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591

Predefinert informasjon

Startdato:	29-03-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	17-04-2019 13:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
SIS-kode:	203 MKS591 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 426

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 15644

Egenerklæring *: 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 oppgaven min *

Ja



MASTEROPPGAVE

Pasienters opplevelse og erfaring med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi

Patient`s reflections and experience of self-treatment at home after day surgery

Kandidatnummer 426

MKS591

HVL/ Master i klinisksykepleie

Veileder: Petrin H. Eide

17.04.2019

Ord: 15644

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.

Sammendrag

Hensikten med denne studien er å beskrive hemithyreoidectomerte pasienters opplevelse og erfaringer med egenbehandling etter at de kommer ut fra sykehuset. Ved dagkirurgi blir pasienten utskrevet fra sykehus et par timer etter inngrepet og er deretter uten sykepleiefaglig omsorg. De har da ansvar for sin egen pleie og behandling, som består blant annet av smertebehandling, sårbehandling og legge til rette for at de rette faktorer er tilstede for tilheling. Det finnes studier på at det er trygt å utføre thyroideaoperasjoner dagkirurgisk, og at pasientene er tilfreds med behandlingen. Kvalitative studier er ikke funnet. Studien er av kvalitativt design og ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide er seks informanter intervjuet 3-5 dager etter operasjonen. Materialet er analysert ved tekstkondensering.

Fra empirien blir fem funn presentert: Informantene forberedte i liten grad sitt eget sykeleie, internett er lite egnet som kunnskapskilde til å forberede seg, informantene mangler kunnskaper til å vurdere sin egen helsetilstand, utenfor sykehus faller pasientrollen bort og informantene kontakter ikke helsevesenet ved behov.

Informantene var alle positive til den dagkirurgiske behandlingen og syntes at de hadde fått god informasjon. Det fremkom likevel ubehag og smerter hos noen som de hadde vanskeligheter med å vurdere selv. Det diskuteres om helsevesenets forberedelse av pasientene til å utføre egenomsorg er tilstrekkelig. Det drøftes også hvorfor pasientene ikke kontakter helsevesenet ved behov. Om det ikke oppfattes som et behov eller om deres bevegelser i rollen som pasient utenfor sykehuset gjør at avstanden til sykehuset føles for stor. Satt i helhet kan man antyde at omsorg fra helsevesenet er satt til side når pasienten forlater sykehuset. Nye rutiner i form av oppsøkende omsorg kan gi pasienten mer trygghet, fange opp eventuelle komplikasjoner og danne mer kunnskap om det postoperative helbredelsesforløpet til dagkirurgiske pasienter.

Summary

The aim of this study was to describe patients experience with selfcare after returning home from a day surgical hemithyroidectomy. Day surgery means that patients are sent out of the hospital a couple of hours after surgery and are then without care from nurses. Then they have the responsibility of their own care and treatment, which contains pain management, wound management and facilitate that the right factors for healing are present. Many studies show that hemithyroidectomy performed as day surgery is safe and that the patients are satisfied with the treatment form. Qualitative studies have not been found. This study has a qualitative design and with the use of a semi-structured interview guide six informants were interviewed 3-5 days after surgery. The material was analyzed by text condensation.

From the material five findings are presented: The informants are to a small extent preparing for their own postoperative healing process, internet is not suitable to gain knowledge about preparing, the informants are missing knowledge to assess their health condition, the patient role is absent outside the hospital and the informants do not contact the hospital when needed.

All the informants were positive towards the day surgery treatment. They found the given information satisfying and felt safe at home. Despite this, pain and discomfort occurred among some of them which they had difficulties to assess. The discussion is if the health care system gives the patients enough knowledge to care for themselves after surgery. And when in need, why don't the patient contact the hospital? It can be that they don't consider the medical situation as sufficiently severe, or maybe this new way of being a patient creates a greater distance to the hospital, both physically and mentally, and therefore raises the bar for when they feel eligible to contact the hospital. In all it indicates that the care from the health care system is set aside when the patient leaves the hospital. New routines where the health care system outreach the patient can provide more safety for the patient, catch eventual complications and create more knowledge of the postoperative healing process among the day-surgery patients.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
2.0 Bakgrunn.....	2
2.1 Tidligere forskning.....	5
3.0 Teori.....	7
3.1 Begrepsavklaring	7
3.1.1 Egenbehandling/ egenomsorg:.....	7
3.2 Teoretisk perspektiv.....	7
4.0 Hensikt og problemstilling.....	9
4.1 Hensikt	9
4.2 Problemstilling.....	9
5.0 Metode	9
5.1 Design	9
5.2 Utvalg og setting.....	12
5.2.1 Inklusjonskriterier/ eksklusjonskriterier.....	12
5.2.2 Utvalget.....	13
5.3 Instrumenter/datasamlingsverktøy	13
5.4 Rekruttering og datasamlingsprosedyre.....	14
5.4.1 Gjennomføringen av intervjuet.....	15
5.4.2 Transkripsjonen.....	15
5.5 Analyser	16
5.6 Etikk.....	18
6.0 Resultat	20
6.1 Informantene hadde i liten grad forberedt seg på sitt eget sykeleie «Nei det hadde jeg ikke tenkt på.».....	20
6.2 Internett blir ikke brukt som kunnskapskilde « Når du søker på internett er det ikke noe som stemmer med akkurat det du har»	22
6.3 Pasienter mangler kunnskaper til å vurdere sin egen helsetilstand «Jeg vet ikke hva som er vanlig, men det er ting jeg tenker på da.»	23
6.4 Utenfor sykehuset faller rollen som pasient bort «Følelsen av å være pasient var veldig kort» .	24
6.5 Kontakt med helsevesenet «Nei, jeg kommer ikke til å ringe og spørre».....	25
7.0 Drøfting.....	26
7.1 Resultatdiskusjon	26
7.1.1 Informantene hadde i liten grad forberedt seg på sitt eget sykeleie «Nei det hadde jeg ikke tenkt på.».....	26
7.1.2 Internett blir ikke brukt som kunnskapskilde « Når du søker på internett er det ikke noe som stemmer med akkurat det du har»	28

7.1.3 Pasienter mangler kunnskaper til å vurdere sin egen helsetilstand «Jeg vet ikke hva som er vanlig, men det er ting jeg tenker på da.»	30
7.1.4 Utenfor sykehuset faller rollen som pasient bort «Følelsen av å være pasient var veldig kort»	32
7.1.5 Kontakt med helsevesenet «Nei, jeg kommer ikke til å ringe og spørre»	34
7.2 Metodediskusjon	36
7.2.1 Tidligere forskning.....	36
7.2.2 Utvalget.....	36
7.2.3 Møte med informanten.....	36
7.2.4 Transkriberingen	38
7.2.5 Analysen	38
8.0 Konklusjon.....	39
9.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning	39
10.0 Referanseliste.....	40
11 Vedlegg	42

1.0 Introduksjon

I dag utgjør helse- og omsorgssektoren utgjør i underkant av 10 % av bruttonasjonalprodukt og når man sammenligner med andre land så ser det ut til at andelen vil øke de neste tiårene (HelseOmsorg21, 2018). Videre sier HelseOmsorg21 at de viktigste forutsetningene for en ønsket utvikling karakterisert ved kvalitet, pasientsikkerhet, brukermedvirkning og effektivitet er kunnskap og innovasjon.

Teknisk utvikling innenfor kirurgi og anestesi har ført til at stadig mer komplekse prosedyrer utføres dagkirurgisk i lokalanestesi, generell anestesi eller regionalanestesi. Tidlig på 1990-tallet ble 20-30% av kirurgien gjort dagkirurgisk, mens andelen er økt til 60 % i dag (Raeder & Nordentoft, 2010). I litteraturen er det beskrevet mange fordeler både for pasient og sykehus knyttet til dagkirurgi, blant annet kortere sykehusinnleggelse, tidlig mobilisering, mindre postoperative smerter, lavere risiko for postoperative infeksjoner og økt pasienttilfredshet.

Dagkirurgi har mange aspekter, og fra en sykepleiers perspektiv har det verdi å kunne ivareta pasientens behov. I den dagkirurgiske behandlingsformen blir pasienten utskrevet få timer etter operasjonen. Pasientene blir sendt hjem hvor deres pårørende er pasientens omsorgsperson det første døgnet etter operasjonen. Det vil si at pasienten er uten helsefaglig støtte eller sykepleiefaglig omsorg bare noen timer etter selve inngrepet. Tidligere har timene og døgnene etter et kirurgisk inngrep blitt definert som en postoperativ fase. Varigheten av den postoperative fasen ville variere ut fra inngrepets omfang. Den postoperative fasen ble av sykepleiefaget beskrevet som en fase der pasienten trengte ekstra støtte, med symptomlindring, observasjoner og hjelp til ernæring og eliminasjon. Dagens dagkirurgiske praksis fratru pasientene helsefaglig støtte etter at de har kommet hjem, og pålegger dem selv å utføre det sykepleierne har utført tidligere. Det finnes i dag lite kunnskap om hvordan pasientene opplever og erfarer å være sine egne behandlere i sitt eget hjem. Bakgrunnen for studiet er å få fyldigere beskrivelser av hvordan dagkirurgiske pasienter har det etter at de forlater sykehuset. I dette studiet ser man på de pasientene som får utført hemithyreoidectomi dagkirurgisk. Ved å studere dette vil man finne ut om den faglige omsorgen som blir gitt av helsevesenet i dag i behandlingsforløpet gjør dem rustet nok til at de føler seg trygge og har tilstrekkelig forutsetninger til å være uten tilsyn av helsepersonell kort tid etter operasjonen.

Som operasjonssykepleier har vi et terapeutisk og pedagogisk ansvar for syke pasienter i alle aldre og i ulike livsfaser. Det blir sett som viktig at pasienten får et faglig forsvarlig

behandlingstilbud, informasjon, veiledning og undervisning ut i fra deres behov. Som operasjonssykepleier har vi en sentral rolle i arbeidet med å organisere og koordinere driften av den operative virksomheten, ivareta pasientens behov for pleie før, under og umiddelbart etter inngrepet. I tillegg, har vi ansvaret for å sikre at pasienten blir godt ivaretatt på operasjonsstuen, forebygge skader, komplikasjoner og infeksjoner, og bidra til at operasjonsresultatet blir optimalt. Tradisjonelt har altså vårt ansvar for pasienten blitt avsluttet når pasienten har blitt overlevert andre sykepleiere på post. Når pasientene nå reiser hjem og ikke blir innlagt på en avdeling bør dette få konsekvenser for den sykepleien operasjonssykepleierne gir den dagkirurgiske pasient. For å styrke pasientens egenomsorg og begrense omfanget av stress og belastning må operasjonssykepleier sørge for at pasienten og pårørende får informasjon, undervisning og veiledning (Hansen, Eide, & Dāvøy, 2009, p. 30).

Når vi vet hvilke komplikasjoner som kan oppstå i etterkant av operasjonen, som blødning og infeksjoner, er det verdifullt for en operasjonssykepleier å vite noe om hvordan pasientene har det i tiden etter at de har forlatt operasjonsstuen. Ved å intervju pasienter kan vi bli kjent med deres erfaringer. Dette vil kunne gi oss økt kunnskap og forståelse for de utfordringene som oppstår etter dagkirurgi. Økt innsikt og forståelse av dagkirurgiske pasienters situasjon vil gi grunnlag for utvikling av nye tiltak og intervensjoner.

Studien er i regi av forskningsgruppen POPS (Pasientopplevelse og Pasientsikkerhet ved akutt og/eller kritisk sykdom) ved førstelektor og Prosjektleder Petrin Hege Eide, Høgskulen i Vestlandet. Forskningsgruppen har som formål å kartlegge erfaringer og opplevelser av egenbehandling hjemme etter dagkirurgi. Prosjektet vil ta for seg pasienter som gjennomgår forskjellige dagkirurgiske prosedyrer. Rammene for prosjektet er gitt og intervjuguiden er utarbeidet på forhånd. Denne studien er av de første innen dette prosjektet. Det er en pilotstudie med formål om å prøve ut og evaluere intervjuguiden. I tillegg er det ønsket å gjøre seg erfaringer med å bruke mastergradsstudenter som delaktige forskere i prosjektet.

2.0 Bakgrunn

I de senere år er dagkirurgi blitt mer og mer anvendt for flere og flere prosedyrer. Dagkirurgi defineres som en elektiv kirurgisk prosedyre der kirurgien, anestesien og det postoperative forløpet tilsier at pasienten kan dra fra sykehuset samme dagen uten risiko (Varhaug, 2008, p. 16). Konseptet dagkirurgi ble først nevnt i den skotske artikkelen *The surgery of infancy* fra 1909 der det konkluderes med at det er få operasjoner man ikke kan gjøre dagkirurgisk på barn under to år (Nicoll, 1909, p. 753). Forfatteren mener at det er bedre for små barn å sove

hjemme i ro hos sin mor og få hjemmebesøk av sykepleier enn at barnet skal ligge postoperativt på en sykehusavdeling med mye støy. I nyere tid er det først mellom 2000-2010 man kan se betydelig økning av dagkirurgi (Lacroix et al., 2014, p. 22). Før selve inngrepet blir pasienter vurdert om de er kandidater for dagkirurgisk behandling.

Det er egne retningslinjer for selekteringen av dagkirurgiske pasienter. Norsk anesthesiologisk forening (2016) har satt opp kriterier som skal ligge til grunn for at en operasjon skal kunne utføres dagkirurgisk. Kriteriene er: inngrepets art og omfang, anestesimetode og risiko for ettervirkninger, postoperativ smertebehandling og pasientens fysiske, psykiske og sosiale situasjon. Et annet kriterie er at pasienten må samtykke til å sendes hjem samme dag. Ser man på ASA-score kan pasienter i ASA gruppe 3 være aktuelle dagkirurgikandidater hvis de har stabil funksjon. Anestesteknikkene ved dagkirurgi er ikke annerledes enn ved annen kirurgi, men ved dagkirurgi er det viktigere å få pasienten raskt våken og restituert etter inngrepet (Raeder & Nordentoft, 2010).

Før pasienten forlater sykehuset må han være stabil sirkulatorisk og respiratorisk, ikke ha behov for medikamenter i form av injeksjoner, han må ha hatt spontanurin, ha spist og ikke ha noen tegn til komplikasjoner. Videre må pasienten ha en voksen over 18 år hos seg til dagen etter operasjonen. Informasjon om begrensninger i aktivitet skal være gitt på forhånd og de skal ha fått et døgnbemannet telefonnummer de kan ringe ved behov etter hjemkomst (Norsk anesthesiologisk forening, 2016).

Ved Haukeland Universitetssykehus er det utført thyreoideaoperasjoner dagkirurgisk siden 2005 (Varhaug, 2008, p. 17). Skjoldbruskkjertelen, thyroidea, er et endokrint organ som produserer thyreoideahormonene tyroxin; T4 og trijodthyronin T3 (Garden, 2009).

