



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591

Predefinert informasjon

Startdato:	28-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR1
Sluttdato:	10-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
SIS-kode:	203 MKS591 1 H 2020 VÅR1		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 406

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgisk laparoskopisk cholecystektomi

Antall ord *: 16622

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensielt
materiale?:

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Ja, Dagkirurgi - prosjektet

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgisk laparoskopisk cholecystektomi

Patients experiences with self-treatment at home after day-surgical laparoscopic cholecystectomy

Kandidatnummer: 401

Kandidatnummer: 406

Master i klinisk sykepleie - operasjonssykepleie

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

Veileder: Petrin Hege Eide, operasjonssykepleier, førstelektor

8. juni 2020

Antall ord: 16622

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, § 12-1.

Forord

Tusen takk til alle deltakerne som har deltatt i dette prosjektet og gitt oss innholdsrike og betydningsfulle data. Vi vil også takke det aktuelle sykehuset for god hjelp til rekruttering av deltakere.

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært utfordrende og lærerikt, og vi sitter igjen med ny kunnskap i faget og har gjort oss gode erfaringer gjennom hele skriveprosessen.

Takk til veileder Petrin H. Eide for gode råd og innspill.

Juni, 2020

Sammendrag

Bakgrunn: Antall dagkirurgiske inngrep øker. Dagkirurgi vil si at pasienten skrives inn og ut av sykehuset samme dag. Dette innebærer at pasientene får mindre overvåkning og oppfølging postoperativt i forhold til en inneliggende pasient. Utviklingen innen dagkirurgi har ført til mindre sykepleier – pasient kontakt, forberedelse før kirurgi og egenbehandling hjemme i etterkant foregår med liten tilgang til støtte fra profesjonelle.

Formål: Formålet med studien er å få bedre innsikt og forståelse i hvordan pasienter som gjennomgår dagkirurgisk laparoskopisk cholecystektomi opplever å utføre egenbehandling hjemme og hvilke erfaringer de gjør seg etter inngrepet. Vi som operasjonssykepleiere ser behovet for mer kunnskap på dette området for å kunne bedre tilpasse sykepleien til den dagkirurgiske pasienten.

Problemstillingen for studien er: *Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgisk laparoskopisk cholecystektomi.*

Metode: Masteroppgaven er en deskriptiv kvalitativ studie med semistrukturerte dybdeintervju som metode. 8 deltakere ble intervjuet etter å ha gjennomgått laparoskopisk cholecystektomi ved et sykehus på vestlandet. Malteruds systematiske tekstkondensering er brukt til analyse.

Resultat: Vårt materiale viser at opplevelsen av ubehag og plager som smerter, medtattethet og kvalme i etterkant av operasjonen var et gjennomgående tema. Mangel på kunnskap gjorde egenbehandlingen utfordrende å utføre og vurdering av helsetilstand vanskelig. De var i stor grad avhengig av hjelp og støtte fra pårørende, og ønsket mer oppfølging fra helsevesenet.

Konklusjon: Deltakerne gjorde vurderinger av helsetilstand etter beste evne, men uten å ha den nødvendige kunnskapen. Informasjonen fra sykehuset var mangelfull og det er behov for tettere oppfølging fra helsevesenet i etterkant for å kunne utføre egenbehandling på en mer hensiktsmessig måte. Bruk av Orems støttende/undervisende system kan føre til at dagkirurgiske pasienter lettere kan utføre sin egenbehandlingen.

Abstract

Background: The number of outpatient surgery is increasing. Outpatient surgery means that the patient is admitted and discharged from the hospital on the same day. This entails that patients receive less monitoring and follow up postoperatively compared to an inpatient. This development has led to reduced nurse-patient contact, less preparation before surgery, and little access to support from professionals during self-treatment at home afterwards.

Purpose: The purpose of the study was to gain insight on the experience of performing self-treatment at home for patients undergoing laparoscopic cholecystectomy as day surgery and how they experienced the postoperative period. As surgical nurses we see the need for more knowledge on this topic to improve the care for day surgery patients.

The thesis statement is: *Patients experiences with self-treatment at home after day-surgical laparoscopic cholecystectomy.*

Methods: This master's thesis is based on a descriptive qualitative design with semi-structures in-depth interviews as method. Eight informants that had undergone laparoscopic cholecystectomy at a hospital in Norway were interviewed. Malterud's systematic text condensation was used to analyze the material.

Result: Our findings show that experiencing discomfort such as pain, fatigue and nausea after surgery was a recurring issue. Lack of knowledge made it challenging to perform self-treatment at home and assessing their own health conditions was difficult. They were to a great extent dependent on their family for help and they wanted closer follow-up from health care services.

Conclusion: The participants made an assessment of their health condition to the best of their ability, but without the necessary knowledge. Information given by the hospital was inadequate and there is a need for closer follow-up from the health care service postoperatively so that the participants can be able to perform self-treatment properly. Using Orem's supportive/educative system can facilitate performing self-treatment for day surgery patients.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.1.1 Samarbeid	2
1.2 Begrepsavklaringer	3
1.2.1 Dagkirurgi	3
1.2.2 Galleveissykdommer	4
1.2.3 Laparoskopisk cholecystektomi	5
1.2.4 Pasientinformasjon	6
1.2.5 Egenbehandling/egenomsorg	6
2.0 Teoretisk perspektiv	7
2.1 Dorothea Orem - Teorien om egenomsorgssvikt	7
2.2 Relevans for prosjektet	10
3.0 Tidligere forskning	10
4.0 Formålet med prosjektet og problemstilling	14
4.1 Formål	14
4.2 Problemstilling	14
4.3 Forskningsspørsmål	14
5.0 Materiale og Metode	15
5.1 Design	15
5.2 Utvalg	15
5.3 Rekruttering	16
5.4 Intervjuguide	17
5.5 Datainnsamling	18
5.5.1 Forberedelse	18
5.5.2 Gjennomføring av intervju	18
5.5.3 Transkripsjon	20
6.0 Analyse	21
6.1 Helhetsinntrykk	22
6.2 Identifisere meningsbærende enheter	23
6.3 Kondensering – å abstrahere meningsinnhold	24
6.4 Syntese og sammenfatning	25
7.0 Etikk	25
7.1 Samtykke	25
7.2 Godkjennelser	26
7.3 Ethiske forhold ved datainnsamling	27
8.0 Resultat	28
8.1 “Jeg har vært så veldig redusert i etterkant”	28

