



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MKS591

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	29-03-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR1
<b>Sluttdato:</b>	06-05-2019 13:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 MKS591 1 H 2019 VÅR1		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 403

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 15077

**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 \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 5

**Andre medlemmer i gruppen:** 433

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja



# MASTEROPPGAVE

Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling etter dagkirurgisk behandling av korsbåndsskade.

Patients' experiences with self-treatment after day surgery for ACL injuries.

**Kandidatnummer 433**

**Kandidatnummer 403**

Master i Klinisk Sykepleie – Operasjon

Høgskulen på Vestlandet, FHS, institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder Petrin Hege Eide

06.05.19

**Antall ord: 15077**

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

## Forord

Denne masteroppgaven er skrevet etter endt videreutdanning i operasjonssykepleie ved Høgskulen på Vestlandet.

Takk til vår veileder, Petrin Hege Eide. Hun står i front for sykepleierne for å heve vår kompetanse. Takk for veiledningstimer, mange gode råd og samtaler. Takk for at du tar deg tid til veiledning og råd ved et kjapt stopp i trappen, i korridoren og på e-post.

En stor takk til Knut Fjeldsgaard, vår veileder i fagfeltet. Takk for all undervisning om korsbånd og korsbåndkirurgi. Takk for oppklarende samtaler og kritiske spørsmål. Takk for at du har brukt av din tid til å korrekturlese oppgaven.

Takk til tidligere mastergradsstudenter i klinisk sykepleie, for oppmuntrende ord og gode råd underveis.

# Innhold

Forord .....	i
1. Sammendrag .....	1
Abstract .....	2
2. Introduksjon .....	3
2.1. Bakgrunn for valg av tema .....	3
2.2. Avgrensing og problemstilling .....	4
2.3. Begrepsavklaring .....	4
2.4. Oppgavens disposisjon .....	6
2.5. Bakgrunn .....	7
2.5.1. Dagkirurgi .....	7
2.5.2. Den kirurgiske prosedyren .....	8
2.5.3. Operasjonsdagen .....	10
2.5.4. Postoperativt .....	11
3. Relevans for fagfeltet .....	13
4. Teoretisk forankring: <i>Florence Nightingales syn på hva sykepleie er, og ikke er.</i> .....	14
4.1. Hvem var Florence? .....	14
4.2. Hva er sykepleie? .....	14
4.3. Hva er en god sykepleier? .....	15
5. Tidligere forskning .....	17
6. Formål og problemstilling/forskningsspørsmål .....	21

7.	Materiale og metode .....	22
7.1.	Design.....	22
7.2.	Utvalg .....	22
7.3.	Datasamling.....	23
7.4.	Intervjuguide .....	25
7.5.	Metodediskusjon.....	28
8.	Analyse.....	30
8.1.	Trinn 1, Helhetsinntrykk .....	30
8.2.	Trinn 2, Meningsbærende enheter.....	31
8.3.	Trinn 3, kondensering.....	32
8.4.	Trinn 4. Syntese. ....	32
9.	Funn .....	34
9.1.	Smerter; <i>Det er som om noen sitter og plukker med inn i beinet</i> .....	34
9.1.1.	Egenbehandling av smerter .....	35
9.2.	Øvelser til besvær.....	36
9.3.	Informasjon? «Google it» .....	37
9.4.	Hjelp; «Jeg er jo hjelpeløs, det kan jeg ikke legge skjul på».....	38
9.5.	Den positive pasienten .....	38
10.	Diskusjon .....	39
10.1.	Smerter og smertebehandling.....	39
10.2.	Øvelser .....	40
10.3.	Hjelpebehov .....	41

10.4.	Informasjon .....	43
10.5.	Positivt innstilt.....	45
11.	Konklusjon.....	46
12.	Etiske vurderinger .....	48
	Formidling.....	49
	Fremdriftsplan .....	49
	Samarbeidspartnere .....	50
	Teknisk oppsett.....	50
13.	Referanseliste.....	51
14.	Vedlegg.....	53
14.1.	Intervjuguide .....	53
14.2.	Informasjonsskriv: forespørsel om deltakelse .....	54
14.3.	Samtykkeskjema .....	56
14.4.	Informasjonsskriv fra sykehuset .....	57
14.5.	Øvelser fra sykehuset .....	58
14.6.	Godkjenning REK .....	60
14.7.	Godkjenning NSD.....	62

# 1. Sammendrag

**Bakgrunn:** Dagkirurgiske operasjoner er en økende trend på landsbasis. Disse operasjonene ble tidligere gjort med pasientene liggende inne på sykehus opptil flere dager. Man hadde da god tid til informasjon om det videre opplegget og den videre oppfølgingen. Når det gjelder informasjon til pasienten så er det en stor forskjell på det å være inneliggende og det å bli operert som dagkirurgisk pasient. Den inneliggende pasienten får sin informasjon i god tid etter det kirurgiske inngrepet er utført. Gjerne dagen etter, eller også opptil flere dager etter. Pasienten har da gjerne hatt en natts søvn, og godt forberedt på å få informasjon. Den dagkirurgiske pasienten derimot får sin informasjon om det videre opplegget umiddelbart etter å ha våknet opp fra narkose – som er anestesiformen som stort sett brukes ved dagkirurgi.

**Hensikt:** Denne oppgaven ser nærmere på hvordan det er å være hjemme etter å ha gjennomgått operasjonen «rekonstruksjon av fremre korsbånd» ved en dagkirurgisk avdeling. Hensikten er å få belyst pasienters opplevelse og erfaringer med hvordan det er å være hjemme og måtte utføre egenbehandling som følger av det kirurgiske inngrepet. I dette prosjektet besvarer vi følgende problemstilling:

Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling etter dagkirurgisk behandling av korsbåndsskade.

**Metode:** Denne masteroppgaven er en kvalitativ studie som baserer seg på semistrukturerte dybdeintervju med seks informanter som har gjennomgått rekonstruksjon av fremre korsbånd på en dagkirurgisk avdeling. I analysen er det brukt systematisk tekstkondensering som metode.

**Resultater:** Resultatet viser at informantene opplever utfordringer med egenbehandlingen hjemme. Dagene er preget av smerter og utfordringer med å være immobil. De opplever hvordan det er å bli helt avhengig av hjelp fra andre for å utføre hverdagslige aktiviteter. Sykehuset informerer om egenbehandlingen pasientene er anbefalt å utføre hjemme. Informantene har problemer med å huske innholdet i informasjonen som de har fått.

**Konklusjon:** Ut ifra dette kan vi konkludere med at informanten ikke har det de trenger for å oppnå en optimal rekonvalesens. Funnene viser også at informantene har et hjelpebehov utover det første døgnet.

## Abstract

**Background:** Outpatient surgery is a growing trend nationwide. These operations were previously done with patients staying in hospitals for up to several days. With the patients staying in the hospital you had plenty of time for information about the further program and the further follow-up. When it comes to information for the patient, there is a big difference between being an indoor patient and being operated as a day surgery patient. The indoor patient will receive his / her information the next day or several days after the surgical procedure. The patient has then had a night's sleep and is usually well prepared for receiving information. The daily surgical patient, on the other hand, gets his/her information about the further program immediately after waking up from general anesthesia - which is the anesthetic form that is mostly used in day surgery.

**Purpose:** The aim of this project is to look at how it is to be at home after having undergone the operation "anterior cruciate ligament reconstruction" (ACLR) at a day surgical department. The purpose is to illuminate patients' experiences with being at home and must perform self-treatment as a result of the surgical procedure. In this project we answer the following issue:

Patiens' experiences with self-treatment after day surgery for ACL injuries.

**Method:** This master's thesis is a qualitative study that is based on semi-structured in-depth interviews with six informants who have undergone ACLR at a day surgical department. In the analysis, systematic text condensation is used as a method.

**Results:** The results show that the informants experience challenges with their self-treatment at home. The days are characterized by pain and challenges of being immobile. They experience what it is like to be completely dependent on help from others to perform daily activities. The hospital inform about what sort of self-treatment are recommended to do at home. The informants have difficulty remembering the content of the information they have received.

**Conclusion:** Based on this, we can conclude that the informant does not have what they need to achieve optimal recovery. The findings also show that the informants have a need for help beyond the first 24 hours.



## 2. Introduksjon

### 2.1. Bakgrunn for valg av tema

Vi ble introdusert for dagkirurgiprojektet til forskningsgruppa POPS (Pasientopplevelser og pasientsikkerhet ved akutt og/eller kritisk sykdom) under videreutdannelsen i operasjonssykepleie. Dagkirurgiprojektet har til hensikt å bidra til bedre forståelse for ulike pasientgruppers erfaringer og opplevelser med egenbehandling i hjemmet etter dagkirurgisk behandling.

En av forfatterne i dette prosjektet har tidligere erfaring fra dagkirurgisk postoperativ avdelingen, hvor de opererer korsbåndpasienter. Da muligheten til å lære mer om akkurat denne pasientgruppen dukket opp, var det ingen tvil: dette måtte vi være med på, dette måtte vi lære mer om.

Erfaringsmessig er dette en pasientgruppe, som på sykehuset, kan ha store smerter etter operasjonen. Som sykepleiere har vi flere ganger informert pasienter om egenbehandling hjemme. Vi vet lite om hva de husker av informasjonen som ble gitt. Hva kan de få med seg av informasjon så kort tid etter gjennomgått anestesi og kirurgi? Etter hjemreise skal de administrere ulike smertestillende medisiner og gjøre øvelser for å oppnå et best mulig resultat. Tanken har streifet oss mang en gang før man har sendt pasientene hjem. *Hvordan skal dette gå?*

Sykepleierne har tradisjon for å pleie pasienter etter kirurgi. Vi har valgt å trekke fram Florence Nightingale sin teori for å belyse sykepleierens rolle i arbeid med den nyopererte pasienten. Hun startet sitt arbeid for å definere hva god sykepleie er allerede på midten av 1800 -tallet. På den tiden var det ingen utdanning av sykepleiere. De som utøvde sykepleie var kvinner som ikke hadde annet å gjøre eller på andre måter var uheldig stilt (Nightingale, 1984, s. 130).

Dagkirurgiske pasienter reiser hjem og må ivareta seg selv og utføre medisinsk behandling i hjemmet. Vi undrer oss over om de er i stand til å utføre det på en god måte og hvordan de opplever å være egen pleier og behandler.

## **2.2. Avgrensing og problemstilling**

Dette delprosjektet er en del av et større prosjekt som omhandler dagkirurgiske pasienters opplevelser og erfaringer med dagkirurgi. Problemstillingen vi har avgrenset oppgaven vår med er utviklet av POPS. Dette prosjektet kalles Dagkirurgiprojektet. Den avgrenser prosjektet til å omhandle pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling i hjemmet. Vi ønsker å belyse den subjektive opplevelsen av det å måtte utføre egenbehandling etter kirurgi. Vårt prosjekt omhandler pasienter som opereres dagkirurgisk for skader på fremre korsbånd i kneet. Pasientene er alle rekruttert fra samme sykehus i Norge og vil derfor bare være representativt for behandlingsforløpet som er utarbeidet på dette sykehuset.

Problemstillingen er som følger:

Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling etter dagkirurgisk behandling av avrevet fremre korsbånd.

## **2.3. Begrepsavklaring**

I det Store Norske Leksikon blir begrepet opplevelse definert som «Innholdet av en persons subjektive erfaring. Enten det henger sammen med ytre sansepåvirkning, emosjonell tilstand, tankeprosesser, motivasjon eller annet» (SNL, 2016).

Videre defineres erfaring som en «Fellesbetegnelse på den informasjonen individet erverver gjennom sansing og handling.» (SNL, 2014).

Ifølge Aristoteles er erfaring «erhvervede ferdigheter». Han hevder at mange erindringer skaper basis for en erfaring, forstått som viten om det særegne. Det dreier seg om å beherske en bestemt type handling» (SNL, 2014).

I litteraturen finner vi ingen definisjoner av begrepet egenbehandling. Begrepet blir ofte brukt for å beskrive hvilke medisinske tiltak og observasjoner pasienter selv kan utføre for å behandle sin tilstand eller sykdom. Ved å støtte oss på definisjonen av begrepet behandling har vi valgt å definere egenbehandling på denne måten:

*Utførelse av spesifikke medisinske eller terapeutiske tiltak på seg selv for å fjerne eller lette symptomene eller årsakene til sykdom eller skade. Med denne definisjonen inkluderes alle tiltak pasienten må utføre for å oppnå vellykket restitusjon etter kirurgi, for eksempel, utførelse av øvelser gitt av fysioterapeut, administrasjon av medikamenter og sårstell.*

*Egenomsorg er en betegnelse på den enkeltes egen håndtering av fysisk eller psykisk funksjonssvikt eller helsemessige problemer. Omfatter både behandling av egne sykdommer, tiltak for å kompensere for funksjonssvikt og innhenting av kunnskap om når profesjonell bistand bør søkes. I en videre betydning omfatter egenomsorg også den enkeltes innsats for å fremme sin egen helse og forebygge sykdom (Nylenna, 2009)*

ACL er forkortet fra anterior cruciate ligament, på norsk fremre korsbånd (Engebretsen, 2018, s. 331).

ACLRL er forkortet fra anterior cruciate ligament reconstruction, på norsk rekonstruksjon av fremre korsbånd.

## **2.4. Oppgavens disposisjon**

Første kapittel er innledet med bakgrunn for valg av tema. Videre blir avgrensinger og problemstilling presentert. Vi har valgt å definere begrepene «egenbehandling», «erfaring» og «opplevelse» som vi bruker i vår problemstilling. Disse begrepene er sentrale og går igjen i hele oppgaven. Vi har også definert «egenomsorg». Videre beskrives dagkirurgi. Dette kapitlet presenterer hyppigheten av dagkirurgi og beskriver behandlingsforløpet pre., per og postoperativt.

I andre kapittel argumenterer hvorfor vår oppgave er relevant for vårt fagfelt.

Tredje kapittel omhandler den teoretiske forankringen. Vi støtter oss på teori som beskriver hva sykepleie er og ikke er. Florence Nightingale uttaler seg tydelig på hvordan god sykepleie fremmer helbredelse av den syke og skadete pasienten. Hun omtaler også viktigheten av at sykepleiere må handle ut ifra kunnskap og erfaring.

I femte kapittel viser vi hvordan vi har brukt metoden i prosjektet vårt. Tidligere forskning er presentert i kapittel fire i oppgaven. Formål og problemstilling legges frem i kapittel fem.

Sjette kapittel viser analysen fra studien og i kapittel åtte presenteres våre funn.

I niende kapittel diskuterer vi våre funn med forskning og teori.

Til slutt i kapittel 10 konkluderer vi.

Avslutningsvis har vi vist etiske vurderinger, formidling, skissert fremdriftsplan, samarbeidspartnere, teknisk oppsett og referanseliste.

Vedlegg kommer etter referanselisten. Vi har lagt ved vår intervjuguide, informasjon og forespørsel om deltakelse i prosjektet, samtykkeskjema, informasjonsskriv fra sykehuset, øvelser, godkjenning fra REK og NSD.

## **2.5. Bakgrunn**

### *2.5.1. Dagkirurgi*

Dagkirurgi er definert som kirurgisk behandling med liggetid lik null døgn (Rønningen, 2016, s. 109). I senere tid har stadig flere kirurgiske inngrep, som tidligere ble gjort som inneliggende pasient, nå utført som dagkirurgisk prosedyrer. Med dagens teknologi oppfattes dagkirurgi som en trygg behandlingsmetode. Ved dagkirurgi brukes anestesimedikamenter med kort halveringstid. Dermed får man pasienten raskt våken. Det er likevel vesentlig å være innforstått med at pasienten som gjennomgår kirurgi i narkose vil oppleve å få fysiske og mulige mentale utfordringer etter hjemreise. Pasientens helsetilstand, avstanden fra pasientens hjem til sykehuset og prosedyrens kompleksitet avgjør om et kirurgisk inngrep kan gjøres dagkirurgisk (Ræder, 2010, s. 1).

Konvertering fra sykehusopphold til dagkirurgi har resultert i reduksjon av kostnader for sykehuset, men økt ansvar og kostnad for pasienten (Boughton & Halliday, 2009, s. 1). Tall fra Samdata viser en stor vekst i omfang kirurgiske behandlinger, med en vekst på 2,9 prosent i 2015 hvorav 62 % av veksten var dagkirurgi. Dette er tall fra offentlige sykehus, og rapporten viser at det er variasjoner mellom helseforetakene. Fra 2014 til 2015 var det nesten 7000 flere dagkirurgiske opphold. Flere av de store helseforetakene har lavere prosentandel dagkirurgi enn andre helseforetak. Dette er sannsynligvis relatert til grad av spesialisering og at de har flere pasienter med høy kompleksitet. I Helse Bergen var 46 prosent av elektiv kirurgi i 2015 dagkirurgisk (Rønningen, 2016, s. 104).