Thyreoidea består av to lobes, en på hver side av trachea. Området som forbinder lobene går over trachea på forsiden og heter isthmus. Årsaken til thyreoideakirurgi er plagsomme benigne kolloidknuter, Graves sykdom, påvist malignitet eller diagnostisk kirurgi for å utrede malignitet (Garden, 2009).

Knuter i thyreoidea er vanlig og kan sees ved ultralydundersøkelser hos omtrent 50 % av den voksne befolkning, derfor er knuter som blir utredet ofte tilfeldige funn som er oppdaget ved undersøkelse for andre årsaker (Varhaug, 2008, p. 16). Utredning av strumaknuter gjøres ved trippeldiagnostikk; finnålsbiopsi ved hjelp av ultralyd og klinisk undersøkelse. Knuter som måler minst 1 cm blir tatt finnålsbiopsi av. De fleste knuter, også kalt strumaknuter, er små og benigne og trenger ikke kirurgisk behandling. De knutene som trenger kirurgisk

behandling er de maligne, de suspekterte maligne, de symptomgivende, de intrathorakale eller når cytologien viser follikulær neoplasi (Varhaug, 2008, p. 16). Ellers er benigne knuter som er kosmetisk skjemmende eller fysiologisk ubehagelige indikasjon for kirurgi.

Hemithyreoidectomi er en veldefinert kirurgisk prosedyre der komplikasjonene er velkjent (Lacroix et al., 2014, p. 22). Komplikasjonene ved thyreoideakirurgi er recurrensparese, hypokalsemi, blødning og sårinfeksjon. Blødning er den mest livstruende komplikasjonen der hematomet kan trykke på trachea og forhindre luftveiene. Permanent recurrensparese og permanent hypoparathyroidisme forekommer omtrent hos 1-2 % av pasientene som utfører total thyreoidectomi hos en erfaren kirurg (Hartl, 2013, p. 29). De fleste pareser er forbigående. For å kunne inkluderes til å gjennomføre hemithyreoidectomi dagkirurgisk er det visse kriterier som må foreligge. Eksklusjonskriteriene er for eksempel høy blødningsrisiko, sosiale utfordringer hos pasienten og pasientenes manglende forståelse av prosedyren (Lacroix et al., 2014, p. 22). Blødning etter hemithyreoidectomi er en komplikasjon som krever øyeblikkelig reoperasjon. På grunn av faren for en eventuell blødning overnatter pasientene på sykehotellet første natten etter operasjonen. Dette fordi de skal ha kortest mulig reisevei til sykehuset. Samtidig er det et krav at en pårørende over 18 år er sammen med dem det første døgnet. Pasientene er offisielt innlagt på sykehuset fra dagen før operasjonen til dagen etter, og kan kontakte sengepostavdelingen ved behov i denne perioden. På Haukeland Universitetssykehus får de muntlig informasjon av sykepleier, kirurg og anestesilege dagen før operasjonen. Sykepleier informerer om oppmøtetider, fasting, forventet ubehag og smerter etter operasjon, anbefalt leie første postoperative natt og de vanligste komplikasjonene. Dagen etter operasjonen har de time hos sykepleier der hun inspisierer og skifter på operasjonssåret og spør om hvordan pasientene har hatt det siden operasjonen. Om de har hatt smerter og behov for å ta smertestillende, om de har vært kvalm, fått i seg mat og om de har sovet. De får muntlig og skriftlig informasjon om videre sårbehandling og hvilke tegn på infeksjon de skal være observant på. De får telefonnummeret til poliklinikken hvor pasienten kan kontakte ved spørsmål eller behov for hjelp. Hvis de har behov for hjelp på kveld, natt eller helg får de nummeret til tilhørende døgnbemannet sengeavdeling (Metodebok Bryst og Endokrinkirurgisk avdeling). Avdelingen tilstreber at det er den samme sykepleier som informerer og tilser pasienten før og etter operasjonen. Undersøkelse av stemmebåndet blir gjort dagen før og dagen etter operasjonen på øre-nese-halspoliklinikken. Selv om flere studier viser at det er trygt å utføre total thyreoidectomi dagkirurgisk praktiseres ikke dette på Haukeland Universitetssykehus. Disse pasientene

legges inn til observasjon minst en natt etter operasjonen. Derfor vil denne studien kun inkludere pasientene som utfører hemithyreoidectomi – operativ fjerning av halve skjoldbruskkjertelen. Ifølge flere studier defineres dagkirurgiske pasienter ut fra at de kommer til sykehus og blir utskrevet til hjemmet samme dag. I denne studien møter pasientene opp for informasjon både dagen før og dagen etter operasjonen, samt at de blir liggende på pasienthotell første postoperative natt. Det kan derfor diskuteres om disse pasientene inngår som dagkirurgiske pasienter. Jeg vil argumentere for dette da disse pasientene blir skrevet ut fra postoperativ avdeling kort tid etter at de har våknet og henvist til et pasienthotell uten sykepleiebemannning, der meningen er at pårørende skal ta seg av pasienten. Det synes derfor å være riktig å si at pasientene i stor grad må utføre egenomsorg uten tilsyn av helsepersonell kort tid etter operasjonen.

Hensikten med studien er å få en bedre forståelse av pasientens opplevelser og erfaringer med sin egenbehandling hjemme, for i neste omgang se om det er behov for endring av rutiner i forhold til disse pasientene.

Som sykepleier er det verdifullt å få bedre kunnskap å få vite noe om hvordan disse pasientene opplever behandlingsforløpet og om den sykepleiefaglige omsorgen som blir gitt i forløpet er tilstrekkelig. Som operasjonssykepleier vil denne kunnskapen ha betydning for hvordan tilbudet til pasientgruppen skal utvikles, med tanke på informasjon, smertebehandling og oppfølging.

2.1 Tidligere forskning

En metaanalyse og systematisk oversiktsartikkel fra 2017 konkluderer med at det er trygt å gjøre thyreoidectomioperasjoner dagkirurgisk (Khadra et al., 2017, p. 299). Artikkelen inkluderer over ti tusen pasienter der cirka halvparten er operert dagkirurgisk. Av de dagkirurgiske hadde 0,02 % utviklet hematom etter å ha forlatt sykehuset (Khadra et al., 2017, p. 296)

Dette funnet støttes av Materazzi et al. (2007). Studien viser at det er trygt å utføre thyreoidaekirurgi dagkirurgisk ut ifra forekomsten av komplikasjoner. Selv om denne studien inkluderer alle thyreoidaoperasjoner er den relevant da komplikasjonene kan være de samme i mindre eller større grad. Hemithyreoidectomi er imidlertid en mindre invasiv prosedyre enn total thyreoidectomi. De finner at insidensen av komplikasjoner er lav og oppstår som oftest under 24 timer etter kirurgi. De vanligste komplikasjonene etter thyreoidaekirurgi er

hypokalsemi og recurrensparese. Disse komplikasjonene er oftest forbigående. Blødning er en sjelden men alvorlig komplikasjon da hematoma kan føre til obstruksjon av luftveier og det er behov for øyeblikkelig behandling. Studien finner at postoperativt hematoma har oppstått ved 10 tilfeller, 0,6%. Av disse er tre tilfeller oppstått mens pasientene fremdeles var på oppvåkningen og de andre syv innen ti timer etter kirurgi. Studien konkluderer derfor med at det er trygt å sende pasienten ut fra sykehus ti timer etter kirurgi ved hjelp av godt samarbeid mellom kirurg og anestesipersonell, og ved hjelp av visse kriterier for å kunne gjennomgå dagkirurgi. I studien er det også gjort en pasienttilfredsundersøkelse der 84,2 % var veldig fornøyd, 9,5% var fornøyd og 4,3 % var lite fornøyd. 2 % var fullstendig misfornøyd.

Lacroix et al. (2014, p. 25) konkluderer med at 100 % av pasientene som har utført hemithyreoidectomi dagkirurgisk ville gjort prosedyren dagkirurgisk igjen. Studien viser også at det er betydelig kostnadssparende å gjøre prosedyren dagkirurgisk. Det må nevnes at av de 146 pasientene som ble hemithyreoidectomert i perioden der studien ble gjort så var det bare 32 pasienter som ble operert dagkirurgisk. Pasientene i studien var fornøyd med informasjonen de hadde fått før kirurgi og ved utskrivelse. Kvaliteten på omsorgen på den dagkirurgiske avdelingen svarte til forventningene. 60 % svarte at de hadde sovet godt første postoperative natt, 75 % synes de hadde gode overnattingsforhold mens 25 % synes at den postoperative serveringen av mat var for liten og hadde dårlig kvalitet. Pasienttilfredstillhetsundersøkelsen er også i denne studien et kvantitativt spørreskjema der svaralternativene var nei eller ja.

En annen fransk studie konkluderer også at det er trygt å utføre hemithyreoidectomi dagkirurgisk, og at 75 % av pasientene var veldig fornøyd og 35 % var fornøyd (Yakhlef, Marboeuf, Piquard, & Saint Marc, 2017).

Oppsummert kan en si at det flere studier konkluderer med at det er trygt å gjøre disse inngrepene dagkirurgisk og pasientene sier seg fornøyd med den behandlingen de har fått. Det er ikke funnet noen kvalitative studier om pasientens erfaringer og opplevelser omkring behandlingsforløpet og tiden etterpå hemithyreoidectomi. Det er derfor av interesse å få en dypere forståelse av hvordan denne pasientgruppen opplever sin egenbehandling hjemme.

3.0 Teori

3.1 Begrepsavklaring

Ettersom dagkirurgi har i økende grad overtatt elektiv kirurgi, har sykepleien rundt behandlingsforløpet blitt redusert. Den er i hovedsak blitt redusert til å gi informasjon dagen før og dagen etter operasjon. Pasientene får dermed mer ansvar for sin egen behandling da de må utføre egenbehandling hjemme.

3.1.1 Egenbehandling/ egenomsorg:

WHO sin definisjon av egenomsorg, self care, er et individ, familie eller samfunns evne til å fremme og vedlikeholde helse, forebygge sykdom og håndtere sykdom uten støtte fra helsevesenet (World Health Organization, 2013). Egenomsorg inkluderer god ernæring, adekvat fysisk aktivitet, deltakelse i sosiale aktiviteter, personlig hygiene, renhold i hjemmet, selvmedisinering ved sykdom og muligheten til å søke medisinsk hjelp fra helsevesenet dersom nødvendig.

Man kan da si at den som klarer å ivareta sin egen helse gjennom å dekke fysiske, sosiale, åndelige og kulturelle behov uten tilrettelegging, har god egenomsorg. Evnen til å ivareta egenomsorg avhenger av de forutsetningene og muligheter man har. I tillegg til elementær egenomsorg stilles det krav til pasientene at de skal klare seg hjemme og utføre egenbehandling. Behandlingen de skal utføre utgjør handlinger som tidligere var utført av helsepersonell mens de var inneliggende på sykehuset. I dette studiet pålegges pasienten å vurdere egen helsetilstand med tanke på recurrens parse, blødning og sårinfeksjon. De skal administrere egen smertebehandling og observere/ bytte på egen bandasje. Kunnskaper fra informasjonen og veiledningen de har fått i forbindelse med behandlingen i tillegg til de elementære og allmenne kunnskaper omkring egenomsorg som de hadde fra før danner forutsetningen for egenbehandling. Det er derfor en avgjørende faktor at denne informasjonen og veiledningen er gitt og utformet på en slik måte at pasientene har mulighet til både å forstå og huske den.

3.2 Teoretisk perspektiv

Den norske sykepleiefaglige tradisjonen kan føres tilbake til Florence Nightingales første utlegninger om hva sykepleie er og ikke er (Nightingale, 1997, p. 30). En hovedtese i Florence Nightingales teori er å legge til rette for at pasientens gjenoppbyggende prosesser skal kunne utfolde seg. Hun sa at når man betrakter en sykdom enten det er i det private hjem

eller i det offentlige sykehus så vil en erfaren sykepleier se at symptomene som følger med sykdommen ofte ikke har sammenheng med sykdommen selv men andre faktorer som mangel på frisk luft, lys, varme, ro, renslighet og sammensetningen av kostholdet (Nightingale, 1997, p. 30). Ved fravær av disse faktorene vil den gjenoppbyggende prosessen bli hindret. Det å legge til rette for at den gjenoppbyggende prosessen ved en sykdom skjer uten stans, er sykepleie. Manglende kunnskap eller oppmerksomhet vil føre til smerte, lidelse eller at hele prosessen stanser. Sykepleie er altså ikke bare behandlingen av selve sykdommen, som å gi medisiner. Men å sørge for luft, varme, renslighet og godt kosthold er faktorer som har avgjørende betydning for utfallet av en sykdom.

For å optimalisere helbredelse mente Nightingale at det var viktig med riktig lufting av rommet. Det skulle være sunne og friske hus med ren luft, rent vann, effektivt avløp, utslagsvasker. Gode rutiner i hjemmet og på en sykestue måtte være innarbeidet for å unngå at ulykker og uheldige hendelser inntraff. Støy skulle unngås, matsituasjonen burde være godt gjennomtenkt og hva slags mat man skal velge for syke pasienter er ikke tilfeldig (Nightingale, 1997, p. 36).

Observasjon av den syke trekker Nightingale frem som noe av det viktigste, og at det er viktig å lære seg hva som skal observeres, hvordan det skal observeres, hvilke symptomer som tyder på bedring og hvilke som ikke tyder på bedring. Hun sa at folk flest ikke har evne til å tilstrekkelig observere sykdomstegn på et menneske, slik en erfaren sykepleier kan. Uten observasjonsevne ville man som sykepleier være ubrukelig.

Med Florence Nightingale sine tanker om hva sykepleie er og hva som fremmer helbredelse, kan man stille spørsmål om det har noen konsekvenser for pasienter som går gjennom dagkirurgiske forløp at de går glipp av resultatene av en sykepleiers tilstedeværelse. I en situasjon der en som er nylig operert er hjemme eller på sykehotell, utenfor en erfaren sykepleier sitt observasjonsfelt, vil han da ha tilstrekkelig tilstedeværelse av de helbredende faktorene som fremmer helbredelsesprosessen? Vil informasjon av sykepleier på forhånd være tilstrekkelig for å oppnå disse faktorene? Vil pasienten selv eller med hjelp av den sosiale støtten kunne vite hva som skal observeres for å vite om han er bedre eller ikke i forhold til forventet?

Benner og Wrubel sier at man har behov for å føle at man blir behandlet med omsorg når man er syk. De sier om omsorg at omsorg skaper mulighet, mulighet til å mestre situasjoner (Benner, Wrubel, 2014). At mange mestringsstrategier tilstreber avstand og egenkontroll, der

det er et mål at pasienten skal klare seg mest mulig på egen hånd. Men hvis sånne strategier brukes i den tro at avstand er det minst stressende, fratrar man personenes muligheter og meninger som hører med til omsorgen. Fravær av sykepleiefaglig omsorg kan føre til at personen ikke får anledning til å uttrykke sin smerte og frykt. De sier at omsorg er den essensielle forutsetning for mestring, og som sykepleier blir det en utfordring å kunne gi omsorg for å fremme mestring hvis man ikke er der når pasienten føler smerte og frykt.