8.1.1	“Det kjennes ut som jeg har gangsperr	28
8.1.2	“Jeg hadde mer enn nok med meg selv”	30
8.1.3	“Jeg var en del kvalm og uvel”	31
8.2	Behov for hjelp “Uten familie hadde det ikke gått”	31
8.2.1	Behov for praktisk hjelp “Han har vært husmor”	32
8.2.2	Behov for helsehjelp ”Jeg hadde lyst å ringe, men ville ikke være til bry”	33
8.3	Manglende kunnskap “ Det er ikke så godt å vite	34
8.3.1	Forståelse og håndtering av smerte “ Man skal vel kjenne litt når man er operert”	35
8.3.2	Sårbehandling “ Det var ikke så lett å vite hva man skulle gjøre”	36
8.3.3	Forståelse av inngrepet “ Det er vel ingen stor operasjon, jeg tror ikke det er noen big deal”	38
9.0	Drøfting	39
9.1	“Jeg har vært så veldig redusert”	39
9.1.1	“Det kjennes ut som jeg har gangsperr	39
9.1.2	“Jeg hadde mer enn nok med meg selv”	41
9.1.3	“Jeg var en del kvalm og uvel”	42
9.2	Behov for hjelp “Uten familie hadde det ikke gått”	43
9.2.1	Behov for praktisk hjelp “Han har vært husmor”	43
9.2.2	Behov for helsehjelp ”Jeg hadde lyst å ringe, men ville ikke være til bry”	44
9.3	Manglende kunnskap “ Det er ikke så godt å vite”	46
9.3.1	Forståelse og håndtering av smerte “ Man skal vel kjenne litt når man er operert”	46
9.3.2	Sårbehandling “ Det var ikke så lett å vite hva man skulle gjøre”	47
9.3.3	Forståelse av inngrepet “ Det er vel ingen stor operasjon, jeg tror ikke det er noen big deal”	49
9.4	Metodediskusjon	50
10.0	Konklusjon	53
11.0	Implikasjoner for praksis og videre forskning	54
12.0	Litteraturliste	55
13.0	Vedlegg	60
	Vedlegg 1. Informasjonsskriv angående studien	60
	Vedlegg 2. Samtykkeskjema	62
	Vedlegg 3. Intervjuguide	63
	Vedlegg 4. Godkjenning REK	64
	Vedlegg 5. Godkjenning NSD	69
	Vedlegg 6. Informasjonsskriv fra Voss Sykehus	70
	Vedlegg 7. Godkjenning fra klinikken.	74

1.0 Introduksjon

Som operasjonssykepleiere er vi i kontakt med et stort antall dagkirurgiske pasienter i vår arbeidshverdag. Inspirert av våre lærere og med et ønske om å lære mer om denne pasientgruppen, har vi tatt del forskningsgruppen POPS sitt prosjekt om dagkirurgi. Vi ønsket å undersøke hvordan disse pasienten opplevde å komme hjem etter dagkirurgi gjennom problemstillingen:

“Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgisk laparoskopisk cholecystektomi”

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Dagkirurgi har hatt en stor utvikling de siste tiårene og antall pasienter som gjennomgår dagkirurgi øker. Det har skjedd en fremgang innen kirurgiske teknikker, blant annet kikkhullskirurgi, som er en mindre belastning for pasienten, i tillegg til forbedring av anestesimetoder og et ønske fra pasientene om et kort sykehusopphold. Av all kirurgi totalt i Norge blir cirka halvparten gjort som dagkirurgi. Den totale andelen dagkirurgi var 49 prosent i 2017. Det er et politisk mål at en større andel av behandlingen skal utføres som dagbehandling og det er gjort endringer i finansiering i forhold til dagkirurgi for å stimulere denne utviklingen (Mitchell, 2014, s. 416; Helsedirektoratet, 2018).

Dagkirurgi fører til mindre postoperativ overvåkning og oppfølging sammenlignet med inneliggende pasienter på sykehuset (Berg, Årestedt & Kjellgren, 2013, s. 1631). Utviklingen har ført til mindre sykepleier – pasient kontakt. Forberedelse før kirurgi og egenbehandling hjemme i etterkant foregår derfor med liten tilgang til støtte fra profesjonelle. God informasjon til pasienten er derfor enda viktigere med tanke på de korte møtene (Mitchell, 2014, s. 416).

Pedagogisk ansvar er en del av operasjonssykepleieres ansvarsområde. Det innebærer blant annet at vi har ansvar for å kartlegge situasjoner, gjøre vurderinger i forhold til behov for veiledning og undervisning av pasienter, pårørende og kollegaer. Vi må holde oss faglig oppdatert og ha et kritisk blikk for å stadig kunne forbedre oss. For å kunne gi pasienten den beste pleien og øke pasientsikkerheten, er det derfor nødvendig å utforske og søke informasjon som kan forbedre sykepleien vi gir (Dåvøy, 2018, s. 36 - 37). Med tanke på den korte tiden pasienten oppholder seg på sykehuset, vil operasjonssykepleiers pedagogiske ansvar være av enda større betydning.

Som sykepleiere erfarte vi at denne pasientgruppen ofte var svært plaget av sterke smerter i forbindelse med gallesteinsanfall før de ble operert. Som operasjonssykepleiere er vi begge ofte i kontakt med dagkirurgiske pasienter, og en av forskerne i masteroppgaven jobber ved en operasjonsavdeling der det gjennomføres et stort antall laparoskopisk cholecystektomier, heretter forkortet til LC. Vi opplever at det er knyttet usikkerhet til hvordan disse pasientene har det når de kommer hjem og hvilke utfordringer de møter. Vi stiller oss spørsmål om pasientene kan ivareta seg selv og utføre den egenbehandlingen de er anbefalt i etterkant av LC og hvordan de opplever å skulle ta over ansvaret som sykepleiere tidligere hadde. Som operasjonssykepleiere er det verdifullt for oss å forske på pasientgruppen for få bedre kunnskap om hvilke opplevelser og behov de har når de kommer hjem. Ved å få mer kunnskap om dette temaet kan vi optimalisere informasjon og støtte i møte med pasienten, slik at de lettere kan utføre egenbehandling.

1.1.1 Samarbeid

Denne studien er et delprosjekt i en pågående studie om Dagkirurgi. Studiet utgår fra forskningsgruppen POPS ved Høgskulen på Vestlandet, og omhandler ulike pasientgruppers opplevelser og erfaringer med dagkirurgi. POPS står for pasientopplevelser og pasientsikkerhet ved akutt- og/eller kritisk sykdom, og har som hovedformål å bidra til ny kunnskap for å bedre kvaliteten i sykepleien til akutt og/eller kritisk syke pasienter før, under og etter operative inngrep (Høgskulen på Vestlandet, 2019).

1.2 Begrepsavklaringer

1.2.1 Dagkirurgi

Dagkirurgiske inngrep er i stadig utvikling og blir hele tiden utvidet til å gjelde flere typer inngrep og bedøvelsesmetoder. Det er en relativt ny behandlingsform, og operasjoner som tidligere krevde innleggelse på sykehus, blir nå utført dagkirurgisk (Dåvøy, Martinsen & Eide, 2017, s. 315). Dagkirurgi innebærer at pasienten møter opp og drar hjem fra sykehuset samme dag som operasjon. Pasienten skal være klarert for dagkirurgisk inngrep av kirurg og anestesilege i forkant av operasjon (Ræder & Nordentoft, 2010, s. 742). En rekke vurderinger ligger til grunn ved utvelgelse av dagkirurgiske pasienter, som type inngrep, anestesimetode og smertebehandling postoperativt. Samtidig må det gjøres en helhetsvurdering av pasientens fysiske og psykiske status samt sosiale forhold for å kunne vurdere om pasienten kan klare seg hjemme (Anestesisykepleierne NSF, 2016). Pasienten skal ikke utføre krevende oppgaver samme dag som operasjon og kan ikke kjøre bil første døgnet i etterkant, i tillegg må det være en voksen person sammen med pasienten til dagen etterpå (Ræder & Nordentoft, 2010, s. 744).