Tallene viser at antall dagkirurgiske behandlinger er økende, også når det gjelder rekonstruksjon av fremre korsbånd, anterior cruciate ligament (heretter kalt ACL) (Rønningen, 2016, s. 100). I 2017 ble 1860 pasienter operert for primær rekonstruksjon av ACL på landsbasis (Engebretsen, 2018, s. 230). ACLR utføres ved ruptur av ACL og følelse av et ustabilt kne (Fjeldsgaard, 2018). Av 1860 pasienter ble 1422 (76.5%) pasienter operert dagkirurgisk. I perioden 2004 -2012 ble 48.9 % av ACLR-operasjonene gjort dagkirurgisk (Engebretsen, 2018, s. 258).

Hovedandelen av pasienter som får rekonstruert ACLR er i alderen 20 - 39 år. Det er ca. dobbelt så mange menn som kvinner som opereres for dette årlig (Engebretsen, 2018, s. 245). Den vanligste skademekanismen er vridningsskade under idrettsaktivitet, f. eks fotball, håndball eller alpint (Inderhaug, 2018).

I samtale med seksjonsoverlege, Knut Fjeldsgaard, informerer han at når en pasient har fått påvist ruptur av acl, ved hjelp av klinisk undersøkelse og MR, er det pasientens livskvalitet som er avgjørende for om pasienten skal opereres eller ikke. Operasjonsindikasjonen er pasientens opplevelse av at kneet svikter. Det kan være en følelse som at «kneet går ut av ledd» eller «kneet gir etter». Unge og aktive pasienter opereres i større grad enn eldre. Pasienter med en livsstil som ikke er avhengig av å ha et stabilt kne opereres vanligvis ikke. For eksempel kan en syklist ha god funksjon selv med avrevet ACL. Smerter er ikke en operasjonsindikasjon.

Ca. 50 % av de som får en korsbåndskade opereres ikke (Fjeldsgaard, 2018). Rundt 30-40% kan oppnå tilfredsstillende knefunksjon uten kirurgisk behandling, men med nevromuskulær trening og aktivitetsmodifikasjon (Inderhaug, 2018).

Pasientrapporterte data (PROM – Patient Reported Outcome Measures) viser at pasienter som har fått utført rekonstruksjon av fremre korsbånd har en signifikant bedring av livskvalitet. Likevel viser tallene at når det kommer til smerter og hverdagsaktiviteter (ADL), har det ingen signifikant bedring med rekonstruksjon av ACLR (Ingelsrud, Granan, Terwee, Engebretsen & Roos, 2015). Ved rekonstruksjon erstattes det skadede eller avrevete korsbåndet med en annen sene. Denne senen kalles graft. Det vanligste er å brukes en sene fra pasienten selv. Da kan man bruke hamstringsgraft eller patellarsenegraft. Hamstringsgraftet hentes fra baksiden av låret. Patellarsenegraft hentes fra senen som går fra kneskjellet til leggbeinet (Fjeldsgaard, 2018)

Når man skal velge hvilket graft man ønsker å rekonstruere ACL med, er det av stor betydning hvilke aktiviteter pasienten gjør i hverdagen. Det sies at ved bruk av patellarsenegraft er det fare for fremre knesmerter. Dette er veldig relevant for pasienter som jobber mye på knærne, f. eks flisleggere, gulvleggere e.l. For disse pasientene er det et alternativ å bruke hamstringsgraft (Fjeldsgaard, 2018). Det dog er en økt tendens til å bruke patellarsenegraft (Engebretsen, 2018, s. 239). Studier viser at det er mindre risiko for revisjon ved bruk av patellarsenegraft (Persson et al., 2015).

### *2.5.2. Den kirurgiske prosedyren*

Knut Fjeldsgaard er spesialist i ortoped og har undervist oss i den kirurgiske prosedyren ved artroskopisk ACL-rekonstruksjon (Fremre korsbåndrekonstruksjon) som beskrives herunder. Dette er også prosedyren som brukes sykehuset informantene er rekruttert fra.

Med pasienten i narkose (TIVA) vil man alltid gjøre en testing av stabiliteten før man starter operasjonen. Dette for å gjøre seg opp en mening hvor ustabilt kneet er.

Man gjør først en generell artroskopi av det aktuelle kneleddet hvor man systematisk går gjennom hele kneleddet. Stort sett gjøres dette via to portaler – lateralt og mediallyt for patellarsenen. Utskyllingsskanylen er på lateralsiden. Man ser på brusken på baksiden av patella, og trochlea på femur – hvor patella beveger seg ved bøy og strekk av kneet. Deretter ser man i recessene (på sidene av femurkondylene). Deretter med kneet i «figure of 4» posisjon, det vil si med bøyd kne og leggen over på motsatt side for å åpne opp laterale kompartment i kneleddet. Her ser man på den laterale menisken og med en krok tester man meniskens stabilitet, eller om det er rifter/skader i den. Samtidig ser man på brusken på femurkondylen og tibiaplatået. Popliteussenen som har et intraartikulært forløp bak den laterale menisken testes og inspiseres også. Den bakre laterale meniskroten testes spesielt.

Deretter retter man ut kneet og kommer inn hvor man ser i fossa interkondylaris, området mellom de to femurkondylene, hvor begge korsbåndene er lokalisert. Bakre korsbånd testes, og stramheten og tensjonen beskrives. Fremre korsbåndet, eller rester av dette, beskrives og testes.

Over i mediale kompartment lokaliseres den mediale menisken som testes med krok og beskriver om det er stabile forhold, eller rifter eller andre skader. Brusken på den mediale femurkondylen og brusken på mediale tibiaplatået vurderes også. Den bakre mediale meniskroten testes.

Til slutt ser man inn i den bakre delen av kneleddet for å se etter kapselskader («ramp-lesions»).

Når man har sett gjennom leddet begynner man å høste korsbåndsgraftet. På dette sykehuset brukes stort sett såkalt Patellarsenegraft (BPTB –graft - Bone Patellar Tendon Bone graft). En benkloss fra distale patellapol sages ut, ca. 2,5 cm lang, 1 cm bred og ca. ½ cm dyp. Med en spesialkniv (Smileys kniv) tar man ut 1/3 del av den midtre del av patellarsenen, og sager ut en tilsvarende benkloss fra tibia. På det vis får man en sene med en benkloss i hver ende.

Mens dette graftet prepareres fjerner man alle gamle korsbåndrester. Med egen guide finner man hvor kanalen i femur skal gå, og borer opp en kanal tilsvarende benklossens diameter. Tilsvarende gjøres med egen tibiaguide for å bore opp en kanal i tibia tilsvarende diameteren til benklossen.

Et lite hull bores i begge benklosser for å kunne feste en tråd. Denne tråden brukes til å heise opp graftet som så fikseres med en spesialskrue i femur og en tilsvarende spesialskrue i tibia.

Patellarsenen som nå har en defekt sentralt sys sammen. Beinmel som er til overs etter boring av kanalene legges nå i beindefekten på tibia.

Som sagt brukes det her mest BPTB –graft. Hos pasienter som jobber mye på knærne kan man bruke hamstringssene-graft (HT). Her høstes to sener fra medialsiden via tilgang like over mediale kollateralligament. Det vanligst er å bruke Semitendinosus og Gracilissenen. Disse brettes sammen til et nytt korsbåndsgraft, og fikseres på lignende vis i femur og tibia.

### *2.5.3. Operasjonsdagen*

Ved et større sykehus på Vestlandet ble 99 pasienter operert med primær rekonstruksjon ACLR i 2017. De fleste blir operert dagkirurgisk (Engebretsen, 2018). Etter at pasienten er vurdert av kirurg ved ortopedisk poliklinikk blir pasienten satt opp til operasjon. Pasienten mottar brev per post med time til dagkirurgi. På operasjonsdagen møter pasienten fastende til avtalt tid. Pasienten får vanligvis OxyContin og Paracet som premedikasjon før operasjonen (Fjeldsgaard, 2018).

Den vanligste anestesimetoden er TIVA (Total intravenøs anestesi). På slutten av operasjonen settes det lokalbedøvelse i såret og i kneleddet. Da brukes det Marcain med styrken 2.5 mg/ml med adrenalin 5 mikrogram/ml. Det sutureres intrakutant med absorberbar sutur (Fjeldsgaard, 2018). En absorberbar sutur i huden har holdfasthet i ca. 20 dager. Etter 90-120 dager er den fullstendig absorbert av kroppen (Salthe, 2009, s. 291). På operasjonssårene legges det steristrips i tillegg til bandasje.



#### *2.5.4. Postoperativt*

Etter operasjonen må pasienten ligge på dagkirurgisk postoperativ avdeling minimum to timer. Den første timen blir ofte brukt til smertelindring og hvile. Deretter får de mat og informasjon. Like etter pasienten er kommet på postoperativ avdeling legger sykepleieren på is-bandasje på det nyopererte kneet. Is-bandasjen hensikt er å forebygge hevelse, minske vevsskade og gi raskere rehabilitering. Den kalde kompresjonen skal virke smertelindrende (KEBOMED). De får praktisk informasjon om bruken av den før hjemreise. Før hjemreise får pasienten muntlig informasjon. Fysioterapeuten instruerer pasienten i krykkegange og går gjennom hvilke øvelser pasienten skal gjøre hjemme. Kirurgen informerer pasienten muntlig om hvordan det kirurgiske inngrepet har gått. Det oppfordres også ved dette sykehuset at pasienten får med seg operasjonsbeskrivelsen i hånden når pasienten blir utskrevet. Pasienten får med seg et skriv med informasjon som gis ut av den dagkirurgiske avdelingen. Sykepleieren går igjennom og informerer muntlig om det som står i skrivet. Det informeres det om bandasjer og sår, smerter og trening. Som smertelindring hjemme får pasienten resept på morfin preparatene Oxynorm 5 mg, Oxycontin 10 mg til bruk de første dagene. I tillegg får pasienten Paracet 1 g og i noen tilfeller også et antiflogistisk preparat (Fjeldsgaard, 2018).

I informasjonsskrivet (vedlagt, se punkt 14.4) fra avdelingen står det at pasienten kan regne med smerter og hevelse i kneet de første ukene. Videre står det at det er vanlig med ømhet og krampetendens i muskulaturen. Det står også at det kan oppstå bloduttredelse i knehasen uker etter operasjonen (først og fremst ved bruk av hamstringsgraft), og at det kan komme et følelsesløst parti på framsiden av leggen.

Om trening står det understreket i skrivet at det er viktig å trene full strekk, passivt, flere ganger daglig. Da skal pasienten ligge med pute under ankel 10 min. hver våken time. Det er ikke lov å ligge med pute i knehasen. Om pasienten ikke trener opp full strekk i kneleddet, kan pasienten oppleve å få nedsatt funksjon. Det informeres at pasienten skal bruke krykker i 2-4 uker, til pasienten har god muskelkontroll, er smertefri og har oppnådd normalt gangmønster uten halting (Fjeldsgaard, 2018).

Pasienten skal til kontroll hos fysioterapeut etter 14 dager og etter 9 mnd. Etter 14 dager utføres en bevegelseskontroll, og man forsikrer at pasienten er kommet i gang med opptrening. Da kontrolleres det om pasienten har oppnådd full strekk. Etter 9 måneder utføres en stabilitetstest. Pasienten skal også til kontroll hos kirurgen 6-8 uker postoperativt. Da undersøkes strekk av kne, om arr og kne er reaksjonsløst (uten tegn til infeksjon) og om pasienten er kommet i gang med opptreningen etter operasjonen. Det informeres i skrivet at det kan ta fra 6-12 måneder å trene opp kneet etter operasjonen. Det oppfordres til å bruke fysioterapeut i opptreningen for å sikre god gjenopptrening i form av bevegelse og styrke. Det anbefales å unngå kontaktidrett og vridninger i kneet de første 9-12 mnd. etter operasjonen (Fjeldsgaard, 2018).

Kriteriene for utskrivelse fra en dagkirurgisk avdeling er at pasienten må kunne kle seg, være mobil og kunne sitte i bil ved hjemreisen. Før utreise må pasienten ha fravær av store smerter som krever intravenøs smertebehandling. Ha fravær av kvalme og vannlatingsproblemer og ha fravær av postoperativ blødning. Dette er et krav før utreise. Reiseavstand eller reisetid fra sykehuset til hjemmet må være kort nok til å kunne ivareta sikkerheten og pasientens komfort. Dersom reiseveien er lang, er innleggelse på sykehuset i ett til to døgn aktuelt. Pasienten må ha en ansvarlig ledsager hjemme til neste dag (Almås, Stubberud, Grønseth & Toverud, 2016, s. 346; Ræder, 2010)

### 3. Relevans for fagfeltet

Sykepleiere innehar kompetanse som trengs for å ta hånd om den syke eller skadete pasienten. De gir omsorg til pasienten som ikke kan ivareta seg selv som følge av sykdom/skade eller som her kirurgisk behandling. Når det kommer til den kirurgiske pasienten, har teknologiske fremskritt gitt andre forutsetninger som gjør at også sykepleiefaget endres. Tradisjonelt sett har pasienter som har behov for kirurgi vært inneliggende på sykehus gjerne i forkant og etterkant av operasjon. De har mottatt sykepleie tilpasset deres behov etter gitt behandling. Ved dagkirurgisk behandling må dette gjøres av pasienten selv. Eller er det kanskje pårørende som må utøve sykepleie til den nyopererte pasienten? Det at pasienten selv skal ivareta sin egen helse etter operasjon gjør at vi som operasjonssykepleiere undres over hvordan det oppleves. Med den økende forekomsten av dagkirurgi, er det relevant å få en dypere forståelse av disse erfaringene og opplevelsene til pasientene. Dette med hensikt å kunne forbedre tilbudet til den dagkirurgiske pasienten.

Hvordan utføres denne egenbehandlingen? Må man i fremtiden tenke annerledes når det gjelder den dagkirurgiske pasienten som reiser hjem? Det er interessant å se nærmere på pasientgruppen som får utført ACLR, fordi forskning viser at ortopediske pasienter generelt, men spesielt disse pasientene rapporterer om mye smerter og behov for oppfølging postoperativt (Berg, Kjellgren, Unosson & Årestedt, 2012).

Det er viktig med økt kunnskap om hvordan dette foregår i dag, for å kunne gjøre endringer. Prosjektet er relevant fordi vi ønsker kunnskap i et tema som ikke er beskrevet grundig tidligere og dermed vil resultatene forhåpentligvis gi svar og ytterligere kunnskap som kan deles.

## 4. Teoretisk forankring: *Florence Nightingales syn på hva sykepleie er, og ikke er.*

### 4.1. Hvem var Florence?

Florence Nightingale regnes som grunnlegger av den moderne sykepleie. Hun omtales også som «sykepleiens mor». Hun viet sitt liv til å hjelpe andre. Hennes store gjennombrudd var da hun under Krimkrigen fikk gjennomslag for hvordan de sanitære forholdene på militærhospitalet skulle være. Dette førte til at dødeligheten blant soldatene gikk ned. Hun brukte statistiske analyser og skrev rapporter om den britiske hærens effektivitet, sunnhetsforhold og hospitaldrift. I rapporten fikk hun bevist at de uhygieniske forholdene i militærhospitalet drepte flere pasienter enn slagmarkens kuler (Nightingale, 1995, s. 15). I tiden etter krigen redefinerte hun sykepleie gjennom å skrive bøker og bidra til å starte en utdanning for sykepleiere. Hennes betraktninger om sykepleie fra midten av 1800-tallet er fremdeles aktuelle i dagens sykepleie. Nightingales beskrivelser av hva sykepleie er og ikke er, har dannet et teoretisk fundament som den moderne sykepleien hviler på. Den første *Håndbok i sykepleie* kom første gang ut i 1859, før den var det ingen skole for sykepleiere og heller ingen faglærte sykepleiere. Denne boken er en av mange bøker Florence Nightingale har utgitt. Selv om noen av betraktningene kan oppfattes som foreldet i dag, er de fundamentale prinsippene fortsatt aktuelle.

### 4.2. Hva er sykepleie?

Et meget sentralt element i teorien til Nightingale er at sykepleie kan få frem de helende kreftene i pasienten.