Benner og Wrubel fremmer at det er bruk for en etikk med basis i relasjoner, omsorg og ansvarlighet for å gjøre rede for den gjensidige tillit som er nødvendig for å sørge for dem som ikke kan klare seg selv (Benner, Wrubel, 2014) Uten et sikkerhetsnett av omsorg og praktiseringen av omsorg kan ikke en kultur som legger vekt på uavhengighet og individualisme overleve.

4.0 Hensikt og problemstilling

4.1 Hensikt

Det overordnede prosjektet er pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi. Hensikten med dette prosjektet er å beskrive hemithyreoidectomerte pasienters opplevelse og erfaringer med egenbehandling etter at de kommer ut fra sykehuset etter operasjon.

4.2 Problemstilling

Hvilke opplevelser og erfaringer har hemithyreoidectomerte pasienter med egenbehandling etter dagkirurgi?

5.0 Metode

I dette kapitlet beskrives hvordan prosjektet er gjennomført og begrunnelsen til valgt metode. Det redegjøres for utvalgsstrategien, datainnsamlingen og analyseprosessen.

5.1 Design

For å få en dypere og bredere forståelse for pasienters opplevelser og erfaringer brukes et kvalitativt design. Ifølge Malterud er kvalitative intervju et godt egnet redskap for å få innsyn i erfaringer (Malterud, 2011, p. 26). Fortrolighet og ro i intervjusituasjonen kan gi et godt grunnlag for å få frem historier om erindringer og sammenhenger. Det ble brukt et

semistrukturert dybdeintervju der informant ikke er bundet til konkrete spørsmål men har muligheten til å beskrive sine tanker, erfaringer og følelser. Et dybdeintervju vil kunne få informanten i tale og kunne gi en dialog, en samtale mellom intervjuer/forsker og deltaker/informant. Et semistrukturert intervju skal åpne for dypere kunnskap og skal være subjektiv.

Ifølge Malterud er kvalitative metoder egnet for å beskrive karaktertrekk eller kvaliteter ved de fenomenene som skal belyses, der tilnærmingen bidrar til å presentere mangfold og nyanser fra et perspektiv. Kvalitative metoder bygger på teorier om erfaring- fenomenologi, og fortolkning-hermeneutikk. Malterud sier videre at kvalitative metoder passer godt for å utforske dynamiske prosesser som samhandling og utvikling, som for eksempel i dette tilfellet der det er pasientens samhandling med helsevesen og sykepleier og deretter brudd med kontakten til behandlingssted som er sakens kjerne.

Forskerens kunnskapssyn og forforståelse er en begrensning i denne tilnærmingen. Siden forsker selv har jobbet med denne pasientgruppen har hun kunnskaper og ideer om hvordan de har hatt det postoperativt. Denne forforståelsen kan komme til uttrykk i fortolkningen av intervjuene. Ved å være bevisst denne forforståelsen kan begrensningene forebygges. Malterud foreslår at man kan møte denne forforståelsen før datasamlingen og skrive ned hva man regner å finne (Malterud, 2011, p. 41). Dette kan til slutt settes opp mot de resultatene man finner.

I og med at jeg som forsker selv har erfaring med disse pasientene fra jobbsituasjon har jeg en god del forkunnskaper. Gjennom å jobbe på sengepost og poliklinikk har jeg møtt disse pasientene ved første konsultasjon og diagnostisering, ved konsultasjon der de blir inkludert til dagkirurgisk behandling, ved preoperativ forberedelse og postoperativ konsultasjon. Jeg har også vært den som har svart på telefoniske henvendelser i etterkant. På sengeposten så jeg hvordan pasientene hadde det første postoperative døgn. Før intervjuene ble det derfor skrevet ned hva forsker forventet at intervjuobjektene ville svare:

Tema 1: Beskrivelsen av hvordan de hadde forberedt seg hjemme: Pasientene har ofte fått operasjonsdato lang tid i forveien, fra uker til måneder og har hatt lang tid til å eventuelt forberede seg. Jeg vil tro at de med barn har forberedt seg på å ha barnevakt. Ledsager har

forberedt seg ved å få fri fra jobb og pasienten har sagt fra på jobben at han/hun ikke vil kunne jobbe fra operasjonsdato og fremover en tid. De har fått kort informasjon fra kirurg om komplikasjoner om stemmebånd, infeksjon og blødning. Jeg tror ikke mange av dem har lest seg opp på internett om prosedyren. Noen har snakket med andre som har vært gjennom lignende operasjon. Jeg vet lite om hva de har forberedt seg med tanke på matinnkjøp og husstell. Fra tidligere erfaringer lurer flere på om de er i stand til å reise på ferie/ delta på arrangement og fester kort tid etter operasjonen.

Tema 2: Det første døgnet: Jeg har erfaring med at det er lite smerter forbundet med inngrepet. Noen har ikke tatt smertestillende i det hele tatt, mens andre har tatt som forskrevet. Noen pasienter nevner kvalme og uvelhet med tanke på å spise og drikke, og at det er vanskelig å få sove det første døgnet fordi de har fått instruksjoner om å ligge med hodet elevvert 45 grader. Noen føler at de er stive på grunn av at bandasjen strammer. Flere har rapportert at de klør av bandasjen. Dette bedres ofte første postoperative dag da sykepleier på poliklinikken kan skifte fra å ha bandasje med limekant til å ha kompress som er festet med tape. Noen har forberedt seg med å ha løse klær som ikke er for stramme rundt halsen og som er lette å ta av og på. Noen har tatt med seg et tynt sjal for å dekke over operasjonssåret.

Tema 3: Behov for hjelp og støtte videre: Jeg har ikke så mange erfaringer om hvilken hjelp og støtte pasienten trenger utover det første postoperative døgnet. De fleste pasientene blir ikke fulgt opp av seksjonen videre, men får gjerne beskjed om å ta stoffskifteprøver hos fastlegen 6-8 uker etter operasjonen for å undersøke om de trenger tilskudd av stoffskiftehormoner i form av Levaxin. Pasientene får et skriv første postoperative dag som er på en A4-side, der det står om sårbehandling, og hvilke tegn man skal være obs på i forhold til blødning og infeksjon. Der er også telefonnummer de kan ringe på dag, kveld og natt ved behov. Erfaringen jeg har er at få ringer til poliklinikken og har spørsmål. Noen ringer og spør om sårområdet. For eksempel at de har fått en hevelse og lurer på om de må sees på. Ofte er dette serom eller hematom som ikke trenger behandling. Noen spør hvor lenge steristripsene skal ligge på, der de kan ha begynt å løsne men de vet ikke om det er trygt å ta dem helt av. Andre spør om eksponering av sol på arret, da de kanskje skal på en reise og

lurer på om de bør dekke til arret. Hvis de er i tvil eller om sykepleier synes det er vanskelig å vurdere tilstanden per telefon er det lav terskel for at pasienten kan komme inn og bli sett på.

Tema 4: Hvordan har du det nå? Jeg tror pasientene er glade for å ha operasjonen overstått. Jeg tror de er fornøyde med behandlingen, informasjonen pre og postoperativt og tilbudet poliklinikken har om at de kan ringe når som helst hvis de har spørsmål. Jeg tror pasienten føler seg trygg og ivaretatt i forhold til hele behandlingsforløpet. Jeg tror ikke behandlingen påvirker pasientenes helsesituasjon i lang tid. Noen av pasientene som har hatt plager i forhold til sin skjoldbruskkjertel tror jeg vil føle seg bedre etter operasjonen.

Jeg tror at dagkirurgisk behandling av pasienter som får utført hemithyroidectomi fungerer tilfredsstillende i den form som den blir utført i dag.

5.2 Utvalg og setting

5.2.1 Inklusjonskriterier/ eksklusjonskriterier

Prosjektets informanter er hemithyroidectomerte pasienter. De var på forhånd selektert til å kunne opereres under dagkirurgisk forløp. Inklusjonskriteriene er at de blir operert ved dagkirurgisk avdeling, at de får utført hemithyroidectomi og at de overnatter på pasienthotellet første natten etter operasjonen. Pasientene ville ha forskjellig alder, kultur og sivilstatus. Det var ønskelig at de bodde innen halvannen time kjøring fra Bergen da det har betydning for hvordan man kunne nå dem for å gjennomføre intervjuet hos dem hjemme. De måtte ha tilstrekkelig norskkunnskaper til å gjennomføre et intervju. De måtte være over 18 år og være samtykkekompetent.

Eksklusjonskriteriene er at de ikke skulle bli innlagt på sengeavdelingen etter operasjonen. Grunnene til at de kunne bli innlagt på sengepost etter kirurgi på dagkirurgisk avdeling kan være smerter som må lindres med injeksjoner og overvåkes bedre, større hevelser i operasjonsområdet eller at de ikke hadde pårørende som kunne være hos dem første postoperative døgn. Hvis de ble innlagt etter operasjonen ville ikke man kunne kartlegge erfaringene med egenbehandling den første tiden etter operasjonen.

5.2.2 Utvalget

Ifølge Malterud skal utvalget være stort nok til å belyse problemstillingen fra ulike sider og nå metningspunktet (Malterud, 2011, p. 56). Polit og Beck sier at i kvalitative studier er utvalget som oftest en liten gruppe der informasjonen blir studert intensivt (Polit, 2012). Det ble inkludert seks informanter i studien. Dette sees ikke som et tilstrekkelig antall for å få en god beskrivelse av hele pasientgruppen, men på grunn av masteroppgavens omfang ble det godkjent å stoppe ved seks informanter.

Det ble inkludert syv informanter i studien. Informantene ble utvalgt ved at forsker ringte aktuelle kandidater og disse ble inkludert fortløpende. Den syvende informanten ble innlagt etter operasjonen og dermed ekskludert.

5.3 Instrumenter/datasamlingsverktøy

Jeg gjennomførte seks intervjuer, der jeg benyttet en intervjuguide. Intervjuguiden er en plan for tema som vi ønsket å snakke med informanten om. I intervjuguiden var det stikkord eller åpne spørsmål som kan besvares med mer enn bare ja og nei. Spørsmålene er veiledende og ble ikke stilt i den rekkefølgen som er skrevet ned på. Intervjuer skulle vite hva det ble spurt om men ikke hvilke svar man fikk. Det var viktig å oppmuntre informanten til å snakke fritt om tanker, erfaringer og opplevelser. Varigheten på intervjuene var på forhånd beregnet til 30-60 minutter.

Intervjuguiden er laget av prosjektansvarlig og samme guide blir brukt på alle delprosjektene i hovedstudien. Intervjuguiden inneholder fire temaer, der første tema handler om hvordan informantene har forberedt seg før operasjonen. Intensjonene er å få et bedre bilde av om informanten har hatt behov for å få bedre informasjon, om de har hatt forventninger til at de vil føle seg dårlig etterpå og derfor organiserer matinnkjøp, ryddet huset og lignende. En er også opptatt av om informantene har tenkt infeksjonsforebygging og derfor vasket hus, byttet sengetøy og lignende.

Neste tema er hvordan det første døgnet var. Om hjemreise, ubehag, søvn, ernæring, egenbehandling av sår, komplikasjoner og lignende.

Tredje tema spør etter behov for hjelp. Har informanten fått hjelp, eventuelt av hvem og til hva. Her er det av interesse om de har hatt behov for hjelp av helsevesenet, hvem de har kontaktet og om de har fått den hjelpen de trengte.

Til slutt ønskes det at informanten skal gi en statusoppdatering. Hvordan de har det nå, hvordan de ser fremover og hvordan de oppsummerer behandlingsforløpet (se vedlegg intervjuguide)

Hvert tema hadde flere underpunkt som kunne hjelpe intervjuer til å få informanten til å utdype svaret. Temaene er valgt i forhold til å kunne best å fange beskrivelsene om pasientens opplevelse av egenomsorg hjemme. Etter et par intervjuer ble lagt til årsaken til operasjon. Dette ble ikke brukt direkte i resultatdelen men ble en veileder for forsker til å forstå bakgrunnen til behandlingen og for å kartlegge hvordan informantene forsto sykdomsforløpet og behandlingen sin.

Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av to lydopptakere.

5.4 Rekruttering og datasamlingsprosedyre

Seksjonsleder ved endokrinkirurgisk avdeling setter opp pasientene til operasjon fortløpende ut ifra kapasitet på operasjonsprogrammet. Kirurgen som har henvist pasienten til operasjon har anbefalt at operasjonen skal foregå innen et visst tidsrom og seksjonsleder tar hensyn til dette. Hun skriver operasjonsdatoen på operasjonsskjemaet til pasienten og overleverer til sekretær på poliklinikken. Informantene er rekruttert fra listen våren 2018. Ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble informantene valgt. Flere av pasientene har bodd langt unna, det vil si over to timer i kjøretid. Noen har hatt behov for tolk. Noen av pasientene har opplyst at de ikke har ledsager og må legges inn etter operasjonen. De resterende pasientene har sykepleier ringt til fra poliklinikken og informert om studien. Hvis de har takket ja til å bli med har jeg informert ytterligere om hva som står i informasjonsskrivet de vil få i posten. Jeg har også informert om at dette blir sendt sammen med samtykkeskjema. Samtykkeskjema måtte signeres før intervjuet. Jeg hadde registrert operasjonsdato, navn, adresse og telefonnummer til pasienten på en kalender som blir oppbevart hos sekretæren ved poliklinikken. Når pasienten har kommet til time på poliklinikken dagen før operasjonen har jeg møtt dem kort og presentert meg selv. Jeg har da mottatt signert samtykkeskjema hvis dette ikke allerede er levert til sykepleier ved poliklinikken. Jeg har da avtalt tid for intervjuet 3-5 dager etter operasjonen og gitt dem telefonnummeret mitt som de kan benytte i tilfelle de må gi beskjed om de har blitt innlagt etter operasjonen eller om det avtalte tidspunktet ikke passer. Jeg noterer nummeret og

adressen til pasienten i en notisbok. Dette blir strøket over og gjort uleselig når intervjuet er gjennomført.

5.4.1 Gjennomføringen av intervjuet

Seks intervju har blitt gjennomført ved hjelp av intervjuguiden.