I etterkant av operasjon kan pasienten oppleve plager som følge av selve inngrepet eller anestesien. Ved narkose kan pasienten i etterkant oppleve tretthet, slapphet, søvnforstyrrelser og kvalme. Kvalme kan også komme av lavt blodtrykk, dehydrering, bruk av opioider eller komplikasjoner etter inngrepet. Postoperative smerter er viktig å få kontroll på før utskrivelse, og smerteintensiteten bør ikke overstige 3. på en smerteskala fra 0. - 10., der 10. representerer uutholdelig smerte (Ræder & Nordentoft, 2010, s. 745).

Før utskrivelse er det kriterier som må oppfylles. Pasienten må være våken og orientert, ha gjenvunnet sine motoriske ferdigheter, latt vannet, spist og drukket, ikke oppleve kvalme eller ha noen tegn til komplikasjoner (Anestesisykepleierne NSF, 2016). Pasienten skal være godt informert om videre postoperativt forløp. Det bør foreligge en plan på videre smertelindring, om sting skal fjernes, hvordan sår og bandasjer skal stelles, hvilken observasjoner man bør følge med på og eventuelle komplikasjoner. Pasienten skal ha fått oppgitt et telefonnummer

som kan ringes om det skulle bli behov for det de første dagene etter operasjonen (Ræder & Nordentoft, 2010, s. 745).

Flere av pasientene som tilbys dagkirurgisk behandling ved det aktuelle sykehuset bor andre steder og kan derfor ha lang reisevei til sykehuset. I følge pasient - og brukerrettighetsloven har pasienten rett til å bestemme ved hvilken offentlig eller privat virksomhet hjelpen skal ytes (1999, § 2 - 4).

1.2.2 Galleveissykdommer

Galle produseres kontinuerlig i leveren og fraktes via galleganger til galleblæren, hvor den lagres. Gallen tømmes fra galleblæren i forbindelse med måltid, via galleganger og ut i duodenum. Gallen er nødvendig for nedbrytelse og opptak av fettpartikler i tynntarmen (Drake, Vogl & Mitchell, 2015, s. 337).

Gallestein, cholecystolithiasis, er konkrement som dannes i galleblæren og kommer av en utfelling av kolesterolkrystaller i gallen. Disse vokser og blir til gallestein. Utvikling av gallestein kan være genetisk -, kjønns - og aldersbetinget. Forekomsten av gallestein i galleblæren stiger med alderen, og sees hyppigere hos kvinner enn hos menn. Det finnes også en rekke ulike sykdommer som øker risikoen for gallestein, blant annet diabetes mellitus type 2, levercirrhose, morbus crohn, adipositas og hemolytiske tilstander (Bendtsen & Ainsworth, 2016, s. 191 - 192)

Tilstedeværelse av gallestein i galleblæren kan gi smerteanfall lokalisert under høyre ribbein. Videre kan det føre til betennelse, akutt cholecystitt, som er en inflammasjon i blæreveggen. Pasienten kan da oppleve redusert allmenntilstand, akutte smerter under høyre kvadrant, feber, kvalme og oppkast (Bendtsen & Ainsworth, 2016, s. 191 - 195).

Kronisk cholecystitt kan oppstå ved gjenværende konkrement i galleblæren, og kan føre til gjentakende obstruksjoner og forandringer i galleblæreveggen (Neil, 2019, s. 353).

Symptomgivende gallestein behandles med cholecystektomi, fjerning av galleblæren (Bendtsen & Ainsworth, 2016 s.191 - 195).

1.2.3 Laparoskopisk cholecystektomi

Pasienter med symptomgivende galleblærestein tilbys cholecystektomi. Hos mer enn 90% av pasientene kan denne operasjonen gjennomføres laparoskopisk. Ved LC fjernes galleblæren gjennom kikkhulls metode. Operasjonen foregår i generell anestesi. Det lages fire snitt i huden der det blir satt inn porter med ulik plassering, disse brukes til å føre utstyr inn i buken (Neil, 2019, s. 352 - 353).

Første port settes supraumbilicalt og brukes til å fylle buken med CO₂ gass for å få bedre oversikt i buken og operasjonsområdet. Kamera blir ført inn i porten og bukhulen blir undersøkt. Ytterligere tre porter blir satt inn og man bruker atraumatiske instrumenter for å gripe galleblæren som deretter trekkes tilbake lateralt og Calot's triangel kommer frem. Endoskopisk utstyr blir brukt til å dissekere seg frem til arteria cystica og ductus cysticus, og blodforsyningen stanses gjennom påsetting av klips proksimalt og distalt før de klippes over. Klips settes også på proksimalt og distalt på ductus cysticus før galleblæren blir delt. Galleblæren blir så dissekert ut og plassert i en endobag før den tas ut gjennom en port. Suturer settes på hvert av snittene, steri-strips og bandasjer blir lagt på (Neil, 2019, s. 354 - 355).

Mulige komplikasjoner til inngrepet er blødning, skade på gallegang eller tarm og sårinfeksjon (Afdhal & Vollmer, 2020). Mange pasienter opplever oppblåst mage, løs avføring eller diare etter inngrepet, hos de fleste normaliseres dette i løpet av et par uker til måneder (Afdhal & Vollmer, 2020; Zakko & Afdhal, 2018). LC et vanlig dagkirurgisk inngrep ved det aktuelle sykehuset i studien.

1.2.4 Pasientinformasjon

Ved utsendelse av operasjons innkallelsen blir det lagt ved et informasjonsskriv fra sykehuset. Informasjonsskrivet inneholder en kort og enkel forklaring til pasienten om hva inngrepet går ut på, hvilken anestesi som blir brukt under operasjon og om hva som skjer postoperativt på oppvåkingsavdelingen før pasienten skrives ut. Skrivet inneholder informasjon om blødning, dusjing, bytte av bandasje, sting og smerter pasienten kan oppleve i etterkant som følge av Co2 gass brukt til å fylle buken under operasjon. Videre står det at man bør være forsiktig med fettrikt kosthold i etterkant samt et tips til pasienten om å spise fiberrik kost og drikke rikelig for å holde orden på magen. Det er listet opp tre punkt for når det kan være aktuelt å ta kontakt med lege. Dersom pasienten observerer at sårene er røde eller opphovnet, har feber over 38 - 38,5 grader som ikke normaliserer seg etter 2 - 3 dager eller dersom det er gjennomblødning av bandasjen flere ganger daglig (vedlegg 6.).