«Jeg bruker ordet sykepleie av mangel på noe bedre. For mange innebærer dette ikke stort annet enn å dele ut medisiner og legge grøtomslag. Det burde betyr å sørge for frisk luft, lys, varme, renslighet, ro og korrekt utvelgelse og oppfølging av dietten – mens man hele tiden husker på at pasienten ikke må tappes for krefter» (Nightingale, 1984, s. 18)

Nightingale beskriver at symptomer, som mange oppfatter som uunngåelig og en del av sykdommen, slett ikke er symptomer på sykdommen, men mangel på god sykepleie. Hun mener at mangel på frisk

luft, lys, varme, ro, renslighet, punktlighet og kontroll i dietten gir like mye plager som sykdommen i seg selv. Sykdom er en fornyelsesprosess fra naturens side. Mangel på kunnskap og påpasselighet om fornyelsesprosessen påfører pasienten smerter og lidelse. (Nightingale, 1984, s. 18) Nightingale skriver at om en pasient fryser eller får feber, om pasienten er svak, kvalm eller utvikler liggesår skyldes dette dårlig sykepleie. I dag vet vi for eksempel at feber er en følgetilstand av sykdommen.

Sykepleierens funksjon er å tilrettelegge og støtte pasienten slik at kroppen kan helbredes, både fysisk og psykisk. Det er dette som er god sykepleie, etter Florence sin mening. Hun skiller medisinsk behandling og sykepleie. I boken «Notes on Nursing» beskriver hun det på denne måten:

«Mange tror at medisinen står for den helbredende prosessen. Det er slett ikke riktig. Medisinene er funksjonenes kirurgi, på samme måte som den egentlige kirurgien gjelder lemmene og organene. Ingen av delene kan gjøre annet enn å fjerne hindringer, ingen av dem kan helbrede. Det er det bare naturen som gjør. Kirurgien får kulen ut av lemmet fordi den er en hindring for helbredelsen. Men det er naturen som heler såret. Slik er det også med medisin. Et organs funksjon blir hindret. Så vidt vi vet hjelper medisinen naturen med å fjerne hindringen, men noe mer gjør den ikke. Og det sykepleien er nødt til å gjøre i begge tilfeller, er å gjøre pasienten mest mulig mottakelig for naturens helbredelse.» (Nightingale, 1984, s. 129).

### **4.3. Hva er en god sykepleier?**

Nightingale løftet fram og argumenterte mot oppfatningen allmenheten hadde om at enhver kvinne kunne stelle syke, eller bedrive sykepleie.

«Det later til å være en utbredt oppfatning blant menn og også blant kvinnene selv at det ikke skal mer enn en kjærlighetssorg til, et manglende mål i livet en generell avsky eller manglende evner i andre retninger til for å gjøre en kvinne til en god sykepleier» (Nightingale, 1984, s. 130).

Hun arbeidet for å heve kunnskapen til kvinner som utførte sykepleie. Hun mente at sykepleie skulle utføres ut ifra praktisk kunnskap basert på fakta.

«Den viktigste praktiske kunnskap som kan gis sykepleiere, er å lære dem hva som skal observeres, hvordan man observerer, hvilke symptomer som inkluderer bedring og hvilke det motsatte, hvilke symptomer som er viktige, hvilke som ikke er det, hva det er som røper dårlig pleie og hvilken form for dårlig sykepleie.» (Nightingale, 1984, s. 105)

En sykepleier skal kunne gjenkjenne behovet for pleie gjennom sine observasjoner. Det er hennes jobb å identifisere pasientens behov selv om pasienten selv ikke klarer å fortelle henne det (Nightingale, 1984, s. 116). Å kunne gjøre gode observasjoner er, ifølge Nightingale, en av de mest sentrale og viktigste kunnskapene til en sykepleier. Sykepleieren må ha evne til innlevelse og forståelse av pasientens opplevelse og erfaringer, uten at hun selv har opplevd sykdom. Ved å vektlegge pasientens egne erfaringer og opplevelser viser hun at hun ser pasienten som et subjekt.

Per Nordtvedt skriver følgende i artikkelen «Tilbake til Nightingale» publisert i tidsskriftet Sykepleien:

«Sykepleie er å hjelpe den syke som syk, det syke mennesket. Sykepleien dreier seg om alt fra å stille den sykes grunnleggende behov og skånsomt lindre hans eller hennes plager til å understøtte egenomsorg, alt basert på en forståelse av pasientens sykdomserfaringer og hva pasienten har behov for som syk» (Nordtvedt, 2019)

## 5. Tidligere forskning

Aktuell forskning på området er søkt opp gjennom databasene Pubmed, Embased, Cinahl, Medline og på nettsiden til korsbåndregisteret. Med forskjellig søkeord som outpatient, day surgery og ambulatory surgery, satt sammen med nursing, self-care, ortopedic har vi kommet frem til en rekke forskning som omhandler tematikken. For å konkretisere og avgrense søket mot pasientgruppen er noen søk gjort med ord som knee surgery, ACL eller anterior cruciate ligament.

Når vi søker i tidligere forskning utført på denne pasientgruppen, får vi flest treff på forskning som tar utgangspunkt i det kirurgiske resultatet. Vi finner mindre forskning på pasientenes opplevelser av det å drive egenbehandling i hjemmet etter dagkirurgi.

En svensk kohort studie viser at pasienter generelt foretrekker dagkirurgi fordi det er et effektivt behandlingstilbud med minimalt inngrep i daglige rutiner, det forstyrrer hverdagen i liten grad. Det er attraktivt fordi de ønsker at den postoperative fasen skal gå raskt, resultatet av studien kan tyde på at de er uforberedt og overrasket dersom rehabiliteringen tar lengre tid enn forventet. I denne studien var 358 av 607 deltakerne ortopediske pasienter. De scorer lavere i helse-relatert livskvalitet etter 14 dager enn pasienter som gjennomgikk generell kirurgi. Spesielt gjelder det pasienter som gjennomgikk artroskopi. Dette ses i sammenheng med symptomene de opplever; smerter, redusert bevegelighet (Berg et al., 2012). Studien peker på at det trengs mer forskning basert på resultatene den viser når det gjelder ortopedisk dagkirurgi.

Mottram (UK) gjorde i 2010 en kvalitativ studie som tok for seg pasienters erfaringer med dagkirurgi. Funnene viser, også her, at pasientene setter pris på konseptet dagkirurgi som en effektiv behandlingsmetode. Det passer med dagens samfunn, og går inn i en kontekst av tid og effektivitet. Deltakerne sammenlignet det med en tur til McDonald's, hvor man da kan forvente at det går fort, det er forutsigbart og kontrollert. I denne studien viser forfatteren til tre hovedfunn, alle dreier seg om tid; moralsk bruk av tid, sløsing av tid og tid som samlebånd. Når det kommer til tid og den dagkirurgiske pasienten finner Mottram at pasientene er villige til å kjenne på ubehag eller andre konsekvenser av å reise hjem tidlig etter kirurgi, fordi de ikke har tid til å være borte fra sine gjøremål i hverdagen. Én deltaker setter det på spissen og sier at hun vil lyve, hvis hun må, for å møte kravene for å være dagkirurgisk pasient. Moralsk bruk av tid er et funn som forteller at pasientene har et perspektiv på behandlingen der at det skal bare dreie seg om operasjonsdagen, så skal de tilbake til sitt virke. De har meningsfulle hverdager og arbeid de ønsker å komme raskt tilbake til. Mottram finner også, nært relatert til moralsk bruk av tid, at de ikke ønsker å sløse noen tid på for eksempel å vente på selve operasjonsdagen. De ser på dette som tom og unødvendig bruk av tid. Følelsen av at tilbudet minner om ett samlebånd, har blitt beskrevet som en fordel tidsmessig, mens noen synes

dette er ubehagelig og uverdlig. Denne studien diskuterer hvorvidt pasienter undervurderer alvorret i deres tilstand og går dermed tidlig tilbake i jobb og aktivitet som potensielt kan forårsake komplikasjoner (Mottram, 2011)

En tverrsnittstudie gjort i 2015 viser at en tredjedel av pasientene som har blitt spurt, som har gjennomgått ACL, svarer at deres postoperative symptom ikke er akseptable, etter 1-2 år. Dette fordrer endringer i behandlingsmetode, eller det kan være en indikasjon på at pasientene har for høye forventninger etter rekonstruksjon og rehabilitering, ifølge forfatterne. Omtrent en tiendedel av pasientene oppfatter behandlingen som mislykket. Denne studien tar utgangspunkt i korsbåndregisteret som også registrerer KOOS (Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score). Den viser at 66% av alle opererte får økt QoL, quality of life, etter operasjonen (Ingelsrud et al., 2015).

En nederlandsk kohort-studie fra 2015 spurte pasienter 4. postoperative dag om QOR (quality of recovery). Deltakerne i studien fikk et spørreskjema i forkant av operasjonsdagen for å redegjøre bl.a. demografiske data. De fikk også skjema som skulle fylles ut 4. postoperative dag. Analysen i studien viser at yngre pasienter, type kirurgi, jobbsituasjon (betalt arbeid), tidligere gjennomgått kirurgi og lengre operasjonstid er de viktigste predikatorene for lavere QOR. Pasienter som fikk utført artroskopisk kirurgi i kne eller skulder hadde dårligst rekonvalesenstid. Av de som har fått utført kirurgi i kneet svarer 50.3 % at de opplever middels QOR, 4.9 % rapporterer god QOR og 44.8 scorer dårlig/lav QOR. Studien konkluderer med at det er type kirurgi som har mest å si, for rehabilitering og livskvalitet, i etterkant av dagkirurgi. (Stessel et al., 2015a).

Studien *Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A Phenomenographic study* konkluderer med at den dagkirurgiske pasienten trenger kunnskap og forståelse om hva som utgjør det normale spekteret i bedringen etter operasjon og hvordan man skal utføre selvbehandling etter deres spesifikke kirurgiske prosedyre. Det viser seg altså at den postoperative pleien er det svake leddet i dagkirurgisk behandling. Det utgjør et omfattende ansvar for de i hjemmet. Noen av deltakerne har gjort forberedelser som legger til rette for det postoperative løpet hjemme, mens noen har ikke gjort forberedelser i det hele tatt. Resultatene tyder også på at det trengs mer forskning på området, for å kunne utarbeide en standardisert utskrivningsplan. (Berg, Årestedt & Kjellgren, 2013).



Det er konsensus i forskning om at ortopediske pasienter opplever mer smerter postoperativt enn til sammenligning andre kirurgiske pasienter, og at pasienten, som følge av uutholdelige smerter, i noen tilfeller må innleggelse for adekvat smertelindring. En vet lite om hvordan pasientene opplever og forholder seg til postoperativ smerte i hjemmet etter dagkirurgi (Odom-Forren et al., 2015). Men noe forskning viser at yngre pasienter opplever smerter i større grad, sammenlignet med andre dagkirurgiske pasienter (Odom-Forren, Reed & Rush, 2017; Stessel et al., 2015a).

Odom-Forren et al. 2017 hadde som mål å identifisere symptomhåndtering eller teknikker som hadde effekt på stress i hjemmet hos ortopedkirurgiske pasienter som gjennomgikk behandlingen dagkirurgisk. Ved bruk av fokusgruppeintervju med pasient og deres hjelpere, viser funnene deres at det var store utfordringer når det kom til å håndtere symptomene i hjemmet, spesielt når det kom til smerter. Alle pasientene i denne studien fikk regional blokade. Pasientene forteller om overveldende gjennombruddssmerter, som de skulle ønske de visste omfanget av i forkant. De savnet informasjon om smertene som ville komme når blokaden gikk ut. Smerter er den vanligste årsaken til re-innleggelse på sykehus. Det rapporteres også om pårørende som ikke var forberedt på omfanget av omsorg de måtte gi. Samt at pårørende måtte ha lenger fravær fra egen arbeidsplass enn forventet. Det kommer frem at det er behov for mer oppfølging etter utskrivelse, og at mangelen på oppfølging påvirker deres totalopplevelse av behandlingen og resultatet. Spesielt pasienter som gjennomgikk ACLR opplevde postoperative symptomer som smerter, men også kvalme, oppkast og utmattelse (i sammenheng med underskudd av søvn) i hjemmet etter utskrivelse. Dette beskrives som vanlige plager etter denne type kirurgi (Odom-Forren et al., 2017).

Tversnittstudien til Gramke m. fl., viser at flere pasienter som har gjennomgått dagkirurgi slutter å bruke smertestillende bare 72 timer etter operasjon. Halvparten av respondentene slutter å bruke smertelindrende på andre postoperative dag, til tross for at de fremdeles har vondt og har tilgang på smertelindrende medisiner. Denne studien kan ikke avdekke årsaker til at de velger å slutte med smertestillende tabletter på et så tidlig tidspunkt. Forfatteren støtter seg til tidligere forskning som foreslår at årsaker kan være bivirkninger som obstipasjon og kvalme, eller tidligere erfaringer med denne type smertestillende medisiner (Gramke et al., 2007)

Inntrykket vi sitter igjen med etter å ha lest aktuell forskning som er gjort på tematikken er at det er stor mangel på kunnskap om hva pasienten foretar seg av egenbehandling hjemme etter dagkirurgi. Dette er en pasientgruppe som er preget av smerter, som er hjelpetrengende og som er avhengig av andre for å mestre den første tiden hjemme etter dagkirurgi. Det oppfordres til at pasienten ikke skal være alene det første døgnet. Men vet vi egentlig hva som blir praktisert? Man kan se for seg at mangel på sykepleie vil kunne føre til at pasienten finner egne løsninger på sine problemer.

Pasienten kjenner ikke nødvendigvis til hvilke viktige prinsipper som må ligge til grunn for god postoperativ behandling. Siden dagkirurgi er en stadig økende trend på norske sykehus, synes vi det er interessant å se hvordan denne gruppen løser det å være pasient i hjemmet.

## 6. Formål og problemstilling

Formålet med dette prosjektet er å få innsikt i pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter korsbåndkirurgi. En gjennomgang av eksisterende forskning viser at vi vet for lite om hvordan pasientene opplever det å reise hjem og utføre egenpleie og egenomsorg etter korsbåndkirurgi.

Prosjektet er en del av en studie i regi av Forskningsgruppen POPS. Det har som mål å få forståelse i ulike pasientgruppers erfaringer og opplevelser med egenbehandling i hjemmet etter dagkirurgisk behandling. Hovedprosjektet skal i tillegg bruke kvantitativt spørreskjema. Dette blir ikke nevnt i vårt delprosjekt. Dette del-prosjektet vil være avgrenset til seks pasienter som har gjennomgått dagkirurgisk fremre korsbåndsrekonstruksjon. Vi ønsker å studere pasienters egne opplevelser og erfaringer med sin egenbehandling. Ved bruk av kvalitativ metode og semistrukturerte dybdeintervju er formålet å få rike beskrivelser av hvordan de håndterer det å være nyoperert uten å ha helsepersonell rundt seg. Prosjektet ønsker å utforske om det er fellestrekk i opplevelsene til pasientene, for å få en dypere forståelse. Hvordan oppleves det å være pasient hjemme etter å ha fått utført fremre korsbåndsrekonstruksjon ved dagkirurgisk enhet på et større sykehus på Vestlandet?

## 7. Materiale og metode

Dette prosjektet har som mål å få fram pasientenes ulike opplevelser i møtet med dagkirurgi og hvordan deres erfaring med egenbehandling i etterkant av inngrepet er, sett fra deres livsverden.

Hovedprosjektet (POPS) har som intensjon å innhente empiriske data som vil belyse pasienters situasjon fra ulike perspektiv. Prosjektets design er en tverrsnittstudie basert på semistrukturerte dybdeintervjuer og en spørreskjemaundersøkelse. Vårt prosjekt vil besvare problemstillingen ved bruk av en kvalitativ tilnærming. En kvalitativ tilnærming skal gi en holistisk og grundig beskrivelse av realiteten, fra deltagerens ståsted. Det overordnede målet med tilnærmingen er å legge til grunn ny forståelse, som kan gi grunnlag for nye tiltak. Kvalitative metoder har som mål å utforske og øke forståelse. Styrken ved metoden er at den kan gi ny kunnskap om emnet ved å stille åpne spørsmål uten forhåndsbestemte svarkategorier (Malterud, 2011, s. 30, 31). Det vil være avgjørende at respondenten opplever trygge rammer og tillit i møte med intervjueren. Dette er viktig for å få utfyllende beskrivelse av deres erfaringer.