Intervjuene foregikk hjemme hos deltaker på ettermiddag/kveldstid 3-5 dager etter operasjonen. Jeg brukte egen bil til deltakeren og hadde sendt en påminnelse tidligere på dagen på tekstmelding om at jeg så frem til å komme. Vi satt oss rundt et egnet bord, der jeg kunne ha notatbok og to opptakere. Før intervjuet ble startet snakket jeg litt løst om boligen og stedet rundt. Dette for å løse litt opp stemningen slik at det ble en lettere dialog når intervjuet skulle starte. Innledningsvis gjentok jeg hensikten med studien og at det var fint at deltakeren hadde takket ja til studien. Jeg informerte om at vi kunne ta pauser i intervjuet når de måtte ønske. Innledningsvis gikk jeg gjennom bakgrunnsinformasjonsskjemaet og fylte ut dette. Jeg noterte en kode på deltakeren på skjemaet og nevnte nummeret muntlig da taleopptakeren var satt på. Det første intervjuet ble gjennomført sammen med veileder. Da var veileder intervjuer mens jeg satt og tok notater.

5.4.2 Transkripsjonen

Det innsamlete materialet ble transkribert. Teksten i en transkripsjon blir en indirekte og en avgrenset gjengivelse av virkeligheten (Malterud, 2011, p. 75). Malterud sier at teksten skal mest mulig ivareta det opprinnelige materialet, spesielt hvordan informantenes meninger og erfaringer ble formidlet og oppfattet under feltarbeidet. Formålet blir da at teksten mest mulig gjengir intervjuet i den form som informanten hadde som hensikt å formidle (Malterud, 2011, p. 76).

Forsker har valgt å utføre transkripsjonen selv, innen et par dager etter intervjuet. I parentes er det beskrevet sinnstemninger, latter, kremting, bevegelser, pauser og lignende. Deltakernes stemme har jeg notert med tall fra 1-6, mens intervjueren er notert med C. Jeg har transkribert ganske ordrett hva som er sagt, men utelatt enkelte uttrykk som «hmm», og hvis jeg svarer bekræftende ja innimellom mens deltakeren har ordet.

5.5 Analyser

Rammebetingelsene som bestemmer analyseringen av materialet er at spørsmålene følger av problemstillingen, mens svarene bestemmes av både spørsmålene, det empiriske materialet og den teoretiske rammen (Malterud, 2011, p. 91).

For å systematisk analysere dataene ble analysemetoden systematisk tekstkondensering som egner seg for utvikling av beskrivelser brukt. Denne er beskrevet av Kirsti Malterud og er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud, 2011, pp. 98-110). Giorgi sier at målet med den fenomenologiske analysen er å få ny kunnskap om informanternes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Systematisk tekstkondensering har ulike analysetrinn:

1. Få et helhetsinntrykk: Her ble alt materialet lest gjennom for å bli kjent med materialet. Det ble lest gjennom flere ganger og ble funnet ulike temaer som gikk igjen. Temaene ble kategorisert og sortert. De ulike foreløpige temaene ble drøftet opp mot om problemstillingen for å se om de er riktige for å belyse problemstillingen. På dette trinnet var det viktig å arbeide aktivt med å prøve å unngå at min forforståelse og teoretiske referanseramme blir med i fortolkningen. Ved første gjennomgang hadde jeg en oppfattelse av at alle intervjuene var veldig forskjellig. Alle hadde spesielle og individuelle historier og erfaringer å dele. Det var en utfordring å kunne se sammenhenger mellom intervjuene men jeg så etterhvert at det var enkelte temaer som var gjentakende. Intervjuguiden ble også i starten brukt for å dele opp materialet i temaer. Dette fordi intervjuguiden var en god veileder for å vite hva som var relevant for problemstillingen. Temaene som dukket opp fra den første gjennomgangen var forberedelser, symptomforståelse, hjelp og støtte, tanker om behandlere/behandling.
2. I andre trinn fant jeg de meningsbærende enhetene og skilte det relevante fra det irrelevante. Her begynte sorteringen av den teksten som kunne belyse problemstillingen. Materialet ble organisert fra tema til koder. Meningsbærende enheter ble identifisert fra teksten og systematisert som koder. Det var viktig å inkludere så mange som mulig. Ved å kode materialet ble det dekontekstualisert, det vil si at deler av teksten ble hentet ut og kunne leses i sammenheng med andre tekster som ligner og med den teoretiske referanserammen. Med utgangspunkt i temaene fra

første trinn ble kodene utviklet og justert. Dette trinnet krevde en viss fleksibilitet der man kunne oppdage nye koder underveis og gå tilbake til teksten og finne nye meningsbærende enheter. Det ble i noen tilfeller også kodet en meningsbærende enhet under flere koder. Analyseprogrammet NVIVO ble brukt under denne kodingen. Programmet ble brukt via forskningsserver. NVIVO er bygget opp slik at man kan laste opp datamaterialet, markere tekstinnehold i materialet og flytte den til en opprettet kode. Man kunne også lage underkoder og dobbeltkode et tekstinnehold. I begynnelsen ble det veldig mange ulike koder som sto for seg selv. Etter hvert ble flere koder flyttet i samme gruppe slik at det ble flere undergrupper med koder under hver hovedkode. Til slutt kom det frem tre hovedkodegrupper med flere subgrupper under. De tre hovedgruppene ble forberedelser, opplevelse av egen helsetilstand og tanker om pasientrollen.

3. Trinn tre i tekstkondenseringen var å sammenfatte materialet for å hente ut hvilken mening man kunne hente ut fra hver gruppe. Man skulle abstrahere innholdet i de meningsdannede enhetene. Kodene fra analysens andre trinn skal her gi mening ved å organisere og redusere meningsfulle kodegrupper. Det blir presentert sitater som utmerker seg i hver gruppe, og kan presentere de meningsbærende enhetene som er samlet i hver gruppe. Det ble også laget kondenserte sitater, et kunstig sitat. Tekstkondenserte sitater skal si noe om hva som kjennetegner den aktuelle subgruppen og er laget ved hjelp av å bruke alle de konkrete meningsbærende enhetene i en subgruppe for å gjøre det om til en mer generell form. Her har man brukt deltakernes egne ord og begreper fra de meningsbærende enhetene, og gjerne slått sammen ord og begreper fra flere meningsbærende enheter.
4. Trinn fire er sammenfatningen av materialet. Sammenfatte betydningen av sitatene. I dette trinnet skal man re- kontekstualisere. Det vil si å sammenfatte det vi har funnet til å legge grunnlag for nye begreper og beskrivelser. Man laget en analytisk tekst fra hver kodegruppe. Teksten representerer resultatene i prosjektet og formidler sammenfatningen fra flere historier, gjerne med et sitat eller en enkelthistorie som formidler nyanser av hva man har funnet. Videre skal man finne et treffende begrep/overskrift som beskriver hva det handler om. Man kan finne en overskrift for

hvert av kodegruppene, og til slutt helst et fellesbegrep som konsentrerer det viktigste fra alle gruppene. Til slutt skulle man validere funnene – rekontekstualisere resultatene opp mot materialet; gå gjennom råmaterialet igjen og se om de nye begrepene man har kommet frem til kan knyttes til dette. Man skulle lete etter data som motsier de konklusjonene man har kommet frem til.

For å lette totaloversikten i materialet ville det ha vært hensiktsmessig å foreta trinnvise analyser underveis i datasamlingen. Da hadde man sett at nok data er samlet inn når man når trinn fire uten at nye data tilfører noe nytt (Malterud, 2011, p. 110). Dette er ikke blitt gjort. Arbeidet med å analysere dataene ble ikke gjort før alt materialet var samlet inn.

5.6 Etikk

Helsinkideklarasjonen sier at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter (World Medical Association, 2018).

For at man skal forske, må man kunne overbevise om at det er behov for denne nye kunnskapen. Det er etiske vurderinger om den mengden av data vi samler inn er tilstrekkelig til å besvare spørsmålet, man skal ikke ha en unødig omfattende datasamling. Kvalitative data er ofte sensitive og personlige, siden det er menneskers livserfaringer og tanker som samles. Forskeren må sikre anonymiteten til informantene på en tilfredsstillende måte uten at det er risiko for at de vil bli gjenkjent. Faktorer som kan øke risikoen for gjenkjennelse er dialektuttrykk i sitater, informantens alder eller yrke, opplysninger om hvor prosjektet er gjennomført og historier som forteller om en spesifikk hendelse (Malterud, 2011).

Forskeren selv tok kontakt med informantene etter at de hadde sagt seg villig til å være med i studien. Etter en kort introduksjon av meg selv fikk informantene muntlig informasjon om hensikten og fremgangsmåten til prosjektet. De fikk vite om hvordan informasjonen de delte ville bli brukt. Hvis de fortsatt ville være med i prosjektet fikk de vite at de hadde muligheten til å trekke seg fra studien når som helst. Deretter fikk de informasjonsskriv og samtykkeskjema sendt i posten. Samtykkeskjemaet ble levert signert til poliklinikken dagen

før operasjonen. Informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet var utarbeidet av forskningsgruppen POPS.

Navnet og telefonnummer på deltakerne ble oppbevart forsvarlig på bryst- og endokrinkirurgisk avdeling sammen med samtykkeskjemaene. Deltakerne ble anonymisert ved hjelp av nummerering. Lydopptaker og alt materiale ble oppbevart på et sted der kun forsker har tilgang. Det transkriberte datamaterialet ble oppbevart på forskningsserver hvor man trenger brukernavn. Nytt passord får man for hver gang man logger seg på.

Tillatelse fra seksjonsoverlege Turid Aas og avdelingssykepleier Kari-Britt Hagen ved bryst- og endokrinkirurgisk avdeling ved Haukeland Universitetssykehus forelå før oppstart av prosjektet. Til Regional Etisk Komite ble sendt skjema for framleggingsvurdering for å undersøke om prosjektet er meldepliktig i forhold til helseforskningsloven § 9 (Helseforskningsloven, 2017). Siden prosjektet inkluderer pasienter var godkjenning nødvendig, og den ble godkjent før utvalget ble kontaktet.

Intervjuene forgikk mens informantene var i den postoperative fasen, og i møtet med dem kunne det komme frem problemer og spørsmål i forbindelse med behandlingen og rekonvalesenten etter den. Når forskeren er sykepleier kan dybdeintervjuer være utfordrende dersom informantene ser på forskeren mer som sykepleier fremfor forsker (Polit, 2012). Da kan samtykket om å delta i studien være tatt med forventninger om å delta i et sykepleier-pasientforhold (Polit, 2012). Siden intervjueren er sykepleier blir det et etisk dilemma å ikke kunne hjelpe eller svare på eventuelle spørsmål. Det ville være naturlig å kunne hjelpe med det man kan som sykepleier og eventuelt henvise til at informanten kontakter avdelingen for hjelp. Det ble reflektert over hvordan min rolle som både forsker og sykepleier skulle fremtre i intervjusituasjonen. Jeg valgte å ikke informere i forkant av intervjuet at jeg eventuelt kunne svare på spørsmål som sykepleier etter at intervjuet var ferdig. Men informantene visste derimot at jeg var sykepleier. Ved noen tilfeller spurte informantene meg under intervjuene om tilstanden deres. Jeg svarte da under intervjuet at jeg ikke kunne svare på det. Først etter intervjuet var avsluttet fortalte jeg at jeg hadde erfaring med pasienter som hadde gjennomgått hemithyreoidectomi fra både sengepost og poliklinikk og kunne svare på deres spørsmål. I to tilfeller anbefalte jeg også at de burde ta kontakt med poliklinikken for å få videre svar på deres spørsmål. I et tilfelle var jeg som sykepleier bekymret for operasjonssåret til en av informantene. Jeg fant det etisk uforsvarlig å ikke inspisere såret etter at intervjuet var ferdig. Ved inspeksjon av såret var det noe hovent og ruborøst. Jeg

oppfordret ham til å kontakte poliklinikken han var knyttet til i forhold til operasjonen dagen etterpå hvis smertene i operasjonsområdet ikke hadde minket.

Hovedprosjektet har tilgjengelig psykolog og en erfaren dagkirurgisk sykepleier som kunne kontaktes hvis jeg opplevde at informanten hadde behov for støtte. I to tilfeller anbefalte jeg at informanten burde ta kontakt med helsevesenet, men anbefalte da at de tok kontakt med poliklinikken fordi jeg anså de som rette instans.

Det å intervju en person kan innebære å komme inn på tema som kan være sensitive og komplekse. Risikoen for å gjøre vondt eller skade pasienten er derfor tilstede. Dette er et etisk dilemma der man som intervjuer kan gå inn på tema som kan få informanten til å sitte igjen med sterke og vonde følelser. Intervjueren vil ikke kunne vite om de vonde følelsene vil være belastende i etterkant av intervjuet. I beskrivelsen av egen helsetilstand og tanker om fremtiden var det en informant som beskrev tilstanden sin som nedadgående. Dette var på grunn av andre årsaker enn den aktuelle behandlingen. Han fremsto som fortvilet over egen situasjon og jeg som intervjuer reflekterte over at jeg fikk ham til å fortelle om dette med viten om at jeg ikke kunne følge det opp.

6.0 Resultat

Informantene i dette studiet er to menn og fire kvinner, alderen var mellom 47-69 år. Samtlige bodde med ektefelle. Tre av dem bodde sammen med barn, der to av dem hadde mindreårige barn som var mellom 13 og 18 år. Fire av dem hadde en sykdom eller lidelse av varig natur fra før. Fire var i lønnet arbeid, hvorav en i 15 % lønnet arbeid og resten ufør. En var pensjonist og en var 100% ufør. Ventetiden til operasjonen var mellom fire uker og seks måneder. Avstanden til sykehuset var mellom 10-71 km.

I det følgende vil jeg presentere funn som er fremkommet av analysen.

6.1 Informantene hadde i liten grad forberedt seg på sitt eget sykeleie «Nei det hadde jeg ikke tenkt på.»

Informantene i denne studien hadde alle dagen før operasjonen hatt samtale med kirurg, sykepleier og narkoselege. De hadde tatt blodprøver og stemmebåndsundersøkelse. De hadde fått brev i posten i god tid med oppmøtetider og litt informasjon om behandlingsforløpet.

Informantene hadde på forhånd fått vite at de ville trenge noen dager sykefravær fra jobb. Dette hadde samtlige tatt til etterretning. Halvparten var ikke i aktiv jobb. En var pensjonist. Hun hadde derimot organisert opphold på palliativ avdeling til sin pleietrengende ektemann. To av informantene var sykemeldt fra før på grunn av andre årsaker.

Informantene i denne studien innledet ofte intervjuene sine med å beskrive forventninger de hadde til behandlingen. Forventningene dreide seg om redsel for bivirkninger av behandling som pustebesvær, kvalme og stemmebåndsplager. Dette var alle bivirkninger som pasientene var informert om på forhånd. Forventningene var ikke for alle oppfylt. Noen var overrasket av at det gikk så fint.

«Jeg så vel dette for meg litt mer dramatisk enn det var, og det er jo egentlig en liten operasjon.»

Mens andre var overrasket over at de var mer medtatt enn de hadde sett for seg.

«Jeg hadde ikke tatt høyde for at jeg skulle ta det med ro.»