1.2.5 Egenbehandling/egenomsorg

World Health Organization (WHO) har definert egenomsorg (self-care) som et individ, familie og samfunnets evne til å fremme helse, forebygge sykdom, opprettholde god helse og håndtere sykdom og uførhet med eller uten støtte fra helsevesenet. I forbindelse med egenomsorg beskriver WHO egenbehandling, som innebærer å pleie seg selv ved sykdom. Eksempler på dette er å drikke rikelig med væske dersom man har diarè og feber eller ta febernedsettende ved feber. Egenomsorg innebærer også søke medisinsk hjelp fra helsevesenet dersom det skulle være nødvendig, for eksempel i tilfeller der feber, ubehag, smerter eller blødning ikke avtar eller gir seg (World Health Organization, 2013). Ut fra WHO sin definisjon kan man si at det å ha god egenomsorg er når man klarer å ivareta sin egen helse gjennom å dekke disse behovene. Vi finner ingen god definisjon på begrepet egenbehandling, men vi velger sidestille disse to begrepene.

2.0 Teoretisk perspektiv

2.1 Dorothea Orem - Teorien om egenomsorgssvikt

Dorothea Orem (1914 – 2007) er en betydningsfull sykepleieteoretiker fra USA og står bak utviklingen av teorien om egenomsorgssvikt (Tomey & Alligood, 2015, s. 257). Teorien består av tre deler som har en sammenheng med hverandre: teorien om egenomsorg, teorien om egenomsorgssvikt og teorien om sykepleiesystemer (Orem, Taylor & Renpenning, 2001, s. 141)

Teorien om egenomsorg: Egenomsorg er handlinger som menneske tar initiativ til og utfører, eller andre utfører for et menneske (kompenserende sykepleie), for å ta vare på funksjoner essensielt for å kunne leve og overleve. Det innebærer handlinger for å opprettholde fysiske og psykiske funksjoner og utvikling innenfor områder som er nødvendig for å opprettholde liv. Egenomsorg er en menneskelig reguleringsfunksjon som må læres, og varierer ut ifra en persons utviklingstrinn samt modning, og må utføres bevisst og kontinuerlig (Orem et al., 2001, s. 143). Egenomsorgsbehov er en formulert og uttrykt innsikt om handlinger som er kjent, eller antatt kjent, om forhold som er nødvendig for å regulere menneskelige funksjoner og utvikling. Egenomsorgsbehov er årsaken til at egenomsorg utøves, og uttrykker de ønskede resultatene og selvet målet med egenomsorg (Orem et al., 2001, s. 522).

Egenomsorgsbehov deles i universelle egenomsorgsbehov, utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov og egenomsorgsbehov ved helseproblemer.

Universelle egenomsorgsbehov er felles for alle mennesker og innebærer blant annet nødvendighet av å opprettholde tilstrekkelig inntak av luft, næring, vann og kvitte seg med kroppens avfallsstoff. Egenomsorgsbehov knyttet til sosial interaksjon, balanse mellom aktivitet og hvile, forebygging av farer som kan true liv og helse er også universelle egenomsorgsbehov (Orem et al., 2001, s. 225).

Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov omfatter de ulike behovene på ulike utviklingstrinn gjennom livet, fra fosterlivet til voksen alder. Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov er relevante i forhold til forming og utvikling av menneskets struktur, funksjon og atferd, og er en dynamisk prosess. Hvert menneske utvikler seg til et unikt individ i samfunnet. Forhold og ressurser som påvirker denne utviklingen varierer innad i familier, ulike kulturer og samfunn (Orem et al., 2001, s. 230).

Egenomsorgsbehov ved helseproblemer oppstår for eksempel når en person er syk eller blir skadet, opplever et handikap eller er under medisinsk behandling. Store endringer i helsetilstanden kan føre til at et menneske som tidligere var istand til å ta vare på sine egne egenomsorgsbehov, trenger hjelp til å få dekket disse. Det kan oppstå egenomsorgsbehov som å oppsøke relevant medisinsk hjelp i forbindelse med sykdom, utføre behandling og rehabilitering som ordinert av lege, være våken og oppmerksom på ubehag etter medisinsk behandling samt regulere dette eller akseptere seg selv i en situasjon der behov for hjelp kan oppstå. Egenomsorg i en situasjon der man har helseproblemer kan også innebære at man søker rådgiving hos kompetent personell, slik at personen som har behov for hjelp får den nødvendige kunnskapen som trengs og kan anvende denne på riktig måte i utførelsen av sin egenomsorg (Orem et al., 2001, s. 233 - 235).

Personer som utfører egenomsorg kjenner seg selv, sin funksjon og hvilken omsorg de trenger. Forhold som kan forhindre utførelse av egenomsorg er mangler rundt kunnskap, begrensning i forhold til å vurdere og ta valg eller begrensning rundt å undersøke og sette i gang tiltak som kan gi resultatet som er ønskelig.

Mangel på kunnskap om sin egen funksjon, behovene for egenomsorg og hvilke handlinger man oppnår egenomsorg gjennom, henger blant annet sammen med en persons tidligere erfaringer. Eksempel på forhold som assosieres med mangel på kunnskap er nye og ugjenkjennelige egenomsorgsbehov i forbindelse med endring i funksjon eller nye egenomsorgsbehov i forbindelse med en foreskrevet helseplan som ikke er forstått (Orem et al., 2001, s. 279).

Teorien om egenomsorgssvikt: Ved egenomsorgssvikt er det et misforhold mellom en persons terapeutiske egenomsorgskrav og deres egenomsorgskapasitet (Orem et al., 2001, s. 522). Terapeutiske egenomsorgskrav er summen av egenomsorgshandlinger på et spesifikt tidspunkt eller over tid, som er nødvendig for å ivareta en persons kjente egenomsorgsbehov (Orem et al., 2001, s. 523). Egenomsorgskapasitet omfatter evner hos voksne til å kjenne til og bevisst utføre handlinger som regulerer kroppslige funksjoner og utvikling (Orem et al., 2001, s. 522). Egenomsorgskapasiteten kan variere hos mennesker i forhold til helsetilstand, alder, evne til å lære av erfaringer og tilegne seg kunnskap (Orem et al., 2001, s. 254).

Teorien om sykepleiesystemer: Teorien om sykepleiesystemer er praktiske handlingssystemer utarbeidet av sykepleiere som skal, gjennom deres sykepleiekapasitet og i samarbeid med pasienten, kompensere og hjelpe pasienten til å oppnå deres terapeutiske egenomsorgskrav og utvikle deres egenomsorgskapasitet (Orem et al., 2001, s. 519).

Det er tre grunnleggende variasjoner innenfor sykepleiesystemene; helt kompensatorisk -, delvis kompensatorisk - og støttende/undervisende system (Orem et al., 2001, s. 350).