### 7.1. Design

Den kvalitative tilnærmingen egner seg til problemstillingen. Semistrukturerte dybdeintervju ble utført hjemme hos pasienten fra tredje til femte postoperative dag. Intensjonen var å undersøke og beskrive deltakernes opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme. De innsamlede data ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering der hensikten var å identifisere mening på tvers av kontekst, nåtid og datid, deler og helhet.

### 7.2. Utvalg

Deltagerne i denne studien er pasienter som har fått utført fremre korsbåndskonstruksjon (heretter kalt ACLR) på et større sykehus på Vestlandet. De har blitt operert på en dagkirurgisk avdeling, hvor de blir observert i ca. to timer etter det kirurgiske inngrepet, før hjemreise. Prosjektet er godkjent for tolv deltakere som har fått utført ACLR. I vårt prosjekt har vi avgrenset til intervju av seks deltakere, som har fått utført ACLR på en dagkirurgisk enhet ved ett større sykehus på Vestlandet. Grunnen til at vi avgrenser til seks informanter er blant annet fordi analysen kan bli uoversiktlig med flere. Med for mange informanter kan prosjektet bli praktisk uoverkommelig for oss som uerfarne forskere. I tillegg gir semistrukturerte dybdeintervju et rikt materiale som er svært

tidkrevende å analysere. Med vårt tidsperspektiv er det derfor viktig å avgrense omfanget av prosjektet. Med godt teoretisk forarbeid og en fleksibel strategi for feltarbeidet kan fire-syv informanter likevel gi rikt materiale, dersom forskeren kjenner feltet og har gode metodekunnskaper (Malterud, 2017, s. 64). For å rekruttere informanter fikk vi opprettet kontakt med lege i den aktuelle klinikken. Han har tilgang til pasientlister og operasjonsprogrammet. Denne personen omtaler vi videre som vår kontaktperson. Kontaktpersonen inviterte aktuelle kandidater til prosjektet vårt. På forhånd ble kontaktpersonen gjort kjent med inklusjonskriterier og eksklusjonskriteriene. Ut ifra kriteriene ble kandidatene valgt og invitert til å delta i prosjektet vårt. Pasientene som ble invitert fikk informasjon om at det var frivillig å delta. I tillegg til at utvalget allerede var selektert som dagkirurgiske pasienter, hadde vi disse inklusjonskriteriene:

- Pasienten i utvalget måtte ha fått utført en fremre korsbåndrekonstruksjon dagkirurgisk.
- Pasienten måtte være over 18 år.
- Pasienten måtte kunne snakke og skrive norsk.
- Pasienten måtte være samtykkekompetent.

Eksklusjonskriterier: Hvis pasienten ble konvertert fra dagkirurgisk pasient til inneliggende pasient.

### **7.3. Datasamling**

Før rekrutteringen av informanter startet, fikk kontaktpersonen inklusjons- og eksklusjonskriteriene skriftlig via e-post. Videre fikk han overlevert ti konvolutter som inneholdt informasjonsskriv, samtykkeskjema og ferdig frankerte konvolutter med hjemmeadressen til en av oss i prosjektet. Kontaktpersonen lette etter passende kandidater i operasjonsprogrammet sykehuset bruker. Da han fant aktuelle kandidater sendte han ut invitasjon til prosjektet per post (Informasjonsskriv om prosjektet er vedlagt, se punkt 14.2). På denne måten rekrutterte vi kandidatene våre.

De som ønsket å delta i prosjektet skulle returnere samtykkeskjema (vedlagt, punkt 14.3) i den ferdig frankerte konvolutten per post. Av ti stykker som hadde mottatt invitasjon til prosjektet var det kun én som returnerte samtykkeskjema per post. Kontaktpersonen fikk noen ekstra informasjonsskriv og samtykkeskjema som han kunne ha i reserve og dele ut dersom det var noen av de som hadde mottatt invitasjonen i posten, som tenkte at de ville være med, men som ikke hadde returnert samtykkeskjema per post. Når kontaktpersonen hadde sendt ut invitasjoner ble det videreformidlet at det var invitert potensielle informanter til prosjektet. Samtidig fikk vi informasjon om

operasjonsdatoen. På selve operasjonsdagen oppsøkte vår kontaktperson de potensielle kandidatene som ikke hadde returnert skjema per post. De ble spurt om de hadde mottatt invitasjon per post og om de ønsket å delta. Alle hadde bestemt seg for å delta, men hadde glemt å sende samtykkeskjemaet i retur. Flere hadde det med seg i hånden på operasjonsdagen. Det var noen som hadde glemt å ta det med. De fikk igjen tilbud om å delta og signerte samtykkeskjema på den dagkirurgiske avdelingen. Samtykkeskjema ble overlevert til prosjektlederne på operasjonsdagen. Dagen etter operasjonen, første postoperative dag, tok vi kontakt med informantene per telefon. Det var bestemt på forhånd at det bare skulle ringes én gang. Dersom informanten ikke svarte telefonen ble det sendt en SMS hvor det stod skrevet som følger: *Jeg har ringt deg angående et prosjekt om dagkirurgi. Dersom du fortsatt ønsker å delta, vennligst ta kontakt.*

Det var kun to stykker som ikke svarte telefonen. Den ene ringte tilbake etter mottatt SMS. Den andre responderte ikke.

Per telefon ble det avtalt tidspunkt for intervju. Informantene fikk selv velge hvilken dag og når på dagen det passet best å få besøk. Prosjektet satte visse begrensninger, siden intervjuet skulle foregå fra tredje til femte postoperative dag. Vi gjorde vårt ytterste for å tilpasse oss informantenes ønsker. De fleste intervjuene ble utført på fredagsettermiddag eller lørdagsformiddag.

Kandidatene ble tilbudt å bli intervjuet hjemme eller på egnet plass på sykehuset eller Høgskulen. Alle valgte å bli intervjuet hjemme. Det var en forutsetning for godt materiale at informantene følte seg trygge og godt ivaretatt under hele prosessen. Det var et mål at informanten ikke skulle føle seg invadert eller oppleve intervjuet som en ekstra belastning.

Vi brukte båndopptaker under intervjuet. Etter at intervjuet var gjennomført ble det transkribert, med andre ord gjort om til tekst. Underveis i transkriberingen ble teksten anonymisert. Alle personopplysninger, adresser og stedsnavn ble utelatt. I utgangspunktet skulle vi gjøre dette i dataprogrammet Nvivo, men det var vanskelig og tidkrevende å gjennomføre. Vi valgte å gå bort i fra dette og brukte dataprogrammet Word i stedet. For å oppbevare tekst og lyd på et sikkert sted gikk vi via it-portalen til Høgskulen på Vestlandet. I henhold til REKs kriterier for oppbevaring av personopplysninger lagret vi både lydopptaket og teksten i den sikre forskningsserveren til Høgskulen på Vestlandet.

Intervjuerne diskuterte på forhånd måter å oppnå tillit til informanten på. For eksempel tenkte vi igjennom valg av klær, språkvalg og atferd. Det kan bli vanskelig å oppnå tillit dersom det er eller oppstår en skjev maktbalanse i relasjonen (Polit, 2017, s. 507). Prosjektets intervjuere har erfaring som sykepleiere i klinikken og er ikke fremmed for fagfeltet. Vi mener dette var en styrke som gjorde relasjonen mellom informantene og intervjuerne naturlig. En trygg atmosfære skal gjøre informanten

komfortabel nok til å dele sin opplevelse. Det er på denne måten vi kan få med ulike nyanser, da de forskjellige fortellingene vil gi innsyn i handlingene med erfaringen som filter (Malterud, 2011, s. 67). Målet er at informanten skal kunne snakke så fritt som mulig. Intervjuet skulle foregå med minst mulig avbrytelser, og forstyrrelser. Der hvor TV stod på i bakgrunnen spurte vi om det var greit å skru av TV under intervjuet. Det ble utarbeidet en intervjuguide (vedlagt, se punkt nummer 14.1) som skulle minne intervjueren om temaene man ønsket data om. Intervjuet tok utgangspunkt i fire tema. Under hvert tema er det listet opp punkt som er ment å støtte intervjueren.

## 7.4. Intervjuguide

Det var på forhånd laget en intervjuguide som vi brukte under intervjuene, for å få struktur og for å legge til rette for at vi kunne få svar som ville besvare vår problemstilling. I intervjuguiden er det skissert fire temaer.

**Første tema** omhandler hvordan informantene har forberedt seg før operasjonen. Ved å innlede med dette startet vi fra begynnelsen. På den måten fikk vi innblikk i hvilke forberedelser informantene hadde utført før operasjonsdagen. Eller om informantene hadde gjort forberedelser i det hele tatt. Spørsmålet om forberedelser anser vi som relevant for denne pasientgruppen fordi vi vet via erfaring at de har blant annet nedsatt mobilitet etter inngrepet. Da er det nærliggende for oss å være nysgjerrig på å vite hva de har planlagt og tilrettelagt i hjemmet med tanke hverdagen som handler om å komme på toalettet, bevege seg i hjemmet få i seg nok mat og drikke og andre hverdagsaktiviteter. Det er også interessant å vite noe om hvilke tanker og forberedelser de har gjort seg rundt rengjøring og hygiene, da vi vet at vil være fare for infeksjon etter gjennomgått kirurgi med et operasjonssår.

Det er interessant å vite noe om hvordan informantene tilegnet seg informasjon og kunnskap før inngrepet. Fikk de nok informasjon fra sykehuset? Eller hadde de behov for å søke ytterligere informasjon på internett og/eller hos andre kilder, som venner og bekjente?

**Andre tema** dreier seg om at informantene skulle fortelle om det første døgnet etter operasjonen. Punkter vi hadde til støtte i samtalen var hjemreise og ubehag. Dette anså vi som relevant hos denne pasientgruppen fordi de er nyopererte, har fått narkose og går på krykker fra sykehuset. Opplevde de påkjenninger som kvalme og ubehag under hjemreisen? Dette punktet ønsket vi å få belyst vi å finne ut om hjemreisen var lang eller kort. Reiste de med buss eller taxi? Ble de hentet og fulgt av

familie eller fant de andre løsninger. Dette forteller noe om hvordan det opplevdes å reise fra sykehuset til hjemmet.

Søvn og ernæring er viktig for den postoperative fasen. For at kroppen skal tilheles, og lege det nyopererte kneet trenger kroppen blant annet hvile og tilførsel av mat og drikke. Smerter og bruk av morfinpreparater kan gi uvelhet kvalme og obstipasjon som kan føre til redusert matlyst og stort ubehag. Derfor er dette punktet relevant å ha med. Vi ønsker å få beskrivelser av hvordan informantene har erfart å ivareta behovet for mat og drikke i etterkant av operasjonen. Stress kommer også under dette tema. Dette er svært interessant å vite da det kan oppleves som svært stressende å være nyoperert. Både fordi man må ta hensyn til det nyopererte kneet, slik at det får ro til å leges, men også fordi det som dagkirurgisk pasient innebærer et ansvar for selv å observere og igangsette tiltak, med tanke på øvelser, sårstell og smertebehandling. Det kan oppleves som stressende å ha ansvar for dette uten sykepleiefaglig kompetanse tilstede. Muligheten til å utføre daglige aktiviteter kan bli betydelig redusert som følge av at de går på sterke smertestillende medisiner og er avhengig av krykker. Vi ønsker derfor ytterligere kunnskap om hvordan dette oppleves hos informantene.

**Tredje tema.** Det er en forutsetning at informantene har noen med seg det første døgnet for å kunne opereres som dagkirurgisk pasient. Vi vet at det går flere dager om ikke uker før hevelsen og smertene etter operasjonen avtar. Derfor spør vi i tredje tema om informantene sitt behov for hjelp og støtte videre. Det er rimelig å anta at de vil få noen utfordringer etter en slik operasjon. Det antas at der er et stort behov for hjelp av andre til å løse disse utfordringene. Det være seg hjelp til å skaffe og lage seg mat, eller andre praktiske gjøremål, men også tryggheten i å ha noen ved seg om det skulle skje noe, som for eksempel risiko for fall som følge av ustøhet er viktig. Vi antar at friske, unge pasienter kan takle utfordringene bedre enn eldre eller pasienter med tilleggssykdommer. Her ønsker vi beskrivelser av hvilken hjelp de har hatt behov for, hvem som har hjulpet de, hvor mye og om de har tatt kontakt med helsevesenet (dagkirurgisk avdeling, legevakt eller annet).

**Fjerde tema** i intervjuguiden handler om hvordan informantene har det nå (en status presens). Dette temaet gir intervjuet en oppsummerende del hvor informantene kan fortelle oss hvordan de opplever sin helsesituasjon nå og hvordan de ser og tenker seg den i den nærmeste tiden. Informantene har en opplevelse av sin egen helsesituasjon ut ifra konteksten de er i, mens vi som forskere skal legge til side forforståelsen som spesialsykepleiere. Operasjonen de har gjennomgått og resultatet av den vil sannsynligvis sette stort preg på hverdagen deres fremover, spesielt når det kommer til aktivitet. Vi ønsker å få en beskrivelse av deres tanker om tiden framover spesielt når det



gjelder det å være i aktiviteten. Siden de intervjues bare dager etter operasjonen vil de sannsynligvis ha friskt i minnet hvordan de opplevde operasjonsdagen. Dermed kan de fortelle oss hva de opplevde som positivt og negativt operasjonsdagen og hva de eventuelt skulle ønske var annerledes. Dette ønsker vi å få med oss, fordi det kan være nyttig for å forme nye tiltak som potensielt kan forbedre det dagkirurgiske opplegget.

Et semistrukturert intervju åpner for at informanten kan styre vekk fra tema i intervjuguiden. Fra forskerens perspektiv kan det i noen tilfeller virke som avsporinger fra tema, men det er ikke nødvendigvis alle avsporinger som er blindveier og dette kan avdekke nyttig kunnskap. Intervjuguiden er derfor brukt for å opprettholde en viss struktur, men den gir en mulighet for en balanse mellom fleksibilitet og styring.

En potensiell utfordring for intervjueren ville være å lytte med åpent sinn uten å anta at man har svarene på forhånd. Dette kan være en situasjon man kan kjenne igjen fra pasient-sykepleier rollene. Det var viktig, som uerfarne forskere, med opplæring for å erverve kompetanse innen denne intervjuformen. Vi har fått opplæring og veiledning i bruken av intervjuguiden av de som er ansvarlige for hovedprosjektet. Dette er viktig for å sikre gode intervjuer, slik at materialet reflekterer mest mulig nøyaktig hva informanten har opplevd og erfart. Før intervjuene ble gjort gjennomførte vi «prøveintervjuer» på andre studenter og vi øvde også på å intervju hverandre. Relevant litteratur om hva som er fremholdt som viktig i denne typen intervju ble studert. Noen viktige hensyn var vesentlige med tanke på å tilrettelegge for en rolig atmosfære. Som for eksempel valg av påkledning, adferd og språk for dermed å skape en så god og naturlig intervjusituasjon som mulig.

## 7.5. Metodediskusjon

Ved bruk av kvalitative studier får man et materiale som ikke er generaliserbart, men som er gjenkjennbart. Fra før har vi lest kvalitative studier som gav oss en forforståelse for det vår oppgave omhandler. Etter arbeid med dette prosjektet har vi fått en dypere forståelse for temaet vårt. Vi har fått en større innsikt i hvordan det oppleves å være hjemme etter en kneoperasjon (ACLR) som er utført som dagkirurgi. Vi har møtt kun seks pasienter, alle fra samme sykehus. Vi har fått innblikk i pasientforløpet etter denne form for dagkirurgi i løpet av kun ett intervju. I motsetning til flere intervjuer over tid hvor man ville fått et bilde av et lenger pasientforløp. Til tross for dette har vi fått innholdsrike intervjuer om tiden rett etter den dagkirurgiske operasjonen. Semistrukturerte intervju stiller åpne spørsmål, men det binder oss likevel til det aktuelle temaet. Vi har gjort dette prosjektet med et tidsperspektiv som gav kort tid til å gjøre analyse. Dette resulterer i at vi kan ha gått glipp av funn som krever tid og modning for å oppdage. Den korte tiden vi har hatt til rådighet har gjort det svært krevende å skrive prosjektet parallelt med at vi har måtte lære å bruke den kvalitative metoden.

På bakgrunn av at vi er operasjonssykepleiere, var det krevende å sette til side vår forforståelse om hvordan vi møter pasienten i sin hjemmesituasjon. Vi er vant til å møte svært medtatte og alvorlig syke pasienter. Dette er en kontrast til pasienten som vi ser hjemme i egne omgivelser, i eget tøy og med pårørende rundt seg. Likevel mener vi at vi har klart å se forbi denne fasaden.