Vanskeligheten med å forestille seg hva de skulle gjennom og hva de selv kunne bidra med vises også når de ble spurt om praktiske forberedelser.

Informantene ble spurt direkte om de hadde gjort forebyggende tiltak, som ekstra renhold, innkjøp av mat og medisiner. Her svarer samtlige informanter at de ikke hadde tenkt på infeksjonsforebyggende tiltak som vasking av hus eller skifte av sengetøy. De hadde heller ikke tenkt på å kjøpe inn ekstra og næringsrik mat for dem selv. Tvert imot.

«Nei, på ingen måte, jeg tenkte ikke så mye på mat» (tekstkondensering)

Bare en sier at hun har organisert innkjøp av rett i koppen supper for å sikre væskeinntak første døgnet.

Om renhold forteller samtlige informanter unntatt en at de ikke har gjort noe spesielt og at de faktisk ikke har tenkt på det.

«Nei, det hadde jeg ikke tenkt på.»

Kun en informant sa at hun hadde vasket og ryddet litt på forhånd, men hun forteller og at hun har tre hunder og at rengjøringen derfor ikke hjelper stort.

«Jeg hadde ryddet og vasket litte grann ja, men det hjelper så lite med tre hunder»

Dataene i denne studien viser at disse informantene i liten grad er forberedt på sitt eget sykeleie/rekonvalesenttid. Det er gjort lite forberedelser med tanke på innkjøp av næringsrik mat eller medisiner. Smitteforebyggende tiltak som ekstra rengjøring av hus og sengetøy er heller ikke tenkt på. De har ikke blitt informert om eller tenkt på at tiden etter operasjonen burde ha vært planlagt med tanke på egenbehandling og egenpleie.

6.2 Internett blir ikke brukt som kunnskapskilde « Når du søker på internett er det ikke noe som stemmer med akkurat det du har»

Vi lever i dag i en mer og mer digital verden, der veien til informasjon er kort. Via internett kan man i dag få rede på mye, også medisinske spørsmål. Det var derfor interessant om informantene brukte digitale hjelpemidler til å forberede seg på hva de skulle gjennom. Hvis de hadde brukt internett eller bekjente til å gjøre seg bedre kjent med diagnosen og behandlingen sier det litt om hvilke forberedelser de hadde gjort i forkant av behandlingen og derfor hvilke forutsetninger de hadde hatt til å kunne se for seg hvordan tiden ville bli etter operasjonen.

Et av spørsmålene var derfor om informantene hadde forberedt seg ved å bruke internett til å søke om informasjon angående behandlingen de skulle gjennomgå. Alle informantene er kjent med at det er mulig å søke etter informasjon på internett. Tre av disse har valgt å ikke søke etter informasjon, der en av disse sier eksplisitt at det er et bevisst valg.

«Nei, jeg har ikke søkt informasjon på nettet. Bevisst valg fra min side. Det handler om.. du kan jo Google deg til det meste i dag tilsynelatende, og jeg tenkte at det er så mye negativt å finne.»

De tre andre informantene forteller at de har brukt internett for å få mer informasjon. I deres intervjuer finner jeg ingenting som tyder på at disse har vært bedre forberedt enn de andre.

«det er liksom sånn at når du leser på nettet er det aldri noe som stemmer med akkurat det du har»

«Googlet litt, men det er skummelt for da kommer det opp alt som er farlig»

Funnene gir inntrykk av at internett ikke har vært egnet til å tillegge seg kunnskaper i forhold til forløpet av den behandlingen disse informantene skulle gjennom.

6.3 Pasienter mangler kunnskaper til å vurdere sin egen helsetilstand «Jeg vet ikke hva som er vanlig, men det er ting jeg tenker på da.»

Tema nummer to i intervjuguiden var at informantene skulle fortelle om det første døgnet. Det ble da spurt om hvordan de hadde hatt det i forhold til søvn, smerter, ernæring, ubehag og hva de har hatt behov for av hjelp og støtte. Ut ifra svarene kan man danne et bilde av hvordan informantene opplevde sin egen helsetilstand kort tid etter operasjonen. De ulike opplevelsene som kom til uttrykk vil gi et innblikk i hvilke forutsetninger informantene har for egenbehandling.

Informantene forteller at de har fått informasjon på sykehuset, både før, under og etter inngrepet. Flere er imidlertid usikker på om de husker informasjonen og er usikker på hvordan informasjonen skal tolkes.

«Jeg mener kirurgen sa noe om det, men jeg var kanskje litt høy da jeg våknet opp».

Usikkerheten rundt egenbehandlingen og hvordan en vurderer egen helsetilstand kommer til uttrykk på ulike måter.

«Det er mer ømt nå etter fire dager, men det er sikkert sånn det skal være. De sa det tok lang tid å leges.» (tekstkondensert)

En annen informant fikk etter operasjonen stemmebåndsparese. Han forteller at han føler seg tungpustet og uttrykker at han ikke vet hva det kommer av, men at det er noe han undrer på.

«Er jeg tungpustet fordi jeg er hoven i halsen? Jeg vet ikke hva som er vanlig, men det er ting jeg tenker på da.» (tekstkondensert)

Hos to, som også hadde smerter før operasjonen vedvarte smertene, og disse pasientene hadde problemer med å vurdere sin tilstand. En av dem som tok smertestillende fra før nevner at han synes han har økende smerter i operasjonsområdet fjerde dagen etter operasjonen. Han sier at han tenker det er normalt med økt smerter, og at sykehuset hadde informert om at det ville ta lang tid å leges. Han som hadde stemmebåndsparese har også problemer med å vurdere sin tilstand da han sier han ikke vet hva som er normalt.

Oppsummert var informantene fornøyd med behandlingstilbudet som er gitt, de følte seg trygge og de hadde lite behov for hjelp men hadde god støtte hjemme hvis de hadde behov for det. Men halvparten av informantene er i situasjoner der de har vanskeligheter med å

vurdere sin egen helsetilstand. To av dem uttrykker bekymring på grunn av det mens en tredje anslår tilstanden sin som normal.

6.4 Utenfor sykehuset faller rollen som pasient bort «Følelsen av å være pasient var veldig kort»

En av informantene gjør i intervjuet oppmerksom på at følelsen av å være pasient var veldig kort. Han vil fortelle om dagen etter operasjonen på vei hjem fra sykehuset. Han bruker ordet folkeaspektet for å beskrive situasjonen. Han forteller at han handlet inn ingredienser til å brygge øl. Han reflekterer over at han allerede da var tredd ut av pasientrollen, der han planlagte gjøremål i sitt sivile liv uten å tenke på bandasjer, smerter eller at han var sykemeldt.

«Følelsen av å være pasient var veldig kort»

Han sammenligner dette forløpet med en tidligere operasjon der han ble innlagt dagen før og at han da var i pasientrollen selv før operasjonen. Han sier at dagkirurgi er pasientvennlig, da det er en fordel å kunne være i sitt sivile liv mest mulig.

«For man føler seg syk nok når man ligger der fra før av om man ikke skal strekke døgnet i begge ender både før og etter en operasjon.»

En annen hadde vært i begravelse et par dager etter operasjonen og sa at hun tenkte på å snart begynne å jobbe litt igjen fordi hun ikke følte seg så syk at hun hadde behov for å være hundre prosent sykemeldt.

«Jeg trenger ikke være syk hele tiden, jeg liker ikke det» (tekstkondensert)

En deltaker hadde latt mannen sin ligge i sengen sin på hotellet mens hun selv lå i sengen som var satt fram til ledsageren fordi hun mente at den campingsengen ikke egnet seg til mannen hennes som var over hundre kilo tung.

«Jeg sov jo ikke så godt for jeg skulle ligge med hodet høyt. Sengene kunne vært bedre for det passet seg ikke for en mann på over hundre kilo å ligge på den.» (tekstkondensert)

Hun som hadde mannen sin innlagt på palliativ avdeling var allerede dagen etter operasjonen på besøk til han. Hun besøkte ham hver dag, men kjente at det var nok å besøke ham en gang daglig istedenfor to som hun hadde først tenkt. Hun hadde sett for seg at hun ville være såpass oppegående at hun kunne ha gått i jobb et par dager etter operasjonen hvis hun ikke

hadde vært pensjonist. Hun hadde forestilt seg at hun ville følt seg piggere siden det var en dagkirurgisk prosedyre. Hun sammenlignet med et gynekologisk inngrep hun hadde gjort tidligere da hun var i jobb igjen tre dager etter inngrepet.

«Jeg hadde ikke tatt høyde for at jeg skulle ta det med ro»

Siden hun til vanlig tok seg av sin pleietrengende mann så hun på de dagene hun var alene etter operasjonen som fridager der hun kunne få gjort forefallende arbeid. Den tredje postoperative dagen vasket hun huset for å få det gjort før mannen kom hjem igjen, mens fjerde dagen så hun til hytten.

«Jeg støvsuget og vasket gulvet siden det var så lenge siden sist, og i dag dro jeg på hytten, for alt skulle gjøres de dagene jeg hadde til rådighet.» (tekstkondensert)

Det ble ikke spurt direkte om informantene hadde noen refleksjoner rundt pasientrollen i forhold til at de var dagkirurgiske pasienter. Det kom likevel frem momenter som belyser hvordan de oppfatter seg selv i rollen som nyoperert. En av dem setter direkte ord på at han reflekterer over dette. Han fremstiller ikke det å føle seg «sivil» kort tid etter operasjonen som noe negativt. Han sier også at følelsen av å være i den sivile rollen sammen med å føle seg trygg på å få hjelp ved behov var positiv. Ut ifra disse momentene som kommer fram kan man få en forestilling av at informantene tilstreber en situasjon der de lever som normalt med dagligdagse gjøremål og der de ikke føler seg som pasienter.

6.5 Kontakt med helsevesenet «Nei, jeg kommer ikke til å ringe og spørre»

Ingen av deltakerne hadde hatt kontakt med helsevesenet etter konsultasjonen på sykehuset dagen etter operasjonen. Svar på undersøkelsen av preparatet av skjoldbruskkjertelen som var tatt ut ville de få per brev.

To av informantene hadde spørsmål angående sin egen tilstand. En av informantene hadde mange spørsmål omkring operasjonen, hva de fant og hvorfor hun ble operert. Intervjuer stilte spørsmål om hun ville ringe det nummeret hun hadde fått oppgitt for å få svar, men det kom hun ikke til å gjøre.

«Nei, jeg kommer ikke til å ringe og spørre, da må det være hvis for eksempel det skulle dukke opp noe nå. Noen spesielle smerter»

Informanten med stemmebåndsparese hadde fått informasjon om at han ville bli fulgt opp med tanke på dette to uker etter operasjonen. Men han hadde flere spørsmål omkring denne komplikasjonen som han lurte på. Blant annet at han var tungpustet. Han nevnte ikke at det var en mulighet at han kunne ringe det oppgitte nummeret til poliklinikken for å få svar på spørsmålene sine.

«Jeg vet ikke om det er normalt, så det kunne jeg godt tenke meg å vite mer om. Er det normalt?» (tekstkondensert)

En tredje er nevnt tidligere der at han hadde økende smerter i operasjonsområdet fjerde dag postoperativt. Dette tolket han som sagt som normalt i en tilhelingsprosess. I forbindelse med dette uttrykker han ikke at han har planer om å kontakte helsevesenet.

Med disse momentene som utgangspunkt sitter jeg igjen med at det er en høy terskel for å kontakte helsevesenet i dagene etter operasjonen til tross for at de har fått direktenummer til sykepleier på tilhørende poliklinikk. De har tilstander hvor det er et behov for å kontakte helsevesenet, men de vurderer selv situasjonen sin til at det ikke er behov for å kontakte helsevesenet.

7.0 Drøfting

7.1 Resultatdiskusjon

7.1.1 Informantene hadde i liten grad forberedt seg på sitt eget sykeleie «Nei det hadde jeg ikke tenkt på.»

Fra Florence Nightingales lære kan en utlede at det er viktig at pasienten skal få hjelp til å mobilisere og bruke sine iboende helbredende krefter. Pasienten skal ha viljen til å gjøre det og ha kunnskaper nok til å forstå hvordan disse kreftene kan brukes (Karoliussen, 2011). Gode forberedelser og tilrettelegging er en forutsetning for å sette pasienten i en slik tilstand at naturen selv kan virke på han (Nightingale, 1997). Ser en på det empiriske materialet i denne studien kan man se at informantene har gjort forberedelser i forhold til de krav som er stilt av helsevesenet. Det vil si at de har organisert det slik at de har noen hos seg det første døgnet og har lagt til rette for at de er sykemeldt. På den andre siden kan det se ut til at informantene i liten grad har gjort huslige forberedelser med tanke på at de skal være sitt eget sykehus og utføre sin egen postoperative behandling. De har i liten grad gjort forberedelser med tanke på å tilrettelegge for næringsrik mat eller gjort hygieniske tiltak for å minske risikoen for postoperative sårinfeksjoner. En kan stille spørsmål om pasienten har

forutsetninger for å kunne forberede seg til det postoperative forløpet. Ifølge Florence Nightingale sine prinsipper for pleie av syke mennesker spiller et sunt og friskt hus inn (Nightingale, 1997, p. 51). Opererte pasienter som er innlagt på sykehus får rene klær daglig, en ren seng rett etter operasjonen og rommene de oppholder seg i blir rengjort daglig. De får tilbud om tilpasset mat i forhold til ubehag etter operasjonen. Bandasjen og operasjonsområdet blir regelmessig undersøkt. Smertene blir kartlagt og tilpasset smertelindring blir tilbudt ut ifra kartleggingen. De manglende praktiske forberedelsene tyder på manglende kunnskap om postoperativ pleie og dermed manglende beredskap i tilfelle noe skulle skje. Det er mulig at informantene på forhånd visste at de hadde familie rundt seg hjemme, og derfor ikke beregnet at de hadde behov for ekstra mat eller renhold. De kalkulerte med at hvis noe dukket opp av behov etter operasjonen så hadde de folk rundt seg som kunne hjelpe. De manglende forberedelsene peker på at meningmann ikke er i besittelse av sykepleiekunnskaper og at det forebyggende aspektet ikke informeres om til dagens dagkirurgiske pasienter. Manglende mat og medisiner kan bli svært utfordrende hvis du ikke er i stand til å skaffe det fordi du er for medtatt etter operasjonen.

Også hos informanter med helsefaglig bakgrunn ser vi at forberedelsene er mangelfulle. En av deltakerne var overrasket over tilstanden sin etterpå da hun ikke var klar over at hvis hun var i jobb så ville hun ha fått sykemelding. Denne deltakeren var selv tidligere sykepleier og følte seg medtatt etterpå, og hadde ikke tatt høyde for at hun måtte ta det med ro. Det kan tyde på at det ikke er nok å ha generell kunnskap, men du trenger også å vite noe om det feltet som er aktuelt.