Støttende/undervisende system er relevant for vår masteroppgave, og er utviklet for situasjoner der pasienter er i stand til å utføre eller må lære å utføre nødvendige handlinger hva gjelder terapeutisk egenomsorg, men som kanskje ikke kan gjennomføre dette uten støtte. Det finnes variasjoner innenfor dette systemet. Pasienten kan ha evner til å utføre handlinger i forhold til egenomsorg, men kan trenge veiledning og støtte, undervisning, et miljø som fremmer utvikling eller pasienten kan være i stand til å utføre egenomsorg, men trenger periodevis veiledning som også pasienten selv kan oppsøke (Orem et al., 2001, s. 354).

Kompenserende sykepleie er handlinger og aktiviteter en ansvarlig voksen person utfører på vegne av en annen person, for å møte hans eller hennes terapeutiske egenomsorgskrav. En person som utfører kompenserende sykepleie må ha utviklet og inneha evner til å gjenkjenne terapeutiske egenomsorgskrav hos personer som har redusert egenomsorgskapasitet på grunn av helseproblemer. Utviklingen av kompenserende sykepleiekapasitet er ofte en respons på behov hos et familiemedlem eller venner som trenger hjelp med egenomsorg (Orem et al., 2001, s. 284 - 285).

2.2 Relevans for prosjektet

Pasientene i studien vår har nylig gjennomgått en operasjon og har av den grunn endrede egenomsorgsbehov. De må være observante på signal fra kroppen, forholde seg til ulike symptomer etter operasjon samt betydningen av disse, og følge instruksjoner gitt av lege i forhold til behandling og rehabilitering. Orems teoretiske perspektiv kan være nyttig i studien fordi pasientene opplever en midlertidig svikt i helsen i den postoperative fasen, de må bevisst utføre egenomsorg for å kunne opprettholde fysiske og psykiske funksjoner.

3.0 Tidligere forskning

Dagkirurgisk behandling med LC er studert av flere forskningsmiljøer med ulike metoder. Vi har funnet relevante artikler ved hjelp av følgende søkeord; “ambulatory surgery”, “day surgery”, “laparoscopic cholecystectomy”, “postoperative periode”, “phenomenological research”, “patient experience”, “literature review” og “self care” i kombinasjon med AND i søkemotoren Cinahl. I tillegg har vi systematisk gått gjennom referanselister til aktuelle artikler.

Hver artikkel er kontrollert med hensyn til kvalitet og pålitelighet ved hjelp av sjekklister på helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016).

Vi har i dag generell kunnskap om hvordan dagkirurgi kan erfares av pasienter. I en studie av Mottram (2011b, s. 3143) beskrev pasientene bekymringer med tanke på uventede hendelser, og det blir trukket frem eksempler som blødning, smerter og redusert allmenntilstand.

Pasientene opplevde den postoperative tiden som stressende og følte seg hjelpeløse, de syntes det var vanskelig å vite hva som var normalt etter operasjon og hva som eventuelt var komplikasjoner. De ytret et ønske om at noen innen helsevesenet kunne kontakte de for å gi dem råd og bekreftelse, da terskelen for å ringe tilbake til sykehuset var høy (Mottram, 2011b,

s. 3147 - 3148). Studien er en kvalitativ studie med Grounded Theory som tilnærming, som ble gjennomført gjennom semistrukturerte intervju over telefon med 145 pasienter og 100 pårørende som ble intervjuet ved tre anledninger i forbindelse med dagkirurgi innen feltene ortopedi, ØNH og generell kirurgi (Mottram, 2011b, s. 3145).

I en lignende studie av Berg et al. (2013, s. 1630) kommer det frem at pasientene brukte sunn fornuft og lyttet til kroppens signaler når de utførte egenomsorg. Det var usikkerhet knyttet til hva som var normalt for rehabiliteringen. Pasientene måtte håndtere medisinske utfordringer selv, å vurdere fysiske symptomer som smerter og blødning kunne bekymre dem. Pasienten hadde behov for realistisk og presis informasjon for å kunne håndtere for eksempel sårbehandling og tilstrekkelig medisinerings på en god måte, samtidig som de ønsket bedre informasjon om selve inngrepet og anestesen. Fysiske restriksjoner førte til et rollebytte i hjemmet og økt arbeidsmengde på partner. Pasientene følte seg tryggere hjemme når de hadde kontaktinformasjon til sykehuset og et nettverk rundt seg (Berg et al., 2013, s. 1633 – 1635). Behovet for hvile etter inngrepet var i utgangspunktet åpenbart i starten, men deltakerne opplevde at energinivået og evnen til å delta i dagligdagse aktiviteter økte etter hvert. Det ble antatt at rehabiliteringen skulle være kjapp og ukomplisert, og om dette ikke var tilfellet skapte det misnøye (Berg et al., 2013, s. 1634). Studien ble utført som en kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer av 31 pasienter kort tid etter dagkirurgiske inngrep innen generell, ortopedisk og urologisk kirurgi (Berg et al., 2013, s. 1630).

I en kvalitativ artikkel av Dåvøy et al. (2017, s. 315) ble det gjort intervju av pasienter som hadde gjennomført dagkirurgisk bihulekirurgi. Savnet etter den sykepleierfaglige tilstedeværelsen ble fremhevet når pasientene måtte være sin egen sykepleier postoperativt, de opplevde å være betydelig mer medtatt en forventet og kjente på ansvaret med å skulle vurdere og forstå sin egen helsetilstand (Dåvøy et al., 2017, s. 321). Pasientene i studien etterlyste realistisk informasjon om at hjelpebehovet etter operasjon var stort, flere av pasientene opplevde å være mer hjelpetrengende enn tenkt og dagligdagse gjøremål ble vanskelige å utføre. De opplevde høy terskel for å ringe til sykehuset etter operasjonen, selv om de hadde fått oppgitt et telefonnummer. Pasientene uttrykte et ønske om å bli kontaktet av sykehuset, slik at de kunne få en fagelig vurdering av situasjonen i etterkant (Dåvøy et al., 2017, s. 322).

I en kvalitativ studie utført av Barthelsson, Lützen, Anderberg & Nordström (2003, s. 253 - 257) ble 12 pasienter intervjuet angående deres opplevelser med dagkirurgisk LC. Pasientene hadde et stort behov for hvile de første dagene og opplevde operasjonen som et mentalt og fysisk traume. Erfaringene rundt postoperativ smerte var blandet, og behov for smertestillende varierte fra to dager til en uke. Deltakere beskrev smerter i skuldrene etter operasjonen, og flere rapporterte om kvalme og oppkast samt plager med oppblåst mage. En fellesnevner var at alle hadde spørsmål om hvordan de skulle utføre sårstell og hvordan sårene normalt skulle se ut. En av deltakerne opplevde det som vanskelig å komme hjem til sine små barn og ikke ha styrken til å ta seg av de. Alle deltakerne ble fulgt opp per telefon av en sykepleier postoperativt.