Møtene med informantene opplevdes som veldig positive. Vi ble ønsket velkommen og alle var villige til å gi av sin tid. Inntrykket etter hvert intervju var at informantene svært gjerne ønsket å hjelpe oss ved å dele sine opplevelser og erfaringer. Vi ble imponert over informantenes velvilje til å ta imot oss.

Vi opplevde intervjuguiden som et godt verktøy. Den var enkel å forstå og den var enkel å bruke. Likevel hadde vi utfordringer med siste temaet om hvordan de så på sine fremtidsutsikter. Mulig var det vanskelig å ordlegge seg og stille de rette spørsmålene slik at informantene forstod hva vi var ute etter.

Alle intervjuene fant sted hjemme hos informantene. Informantene fikk valget om å gjennomføre intervjuet i eget hjem eller i egnet kontorareal på Høgskolen på Vestlandet. Det ble gjort lydbåndopptak under hele intervjuet. I tillegg til lydbåndopptaket ble det og gjort feltnotater. På forhånd trodde vi at feltnotater kunne gi oss nyttige opplysninger i tillegg til intervjuet. Under arbeidet med oppgaven viste det seg at disse feltnotatene ikke ga oss ytterligere opplysninger av betydning for oppgaven vår. Oppgavene som intervjuer og observatør ble fordelt likt mellom oss. Vi

ble enige i forkant om hvem som skulle intervju og hvem som skulle ta feltnotater og være observatør.

Etter at analysen var ferdig validerte vi funnene ved å gå tilbake til vår rådata.

Metoden vi har brukt har vært god for å få svar på vår problemstilling.

## 8. Analyse

Lydopptak og feltnotater utgjør empirien i dette prosjektet. Hvert intervju varte fra 30 til 60 minutter. Lydopptaket ble transkribert samme dag eller dagen etter at intervjuet ble gjennomført. Det gav til sammen over 50 tettskrevne sider. Transskribering av lydopptak er et kritisk steg i analysen, og forskerne må her sikre at det opplevde intervjuet er korrekt nedskrevet (Polit, 2017, s. 531). I dette prosjektet har vi som forskere selv omsatt rådata til tekst, før analysen ble gjennomført. Gjennom å transkribere teksten selv har vi fått et inngående kjennskap til den skriftlige teksten, samtidig som vi har kunnet kontrollere at teksten har ligget så nær det talte språket som mulig. Gjennom denne prosessen kan forskeren også oppnå ny forståelse, og evne til å reflektere kritisk over materialets betydning. Med det menes, for eksempel, at man kan skille ut svake og uklare data, som ikke vil være av nytte for den aktuelle problemstillingen.

Data er blitt analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering. Prosjektet har støttet seg på Malteruds beskrivelse av systematisk tekstkondensering. Malterud beskriver at den foregår i fire trinn (Malterud, 2011, s. 96).

1. Helhetsinntrykk.
2. Meningsbærende enheter.
3. Kondensering.
4. Syntese.

Vi tok for oss ett og ett intervju gjennom alle trinnene i prosessen. Herunder presenteres tekstkondenseringens trinn og hvilke koder vi fikk i de ulike trinnene.

### **8.1.      Trinn 1. Helhetsinntrykk**

I første del dannet vi oss et helhetsinntrykk og ble kjent med materialet. Da vi leste over de transkriberte intervjuene måtte vi sette til side vår forforståelse, for å åpne for de inntrykkene som informantene formidlet. Det har vært en fordel å være to personer i denne prosessen. Det har gjort at detaljer av betydning har blitt oppfattet lettere. Den ene får med seg noe den andre har oversett. Den ene leste intervjuet høyt og den andre tok notater underveis. Etter gjennomgang av alt materialet ble inntrykkene vi satt igjen med oppsummert. Noen foreløpige tema ble notert.

Intervjuguiden farget intervjuet i stor grad og derfor erfarte vi at mange av de samme temaene dukket opp. Ikke helt unaturlig, med tanke på at alle informantene hadde gjennomgått samme type kirurgi og det samme pasientforløpet. Dette som gjorde gruppen relativt homogen. Likevel kom det fram ulikheter i alle intervjuene.

Temaer som dukket opp i første trinn var: Ernæring, forstyrret søvnmønster, søvn, immobilisering, informasjon, kontaktbehov helsepersonell, selvbehandling, smerter, framtidsutsikter, forberedelser, svimmelhet, støtte, bekymring/uro, mobilisering, forutinntatthet/tidligere erfaringer med operasjon, behov for støtte, smertebehandling, ADL/egenomsorg, forventninger, bivirkninger/isbandasjen og tabletter, opptrening, sosial isolasjon og annet. Dette ble de midlertidige navnene på de foreløpige teamene i analysen.

## **8.2. Trinn 2, Meningsbærende enheter.**

Gjennom drøfting kom vi fram til ca. fem til seks foreløpige temaer per intervju. Vi leste sammen gjennom intervjuet linje for linje for å sortere ut meningsbærende enheter. På dette stadiet hadde vi problemstillingen litt i bakhodet: Hva er det prosjektet spør etter? Hva belyser problemstillingen? Vi tok med tekstbiter som inneholdt opplysninger om de temaene vi har funnet videre i prosessen. Denne prosessen startet vi i dataprogrammet NVivo som planlagt, men grunnet vedvarende tekniske problemer med programmet over tid, som førte til at det ble for liten tid til å bearbeide materialet, ble vi nødt til å ta et valg på å gå videre manuelt. Det vil si at i prinsippet er det gjort på samme måte med alle intervjuene. To intervjuer ble kodet i NVivo, mens de resterende fire ble gjort i skriveprogrammet Word. Rent praktisk ble det åpnet opp et nytt dokument for hvert intervju hvor temaene ble notert. Det ble kopiert meningsbærende enheter fra dokumenter med intervjuet og limt inn i et nytt dokument, hvor de ble sortert under ulike temaer. Dette er det Malterud kaller coding (Malterud, 2011, s. 101).

Etter dette viste det seg at kodene vi foreløpig hadde valgt ikke lenger passet like godt. Vi kodet på nytt og noen av kodene fikk også subkoder. Noen eksempler på nye koder som ble utviklet var *selvbehandling av smerter* som ble endret til koden *smerter*. Videre fikk denne koden subgruppene *selvbehandling smerter* og *opplevelse av smerter*. En subgruppe for koden *kontakt helsepersonell* ble *egen oppfatning av behov for innleggelse eller ikke og trygghet i forhold til å være hjemme*. Koden *søvn* ble endret til *søvn*. Koden *informasjon* fikk subgruppene: *fra sykehuset, fra andre*. Koden *mobilisering* fikk subgruppene: *opptrening, risiko for fall og svimmelhet*.

Materialet ble på denne måten organisert og sortert. Det som var av nytte ble tatt med videre i arbeidet. Basert på forrige trinn og de tema som ble utpekt ble de meningsbærende enhetene eller tekstbitene kodet slik at alle de som har noe til felles ble samlet under samme kode eller subgruppe.

### **8.3. Trinn 3, kondensering.**

I det tredje trinnet i tekstkondenseringen brukte vi kun de meningsbærende enhetene som var blitt lagt under koder. Resten av intervjumateriale ble lagt til side. De meningsbærende enhetene under hver kode ble sammenfattet til et kunstig sitat, et kondensat. Ved å bruke samme uttrykk som informantene, og ved å holde seg tekstnær, gjengir kondensatet summen av hva informantene har sagt og fortalt. På denne måten gjenforteller og sammenfatter kondensatet det som sies under de ulike kodene (Malterud, 2017, s. 107).

For å belyse kondensatet brukte vi «gull-sitater». Dette er gode sitater fra informantene som demonstrerer tydelig og klart det aktuelle kondensatet. For noen koder hadde vi opp til flere gode «sitater» som gjorde det vanskelig å velge. Et eksempel på «gull-sitat» som ble brukt i denne analysen handlet om informasjon: En mann som tidligere hadde blitt operert og var inneliggende pasient den gangen, fortalte at han ikke en gang hadde hørt om dagkirurgi da han fikk time til operasjon på dagkirurgisk avdeling. Han beskrev hvordan han fant informasjon om hva dagkirurgi gikk ut på slik: «Jeg googlet i forkant. Jeg visste ikke hva dagkirurgi var. Så stod det på nettet, at det var sånt de tilbydde over hele Norge.»

### **8.4. Trinn 4. Syntese.**

Trinn 4. Sammenfatningen er analysens fjerde trinn og skal utgjøre en analytisk tekst for hver kodegruppe. Denne teksten skal representere resultatene i forskningsprosjektet, og formidle essensen av flere historier som er sammenfattet (Malterud, 2011, s. 109).

På dette tidspunktet satt vi med kondensat fra alle intervjuene. Til sammen utgjorde det 30 ulike koder og subgrupper med kondensater og «gull-sitater». Det var for mange koder. Nå måtte teksten igjen granskes. Hvilke koder beskriver det samme temaet? Har vi ulike koder som kan slås sammen til én kode? Etter denne runden av analysen satt vi igjen med følgende koder: *Informasjon*,

*forberedelser, opplevelse smerter og selvbehandling av smerte, de gode hjelperne og ADL med subgrupper søvn, ernæring og mobilisering.*

Malterud beskriver at det å gi subgruppene undertitler kan gi feilaktig inntrykk av detaljnivået i analysen og lede til fragmentering av presentasjonen (Malterud, 2017, s. 109). Under temaet ADL valgte vi først å ha subgrupper for å belyse de ulike temaene informantene beskriver. Her kom vår forforståelse til syne. Tanken var at sykepleiere har tradisjon for å kategorisere de ulike grunnleggende behovene til våre pasienter, derfor følte det naturlig å beholde disse subgruppene under koden ADL. Etter nøyere gjennomgang kunne vi se at her kom vår forforståelse i veien for prosessen. Vi måtte se forbi vår forforståelse og gå dypere inn i intervjuene. Hva er egentlig funnene våre? Etter nok en gjennomgang av intervjuene satt vi igjen med følgende tema i analysen:

*Smerter; «Det er som noen sitter og plukker meg inni beinet».*

*Egenbehandling av smerter.*

*Øvelser til besvær.*

*Informasjon? «google it»,*

*Hjelp; «Jeg er jo hjelpeløs, det kan jeg ikke legge skjul på».*

*Den positive pasienten.*

Etter at syntesen nesten var ferdig stilt var det igjen tid for å gå tilbake til de opprinnelige intervjuene. Her måtte vi validere funnene våre. Vi gikk gjennom våre transkriberte intervjuer for å se hva som egentlig ble sagt og i hvilken sammenheng. For å utfordre funnene våre lette vi systematisk etter «sitater» som motsier seg våre funn (Malterud, 2017, s. 110).

Når de opprinnelige intervjuene var gjennomgått påny måtte det også undersøkes om alle informantene var representert i funnene. Det er naturlig at noen blir mer representert enn andre, men for at det skal kunne være overførbart må mest mulig av materialet stamme fra flest mulig, og ikke fra enkeltindivider (Malterud, 2017, s. 110).

## 9. Funn

Det empiriske materialet vi har samlet stammer fra fem menn og en kvinne i alderen 20-40 år. De bor alle på Vestlandet. Avstand fra sykehuset varierte fra tre minutter til 45 minutter med bil. To har benyttet seg av taxi-tilbud fra sykehuset for å komme seg hjem. Mens fire ble hentet i privat bil. Fem informanter hadde samboer eller var gift. En bodde alene. Fire av informantene hadde ikke vært operert før. To hadde blitt operert som inneliggende og en som dagkirurgisk. Utvalget vårt er relativt unge pasienter som er til vanlig fysisk oppegående og svært aktive.

### **9.1.Smerter; «Det er som om noen sitter og plukker meg inn i beinet».**

I det empiriske materialet trår informantenes opplevelser med smerter fra operasjonsområdet tydelig frem. Dette er en pasientgruppe med mye smerter.

Smertene beskrives som:

«Kneet føles hovent og stivt. Det er som om noen sitter og plukker meg inn i beinet, og graver ned i beinet på meg. Akkurat som om det brenner inni foten, en smerte som jeg ikke klarer å ta»  
(tekstskondensat)

Informantenes beskrivelser viser at smerter var noe som påvirket dem hele døgnet, og at det var vanskelig å få nok søvn på grunn av smertene.

Smertene gir også nedsatt søvnkvalitet. Flere beskriver at de våkner av smerter i løpet av natten.

«Det var vanskelig å finne en behagelig liggstilling på grunn av smerten. Det er mye vondt på natten, derfor får jeg litt urolige netter. Når jeg våkner på morgenen har jeg vondt» (tekstskondensat)

For å unngå kontraksjoner i kneet, bør det helst ligge strakt ut. Dette gir informantene utfordringer på natten fordi det mest behagelige er å ligge med bøyd kne og en pute i knehasen. De klarer derfor ikke å finne en behagelig liggstilling som gjør at de kan slappe av og få god søvn. De opplever at når de endelig har sovnet, våkner de av smerter som følge av at de har snudd seg eller endret liggstilling i søvne.

Store deler av dagen tilbringer de liggende på sofaen. De har problemer med å tilfredsstille grunnleggende behov som å hente eller lage seg mat og gå på toalettet. Smertene gjør informantene midlertidig invalidisert.



«Det er utfordrende å lage seg mat. Jeg klarer ikke stå oppreist så lenge. Med en gang jeg har vært oppe og beveget meg, kommer smertene. Jeg blir bare liggende, jeg kan ikke få med meg ting. Som å hente et glass vann, for eksempel» (Tekskondensat)

De har så mye smerter at det reduserer deres evne til å bevege seg rundt i hjemmet betydelig. Daglige gjøremål og behov blir en stor utfordring, de klarer ikke selv å lage seg mat eller hente det de trenger.

### *9.1.1. Egenbehandling av smerter*

Alle informantene bruker smertestillende medisiner for å få kontroll på smertene. Fra sykehuset har de fått samme smerteregime: langtidsvirkende morfintabletter som skal tas morgen og kveld til samme tid hver dag. I tillegg har de fått Paracetamol og Ibuprofen som skal tas tre til fire ganger for dagen. Og i tillegg har de fått hurtigvirkende morfintablett som tas ved behov opp til fire til seks ganger daglig. De utfører likevel egenbehandlingen av smerter svært ulikt. Det var store variasjoner i egenbehandling av smerter:

«Jeg gjør ikke annet enn å ligge på sofaen og spise morfintabletter» til «Jeg fikk fire ulike typer smertestillende, den hurtigvirkende morfintabletten har jeg ikke hatt behov for». (tekstskondensat)

Begrunnelsen for hvordan de utfører smertebehandlingen varier. Noen har åpenbart mindre vondt, mens andre er redd for de «sterke medisinene». Andre igjen opplever bivirkninger av medisinene og vegrer seg derfor mot å ta dem. Spesielt er redselen for å bli svimmel påfallende. Informantene er alene store deler av døgnet og må klare seg selv og er redd for å falle og skade seg.

«Jeg sliter med å gå på do, og jeg blir svimmel av morfintablettene». (Tekstskondensat)

Informantene beskriver her at de opplever å bli forstoppet og svimmel. Dette er bivirkninger av smertestillende tabletter generelt. I tillegg har de utfordringer med å bevege seg, derfor kan det å komme seg til toalettet være en stor utfordring.

Et smertelindrende tiltak skiller seg ut. Det er *Is-bandasjen* som alle fikk med seg fra sykehuset. Den viste seg å være en veldig effektiv og god smertelindring.

«Den ene dagen hadde jeg veldig vondt, morfin tok ikke smertene. Da hjalp det å legge på is-bandasje. Den hjelper veldig til å roe ned. Jeg har på is-bandasje hver natt før jeg legger meg, eller sover med den. Den virker bedre enn morfin, på akutte smerter. Den virker i løpet av to minutter». (tekstskondensat)

Informantene legger is-bandasjen i fryseboksen slik at den hele tiden er klar til bruk når det er behov for den. Flere understreker at effekten av is-bandasjen må formidles til fagmiljøene.

Oppsummert kan en si at denne pasientgruppen har det smertefullt de første døgnene etter operasjonen. Smertene dominerer hele døgnet og påvirker behovet for søvn og hvile. Informantens beskrivelser viser og at de er immobile og at de opplever seg som invalidiserte.