Det kommer ikke frem noe som tilsier at informantene har noen tanker om hva som skal til for å heles så raskt og godt som mulig. Nightingales tanker om at en må legge til rette for de helende kreftene er fraværende i dette materialet. Tvert imot så virker det som at informanten ikke har noen relasjon til de helende prosessene og sine egne bidrag til det i det hele tatt. Inngrepet er utført, behandlingen er over og nå må en legge det bak seg.

Ut ifra informantenes manglende forutsetninger til å vite noe om hvordan de best kan forberede seg til postoperativ pleie av seg selv, kan man vurdere om helsevesenet ikke har et godt nok tilbud i forkant av operasjonen for å forberede dem. Som tidligere beskrevet handler informasjonen før operasjonen om behandling og ikke pleie. Sykepleieinformasjon som viktigheten av ernæring, hvile og smitteforebyggende tiltak er fraværende. Det er en mulighet at pasienten har fått informasjon om forberedelser foruten sykemelding og at de må ha

pårørende tilgjengelig. I så fall så virker det ikke som om denne informasjonen er blitt oppfattet. Det kan tenkes at grunnen til det er at pasientene får så mye informasjon fra flere aktører i behandlingsforløpet dagen før operasjonen, og informasjon om forberedelser kanskje har blitt glemt. På den andre siden kan det tenkes at sykepleier bevisst ikke informerer fordi de vil skåne pasientene for at de ikke skal få i overkant mye informasjon at noe blir glemt. Kanskje sykepleierne tenker at det er nok å informere om det som skal skje av forberedelser til selve operasjonen; dusjing, faste, oppmøtetidspunkt til operasjon og lignende.

7.1.2 Internett blir ikke brukt som kunnskapskilde « Når du søker på internett er det ikke noe som stemmer med akkurat det du har»

Halvparten av informantene i denne studien valgte bevisst å ikke søke på internett, og de tre som søkte syntes ikke de fikk relevant informasjon. Denne studien viser dermed at internett ikke brukes som kunnskapskilde for at pasienten skal få mer kunnskaper om diagnose, behandling og pleie. Internett som kunnskapskilde kan vise seg som inadekvat for denne pasientgruppen. Da helse- og omsorgsminister Bent Høie presenterte sine politiske mål og styringsbudskap i januar 2014 trakk han frem at han ville skape pasientens helsetjeneste. Siden den gang har begrepet brukermedvirkning blitt flittig brukt av helsevesenet. I et blogginnlegg i Dagens Medisin (Bekkemellem, 2016) ble det med dette som bakgrunn trukket frem at dagens helsetjeneste er avhengig av en opplyst pasient. Hun skriver at hvis pasienten skal ha en aktiv rolle i helsetjenesten er det grunnleggende at pasienten har nok kunnskap om feltet. HelseOmsorg21 er en nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg (HelseOmsorg21, 2018). Det ble opprettet et råd, HO21-rådet med Camilla Stoltenberg som leder våren 2013 etter initiativ fra helse- og omsorgsdepartementet. Målet med HO21 er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester. I HelseOmsorg21-strategien er et av de ti satsingsområdene økt brukermedvirkning. Handlingsplanen for oppfølgingen av strategien ble lansert 24 november 2015. Der er et av arbeidsgruppens forslag til tiltak at nasjonale, digitale kunnskapsressurser og delingsplattformer bør videreutvikles med tilgang for pasienter og publikum. Videre skulle det være reell brukermedvirkning i alle deler av kunnskapssystemer der tilgang på relevant informasjon er viktige virkemidler.

Dersom helse- og omsorgsdepartementet løfter frem viktigheten med økt brukermedvirkning, kan man stille spørsmål om det offentlige legger til rette for at pasienten

skal være opplyst. Funnet kan drøftes om det stemmer overens med det som hevdes i Stortingsmelding 47 der det står at pasienten har utviklet seg fra å være passivt mottakende til langt mer aktivt medvirkende, og til dels etterspørrende og krevende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, p. 51). Videre står det at pasienten får i større grad kunnskaper om egen helse og behandlingstilbud gjennom internett. Pasientene kan være i bedre stand til å mobilisere sine egne ressurser hvis de medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009, p. 51). Det kan være en tanke at det offentliges bilde av den opplyste pasient som en som googler seg til kunnskap om egen helse, og er i stand til å medvirke til egen behandling annerledes enn i virkeligheten. Kanskje veien mot egenbehandling, der økt kunnskap hos pasienten øker pasientsikkerheten og gjør brukermedvirkning mer anvendelig har gått for fort.

I et av tilfellene der en av informantene bevisst ikke hadde søkt om informasjon via internett, nevner hun også at hun stoler fullt og helt på legens anbefaling om operasjon. Dette tyder på at det er behandler som er den viktige informasjonskilden til at hun skal føle seg trygg i at operasjon var riktig behandling. På den andre siden opplyser deltakerne at de mener de har fått god informasjon via behandler. Dette kan tyde på at pasientene som gjennomgår hemithyroidectomi dagkirurgisk får tilstrekkelig informasjon på sykehuset angående sin behandling og har ikke behov for å bruke internett som kunnskapskilde.

Det at internett blir sett på som en kilde til kunnskap om egen helse og behandlingstilbud kan være en ting, men et annet aspekt er hvorvidt internett kan brukes som kunnskapskilde når det gjelder postoperativ pleie. Å få innsikt over hvilken behandling man skal gjennom og hvordan det blir gjort er for mange interessant, men å vite hvordan man skal forholde seg etterpå er ikke belyst i samme grad. Dermed kan det tenkes at å bruke internett til å forberede seg til den postoperative pleien ikke egner seg i det hele tatt. Mulig internett som kunnskapskilde bør utbedres i forhold til at pasienter skal kunne bruke det for å hente kunnskaper om egenbehandling. Hvis internett skal kunne brukes bør det vurderes om helsevesenet burde utvikle mer tilpasset informasjon og eventuelt redskaper som kan gjøre det lettere for pasienter å utføre egenbehandling.

I en nyhetssak 21 november 2018 viser NRK at det er utviklet en ny app for kvinner med underlivskreft. Appen er en måte kvinner med denne sykdommen kan overvåke seg selv på for å se etter mulige tegn til residiv av sykdommen (NRK, 2018). Appen er utviklet i forbindelse med en studie om selvovervåking ledet av Ingvild Vistad. I 2016 melder

Folkehelseinstituttet at det er utviklet et samarbeidsverktøy for behandling der et program på PC og via en app og brukes til å følge opp behandling, revurdere behandling og gjøre doseendringer (Folkehelseinstituttet, 2016). I lys av disse nyhetene kan man se at veien videre er startet med tanke på pasienter og egenbehandling, der redskaper er laget for å gjøre folk flest mer i stand til å observere og behandle seg selv.

7.1.3 Pasienter mangler kunnskaper til å vurdere sin egen helsetilstand «Jeg vet ikke hva som er vanlig, men det er ting jeg tenker på da.»

I kartleggingen av hvordan informantene hadde det i forhold til smerter, søvn og sårbehandling, fikk man en oversikt over hvordan informantene klarte å observere seg selv, hvordan de vurderte sin egen tilstand og hvilke tanker de hadde rundt sin egen tilstand.

Pasientene hadde blitt informert om at det ville forekomme ubehag og smerter i operasjonssåret. Informasjonen var blitt gitt både skriftlig og muntlig. Denne informasjonen er grunnlaget for at pasienten selv skal kunne vurdere seg selv og tilpasse smertene og ubehaget i forhold til aktivitet, smertelindrende medikamenter og til å vurdere om komplikasjoner oppstår.

Under intervjuet kom det frem at noen av informantene hadde tilstander som de ikke hadde forutsetninger til å vurdere selv. En av informantene var hoven i halsen, men visste ikke om det var normalt i forhold til inngrepet. I et annet tilfelle opplyser en informant at han hadde økende smerter fjerde dagen postoperativt. Min forforståelse som sykepleier og flerårig erfaring med kirurgiske pasienter sier meg at det kan være tegn på at noe ikke er som det skal når smerter i operasjonssåret er økende fjerde postoperative dag. Av erfaring oppstår postoperative sårinfeksjoner ofte tredje til syvende postoperative dag. Denne aktuelle informanten opplyste i tillegg at han hadde hatt postoperativ sårinfeksjon tidligere da han opererte et kne. I tillegg røykte han. Han hadde også fått informasjon om stell av såret, og han uttrykte at han var veldig fornøyd med den informasjonen som var gitt. Det kan virke som han tolker selv informasjonen som er gitt i forhold til de smertene han har. Han tolker det som normalt at han har økende smerter fjerde postoperative dag fordi «De sa det tok lang tid å leges». Den samme informanten kan ha misoppfattet hvordan han skulle behandle såret. I utgangspunktet skal bandasjen skiftes ved dusjing, mens stripsene som er tapet over såret skal ligge på minst to uker. Etter min erfaring blir det informert om at stripsene kan løsne etter hvert og at de gjerne kan tas av i forbindelse med dusjing. Men det er først etter to uker. I dette tilfellet kan det se ut som om informanten har forstått informasjonen på en annen måte

der han trodde at alt skulle fjernes ved første dusj. Han hadde derfor tatt av stripsene allerede tredje postoperative dag og erstattet de med en tape. Informasjonen om sårbehandling og økende smerter fjerde dagen kan gi rom for å tenke over om det kan ha oppstått en sårinfeksjon. Spørsmålene man kan stille seg i dette tilfellet er om denne pasienten har gode nok kunnskaper og erfaring til å utføre egenbehandling hjemme. Videre kan man spørre seg om han ville kunne vurdere hvilke tiltak som skal settes i gang hvis han får en sårinfeksjon. Ifølge han selv hadde han altså fått god informasjon, men det kan se ut som om han har misforstått informasjonen og tolket symptomene som dukket opp til at de var normale. Man kan derfor tenke at han ikke har tilstrekkelige forutsetninger til å vurdere sin egen helsetilstand. Den aktuelle informanten uttrykte ingen planer om å kontakte helsevesenet i forbindelse med at han hadde økende smerter fjerde postoperative dag.

Ifølge Florence Nightingale sin lære, er det viktige forutsetninger som må ligge til grunn for å tenke selv og gjøre gode faglige refleksjoner som sykepleier. Kunnskap og observasjon av pasientens tilstand er ifølge henne grunnleggende forutsetninger for at en sykepleier skal kunne for å kunne utføre sitt virke (Karoliussen, 2011, p. 33). Foruten informasjon om sårbehandling, tegn til infeksjon og smertebehandling virker det ikke som det blir informert så mye om hvordan pasientene skal vurdere seg selv hjemme i tiden etter operasjonen. Uten kunnskap og erfaring er det vanskelig for pasienten å kunne vurdere hva som er normalt. Hvor mye smerter er det normalt å ha? Hvor hovent kan et operasjonsområde være før man skal søke hjelp? I hvilken grad er det normalt å være aktiv etter en slik operasjon? Svarene på disse spørsmålene er det kanskje ingen som kan. Pasienter som er innlagt på sengepost av ulike grunner blir som oftest utskrevet dagen etter. Dermed strekker kanskje ikke sykepleiernes erfaring lenger enn til første postoperative dag. På poliklinikken har man vanligvis ikke kontakt med pasientene etter konsultasjonen dagen etter operasjonen med unntak av de som ringer ved spørsmål. Dermed sitter kunnskapen av helbredelsesforløpet individuelt hos pasientene og blir ikke delt. I lys av dette kan det være at selv ikke helsevesenet har forutsetninger til å forberede pasientene til hvordan de skal vurdere og utføre egenbehandling hjemme. I tillegg til at den postoperative sykepleiefaglige omsorgen har forvunnet de seneste årene, så kan man gå ut ifra at også mye av kunnskapen om dette har gått tapt. Dette som en konsekvens av at den kunnskapen ikke lenger er synlig. Videre kan det tenkes at siden sykepleierne ikke har denne kunnskapen så er det en mulighet for at de ikke ser behovet for å forberede pasienten noe videre på sin egenbehandling. Kanskje det er

en oppfatning at allmennkunnskap om sykdom og pleie også er tilstrekkelig når det gjelder sykeleie etter dagkirurgi. På den andre siden kan det hende at sykepleierne holder seg til å informere om tegn på viktigste komplikasjonene, i den tro at pasienten vil ta kontakt hvis noen av de skal oppstå.

7.1.4 Utenfor sykehuset faller rollen som pasient bort «Følelsen av å være pasient var veldig kort»

Flere av deltakerne skisserte episoder der det kan stilles spørsmål om hva informantene la i pasientrollen. Fra før har jeg erfaring med pasienter fra sengepost og poliklinikk der jeg er den som gir omsorg. Et interessant En av deltakerne fortalte at hun lot mannen sove i den gode sengen på hotellet mens hun tok campingsengen. En annen deltaker reflekterte selv over pasientrollen og sammenlignet nåtidens behandlingsopplegg med dagkirurgi med en tidligere opplevelse som inneliggende pasient ved en elektiv operasjon. Han beskrev at følelsen av å være pasient var kortere i det nåværende behandlingsforløpet. Den samme informanten forteller at han drar ut og kjøper inn ingredienser til ølbrygging med det samme han forlater sykehuset. Han reflekterer over hvor raskt han forlater pasientrollen og blir «sivil». Dette til tross for at han dagen før har blitt operert.

Dette funnet vil jeg diskutere i forhold til hvordan den økonomiske omstruktureringen som har foregått i helsevesenet kan ha påvirket hvordan pasienter ser på seg selv og hvordan utviklingen kan ha forandret samfunnets syn på behov for pleie.

Nightingale var opptatt av helsereformer som ville gjøre det bedre for syke og fattige i samfunnet. I vår tid innføres det også reformer, men det kan diskuteres hvorvidt alle er til pasientens beste. I dag har helsevesenet gått fra en tradisjonell, personorientert, humanistisk forståelse med fokus på kvaliteten i hjelpen til de som trenger det, til en markedsorientert, økonomisk tenkning hvor produktivitet telles i kroner og øre (Karoliussen, 2011, p. 44). Økonomisme, den ideologi som setter økonomien først, vises i større og større grad i helsevesenet, der helsevesenet blir sett på som produksjonsenheter. Økt dagbehandling er en av konsekvensene og den nære pasientomsorgen kommer ofte i skyggen av de økonomiske vurderingene. Sykehusreformen der staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten i 2002, hadde klare målsettinger som handlet om færre tilleggsbevillinger og sikre økt effektivitet. Diagnoserelaterte koder ble utgangspunktet for innsatsstyrt finansiering av helsetjenester. Resultatet er at legearbeid alene utgjør sykehusets produktivitet og inntektsbringende side, mens sykepleievirksomheten oppfattes å tilhøre utgiftssiden.