En kvalitativ deskriptiv studie utført av Odom-Forren, Reed & Rush (2018, s. 801) bestående av to fokusgrupper med pasienter som hadde gjennomgått LC og deres pårørende, beskrev at smerte opplevdes som et av hovedproblemene. Pasientene opplevde smertene postoperativt som sterkere enn de hadde fått informasjon om, de hadde heller foretrukket å vite hvordan det i realiteten kom til å bli. Til tross for dette hadde de fleste pasientene igjen smertestillende i etterkant, og da spesielt opioid tabletter (Odom – Forren et al., 2018, s. 807). Andre plager kunne relateres til smertene, som problemer med immobilitet, søvn og det å finne en god liggestilling (Odom – Forren et al., 2018, s. 808). Kvalme og oppkast var også et problem for noen pasienter, og enkelte fikk med seg kvalmestillende hjem (Odom – Forren et al., 2018, s. 807). Videre kommer det frem at pasientene hadde behov for mer hjelp og assistanse hjemme enn pårørende var forberedt på (Odom – Forren et al., 2018, s. 809). Enkelte deltakere hadde planlagt å returnere til jobb kort tid etter operasjonen, men var overrasket over graden av fatigue de opplevde når de faktisk var tilbake i jobb (Odom – Forren et al., 2018, s. 808).

En prospektiv observasjonsstudie utført av Brix, Bjørnholdt, Thillemann og Nikolajsen (2017, s. 870) undersøkte uplanlagt kontakt med helsevesenet etter dagkirurgi på grunn av smerterelaterte plager. Det ble analysert data fra 732 pasienter som hadde gjennomgått skulder - og kneartroskopi, hallux valgus, laparoskopisk cholecystektomi og laparoskopisk gynekologisk prosedyre. Inngrepet som hadde hyppigst smerterelatert uplanlagt kontakt med helsevesenet i etterkant var laparoskopisk cholecystektomi med 27,9%, primært per telefon.

Hovedårsaken til kontakt etter de ulike inngrepene var å få informasjon og veiledning angående smerter (41,2%), nest hyppigst årsak til kontakt var resept på smertestillende (20,7%). Av pasientene som ikke tok kontakt mente 22,9% at dette hadde vært gunstig, av de som tok kontakt mente 48,7% det hadde vært en fordel med videre kontakt med helsevesenet (Brix et al., 2017, s. 873 - 874).

Mitchell (2014, s. 415) undersøkte i en kvantitativ studie hvilke forhold rundt pleien og omsorgen i etterkant av dagkirurgi som potensielt påvirket rehabiliteringen hjemme mest. Studien kom frem til at ved å ha fokus på å gi god informasjon om inngrepet og anestesian, håndtering av smerter og engstelse og sikre nok støtte når pasientene kom hjem, kunne forbedre rehabiliteringen. En plan som omfattet disse aspektene kunne føre til en bedre opplevelse for den dagkirurgiske pasienten.

Gjennomføringen og organiseringen av dagkirurgi ble i en kvalitativ studie av Mottram (2011a, s. 170) sammenlignet med organiseringen av McDonald`s. I intervjuene kommer det frem at pasientene var villig til å akseptere ulempene ved hurtig pasientbehandling og rask retur til hjemmet, da denne organiseringen gav de en tilsynelatende følelse av kontroll. Effektiviteten, forutsigbarheten og følelsen av kontroll er de samme elementene som er appellerende hos McDonald`s (Mottram, 2011a, s. 165). Noen pasienter sammenlignet prosessen med et samlebånd og syntes dette var betryggende da inngrepene ble hyppig gjennomført av et stort antall pasienter (Mottram, 2011a, s. 171).

Studiene viser at pasienter har blandet erfaring med dagkirurgi. En stor del av pasientene er fornøyd med tilbudet og ønsker dagkirurgisk behandling. De er glad for å få komme raskt hjem og slippe innleggelse på sykehuset. Studiene som undersøker hvordan de dagkirurgiske pasientene opplever å komme hjem viser likevel at en stor del pasientene opplever plager og usikkerhet rundt å utføre egenbehandling. De opplevde blant annet mer smerter enn de var informert om på forhånd og det oppstod usikkerhet rundt smertebehandling, i tillegg var det knyttet bekymring til blødning og sårbehandling. Det var behov for realistisk og presis informasjon fra helsevesenet. Pasientene hadde behov for mye støtte fra pårørende og ytret et ønske om mer oppfølging fra helsevesenet.

4.0 Formålet med prosjektet og problemstilling

4.1 Formål

Formålet med studien er å få bedre innsikt og forståelse i hvordan pasienter som gjennomgår dagkirurgisk LC opplever å utføre egenbehandling hjemme og hvilke erfaringer de gjør seg etter inngrepet. Vi som operasjonssykepleiere ser behovet for mer kunnskap på dette området for å kunne bedre tilpasse sykepleien til den dagkirurgiske pasienten.

4.2 Problemstilling

Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgisk laparoskopisk cholecystektomi.

4.3 Forsknings spørsmål

Hvilke plager opplever pasienten postoperativt?

Hvilken egenbehandling har pasienten utført?

Har pasienten hatt behov for hjelp fra pårørende eller helsevesenet?

5.0 Materiale og Metode

5.1 Design

Prosjektet er en deskriptiv kvalitativ studie. Denne type studie har ikke nødvendigvis de typiske tradisjonene som andre kvalitative studier, men det blir utført analyse av temaer og mønster i de kvalitative dataene som er samlet inn (Polit & Beck, 2017, s. 479). Typisk for kvalitative studiedesign er at man har et holistisk syn, et ønske om å se helheten (Polit & Beck, 2017, s. 463).

Metoden i studien er semistrukturerte individualintervju, der det blir brukt intervjuguide med en oversikt over temaer man ønsker å få informasjon om og som kan oppmuntre deltakeren til å snakke fritt (Polit & Beck, 2017, s. 510). Gjennom kvalitative metoder ønsker man å få frem personers subjektive erfaringer, opplevelser, holdninger og beskrivelser av et gitt fenomen (Malterud, 2018, s. 31).

Begrepet opplevelse blir i det Store Norske Leksikon definert som “Innholdet av en persons subjektive erfaring, enten det henger sammen med ytre sansepåvirkning, emosjonell tilstand, tankeprosesser, motivasjon eller annet” (“Opplevelse”, 2016). Begrepet erfaring blir definert som en “Fellesbetegnelse på den informasjonen individet erverver gjennom sansing og handling” (“Erfaring”, 2020).

5.2 Utvalg

Gjennom et strategisk utvalg ønsket vi å rekruttere deltakere som kunne gi relevant data til å belyse vår problemstilling og samtidig gi et nyansert bilde av fenomenet (Malterud, 2018, s. 58 - 59). Deltakerne i denne studien hadde alle fått fjernet galleblæren dagkirurgisk.

Inklusjonskriteriene var at deltakerne måtte være over 18 år, kunne snakke og skrive norsk og være samtykkekompetent. For å få noe variasjon i dataene ønsket vi deltakere av begge kjønn. Deltakerne var på forhånd selektert til å kunne gjennomføre dagkirurgisk behandling, som

forutsetter at det er gjort en vurdering av kirurg om at pasienten innfrir visse kriterier til blant annet fysisk og psykisk helse. Eksklusjonskriterier for studien er innleggelse på sengepost etter operasjon og at deltakeren dermed ikke fikk reise hjem samme dag. Muligheten til å kartlegge hvilke erfaringer pasientene gjorde seg med å utføre egenbehandling hjemme falt da bort.