## **9.2. Øvelser til besvær**

Informantene blir anbefalt og rådet til å gjøre øvelser som egenbehandling etter operasjonen. Disse øvelsene skal forebygge at kneet «stivner». Bevegelse raskt etter operasjonen legger grunnlaget for videre opptrening, bevegelse og styrketrening sammen med en fysioterapeut. Uten disse øvelsene kan resultatet av operasjonen på sikt gi et dårlig funksjonelt resultat. Etter ca. 14 dager anbefales informantene å starte denne opptreningen sammen med en fysioterapeut.

Informantene forteller at de har vanskeligheter med å få utført egentreningen. De er sterkt fysisk immobilisert. De må bruke krykker. De har mye smerter og opplever bivirkninger som følge av bruk av smertestillende medisiner.

«Jeg går på do, så lager jeg meg en skive. Det er det jeg er ute av sofaen, mer klarer jeg ikke».  
(Tekskondensat)

Ut ifra det informantene beskriver er det noe tilfeldig frekvens og varierende kvalitet på utførelsen øvelsene. Noen orker ikke gjøre øvelser i det hele tatt.

«Det var sagt at jeg skulle starte med øvelser med en gang, men kneet føles helt stivt, så jeg vil vente noen dager før jeg begynner å trene» (sitat)

Flere har problemer med å oppnå full strekk i kneet pga. av smerter og hevelse.

«Jeg klarer ikke sitte med pute under hælen som jeg skal gjøre, det gjør vondt». (sitat)

Ut ifra det informantene sier kan vi si at de ved økt aktivitet får de mer smerte. Likevel tar de ikke mer smertestillende, for å klare å gjennomføre øvelsene.

«Jeg har begynt å trappe ned på smertestillende. Jeg klarer ikke gjøre alle øvelsene nå, jeg klarte det bedre i starten. Nå gjør det vondt, jeg sliter» (tekstskondensat).

Informantene beskriver at øvelsene er vanskelig å få gjennomført som følge av smerter. Å finne den rette balansen mellom riktig mengde smertestillende og riktig mengde aktivitet er problematisk for informantene.

Egentreningen informantene er rådet til blir på ingen måte oppfulgt og systematisk gjennomført. Omfattende smerter gjør at de vegrer seg, og flere erfarer at de får mer vondt når de gjør øvelsene de er anbefalt å gjøre.

### 9.3. Informasjon? «Google it»

Informantene har vært til en konsultasjon hos kirurgen før operasjonen. Her angir de å ha mottatt informasjon muntlig om inngrepet og tiden etterpå. Informantene husker ikke denne informasjonen og innholdet som ble gitt om selve inngrepet, hvor lenge de skulle gå på krykker eller hvor lenge de skulle være sykemeldt.

«Kan være legen informerte om dette på konsultasjonen før operasjonen, men det husker jeg ikke. Skulle ønske jeg fikk litt mer skriftlig informasjon» (tekst kondensat)

Som følge av at de ikke har mottatt, eller husker informasjonen de har fått, skaffer de seg informasjon om inngrepet selv, for eksempel på internett, eller via venner.

«Jeg googlet i forkant. Jeg visste ikke hva dagkirurgi var. Så stod det på nett at det var sånt de tilbydde over hele Norge». (sitat)

«Jeg husker ikke så mye av beskjedene jeg fikk på sykehuset, jeg følte meg litt full da jeg våknet. Jeg kunne trengt å komme litt til meg selv». (sitat)

En konsekvens av måten informasjonen på sykehuset ble formidlet på, om tiden etter operasjonen, er at informantene ikke var forberedt på de utfordringene som møtte dem når de kom hjem.

Flere av informantene vegrer seg for å ta kontakt med helsevesenet for spørsmål, og benytter seg heller av sitt sosiale nettverk for hjelp og råd.

«Samboeren min har en søster som er sykepleier. Vi spurte henne om råd til sårstell. Vi sendte henne bilde og spurte om hennes mening i forhold til operasjonssåret» (Sitat)

Informantene gir uttrykk for at de ikke har den informasjonen de har behov for. De har mange spørsmål men ikke alle ønsket å ringe tilbake til sykehuset for å få svar på spørsmålene sine. Dette til tross for at alle har fått med seg et direkte telefonnummer til avdelingen hvor de har blitt operert.

#### **9.4. Hjelp; «Jeg er jo hjelpeløs, det kan jeg ikke legge skjul på»**

Dette materialet viser at hjelpebehovet er påfallende stort. Pasientene har et stort hjelpebehov dagene etter operasjonen. Kun ved hjelp av omsorgspersoner rundt dem, klarer de å få dekket sine grunnleggende behov. De trenger hjelp til matlaging, sette frem mat, drikke, medisiner, transport, gjøre innkjøp, foreta sårstell, forflytte seg og smertelindring.

*«Jeg er jo helt hjelpeløs, det kan jeg ikke legge skjul på» (sitat)*

*«Jeg har støttet meg til samboeren min. Det er hun som har hjulpet meg hjemme. Hun har satt frem vann og medisiner, byttet is-bandasjen, ryddet og laget middag. Jeg klarer ikke gjøre det selv når jeg bruker krykker. Begge hendene mine er jo opptatt. Så det er minimalt jeg klarer å gjøre selv» (teks kondensat)*

Informantene gir uttrykk for at de er helt avhengig av hjelp fra andre. De trenger hjelp til å dekke grunnleggende behov som ernæring, hvile, forflytning og samtidig som de trenger sykepleiefaglig hjelp til å administrere medisiner ol. Hjelpen til å dekke grunnleggende behov blir dekket av familie eller venner. Den sykepleiefaglige hjelpen finnes ikke.

#### **9.5. Den positive pasienten**

I dette materialet ser vi at informantene velger å se overraskende positivt på situasjonen sin. De problematiserer ikke sin hverdag, til tross for utfordringene de har etter operasjonen. En av grunnene til at de er positive til dagkirurgi, er at de får komme hjem til sine kjære og vante omgivelser. Det er velkjent at positivitet er en mestringsstrategi.

## 10. Diskusjon

I dette kapittelet vil vi drøfte våre empiriske funn med tidligere forskning og Nightingales teori om sykepleie, for å besvare vår problemstilling.

### 10.1. Smerter og smertebehandling

Vårt materiale viser at de første postoperative døgnene hjemme er dominert av smerter. Smertene som beskrives er altomfattende og påvirker søvn, matinntak og fysisk aktivitet. Lignende funn er gjort i tidligere studier (Gramke et al., 2007, s. 4; Odom-Forren et al., 2015). Sett i lys av hvilke medisiner som skrives ut til denne pasientgruppen er dette noe behandlende institusjon også er innforstått med. Likevel blir pasientene overlatt til seg selv når det kommer til administrering av medikamentene. Informantenes egne beskrivelser av en smerteintensitet som sterkt påvirket både aktivitet og søvn, indikerer at de hadde problemer med å administrere medikamentene på en optimal måte. Vi vurderte det slik at informantene ikke selv klarte å vurdere hvordan behovsmedikamentet Oxynorm skulle administreres for å oppnå optimal smertelindring. Forskning viser at pasienter slutter å bruke smertelindrende medisiner tidligere enn anbefalt og at dette er en vurdering de selv gjør. En av grunnene kan være negative erfaringer med bivirkninger. En annen grunn kan være at de har hørt om at man kan oppleve bivirkninger ved å bruke medikamenter, og derfor vil de ikke ta av frykt for å få bivirkninger (Gramke et al., 2007, s. 4). En kan da spørre seg om det er rimelig å overlate ansvaret for å administrere smertebehandlingen til pasienten selv etter operasjonen.

Informantene problematiserer ikke at de må ta hånd om en rekke ulike medikamenter selv. Odom-Forren (2017) hevder at ortopediske pasienter, spesielt, trenger assistanse når det kommer til smertestillende for å bryte den onde sirkelen med symptomer.

Vårt materiale bekrefter dette. Informantene lar seg lede av ulike motiv når det kommer til administrasjon av smertestillende medisiner. Noen opplever at de blir svimmel og er derfor redd for å ta sterke smertestillende når de er alene. Andre opplever at de blir obstiperte og reduserer smertebehandlingen av den grunn, mens andre igjen er generelt redde for å bli avhengig og ser det som et positivt tegn at de kan raskt trappe ned eller seponere helt. Uten sykepleiefaglig veiledning vil ikke disse pasientene kunne ta medikamentene som foreskrevet, fordi informantene og deres pårørende ikke har den kunnskapen de trenger om helheten i behandlingen.

Vi mener derfor at det er bekymringsverdig at pasientene ikke får noen form for oppfølging fra sykehusets side utover den første dagen, da en sykepleier ringer pasienten.

Informantene har en holdning til bruken av smertestillende som sier «jeg vil bruke minst mulig». På den ene siden kan dette være positivt i den forstand at de i mindre grad står i fare for å bli avhengige av opiater. På den andre siden, som vist, kan det få negative konsekvenser som kan hindre optimal rehabilitering av kneets funksjon. Her kunne en sykepleier støttet pasienten til å regulere smertebehandlingen slik at pasienten klarer å gjennomføre øvelser og får god nattesøvn. En sykepleier ville også kunne rådføre en pasient i hvordan håndtere bivirkninger. For eksempel ved obstipasjon vil sykepleieren hjelpe pasienten å legge til rette ernæring som regulerer tarmfunksjonen, og eventuelt iverksette andre behandlende tiltak som laksantia. En sykepleier kan med sin fagkunnskap gi individuelt og tilpasset behandling til pasienter. Dette er eksempler på det Nightingale beskriver som god sykepleie. Sykehuset tilbyr standardiserte pakkeløsninger som ikke er individuelt tilpasset den enkelte pasient. Sykepleiere kan komme med ulike løsninger på de forskjellige utfordringer som kan oppstå.

Informantene har god effekt av is-bandasje som smertelindring postoperativt. Vi tror dette har stor betydning som smertestillende behandling i de første dagene etter operasjonen. Flere forteller at dette er en svært effektiv, god, enkel, brukervennlig og det gir smertelindring uten bivirkninger.

Det er forventet at smertene vil avta gradvis, og kanskje vil informantene akseptere en del smerter for en midlertidig kortere periode. De er forberedt på å ha en del smerter postoperativt, men etter vår mening får de ikke god nok hjelp og informasjon til å håndtere smertene som en del av egenbehandlingen i hjemmet etter dagkirurgi.

## **10.2. Øvelser**

For at resultatet av operasjonen skal bli vellykket må informantene gjennomføre øvelsene hjemme. Som vist i analysen blir ikke øvelsene gjennomført systematisk i den grad som er anbefalt og ønsket fra sykehuset. En forklaring kan være at informantene ikke har forstått viktigheten av å utføre øvelsene. En annen forklaring kan være smerter. Noen av informantene uttalte at de på grunn av smerter utsatte å gjøre øvelser. Et eksempel er da en informant opplevde å stagnere i evne til å utføre øvelser på tredje postoperative dag, samtidig med nedtrapping av smertestillende medisiner. Trolig er dette ett resultat av at de ikke forstår sammenhengen mellom smertelindring og aktivitet. Stessel (Stessel et al., 2015b, s. 5) viser at disse pasientene fortsatt har betydelige smerter fjerde

postoperative dag. Som følge av at de fortsatt preges av smerter på dette tidspunktet, og dermed vegrer seg for å gjøre øvelsene, kan det i verste fall gjøre at resultatet av kirurgien blir dårligere. De vet at de skal gjennomføre øvelsene, likevel får de det ikke til. Det er nærliggende å tro at om de hadde god kunnskap om, eller hadde blitt fortalt at de kunnet smertelindret seg selv bedre, hadde de mestret øvelsene på en mer tilfredsstillende måte. Nightingale mener at en god sykepleier legger til rette for at kroppen skal helbredes. Hvor er sykepleieren når pasienten er hjemme med store smerter? Hvordan kan sykehuset sikre at den nyopererte pasienten får god sykepleie? Vi synes det er urimelig å forvente at informantene skal ha kunnskap om hva som er god egenbehandling eller hvordan de skal administrere smertestillende medisiner.

### **10.3.   Hjelpebehov**

Analysen viser at våre informanter har et hjelpebehov utover det første døgnet.

En forutsetning for at man kan bli operert dagkirurgisk er at man har en person sammen med seg det første døgnet. Det kan tenkes at sykehusets krav om å ha en pårørende hjemme det første døgnet kan gi et feilaktig inntrykk av det reelle hjelpebehovet. Sykehuset stiller altså ikke krav til at den nyopererte har tilsyn i mer enn ett døgn. Vi observerte derimot at de som har gjennomgått ACLR ikke er selvhjulpne de første tre til fem første postoperative dagene. Pasientene hadde behov for hjelp til sårstell, matlaging, husstell, mobilisering og tilrettelegging av medisiner. Det diskuteres om dagkirurgiske pasienter forstår omfanget av det postoperative forløpet som foregår hjemme. Berg et.al (2013, s. 7) diskuterer pasienters oppfatning av «same day surgery, equals same day recovery». Pasienter undervurderer omfanget av sitt behov for hjelp. Vi har gjort lignende funn og informantene har løst utfordringene ulikt. Alle informantene har alliert seg med pårørende, venner og bekjente for å dekke sine behov. Likevel er det ikke en selvfølge at pasienter har noen hos seg utover det første døgnet, til tross for at det tydelig er ett behov for dette. Informantene i dette prosjektet viser at behovet for hjelp til å ivareta egenomsorg og egenbehandling strekker seg over flere dager. Dette oppleves som en stor utfordring for informantene. En mulig løsning kan være at pårørende fikk innvilget lønnet velferdspermisjon for å ta seg av pasienten. Et annet alternativ å løse dette på ville være å ha en fast kontaktperson i klinikken. En fagperson som gir utvidet oppfølging etter det første døgnet. For eksempel ved daglig telefonkontakt, slik at pasienten kan få svar på eventuelle spørsmål de lurer på.

Tidligere forskning viser at pårørende opplever et stort ansvar når det kommer til den postoperative pleien av den dagkirurgiske pasienten. Boughton og Halliday (2009, s. 5) beskriver at hjelperne blir

overrasket over pleiebehovet til den «ortopediske» pasienten og at de måtte tilrettelegge for at de kunne bli lengre hos pasienten enn først antatt. Noen måtte på grunn av demografiske forhold, leie seg rom for å være i nærheten av den nyopererte. Fra de pårørende mottar informantene stor grad hjelp til matlaging, administrasjon av smertelindrende medikamenter og sårstell. Informantene trekker spesielt frem at det positive med dagkirurgi var at de verdsatte å komme hjem til sine kjære, og sine vante omgivelser. Det ble sagt påstander som «det hadde ikke vært mindre vondt selv om jeg hadde vært på sykehuset». Informantene har, som vist, likevel problemer med å utføre adekvat smertelindring på egenhånd i hjemmet. De løser det i samråd med «sine hjelpere». Her utføres «sykepleie» av personer med tilfeldig kompetanse. Informantene fortalte at pårørende, uten relevant helsefaglig kompetanse, utførte «sykepleie» som smertelindring og sårstell. Florence Nightingale talte mot oppfatningen om at hvem som helst kunne utøve «sykepleie». Kunnskapen som ligger bak sykepleiefaget skal være fakta – og kunnskapsbasert.

«Den viktigste praktiske kunnskap som kan gis sykepleiere, er å lære dem hva som skal observeres, hvordan man observerer, hvilke symptomer som inkluderer bedring og hvilke det motsatte, hvilke symptomer som er viktige, hvilke som ikke er det, hva det er som røper dårlig pleie og hvilken form for dårlig sykepleie.» (Nightingale, 1984, s. 105).

Det som Nightingale sier her er at det å utføre sykepleie krever en spesiell kompetanse. Helt satt på spissen mente hun at dårlig sykepleie kunne lede til mer lidelse enn bedring. Ved å sende pasientene hjem kun to timer etter å ha gjennomgått ACLR kan ikke sykehuset kvalitetssikre den pleien pasientene mottar hjemme.

Selv om sykehuset i større grad kan kvalitetssikre sykepleien hos inneliggende pasienter, er det ikke ensbetydende med at pasientene opplever tilfredshet. Pasientene som blir innlagt på sykehuset etter operasjon mottar profesjonell sykepleie. Der får pasientene dekket sine behov for blant annet ernæring, smertelindring og sårstell. Likevel viser artikkelen «Like a trips to McDonalds» at pasienter som var innlagt på sykehus etter kirurgi følte at de mistet kontrollen på livet sitt. De brukte mye av dagen på dødtid. De ventet på legen og de ventet på forskjellige resultater. De opplevde dagene på sykehuset som bortkastet tid. Videre viste denne studien at pasientene følte at de hadde kontroll på sitt eget liv når de ble operert dagkirurgisk og fikk reise hjem like etter operasjonen. Det kan være med på å forklare informantenes positive holdning til dagkirurgi (Mottram, 2011, s. 6).