Konsekvensene av omleggingen av budsjett rutiner ble at økonomien kom mye tettere på i driften der sykepleierne i avdelingene måtte bruke arbeidstiden til å tenke økonomi i tillegg til pasientomsorg. Reformen førte videre til at språket blant sykepleiere endret seg (Karoliussen, 2011, p. 51). For å kunne delta i forståelsen av et velfungerende helsevesen er det hensiktsmessig å ha et felles språk for å kunne delta i diskusjoner med samarbeidspartnere. Men i tillegg til det felles medisinske språket som sykepleiere kan kommunisere med andre profesjoner innen helsevesenet så har de også et sansespråk seg imellom. Når en sykepleier kommer med utsagn som «han høres lettere ut» brukes et sansespråk som kun gir mening til de som deler den samme forståelsen for utsagnet. Ved rapportskrivning blir dette språket tilpasset det felles medisinske språket. Når det er krav til at det brukes et sånt systemspråk, kan det føre til at sykepleiernes faglighet blir usynliggjort. Sykepleiernes språk ble da mer systematisk og vitenskapelig for å bygge opp under at sykepleien er et eget kompetansefelt. Språket ble også forandret av det økonomisk-administrative språket, der pasientene kalles brukere, man «produserer» helsetjenester og «forvalter» enheter. Positive ladete ord som sparing ble brukt i stedet for innstramminger, og dette språket bidrar til at personalet går med på premisser som administrasjonen setter uten kritisk tenkning om hva man sparer for. Det at ordet pasient, som betyr «den som lider» på latin er byttet ut med bruker «den som forbruker» gjør at det skjer noe med forståelsen av personen man skal hjelpe og påvirker omsorgens intensjon (Karoliussen, 2011, p. 54). Begrepet pasient ble gjort til noe negativt og passivt, mens begrepet forbruker skulle ha en betydning som ressurssterkt og positivt. Konsekvensen av språkforandringen er at selvhjulpenhet og egeninnsats ble mer krevet og lidelsen og omsorgsbehovet ble dempet. Dermed blir sykepleie og hva sykepleie handler om skjult av språket.

Med dette som bakgrunn kan man sette paralleller til denne studien der pasientene er blitt forbrukere av helsetjenester og kravet er blitt at de skal være mer selvhjulpen og bruke mer egeninnsats av seg selv og sine pårørende. Sykepleien er som sagt en utgift for helsevesenet og er kuttet ned til et minimum. Når det er diagnosekodene som gir penger i kassa, så blir ikke forebyggende arbeid belønnet. Når helsevesenet har forandret på begrepene kan dette også overføres til pasientene. Funnene i denne studien kan dermed gi et innblikk i at også pasientene selv stiller spørsmål om sin egen rolle. Når er de pasienter? Når er de lidende og omsorgstrengende? Når selvhjulpenhet og egeninnsats er blitt løftet frem som positivt og omsorgstrengende og lidende er negativt kan konsekvensen bli at det virker inn på pasientenes avgjørelse om å be om hjelp når de har behov for det. Og det kan forklare

hvordan pasientene selv tilstreber å leve som om de ikke er pasienter – lidende og omsorgstrengende.

7.1.5 Kontakt med helsevesenet «Nei, jeg kommer ikke til å ringe og spørre»

Ved spørsmål om kontakt med helsevesenet var det ingen som hadde hatt kontakt mellom den planlagte postoperative kontrollen dagen etter operasjonen og intervjudagen. Det kom likevel frem flere spørsmål og bekymringer under intervjuene som man kunne tro hadde vært grunn til å kontakte. På bryst- og endokrinkirurgisk poliklinikk blir det informert om at man kan ringe ved spørsmål. Dagkirurgiske pasienter som blir operert via bryst- og endokrinkirurgisk avdeling er i en særstilling på Haukeland Universitetssykehus, der de fleste andre avdelinger ikke har samme tilbud med samtaler med sykepleier dagen før og dagen etter operasjonen. Pasientene som er operert her har dermed kjente ansikter og navn å knytte seg til når de er hjemme og skal ta kontakt. Forskerens egen jobberfaring derfra er at man også informerer om at det er lav terskel for at man som pasient skal ringe og at det er bedre å ringe en gang for mye enn en gang for lite. Det er altså en forventning fra sykehuset at pasienten vil ta kontakt ved spørsmål og behov. Likevel ser det ut som det er en høy terskel for pasientene å ringe. Det at de ikke har tatt kontakt kan ha en sammenheng med det ovenstående. Generelt kan det oppsummeres slik: pasientene kommer inn på sykehuset og får en dagkirurgisk behandling. De har forberedt seg til at de har noen hos seg på sykehotellet første natten og at de har tilgang til noen i tiden etterpå. Mens de er på sykehuset, blir de behandlet som pasienter. De får ren seng, mat, spørsmål om de har smerter og følge til toalettet ved behov. De får kontinuerlig tilsyn av helsepersonell uavhengig av egen forespørsel. Når de kommer hjem føler de seg ikke lenger som pasienter. Navlestrengen til omsorgen de fikk på sykehuset er klippet og omsorgen de trenger må de få av seg selv eller pårørende. Hjemme har de ikke forberedt seg med tanke på at de er syke, de har ikke den kunnskapen og erfaringen som forutsetter at de har kunnet forberede seg på det. Økonomismen som har overtatt styringen i helsevesenet kan ha innvirket på at de ikke ser på seg selv som pasienter, men forbrukere. Egeninnsats og selvhjulpenhet er ønsket mens å være pleietrengende og lidende blir sett på som noe negativt. Helsevesenet ser på fraværet av at pasienter tar kontakt som positivt, da det tolkes som om de klarer seg fint uten mer støtte. Sannheten kan være at de sitter hjemme med spørsmål og bekymringer de ikke får svar på fordi de føler avstanden til helsevesenet er for stort. Et annet aspekt kan være at når helsevesenet sender en nylig operert hjem, så stoler pasientene på at helsevesenet finner det ansvarlig. De kan ha en forestilling om at siden

helsevesenet kan sende dem hjem, så er det i den tro at de ubehag og komplikasjoner som ville oppstå den første tiden er noe man kan forvente å takle selv hjemme uten kontakt med helsevesenet. Dermed kan dette føre til at de komplikasjoner som oppstår blir tolket av pasientene som normale i forhold til forløpet. Benner og Wrubel nevner at man gjennom omsorg kan gi pasientene mulighet til selvhjulpenhet. Flere mestringsstrategier tilstreber avstand og egenkontroll (Benner, 2013). I forhold til dagkirurgisk behandling er det en tanke at det er mindre stressende og bedre for pasienten å få være hjemme. Men hvis man tenker at avstand er minst stressende for pasienten, så blir mulighetene til omsorg begrenset. Pasienten får ikke i like stor grad gitt uttrykk for sin frykt og bekymringer. Denne studien viser at det er flere tilfeller der pasienten trenger ytterligere omsorg uten at det blir gitt. Dette fordi pasienten selv ikke ber om det. Til tross for informasjon om at de kan ta kontakt ved behov. Tilsvarende funn er beskrevet i artikkelen «En dans på torneroser», der det er beskrevet at terskelen for å ringe er høy for studiens informanter (Dåvøy, Martinsen, & Eide, 2017). Spørsmålet er da om sikkerhetsnettet av omsorg burde forsterkes. Hvis ikke pasienten ber om hjelp, burde kanskje helsevesenet gi mer oppsøkende omsorg for å styrke pasientens trygghet med egenbehandling hjemme. I nevnte artikkel kommer det frem at pasientene hadde foretrukket å bli oppringt, da hadde sykehuset vist dem interesse og kunne gitt dem faglig vurdering (Dåvøy et al., 2017). Florence Nightingale snakker om tilstedeværelsen av sykepleie, der ting blir gjort uavhengig av om sykepleier er der eller ikke. Sykepleier kan ikke være tilstede hele tiden. Da mener hun at det er sykepleiers ansvar å administrere at rutiner blir fulgt også når hun ikke er tilstede (Nightingale, 1997, p. 75). Med rutiner mener hun det som blir gjort av sykepleie for å fremme helbredelse, og dårlig administrasjon fører til at disse rutinene ikke blir gjort. Videre sier Nightingale at hvis pasienten ikke vet hva som skal gjøres skaper det frykt og usikkerhet. Hvis pasienten reiser hjem og er sin egen sykepleier er det for det første viktig at han er godt nok forberedt på det. Og for å kunne fange opp hvis noe ikke er som det skal bør sykepleier vise sin tilstedeværelse.

«Ingen tenker på at pasienten blir nødt til å huske på alt selv hvis ikke du gjør det.»
(Nightingale, 1997, p. 75)

Man kan stille spørsmål om hvilket ansvar helsevesenet føler at de har i forhold til den dagkirurgiske pasient som er hjemme. Omsorgen pasientene har tilgang på er et telefonnummer. I tillegg til at pasientene trer ut av pasientrollen når de er hjemme, kan det være at sykepleieren føler at sitt omsorgsansvar er avsluttet når pasienten forlater sykehuset. Ansvarer de har for å administrere at omsorgen vil da ta slutt.

7.2 Metodediskusjon

7.2.1 Tidligere forskning

Når det gjelder tidligere forskning ble det ikke funnet kvalitative studier som omhandlet akkurat den operative prosedyren som mine informanter hadde vært gjennom. Kun kvantitative resultater lå til grunn. Jeg kunne utvidet søket til å innbefatte kvalitative studier som omhandlet egenbehandling etter dagkirurgi innen andre områder. Men på grunn av at dette prosjektet inngår i et større prosjekt med kartlegging av flere dagkirurgiske behandlingsmetoder, så ble søket etter tidligere forskning i dette prosjektet begrenset til å gjelde kun operative behandlinger i thyroidea.

7.2.2 Utvalget

Studien har et begrenset utvalg på seks personer. Det var ønskelig å i utgangspunktet intervjuet tolv personer, men grunnet arbeidsmengden i forhold til tid, ble antallet begrenset til seks. Det kan diskuteres om antallet er avgjørende for studiens resultater og gyldighet. Funn i kvalitative studier kan ikke generaliseres, men kanskje gjenkjennes av lesere, helsearbeidere og pasienter. Funnene kan gi mening og medvirke til en dypere forståelse av denne pasientgruppens egenbehandling. Men i og med at denne studien er en del av et større prosjekt der man kartlegger flere dagkirurgiske forløp i forhold til egenbehandling, så kan resultatene fra denne studien muligens sammenfattes med resultater fra disse studiene.

7.2.3 Møte med informanten

Det var et mål å få frem informantenes sanne refleksjoner og betraktninger gjennom dybdeintervjuet. Det ble reflektert over hvordan jeg kunne best legge til rette for dette. Det ble derfor sett på som hensiktsmessig å opprette personlig kontakt med informantene før intervjuet. Oppringingen der det ble stilt spørsmål om deltakelse i studien ble gjort av forskeren selv. Dagen før operasjonen hadde informantene time på poliklinikken. I de fleste tilfellene møtte jeg da på poliklinikken for å hilse på dem, slik at de hadde sett meg før jeg kom hjem til dem. I to tilfeller passet det ikke å møte dem før operasjonen, da ringte jeg dem på forhånd og avtalte tid for intervjuet.

Det å bruke informantenes hjem som sted for å gjennomføre intervjuet kunne også virke hensiktsmessig fordi de da var i trygge, kjente omgivelser. Kun i ett tilfelle valgte informanten et annet sted for intervjuet. Hun ble intervjuet på et besøksrom på palliativ avdeling der hennes mann var innlagt. De negative aspektene med å gjennomføre intervjuet i

hjemmet til informantene ble også reflektert over. Det å få besøk, og ikke minst av en fremmed, kan gjøre at informantene gjorde en ekstra innsats med å få stelt huset eller kjøpe inn noe å servere i forkant av intervjuet. Dette kunne være en ekstra belastning for dem, spesielt når de var nylig operert. Alle hjemmene bar preg av å være velstelt. Det vites ikke om det var gjort ekstra husarbeid før intervjuet. Det følte ikke naturlig eller høflig å spørre om det. Det ble servert noe i hvert hjem. Kaffe, brus, godteri og lefser. I et tilfelle hadde informanten laget middag til meg. Hun sa hun tenkte jeg sikkert var sulten etter den lange reiseveien. Middagen ble spist sammen med informanten i forkant av intervjuet. Det var en utfordring å holde samtalen under middagen til tema som ikke handlet om hennes tilstand og at hun nylig var operert, da dette kunne ha påvirket intervjuet.

Min rolle som sykepleier i intervjusituasjonen har flere momenter. På den ene siden har jeg lang erfaring med å ha kort tid til å skulle oppnå tillit hos pasienter. I en jobbhverdag på en sykehusavdeling har man ofte kort tid fra første møte til man skal være i nærgående og ofte intime pleiesituasjoner. Denne erfaringen kan være en fordel i en intervjusituasjon. Å kunne oppnå tillit til intervjuobjektet tidlig kunne skape trygghet i intervjusituasjonen og kanskje intervjuobjektet ga mer ærlige svar enn hvis de hadde blitt intervjuet av noen som ikke har erfaring med å jobbe tett med mennesker. På den andre siden kan min rolle som sykepleier virke på en annen måte i intervjusituasjonen. At jeg er i samme profesjon som sykepleierne som hadde informert og behandlet intervjuobjektene kan ha påvirket svarene. Flere av deltakerne hadde utsagn som «alle sykepleierne var helt fantastiske». Man kan reflektere over disse utsagnene. Om lojalitet for å ikke sverte mine kolleger lå til grunn. Om det har kulturelle begrunnelser der å være fornøyd med det norske helsevesenet og ha tillit til sykepleiere kan være en innarbeidet norm. Videre kan svarene være farget av ønsket om å være en «flink pasient». Når jeg som sykepleier vet for det meste fra før hva intervjuobjektet har fått av informasjon før under behandlingsforløpet, vil kanskje intervjuobjektene ikke vise til at de ikke har oppfattet denne informasjonen eller ikke har klart å følge anbefalinger og instruksjoner som er gitt av behandlerne. Malterud (2011, p. 67) nevner nettopp dette; at en uerfaren intervjuer ofte sitter igjen med slike abstrakte utsagn, der det er vanskelig å skille hva som egentlig kommer fra deltakerens egen erfaring, og hva deltakeren har sagt for å spille en sosial rolle i samhandling med intervjueren.

Som ny forsker har jeg ikke tidligere erfaring med kvalitative intervjuer, og det ble reflektert i etterkant at jeg kunne ha stilt andre spørsmål, flere spørsmål eller prøvd å få informanten til å utdype temaer som kom opp. Jeg kunne også i flere tilfeller gjentatt det informanten hadde

sagt for å få avkreftet eller bekreftet at jeg hadde forstått hva som ble sagt og ment med utsagnene. I tråd med dette sier Malterud (2011, p. 67) at helsepersonell ofte er vant til å stille spørsmål der vi tror vi kjenner svaret, istedenfor å lytte med et åpent sinn.