Utvalget vårt består av 9 deltakere, der 7 deltakere er kvinner og 2 deltakere er menn. Alle deltakerne har gjennomført dagkirurgisk LC elektivt ved et sykehus på vestlandet.

1 kvinnelig deltaker ble innlagt etter operasjonen og dermed ekskludert fra studien. Vi stod da igjen med 8 deltakere.

Det er en kontinuerlig prosess å vurdere om det endelige utvalget gir tilstrekkelig data.

Dersom deltakerne er gode til å kommunisere og gir rike refleksjoner rundt deres opplevelser og erfaringer, kan metning bli oppnådd med et relativt lite utvalg (Polit & Beck, 2017, s. 497).

I forhold til studiens omfang ble vi anbefalt av vår veileder og avslutte rekrutteringen etter 8 deltakere. Metning har ifølge Malterud (2018, s. 64 - 65) vært brukt for å avgrense utvalget.

Dette er et begrep som kommer fra Grounded Theory og innebærer at man som forsker vurderer at ytterligere datainnsamling ikke fører med seg ny kunnskap. Vi kan på bakgrunn av dette derfor ikke si at endelig metningspunkt er nådd i vår studie.

5.3 Rekruttering

I samarbeid med seksjonsoverlege ved kirurgisk avdeling på det aktuelle sykehuset, startet arbeidet med rekruttering av deltakere i desember 2019. Selve rekrutteringen fant sted i januar/februar 2020. Vi ble satt i kontakt med en LIS-lege som skulle velge ut deltakere basert på våre inklusjonskriterier. Da de aktuelle kandidatene var funnet, var inntakskontoret behjelpelige med å sende ut informasjonsskriv om studien og samtykkeskjema (vedlegg 1. og 2.) sammen med operasjons innkallelse. Det ble lagt ved frankerte konvolutter deltakerne kunne returnere svaret i eller de kunne velge å ta med samtykkeskjemaet på operasjonsdagen.

Informasjon om studien ble i første omgang sendt ut til deltakere via post, men på grunn av lang postgang og lav deltakelse, ble de fleste deltakerne etterhvert rekruttert på sengepost samme dag som operasjon. De ansatte på sengeposten var informert om studien via e-post og av oss. Avdelingen fikk flere eksemplarer av informasjonsskriv og samtykkeskjema, slik at de kunne dele ut informasjon om studien og ta imot samtykkeskjema fra de aktuelle deltakerne. Dette var nyttig da vi opplevde at flere kunne tenke seg å delta, men hadde glemt å ta med samtykkeskjemaet på operasjonsdagen.

I etterkant av operasjon ble deltakerne kontaktet av oss per telefon for å avtale møte. Deltakerne ble igjen informert om bakgrunnen for studien og spurt om de fremdeles samtykket til å delta. Det ble også gjentatt at deltakelse var frivillig og at samtykket kunne trekkes tilbake når som helst uten konsekvenser. Videre ble det avtalt tidspunkt og sted for intervju. Vi sendte også ut sms i etterkant der vi takket for at de ville delta og at de kunne kontakte oss om det var noe de lurte på. Deltakerne som ønsket å delta ble ført opp på en liste med kodenøkkel, der navn ble erstattet med kode som heretter ble brukt videre for å anonymisere.

5.4 Intervjuguide

Intervjuguiden (vedlegg 3.) som er brukt i studien er utarbeidet av forskningsgruppen POPS. Denne tar for seg 4 ulike temaer, og blir brukt på alle delprosjekter innen Dagkirurgi prosjektet. Den fungerte som en veileder og skulle sørge for at vi fikk dataen vi var ute etter (Malterud, 2018, s. 133). Intervjuguiden oppmuntret også deltakerne til å snakke fritt rundt temaene og fortelle historier med egne ord (Polit & Beck, 2017, s. 510).

Tema 1. i intervjuguiden handlet om hvilke forberedelser deltakerne hadde gjort før operasjonen. Ble det gjort noen praktiske forberedelser i huset, som rengjøring og matinnkjøp? Vi var under dette temaet også interessert i å vite om deltakerne søkte etter informasjon, både via venner og internett.

Under tema 2. ønsket vi undersøke hvordan deltakerne opplevde det første døgnet etter operasjonen. Vi ønsket å gå nærmere inn på hva de opplevde av ubehag, stress, hvordan søvnkvaliteten var og muligheten til å utføre daglige aktiviteter.

Under tema 3. spurte vi om deltakernes behov for hjelp og støtte. Hadde de møtt på noen utfordringer eller uforutsette hendelser de ikke hadde sett for seg? Under dette punktet var vi også interessert i å få vite om de hadde hatt behov for hjelp, og eventuelt hvem de hadde kontaktet for å dekke dette behovet.

Tema 4. i intervjuguiden handlet om hvordan deltakerne utførte sin egenbehandling og hva de var blitt anbefalt å gjøre fra sykehuset. Vi var interessert i å få vite noe om administrering av smertestillende, sårbehandling, fysiske restriksjoner og hvilke observasjoner av egen helsetilstand de hadde gjort.

5.5 Datainnsamling

5.5.1 Forberedelse

Før vi startet å intervju deltakerne gikk vi gjennom temaene i intervjuguiden og diskuterte om det var noe vi ønsket å vite mer om. Vi avtalte hvem som skulle utføre intervjuet og hvem som skulle observere. Alle intervjuene ble tatt opp på lydopptaker for å sikre muntlig informasjon, og utstyret ble kontrollert før hvert intervju for å sikre at det fungerte.

På dagen for intervju satte vi alltid av god tid i forkant, slik at vi møtte presis til deltakerens hjem.

5.5.2 Gjennomføring av intervju

Intervjuene foregikk på ettermiddag og kveld i ukedagene og på helg, etter deltakerens ønske, men innenfor tidsvinduet på 3 - 5 dager etter operasjon.

Semistrukturerte individualintervju ble gjennomført 3. – 5. postoperative dag.

Fem pasienter ble intervjuet i sitt eget hjem, en pasient ønsket å bli intervjuet på Høgskolen på Vestlandet og tre intervju ble gjennomført via telefon.

I utgangspunktet ønsket vi ikke å gjennomføre intervju via telefon, da vi tenkte vi kom til å miste en del av helhetsinntrykket av deltakeren, inntrykk som non-verbal kommunikasjon og omgivelsene rundt deltakeren kunne gi. Vurderingen lagt til grunn for å likevel gjennomføre disse intervjuene var vanskeligheter med rekruttering samt svært lang reisevei til enkelte deltakere. Selv om telefonintervju ble brukt, erfarte vi at deltakerne gav gode beskrivelser som vi ønsket å bruke videre i studien.