## 10.4. Informasjon

Sykehusets rutiner med å informere pasienten har et klart forbedringspotensial.

Informantene opplyser at de har mottatt informasjon, men at de ikke husker hva som ble sagt. Informasjonen som gis før hjemreise, er både muntlig og skriftlig. Tidspunktet for denne informasjonen er oftest kort tid etter operasjonen og kort tid etter at informanten er vekket opp fra narkose. Driften av den dagkirurgiske enheten er med på å påvirke når pasientene får informasjonen. For eksempel er kort liggetid, stor pasient «turnover» og vaktordninger på den dagkirurgiske enheten medvirkende faktorer til når informasjonen må gis. For den dagkirurgiske enheten er det en forutsetning for effektiv drift at pasientene skrives raskt ut.

Imidlertid kan man tenke seg at det er ugunstig for pasienten å motta informasjon så kort tid etter oppvåkningen. Da kan det være lett å glemme det som blir sagt fordi de fortsatt ofte er påvirket av anestesimidler og smertestillende medisiner. Dette viser også studien til Berg et. Al (2013). Studien viser at pasientene opplevde at de fremdeles var påvirket av narkosen på informasjonstidspunktet (Berg et al., 2013, s. 8). Til sammenligning får pasienter som blir innlagt for den samme operasjonen, gjerne den samme informasjon den første eller den andre postoperative dag. De får informasjon på det tidspunktet fordi de da har fått hvile og er mer mottagelig og bedre forberedt på å motta aktuell informasjon. Når det gjelder dagkirurgi er tidspunktet for når informasjonen blir gitt, en av grunnene til hvorfor den ikke blir husket.

Som nevnt tidligere i oppgaven informeres pasienten av tre ulike yrkesgrupper (kirurgen, sykepleieren og fysioterapeuten) før hjemreise. Pasientene møter dermed mange mennesker på kort tid, hvor alle har informasjon som de mener er viktig å formidle. En kan forestille seg at dette «havet» av informasjon og pågangen av ulike yrkesgrupper som vil informere kan skape forvirring hos pasienter som nettopp har våknet fra narkose. Pasientene er kanskje ikke særlig mottakelige for så mye informasjon så kort tid etter narkose og kirurgi.

En kan tenke seg at kanskje det hadde vært gunstig å satse mer på tilgjengelig informasjon selve operasjonsdagen.

Med det kan informasjonsmengden på operasjonsdagen reduseres betydelig. Da kan pasienten bruke den korte tiden på sykehuset på smertelindring, spise, hvile og bli klar til å reise hjem. I tillegg unngår man å informere pasienter som er påvirket av medikamenter eller stress i like stor grad, som på selve operasjonsdagen.

Videre kan man jo også tenke seg at det kan det være mer nyttig for pasienten å ha mulighet til å ha tilgjengelig og aktuell informasjon etter hvert som problemene oppstår. Funnene våre viser at

informantene har utfordringer med å gjennomføre øvelser på grunn av smerter og at de selv ikke klarer å identifisere et økt behov for smertestillende ved økt aktivitet. De har i tillegg høy terskel for å ringe sykehuset for å rådføre seg.

Kanskje et informasjonstilbud med lavere terskel kunne vært mulighet? For eksempel er en tverrfaglig nettside med informasjon og informasjonfilmer som viser øvelser og gir praktiske tips til pasientene etter hjemreise en god løsning. På denne nettsiden kunne alle tre yrkesgruppene hatt mulighet til å informere om viktige forhold til pasientens beste. Dette vil være tilgjengelig for pasienten til enhver tid.

Våre informanter etterspør mer skriftlig informasjon preoperativt. Som en kontrast til dette viser Berg et. Al til at tidligere forskning (Leino-Kilpi et al., 2009), som sier at dagkirurgiske pasienter har vist seg å ikke være særlig interessert i preoperativ informasjon (Berg et al., 2013, s. 7). Vår analyse viser det motsatte.

Som vist i analysen er en konsekvens av dagens praksis, som gir lite skriftlig preoperativ informasjon, at pasientene søker informasjon på egenhånd. I den store mengden av informasjon som gis er det ikke lett for pasienten å vurdere hva som er mer eller mindre viktig. Med andre ord kan det tenkes at pasientene ikke har bakgrunn til å forstå hvilken informasjon de mangler, eller trenger. Som følge av dette står de i fare for å ikke få med seg viktig informasjon som blir gitt (Odom-Forren et al., 2017) eller de kan få også få feilinformasjon.

Som følge av dette er det rimelig å si at det foreligger et informasjonsbehov som fører til at pasientene selv oppsøker dette fra andre kilder, for eksempel internett eller venner.

Preoperativ sykepleieinformasjon er fraværende. Våre informanter har ikke fått informasjon om forberedelser som bør foretas i hjemmet før operasjonen. Nightingale mener en sykepleiers jobb er å «sørge for frisk luft, lys, varme, renslighet, ro og korrekt utvelgelse og oppfølging av dietten – mens man hele tiden husker på at pasienten ikke må tappes for krefter» (Nightingale, 1984, s. 18).

Slik vi ser det er det sykepleierens funksjon og rolle å informere pasienten om det som omhandler grunnleggende sykepleie før operasjon. På den måten er pasienten bedre forberedt til selv å ivareta disse behovene. Og da vil pasienten også få mulighet til å tilrettelegge hjemmet før operasjonen. Det dreier seg om hygiene; skifte til rent sengetøy og ha rene klær klar til bruk, ernæring, og kjøpe inn mat for flere dager som er lett å tilberede.

Sykepleien innehar viktig kompetanse om administrering av smertestillende, aktivitet og hvile i den postoperative fasen. Med denne kompetansen kan sykepleieren gi skreddersydd informasjon til pasient. Den generelle informasjonen ved utskrivning treffer ikke informantene. Derfor bør

sykepleieinformasjon også inneholde en gjennomgang av hvordan pasienten bør administrere smertestillende medisiner. Slik kan pasienten oppnå en optimal smertelindring som leder til normal søvnkvalitet og muliggjør aktivitet. Det kan derfor tenkes at skreddersydd informasjon ville være hensiktsmessig for denne pasientgruppen.

Dette er deler av egenbehandlingen informantene våre har store utfordringer med hjemme. Kanskje er det urealistisk å tro at ufag lærte skal kunne utvikle stor forståelse om bruk av smertestillende? Sykepleierne har lært å administrere medikamenter gjennom mange års erfaring og i tillegg til en minst treårig utdanning. Med utgangspunkt i den påstanden kan man forestille seg at det ville vært mer forsvarlig å følge pasientene tettere opp etter utskrivelse med f.eks. telefonvisitt eller hjemmebesøk.

Sykepleieren tolker helsevesenet for pasienten, og sykepleieren tolker pasientens symptomer til helsevesenet. Dermed er sykepleierens rolle å være et bindeledd mellom pasient og helsevesen.

## **10.5. Positivt innstilt**

Alle informantene fremstår som positive til det dagkirurgiske tilbudet. Til tross for at de har problemer med egenbehandlingen hjemme, gir de uttrykk for en positiv holdning. Det kan tenkes at denne positive holdningen er en form for mestringsstrategi. Informantene har ikke nok kunnskap for å kunne forstå hva som er utrygt, eller hva som kan gå galt. En sykepleier kan med sin fagkunnskap vurdere potensielt utrygge situasjoner og komme med ulike løsninger. Vårt inntrykk er at det var viktig for informantene å fremstå positive i selve intervjusituasjonen. Informantene kan ha undervurdert deres eget ansvar og behov for hjelp etter operasjonen. Som vist tidligere i diskusjonskapittelet kan dette være en konsekvens av manglende informasjon fra sykehusets side, i kombinasjon med at informantene ikke har oppfattet eller forstått den gitte informasjonen.

I denne oppgaven har vi diskutert våre funn. I tillegg til disse funnene vi har drøftet, har vi oppdagat andre aktuelle funn som kunne være viktig å trekke frem. Til eksempel kunne vi diskutert hvorvidt tidligere erfaring med kirurgi har relevans for forventninger til dagkirurgi. Kan dette ha betydning for opplevelsen av å foreta egenbehandling i hjemmet? Gir tidligere erfaring (operasjon) positive, eller negative, forventninger til den postoperative tiden hjemme?

## 11. Konklusjon

I denne oppgaven har vi besvart problemstillingen *pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling etter dagkirurgisk behandling av korsbåndsskader*.

Vårt materiale viser at informantene ikke har fått det de trenger for å oppnå en optimal rekonvalesens.

Funnene viser at denne pasientgruppen opplever mye smerter hele døgnet etter operasjonen. Som en konsekvens av smerter og at de har glemt mye av informasjon fra sykehuset, har de store problemer med å utføre øvelser som er en del av egenbehandlingen sykehuset anbefaler.

Funnene viser at informantene ikke klarer å administrere behovsmedikamentet Oxynorm riktig for å oppnå optimal smertelindring. De erfarer at det er effektivt å bruke is-bandasje som smertestillende. Vi stiller spørsmålet om det er god pasientbehandling å overlate smertebehandling til pasientene uten å gi oppfølging utover den ene telefonsamtalen på første postoperative dag.

Funnene viser at informantene har et hjelpebehov utover det første døgnet. De har utfordringer med utføre egenomsorg. De opplever å bli avhengig av hjelp fra familie og venner. De opplever store utfordringer med å lage seg mat og forflytte seg rundt i huset. Sykehuset forholder seg i liten grad til sykepleien som blir utført hjemme. De som utfører sykepleie til våre informanter har ingen spesiell relevant kompetanse fra helsevesenet til å utføre dette. På eget initiativ oppsøker de nyopererte informantene hvis mulig støtte og hjelp fra personer i nettverket med sykepleiefaglig eller annen helsefaglig kompetanse. Men de vegrer seg for å kontakte sykehuset for enkle spørsmål.

Vi stiller spørsmål til sykehusets rutiner med å informere pasientene like etter oppvåkning fra narkose. Vi kommer med forslag til andre måter å gi pasienter informasjon. En måte å gi pasientene et fortløpende tilbud på informasjon kan for eksempel være en god nettside som kan fungere som en tverrfaglig «korsbåndskole». Da vil pasienten kunne oppsøke informasjon som er relevant for de utfordringene og problemene som dukker opp underveis hjemme, både i tiden før operasjon og i tiden etter. På den måte vil også sykehuset ha en mulighet til å treffe pasientene der de selv søker informasjon og på den måten bidra til å kvalitetssikre den informasjonen pasientene selv søker opp.

Denne pasientgruppen bør få tilgang til et utvidet helsetilbud som for eksempel tilsyn av en ambulerende sykepleier med postoperativ kompetanse som kan veilede og gi sykepleie individuelt.

Vi tror at denne pasientgruppen vil ha nytte av ytterligere forskning. Dagkirurgi er en økende trend. Framtiden vil være en betydelig økning av dagkirurgisk aktivitet. Vi tror at det er på høy tid at sykepleierne kommer på banen for å ivareta den dagkirurgiske pasienten etter utskrivelse fra sykehuset.

## 12. Etiske vurderinger

Prosjektet har fulgt forskningsetiske retningslinjer, og det var nødvendig med godkjenning fra Regionale komiteer for medisinske og helsefaglig forskningsetikk. Dette ble søkt og godkjent, se vedlagte godkjenninger.

Avdelingen på sykehuset informantene ble rekruttert fra har godkjent samarbeidet i prosjektet.

Samtykkeskjema ble gitt ut til informantene som deltok, signatur var kravet for at de kunne inkluderes. Samtykke skal være uttrykkelig, frivillig og skriftlig dokumentert (Etikkom, 2016). Deltakere ble informert om at de de kunne trekke seg fra undersøkelsen når som helst uten konsekvens for de selv.

Prosjektet skal ivareta grunnleggende personvern som anonymisering og konfidensialitet ved publisering av resultater.

En utfordring i selve intervjusituasjonen som forsker og sykepleier kan være dersom noen av pasientene vi møter har problemer i følge av operasjonen, som krever helsehjelp. Vi gjorde en vurdering i etterkant av intervjuene. Vi rådet informanter til å ta kontakt med respektiv operasjonsavdeling, hvis informantens tilstand tilsa at det var behov for bistand. Da kunne informanten få råd fra sykepleier med bred erfaring innen dagkirurgi. Det var også psykolog med erfaring innen traumebehandling til rådighet dersom det skulle oppstå alvorlige reaksjoner hos informantene.

## Formidling

Resultatene i prosjektet vil først formidles i masteroppgaven som monografi. Vi vil vurdere muligheten for å publisere våre forskningsresultat i en artikkel. Data vil senere bli overlevert til hovedprosjektet og POPS. Vi ser også for oss å holde foredrag med resultatene i klinikken som har dagkirurgiske pasienter og på vår arbeidsplass.

## Fremdriftsplan

For å utføre masterprosjektet utarbeidet vi en fremdriftsplan. Det krevdes nøye planlegging for å kunne utføre prosjektet, da med hensyn til gitt tid og tilgjengelige midler.

	Aug/sept 2018	Okt-Nov 2018	Des 2018- Jan 2019	Feb-mars 2019	April-mai 2019	Juni 2019
Planlegge prosjektet/Lever prosjektbeskrivelse	x					
Opplæring kvalitative intervju			x			
Rekruttere respondenter			x			
Gjennomføring, intervju			x	x		
Transskribering			x	x		
Analyse			x	x		
Ferdigstille og levere oppgave					x	
Muntlig forsvare oppgaven						x

## **Samarbeidspartnere**

Prosjektet er faglig forankret i klinikken, vår kontaktperson seksjons overlege Knut A. Fjeldsgaard bidrar med undervisning, samt i rekrutteringsprosessen.

Vi, kandidat 403 og kandidat 433, er samarbeidspartnere i arbeidet med masteroppgaven, som er en del av ett større prosjekt i regi av forskningsgruppen POPS (Pasientopplevelse og pasientsikkerhet).

Petrin Hege Eide, høgskolelektor på Høgskulen på Vestlandet har vært vår veileder i oppgaven.

## **Teknisk oppsett**

Denne oppgaven er utformet i tråd med retningslinjene til Høgskulen på Vestlandet om eksamen- og oppgaveskriving. Apa 6th er brukt som stil og referanser er håndtert med hjelp av EndNote X8.

Adobe Acrobat DC er brukt til å håndtere vedlegg for overføring til Word. Etske retningslinjer for oppgaveskriving er fulgt.