7.2.4 Transkriberingen

Når det gjelder transkriberingen gjorde forsker dette selv. Det ble gjort kort tid etter at intervjuet ble gjennomført. Ifølge Malterud styrkes validiteten av analys materialet når forskeren selv utfører transkriberingen (Malterud, 2011, p. 77). Her vil forskeren selv få gjenoppleve erfaringene fra feltarbeidet og ser materialet fra en ny side.

7.2.5 Analysen

Å foreta analyse av materialet og finne resultater var en krevende oppgave. Jeg har reflektert over hvordan min forforståelse som sykepleier har virket inn på resultatene og synes det er viktig å drøfte dette aspektet. I utgangspunktet skal man finne resultatene i lys av at man ikke prøver å ta hensyn til sin egen forforståelse. I kvalitative intervju som dette der man vil med fenomenologiske baktanker kartlegge en situasjon, skal man være bevisst på forskerens egne kunnskaper om emnet. I denne studien har forsker tungtveiende forkunnskaper som vil kunne innvirke på resultatet. Hadde materialet blitt samlet inn og analysert av en annen hadde en annen bakgrunn enn forsker, hadde kanskje resultatene blitt helt annerledes. Bakgrunnen som sykepleier med mangeårig erfaring med akkurat denne aktuelle pasientgruppen, og med Florence Nightingale sine tanker om faktorer som fremmer helbredelsesprosessen har påvirket hvordan materialet er blitt analysert. At momenter som kommer frem der informantens fravær av bekymring over et tilstandsbilde er et funn som kommer i lys av at forsker har forforståelse. Eksempelvis kan det trekkes frem han som har økende smerter fjerde postoperative døgn. Han nevner selv at det sikkert er normalt fordi han har oppfattet informasjon om er gitt tidligere til at det er normalt med smerter. En sykepleier ville stilt spørsmål om smertene som er økende så lenge etter operasjonen er tegn på at noe kan være galt. Det kan være tegn på en begynnende sårinfeksjon. Hadde ikke forsker selv hatt forkunnskaper om hvordan man skal observere en pasient hadde kanskje ikke funnet blitt fanget opp. Ifølge Malterud (2011, p. 40) er det viktigste redskapet for tolking av materialet forskeren selv, men det er viktig å vite sin egen rolle i forskningsprosessen og ta stilling til hva det betyr i utviklingen av ny kunnskap. Det er en vanlig fallgruve å la forforståelsen overdøve den kunnskapen som datamaterialet kunne ha levert, og som igjen fører til at arbeidet ikke tilfører noen ny kunnskap (Malterud, 2011, p. 41). For å unngå å falle i den fallgraven ble det på forhånd skrevet ned hvordan forsker forventet at intervjuene ville bli

besvart, og å være bevisst å tydeliggjøre forsker sin forforståelse vil studiens gyldighet kunne vurderes bedre. Et annet moment som har spilt en rolle ved analysen er hvilket teoretisk perspektiv det empiriske materialet er sett gjennom. I utgangspunktet var det teoretiske perspektiv spunnet ut fra Benner og Wrubel sine teorier om mestring. Etter at det empiriske materialet var samlet inn og det ble gjennomgått i sin helhet ble det mer naturlig å også bruke Florence Nightingale som teoretisk hovedtyngde med tanke på referanseramme. Det er vanlig og ofte hensiktsmessig at den teoretiske referanserammen endres eller modifiseres i løpet av prosessen, der materialet og analysen åpner for nye teoretiske perspektiv som kan belyse samspillet mellom problemstilling og materiale bedre (Malterud, 2011, p. 42).

8.0 Konklusjon

Deltakerne i denne studien uttrykte at de var fornøyd med det dagkirurgiske behandlingsopplegget, og hadde en opplevelse av at de kunne ta vare på seg selv hjemme etter behandlingen. De forlot pasientrollen raskt og det ser ut som at de har adaptert rollen som selvhjulpen fort. Samfunnets krav til egeninnsats og selvhjulpenhet er integrert i denne informantgruppen og de viser det ved å gjøre så godt de kan.

Informantene var imidlertid lite forberedt på å være sin egen pleier og behandler. Informasjon som var gitt på forhånd dreide seg i hovedsak om behandling og aldri om pleien. Noe som førte til at viktige sykepleietiltak ikke ble satt i verk.

Informantene var heller ikke aktive på nettet for å søke mer informasjon. Tvert imot så mente flere at informasjonen der var misvisende, mens legens informasjon var til å stole på. Likevel vegret informanten seg for å ta kontakt med helsevesenet når det oppsto spørsmål hjemme. Studien viser at informantene har akseptert dagkirurgi som behandlingsform, men at ivaretagelsen av denne pasientgruppen er mangelfull.

9.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

I tråd med dagkirurgiens voksende omfang og helse- og omsorgsdepartementets satsing om mer brukermedvirkning trengs det mer forskning innen å kartlegge brukernes forutsetninger til medvirkning og egenbehandling. Arbeidet er så vidt i gang med denne studien og dette prosjektet om å kartlegge egenbehandling hos dagkirurgiske pasienter. Kartleggingen kan gi en pekepinn på hvordan nye tiltak i forhold til behandlingen kan gjøre det lettere for pasienter å utføre egenbehandling av seg selv. Den kan gi ny kunnskap til helsevesenet som behandler pasienten om hvordan helbredelsesforløpet faktisk foregår. Dette er kunnskap som kanskje ikke finnes eller har gått tapt da kortere liggedøgn og dagkirurgi har gjort denne kunnskapen

utilgjengelig for helsevesenet å observere. Det er allerede laget verktøy om samhandling mellom pasient og behandler, samt app for å observere seg selv. Kanskje det kan i fremtiden også brukes lignende verktøy mellom behandler og pasienter som utfører egenbehandling hjemme etter dagkirurgi. Det bør utarbeides ikke bare behandlingsinformasjon men pleieinformasjon til dagkirurgiske pasienter. I forhold til at terskelen for å ta kontakt med helsevesenet er høy, burde man kanskje hatt et oppsøkende tilbud der pasienten blir kontaktet. Gjennom denne kontakten kunne man kartlagt pasienten i forhold til smerter og ubehag, ernæring, søvn, aktivitet og andre faktorer som spiller inn på helbredelse. I tillegg til at pasienten blir fulgt opp og eventuelle komplikasjoner blir avdekket, så øker man kunnskapen om forløpet etter at de er blitt sendt hjem fra sykehuset.

10.0 Referanseliste

- Bekkemellem, K. (2016). Pasientens helsetjeneste er avhengig av en opplyst pasient. Retrieved from <https://www.dagensmedisin.no/blogger/karita-bekkemellem/2015/08/28/pasientens-helsetjeneste-er-avhengig-av-en-opplyst-pasient/>
- Benner, P. (2013). *Omsorgens betydning i sygepleje : stress og mestring ved sundhed og sygdom* (2. udg. ed.). København: Munksgaard.
- Dåvøy, G. M., Martinsen, K. M., & Eide, P. H. (2017). En dans på torneroser. *Nordisk sygeplejeforskning*(04), 315-326. doi:10.18261/issn.1892-2686-2017-04-05
- Folkehelseinstituttet. (2016). Samarbeidsverktøy for behandling er utviklet. Retrieved from <https://fhi.no/nyheter/2016/samarbeidsverktoy-for-behandling-er/>
- Garden, J. O., Paterson-Brown, S. (2009). *Endocrine Surgery, a companion to specialist surgical practice* (Vol. 4). Newcastle upon Tyne: Saunders Elsevier.
- Hansen, I., Eide, P. H., & Dåvøy, G. A. M. (2009). *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hartl, D. M., Schlumberger, M, Miccoli, P, Terris, D. J, Minute, M. W Seybd (Ed.) (2013). *Thyroid Surgery, preventing and managing complications*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid, St.meld. nr 47*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- Helseforskningsloven. (2017). *§ 9 Søknad om forhåndsgodkjenning*. Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_3.
- HelseOmsorg21. (2018). Om HelseOmsorg21. Retrieved from https://www.forskningsradet.no/prognett-helseomsorg21/Om_HelseOmsorg21/1253985487322
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - ny forståelse : sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Khadra, H., Mohamed, S., Hauch, A., Carter, J., Hu, T., & Kandil, E. (2017). Safety of same-day thyroidectomy: Meta-analysis and systematic review. *Gland Surgery*, 6(4), 292-301. doi:10.21037/g.s.2017.01.05
- Lacroix, C., Potard, G., Clodic, C., Mornet, E., Valette, G., & Marianowski, R. (2014). Outpatient hemithyroidectomy. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases*, 131(1), 21-26. doi:10.1016/j.anorl.2013.01.005
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

- Materazzi, G., Dionigi, G., Berti, P., Rago, R., Frustaci, G., Docimo, G., . . . Miccoli, P. (2007). One-Day Thyroid Surgery: Retrospective Analysis of Safety and Patient Satisfaction on a Consecutive Series of 1,571 Cases over a Three-Year Period. *European Surgical Research*, 39(3), 182-188. doi:10.1159/000100904
- Metodebok Bryst og Endokrinkirurgisk avdeling. lokale rutiner. Haukeland Universitetssykehus. ikke offentlig tilgjengelig.
- Nicoll, J. H. (1909). The Surgery Of Infancy. *The British Medical Journal*, 2(2542), 753-754.
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie* (Revidert med tillegg, samlede utgaver. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Norsk anesthesiologisk forening, A. L. a. N. S. (2016). Norsk standard for anestesi. Retrieved from <https://nafweb.no/wp-content/uploads/2017/01/Norsk-Standard-for-anestesi-2016.pdf>
- NRK. (2018). Distriktsnyheter Sørlandet. Retrieved from <https://tv.nrk.no/serie/distriktsnyheter-soerlandet/201811/DKSL97112118#t=1m22s>
- Polit, D. F. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Raeder, J., & Nordentoft, J. (2010). Ambulatory surgery and anaesthesia. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raecke*, 130(7), 742. doi:10.4045/tidsskr.08.0341
- Varhaug, J. E. (2008). Thyroidea- og parathyroideakirurgi. Noen aktuelle utfordringer. *Kirurgen*, 1, 16-17.
- World Health Organization. (2013). Self care for health: a handbook for community health workers & volunteers. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Medical Association. (2018). WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS. Retrieved from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yakhlef, H., Marboeuf, Y., Piquard, A., & Saint Marc, O. (2017). Outpatient hemithyroidectomy: A retrospective feasibility analysis. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases*, 134(4), 225-228. doi:10.1016/j.anorl.2017.02.001

11 Vedlegg

Vedlegg 1: Samtykke

SAMTYKKE TIL DELTAGELSE I PROSJEKTET

PROSJEKT DAGKIRURGI:

Deltagelse i et kvalitativt intervju i forbindelse med Mastergradsoppgave.

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 er et ledd i et Mastergradsarbeid, et samarbeid med Høgskulen på Vestlandet og Haukeland Universitets Sykehus i Bergen. 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 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 oppgaven.

Dato:

Signatur:

PS: Samtykke erklæring gis til den som intervjuer i vedlagt konvolutt

Hvis flere spørsmål, kontakt prosjektleder Petrin Eide på telefon: 55 58 56 95 / 91 74 04 35

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

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 ditt syn på 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 3-6 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 ivaretatt 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 ULEMPER

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 gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste, men den vil bli strøket når intervjuet er skrevet ned.

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 eller slettet senest fem år etter prosjektslutt. Dato for prosjektslutt 31.12.2019.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, [2017/2493/REK vest [saksnr.](http://www.saksnr.no) hos [REK](http://www.rek.no)].

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 3: Intervjuguide

Prosjekt dagkirurgi; Intervjuguide

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
- Framtidsutsikter
- Hvordan vil du ønske det hadde vært

Vedlegg 4: Godkjenning av hovedsøknad



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Camilla Gjerstad	55978499	26.01.2018	2017/2493/REK vest
			Deres dato:	
			05.12.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Petrin Hege Eide
Avdeling for helse og sosialfag/ Institutt for sykepleiefag

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

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet
Prosjektleder: Petrin Hege Eide

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.

Prosjektomtale

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 utførte 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).

Besøksadresse:
Armauer Hansens Hus (AHH),
Tverrfloy Nord, 2 etasje, Rom
281. Haukelandsveien 28

Telefon: 55975000
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK vest, not to individual staff

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 prosjektslutt 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 prosjektslutt. Oppgitt prosjektslutt er 31.12.19.

Vilkår

Informasjonsskrivet må revideres og sendes til REK vest. Benytt post@helseforsknings.etikkom.no ved 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

Vedlegg 5: Informasjon til deg som har operert hals

	Informasjon til deg som har hatt en halsoperasjon	
	Kategori: Pasientbehandling somatikk	Gyldig fra: 16.05.2018
Organisatorisk plassering: HVRHF - Helse Bergen HF - Kirurgisk klinikk	Versjon: 3.01	
	Informasjon	
Dok. eier: Hagen, Kari Britt	Dok. ansvarlig: Kari Britt Hagen	

INFORMASJON TIL DEG SOM HAR OPERERT HALS

Litt smerter er vanlig de første døgn. Ta smertestillende etter anvisning fra legen. Nummenhet, kløe og småprikking er en normal prosess når såret gror. En kan få litt hevelse i området rundt arret. Det kan etterhvert også kjennes litt ”hardt” ut. Dette er normalt og det kan ta noen måneder før området rundt arret kjennes mykt igjen. Dersom du opplever økende press og hevelse de første dagene etter operasjon, kan dette være en blødning og du må kontakte oss (se kontakt info nederst i skrevet).

Første natten etter operasjon må du ligge med hevet overkropp (ca 45 grader). Bygg ev. opp med puter for å finne en god liggestilling.

Sårstell

- Du kan dusje etter 48 timer. Unngå badekar og basseng inntil såret er grodd.
- Fjern bandasjen i dusjen. Legg på ny bandasje når steri – stripsene har tørket. (“dytte” med ren tørr håndduk og lufttørke).
- Du får med bandasje til 1 skift. Etter det kan du selv vurdere behov for bandasje videre.
- La steri – stripsene ligge på til de faller av. Etter det kan du legge Micropore (papirtape) oppå operasjonssåret, dette for at arret da kan bli penere. (Ca 2 måneder) Tapen trenger ikke skiftes ved dusjing.
- Unngå soling direkte på arret det første året, også dette for å få et pent arr.

Du bør ta kontakt med poliklinikken ved mistanke om sårinfeksjon. Tegn på infeksjon kan være feber, operasjonssåret blir hovent og / eller varmt / rødt.

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

Telefon

Bryst og Endokrinkirurgisk poliklinikk:

Mandag til fredag 08.00-15.00 tlf. 55 97 39 90/ 55 97 60 92

Kirurgisk post 2:

Kveldstid fra mandag til fredag og helg tlf. 55 97 34 30.

Legen som opererte deg: _____

Kontrollavtale: _____