## 13. Referanseliste

- Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Toverud, K. C. (2016). *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berg, K., Kjellgren, K., Unosson, M. & Årestedt, K. (2012). Postoperative recovery and its association with health-related quality of life among day surgery patients. *BMC Nursing*, 11(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-24>
- Berg, K., Årestedt, K. & Kjellgren, K. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1630-1638. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.002>
- Boughton, M. & Halliday, L. (2009). Home alone: patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemp Nurse*, 33. <https://doi.org/10.5172/conu.33.1.30>
- Engebretsen, L. V., Håvard; Kvinnesland, Irina; Lygre, Stein Håkon Låstad. (2018). *Nasjonalt korsbåndregister*. Bergen: Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Hentet fra <http://nrlweb.ihelse.net/Rapporter/Rapport2018.pdf>
- Etikkom. (2016). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Fjeldsgaard, K. (2018). Muntlig samtale/Undervisning med seksjonsoverlege. I.
- Gramke, M. H.-F., De Rijke, G. H. J., Van Kleef, L. M., Raps, A. E. F., Kessels, A. E. A., Peters, A. E. M., ... Marcus, A. E. M. (2007). The Prevalence of Postoperative Pain in a Cross-sectional Group of Patients After Day-case Surgery in a University Hospital. *The Clinical Journal of Pain*, 23(6), 543-548. <https://doi.org/10.1097/AJP.ob013e318074c970>
- Inderhaug, E. (2018). Rekonstruksjon av fremre korsbånd. Hentet fra <https://kirurgen.no/fagstoff/rekonstruksjon-av-fremre-korsband/>
- Ingelsrud, L. H., Granan, L.-P., Terwee, C. B., Engebretsen, L. & Roos, E. M. (2015). Proportion of Patients Reporting Acceptable Symptoms or Treatment Failure and Their Associated KOOS Values at 6 to 24 Months After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Study From the Norwegian Knee Ligament Registry. *The American Journal of Sports Medicine*, 43(8), 1902-1907. <https://doi.org/10.1177/0363546515584041>
- KEBOMED. Hentet 03.05.19 fra <https://www.kebomed.no/produkter/ib-medical-iceband-153/>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mottram, A. (2011). "Like a trip to McDonalds": A grounded theory study of patient experiences of day surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 165-174. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.007>
- Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie : hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Gyldendal.
- Nightingale, F. (1995). *Notes on nursing : bemerkninger om sygepleje*. København: Munksgaard.
- Nordtvedt, P. (2019). Tilbake Til Nightingale. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/12/tilbake-til-nightingale>

- Nylenna, M. B., Geir Sverre. (2009). Egenomsorg. Hentet 21.04.19 2019 fra <https://sml.snl.no/egenomsorg>
- Odom-Forren, J., Rayens, M., Gokun, Y., Jalota, L., Radke, O., Hooper, V., ... Apfel, C. (2015). The Relationship of Pain and Nausea in Postoperative Patients for 1 Week After Ambulatory Surgery. *The Clinical Journal of Pain*, 31(10), 845-851. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000170>
- Odom-Forren, J., Reed, D. B. & Rush, C. (2017). Postoperative Distress of Orthopedic Ambulatory Surgery Patients. *AORN Journal*, 105(5), 464-477. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.03.005>
- Persson, A., Kjellsen, A. B., Fjeldsgaard, K., Engebretsen, L., Espehaug, B. & Fevang, J. M. (2015). Registry Data Highlight Increased Revision Rates for Endobutton/Biosure HA in ACL Reconstruction With Hamstring Tendon Autograft: A Nationwide Cohort Study From the Norwegian Knee Ligament Registry, 2004-2013. *The American Journal of Sports Medicine*, 43(9), 2182-2188. <https://doi.org/10.1177/0363546515584757>
- Polit, D. F. B., Cheryl Tatano. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (Tenth. utg.). China: Wolters Kluwer.
- Ræder, J. N., J. (2010, 8. april 2010). Dagkirurgi og anestesi. Hentet 30. august 2018, 19. mars 2019 fra <https://tidsskriftet.no/2010/04/oversiktsartikkel/dagkirurgi-og-anestesi>
- Rønningen, L. H., Beate M; Kalseth, Birgitte; Ødegaard, Henriette; Mehus, Kari Hårstad; Pedersen, Marit; Sitter, Marit; Darvik, Monica; Pedersen, Per Bernhard; Bremnes, Ragnhild; Mortensen, Silje Marie; Lilleeng, Solfrid; Myrli, Tone Rian. (2016). *Samdata spesialisthelsetjenesten 2015*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1219/Samdata%20Spesialisthelsetjenesten%202015%20IS-2485.pdf>
- Salthe, O. (2009). Suturlære. I P. H. Eide (Red.), (s. 286-296). Oslo: Gyldendal akademisk, 2009.
- SNL. (2014, 28.09.14). Erfaring. Hentet 21.04.19 2019 fra <https://snl.no/erfaring>
- SNL. (2016, 08.12.16). Opplevelse Hentet 21.04.19 2019 fra <https://snl.no/opplevelse>
- Stessel, B., Fiddlers, A. A., Joosten, E. A., Hoofwijk, D. M. N., Gramke, H.-F. & Buhre, W. F. F. A. (2015a). Prevalence and Predictors of Quality of Recovery at Home After Day Surgery. *Medicine*, 94(39), e1553-e1553. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001553>
- Stessel, B., Fiddlers, A. A., Joosten, E. A., Hoofwijk, D. M. N., Gramke, H.-F. & Buhre, W. F. F. A. (2015b). Prevalence and Predictors of Quality of Recovery at Home After Day Surgery. *Medicine*, 94(39), e1553. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001553>

## 14. Vedlegg

### 14.1. Intervjuguide

#### Prosjekt dagkirurgi; INTERVJUGUIDE

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

#### Tema 1: Kan du beskrive hvordan du har 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
- Stress
- Mulighet til å utføre daglige aktiviteter
- Egenbehandling; Administrasjon av medikamenter, bandasje, sår, øvelser

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

- 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 klare deg de neste dagene, arbeid ol
- Hvordan vil du ønske at denne behandlingen skulle ha vært ?

## 14.2. Informasjonsskriv: forespørsel om deltakelse



### FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

#### PASIENTERS OPPLEVELSER OG ERFARINGER AV EGENBEHANDLING HJEMME ETTER DAGKIRURGI

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en bedre forståelse for hvordan det er å være dagkirurgisk pasient og komme hjem etter kirurgi på sykehuset. Siden du har vært gjennom denne type inngrep, ønsker vi å få vite mer om hvordan tiden etter operasjonen har vært, og om du har opplevelser, erfaringer, kommentarer til det å være sin egen behandler.

##### *Formålet med prosjektet*

Det overordnede formålet for dette forskningsprosjektet er å få en bedre forståelse for ulike pasientgruppers opplevelser og erfaringer med egenbehandling i hjemmet etter dagkirurgisk behandling. Der vi ønsker å få vite mer om hvordan du har forberedt deg før inngrepet, hvordan du hadde det det første døgnet, og hvem som har hjulpet deg hjemme. Vi ønsker også å få vite om opplevelsen har medført stress eller andre komplikasjoner.

##### *Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?*

Forskningsprosjektet utgår fra Høgskulen på Vestlandet og forskningsgruppen POPS, i samarbeid med Haukeland sykehus, Førde Sentralsykehus og Haugesund sykehus. Forskningsgruppen POPS (Pasient opplevelser og Pasient sikkerhet) består av forskere med helsefaglig bakgrunn fra Bergen, Førde og Haugesund.

### HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA?

Prosjektet innebærer at du 3-5 dager etter dagkirurgisk behandling vil bli kontaktet og intervjuet av en eller to masterstudenter ved Høgskulen på Vestlandet. Masterstudentene studerer enten anestesi, operasjon eller intensivsykepleie. 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. Spørreskjemaet vil ta ca. 20 minutter å fylle ut. Frankert svarkonvolutt er vedlagt. Svarene fra spørreskjemaet vil bli registrert elektronisk og vil bli publisert i form av statistiske analyser.

### 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.

#### DER ER FRIVILLIG Å DELTA

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 prosjektleder Petrin Eide, +47 917 40 435 [phe@hvl.no](mailto:phe@hvl.no).

#### DITT PERSONVERN

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på eget område på en lukket forskningsserver. Alle andre opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. Det som blir tatt opp på bånd og senere gjort om til skriftspråk, vil være nedlåst og bli destruert når prosjektet er ferdig. Det er kun masterstudentene som har intervjuet deg og forskere fra prosjektgruppen som har adgang til å se dine anonymiserte opplysninger.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert og omgjort til en kode disse slettes senest fem år etter prosjektslutt. Dato for prosjektslutt 31.12.2020

#### GODKJENNING

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

#### Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

#### Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

#### Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskulen på Vestlandet ved Prosjektleder Petrin Eide. [PHE@hvl.no](mailto:PHE@hvl.no)
- Vårt personvernombud: kontaktperson; Heidi Skramstad
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

### 14.3. Samtykkeskjema



## SAMTYKKE TIL DELTAGELSE I PROSJEKT; Pasienters opplevelse og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi.

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

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

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

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

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

Dato for operasjon: .....

Navn (med blokk bokstaver) ..... Adresse: .....

Telefonnummer .....

Signatur: .....

Samtykke erklæring returneres i vedlagte frankerte konvolutt.

Du vil bli kontaktet når du har kommet hjem for å finne et passende tidspunkt.

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

## 14.4. Informasjonsskriv fra sykehuset

<b>Fremre korsbånd, rekonstruksjon</b>	
Dok. titt:	Dok. ansvarlig:

**Til deg som har fått utført rekonstruksjon av fremre korsbånd:**

### **Bandasjer og sår:**

Bandasjene kan skiftes 48 timer etter operasjonen, eller ved gjennomblødd/våt bandasje. Hvis det er litt gjennomsvining forsterkes den med en ny bandasje utenpå. Ellers skift bandasje ved behov/dusjing. Vask hendene godt før sårskift. Vi anbefaler at du venter med å dusje til 48 timer etter operasjonen. Karbad må du vente med til stingene er fjernet og såret er helt grodd. Elastisk bind brukes de første dagene. Du får med en isbandasje som du skal bruke de første døgnene. Deretter bruker du den etter trening eller hvis du er veldig hoven i kneet. Den forebygger hevelse og kan virke smertelindrende.

- Stingene fjernes hos egen lege 14 dager etter operasjonen.
- Du har ikke sting som skal fjernes de løser seg opp av seg selv. Teipen som er satt over sårkanten bør stå på i 14 dager.

### **Smertes:**

Du kan regne med smerter og hevelse i kneet de første ukene og det er vanlig med smerte og krampetendens i muskulaturen. Ofte kommer en bloduttredelse i knehølen uker etter operasjonen. Du kan også ha et følelsesløst parti på framsiden av leggen. Resept på smertestillende tabletter får du med fra sykehuset.

### **Trening:**

Før du reiser hjem får du en gjennomgang av øvelser du selv skal gjøre. Det er viktig at du trener full strekk av kneet passivt flere ganger daglig. Du skal ligge med pute under ankelèn 10 min. hver våkne time. Du skal ikke ligge med pute under kneet. Du får med operasjonsbeskrivelse til fysioterapeut og du kan bestille 1.time ca. 1 uke etter operasjonen. Gjenopptrening skal tilrettelegges slik at transplantatet ikke overbelastes, samtidig som det skjer en hurtig reetablering av bevegelighet, muskelstyrke og balanse. Du kan belaste foten kontrollert til smertegrensen når du går. Krykkene bruker du i 2-4 uker til du har god muskelkontroll, er smertefri og har normalt gangmønster uten halting. Opptreningperioden varer ½-1 år. Vi anbefaler at du unngår kontaktidrett eller vridninger i kneet første halve året.

- Du skal til kontroll hos lege etter.....time sendes deg i posten.

Ta kontakt med Dagkirurgisk seksjon dersom det oppstår blødning eller tegn på infeksjon. Tegn på infeksjon er: rødme, hevelse, dunkende smerte, puss, sekresjon fra operasjonsåret, feber og sykdomsfølelse i kroppen.

Hvis det oppstår problemer på hverdager mellom kl 08:00-15:00 kan du ta kontakt med Dagkirurgisk seksjon tlf. Mellom kl.15:00-08:00 samt helg og helligdag, ringer du tlf. og spør etter vakthavende ortoped.

Legen som opererte deg heter.....

Sykepleieren som hadde ansvar for deg heter.....

Vennlig hilsen  
Personalet Dagkirurgisk seksjon

## 14.5. Øvelser fra sykehuset

### Fysioterapi avd. Kne



#### Postoperative øvelser



#### 1. Liggende ankel bøy og strekk

Ligg på ryggen med strake ben. Beveg vekselvis begge føtter i retning ansiktet og press begge føtter ned mot sengeenden.

Sett: 4 , Reps: 10



#### 2. Liggende knestrekk

Ligg på ryggen med begge beina strake. Press baksiden av kneet i underlaget og forsøk samtidig å løfte hælen. Kjønn at du bruker muskulaturen på framsiden av låret, drar kneskjellet oppover. Gjør gjerne øvelsen samtidig på frisk side for lettere å få kontakt med riktig muskulatur.

Reps:



#### 3. Liggende tøyning bakside lår

Pasienten ligger på ryggen med strake bein. Plasser en pølle under ankelen på det opererte beinet. Slapp av og kjønn at det strekker på baksiden av beinet.

Varighet: 10 min 0 sek, Reps: , Pause:



#### 4. Ryggliggende utoverføring i hofte

Ligg på ryggen med strake ben. Ligg i ro med overkroppen og før det opererte beinet ut til siden og tilbake langs underlaget. Pass på at kne og tær peker rett opp gjennom hele øvelsen. Legg gjerne en plastpose under hælen slik at beinet sklir lettere.

Sett: , Reps:







#### 5. Rygliggende hæloppdrag

Ligg på ryggen. Bøy kne på operert bein og strekk ut igjen.

Reps:



#### 6. Sittende strekk og bøy av kne

Sitt på kanten av stolen med begge beina i gulvet. Skli foten fremover på gulvet, strekk ut kneet helt og stram lårmuskelen godt. Skli deretter tilbake ved å bøye i kneet. Pass på at foten har kontakt med gulvet gjennom hele bevegelsen.

Reps:



#### 7. Bevegelse av kneskjellet

Sitt med benet rett. Forsøk å slappe helt av i muskulaturen på fremsiden av låret. Legg fingertuppene inntil kanten på hver side av kneskålen din. Forsøk å dytt den rolig ut til siden og inn mot midten. Forsøk deretter å dytte kneskjellet opp og ned.

Sett: , Reps:



#### 8. Rygliggende strake benløft m/korsryggstøtte

Ligg på ryggen med strake ben. Løfte det aktive benet ved å bøye i hoften, mens du sørger for å holde benet strakt. Stans ved ca 45 graders bøy i hoften. Du skal ikke gjøre denne øvelsen før du klarer å strekke kneet helt ved hjelp av lårmuskulaturen.

Sett: , Reps:



## 14.6. Godkjenning REK



---

<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK vest	Camilla Gjerstad	55978499	28.01.2018	2017/2493/REK vest
			<b>Deres dato:</b>	
			05.12.2017	
			<b>Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser</b>	

Petrun 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:** Petrun Hege Eide

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av overnevnte 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 utført fremre korsbåndplastikk og 4) pasienter som har fått utført inngrep for å redusere blæreinkontinens. Komiteen har ingen merknader til de planlagte dybdeintervjuene eller beredskapsplanen. Studien oppfattes som forsvarlig å gjennomføre for deltakerne.

##### Informasjonsskriv

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

---

Besøksadresse:  
Armauer Hansens Hus (AHH),  
Tverrfag Nord, 2 etasje, Rom  
281, Haukelandveien 28

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

All post og e-post som tringler i  
saksbehandling, see 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

---

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Jessica Svård	55978497	14.02.2019	2017/2493/REK vest
			Deres dato:	Deres referanse:
			25.01.2019	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Petrun Hege Eide  
Fakultet for helse og sosialvitenskap/ Institutt for helse og omsorgsfag

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

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet  
Prosjektleder: Petrun Hege Eide

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 25.01.2019 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK vest på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

#### Vurdering Omsøkt endring

- ◆ Ny prosjektleder: Venke A Johansen
- ◆ Endret rekruttering av informanter

Prosjektets intensjon har vært å rekruttere informanter ved sykehus/klinikker det allerede er inngått avtaler med om dette prosjektet. Det viser seg imidlertid at det kan være formålstjenelig og også involvere pasienter fra Haraldsplass sykehus. Ved forespørsel har DR. Jesper Blomquist gitt muntlig tilsagn til at vi også kan rekruttere informanter blandt deres dagkirurgiske pasienter.

*Vurdering*  
REK vest har ingen innvendinger til omsøkt endring.

**Vedtak**  
*REK vest godkjenner prosjektendringen.*

*Klageadgang*  
Du kan klage på komiteens vedtak, jf. helseforskningsloven § 10 og 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

## 14.7. Godkjenning NSD

### NSD Personvern

10.01.2019 11:42

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 844419 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Prosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK sin referanse 2017/2493/REK vest). Det foreligger også et utsatt vedtak fra REK av 04.07.17. NSD legger til grunn at REK har mottatt den tilbakemeldingen de har bedt om, og at all behandling av opplysninger i prosjektet er vurdert av REK og gjennomføres i samsvar med REKs vurderinger. Det er NSD sin vurdering at behandlingen også vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 10.01.19, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. FORMÅL Prosjektet skal undersøke pasienters erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi. Dagkirurgiske pasienter i alderen 18-90 år som har fått utført mammae kirurgi, hemithyreoidectomi, korsbånd reksonstruksjon, TVT, laparoskopisk galle, Fess , halux valgus og acromion reseksjon inkluderes i prosjektet. Sykehusene står for rekrutteringen av pasientene. KATEGORIER OPPLYSNINGER Pasientene vil bli intervjuet og svarer på et spørreskjema. Det registreres særlige kategorier opplysninger om helseforhold. SAMTYKKE Pasientene avgir uttrykkelig samtykke til deltakelse, jf. personvernforordningen artikkel art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2). PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen: - om lovlig, rettferdig og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet I tråd med REKs vilkår vil personidentifiserbare data kunne oppbevares inntil 31.12.19. Det må søkes REK om forlengelse dersom det blir behov. DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. FØLG HVL SINE RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32), og at interne retningslinjer for datasikkerhet etterfølges. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av personopplysninger. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: spesialrådgiver Kjersti Hauqstvedt Tif. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)