Ved oppstart av intervjuet takket vi deltakerne for at de hadde sagt ja til å delta og vi gikk gjennom hva prosjektets overordnede mål var. Vi informerte igjen om at samtykket når som helst kunne trekkes tilbake og at det var frivillig å delta. Vi informerte om at vi ønsket å bruke lydopptaker under intervjuet, og fikk bekreftelse på at dette var greit. Bruk av lydopptaker gav oss som forskere mulighet til å fokusere på intervjuets emne og dynamikk. Tonefall, pauser og ordbruk ble registrert slik at man lett kunne gå tilbake å lytte (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 205). Deltakerne var informert om at vi ønsket å utføre intervjuet alene, men hos to deltakere opplevde vi likevel at pårørende holdt seg i nærheten.

Vi utførte alle intervjuene sammen, og byttet på rollen som intervjuer og observatør. Observatøren fulgte med på samtalen og stilte spørsmål om noe ble glemt eller burde utforskes nærmere. Vi noterte kommentarer og refleksjoner gjort underveis i intervjuet, samt eventuelle observasjoner av non-verbal kommunikasjon, da dette ikke ville kommet frem på et lydopptak (Malterud, 2018, s. 73 – 74).

Før vi startet intervjuet, forsøkte vi å skape tillit hos deltakeren og en avslappet stemning med småprat om dagligdagse temaer. Gjennom å skape en trygg atmosfære, kan individualintervju gi deltakeren tid og rom til å dele av sine opplevelser (Malterud, 2018, s. 133). Når vi startet selve intervjuet opplevde vi at deltakerne var interessert i å dele sine opplevelser og hadde et sterkt ønske om bidra med sine erfaringer til studien. Vi ønsket at de skulle få snakke mest mulig fritt om det som var viktig for dem, men intervjuguiden ble brukt for å holde samtalen på riktig spor.

For oss var rollen som intervjuer ny, men ikke helt ukjent. Med tanke på vår bakgrunn som sykepleiere, og nå operasjonssykepleiere, er vi vant til å ha kontakt med pasienter og søke informasjon om helsetilstand og forhold rundt som kan påvirke. Vi opplevde det første intervjuet som utfordrende. Vi hadde gjennomført testintervju på forhånd, men opplevde det å intervju en deltaker i virkeligheten som utfordrende. For hvert intervju tilegnet vi oss mer erfaring i rollen som intervjuer, og vi reflekterte i etterkant av hvert intervju over hva vi kunne gjøre bedre og ta med oss denne erfaringen videre.

5.5.3 Transkripsjon

Lydopptaket ble overført til tekst gjennom transkribering. Det er anbefalt at dette blir gjort av forskeren selv, blant annet for å kunne rette opp i uklarheter om lyden skulle være dårlig i opptaket, da forskeren kjenner til betydningen av innholdet og omstendigheter rundt det som blir sagt. Samtidig ble vi gjennom transkripsjonen bedre kjent med materialet (Malterud, 2018, s. 79 – 80).

Dataprogrammet Word ble brukt ved transkribering. Lydopptak gjort i forbindelse med intervju ble transkribert samme dag, eller dagen etter om intervjuet ble gjennomført på kveldstid. Transkribert materiale og lydopptak er grundig gjennomgått av begge to, for å sikre pålitelighet og gyldighet (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 211-212). Vi har også brukt prosessen med transkribering som læring for å kunne forbedre intervjuteknikk og samtidig starte analyseprosessen (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 207).

Transkriberingen ble gjort ordrett av lydopptaket, men der det var uklart hva som ble sagt, distraksjoner eller småsnakk uten relevans satte vi inn (...). Dette ble gjort for å gjøre materialet mer oversiktlig og sammenhengende.

Deltakerne er anonymisert både i lydopptaket og det transkriberte materialet, og navn er erstattet med kodenøkkel for å beskytte konfidensialiteten til deltakeren (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 213). Det samlede materialet ble lagret på forsknings serveren til Høgskulen på Vestlandet og slettet fra lydopptaker.

6.0 Analyse

Gjennom refleksivitet utfordrer og konfronterer vi våre fordommer og holdninger som vi har med oss fra tidligere. Det er en bevisst holdning vi må ha og er viktig for å kunne vise hvordan vi har kommet frem til det resultat vi har kommet frem til (Malterud, 2018, s. 19). Vi må være klar over og vurdere betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2018, s. 21). Vi må også være åpne om vår forforståelse, vår bagasje med erfaringer, og tanker om prosjektet som kan påvirke måten vi tolker og analyserer data på. Det er viktig for å kunne få et resultat som ikke er farget av forutinntatte holdninger (Malterud, 2018, s. 44 – 45).

Validitet er et fokus vi har måttet hatt gjennom hele prosjektet og gjennom validering stilte vi oss spørsmål om kunnskapens gyldighet. Vi måtte sikre at spørsmålsformuleringen vår faktisk stilte spørsmål om det vi lurer på, om utvalget vårt var relevant i forhold til spørsmålet, om datainnsamlingen gav oss relevant kunnskap og relevans i forhold til teoretiske perspektiver vi benyttet, analyseprosessen og presentasjonen (Malterud, 2018, s. 192).

Vi har utført analysen sammen og under veiledning av prosjektleder for å sikre kvalitet og korrekt utførelse. En prosjektlogg er ført underveis, der vi har notert oss tanker og ulike valg vi har gjort gjennom prosjektet. På denne måten har vi hatt mulighet til å gå tilbake i prosessen, se hva slags beslutninger som ble tatt og hvorfor, om noe skulle bli usikkert i løpet av prosjektet (Malterud, 2018, s. 53). Flexibilitet er et viktig begrep innen kvalitativ forskning. Det innebærer at vi må lære av erfaringer vi gjør oss i forskningsprosessen, og justere kursen i prosjektet etterhvert som vi blir kjent med feltet vi studerer og data vi samler inn (Malterud, 2018, s. 76).

Analysen er en systematisk gjennomgang av data som er samlet, og for en nybegynner er det ekstra viktig med systematiske prosedyrer (Malterud, 2018, s. 91).

Analysen begynte allerede i forbindelse med datainnsamling i intervjuprosessen (Malterud, 2018, s. 69). I etterkant har data bestått av lydopptak og notat gjort i forbindelse med intervjuet.

Tverrgående analyse innebærer at vi samler informasjon fra flere ulike deltakere om likheter, ulikheter og variasjoner i forhold til holdninger, følelser og erfaringer som etterhvert fortolkes og sammenfattes (Malterud, 2018, s. 93). Systematisk tekstkondensering (STC) er en metode innenfor tverrgående analyse, og er den vi benyttet til å analysere data som ble samlet inn (Malterud, 2018, s. 97). STC er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode, men selv om STC deler noen likhetstrekk med fenomenologien er det ikke en fenomenologisk metode (Malterud, 2018, s. 115 - 116).

STC har en systematisk fremgangsmåte og består av fire trinn: Få et helhetsinntrykk av materialet, identifisere meningsbærende enheter, å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene og en sammenfatning av betydningen av dette (Malterud, 2018, s. 98).

6.1 Helhetsinntrykk

Med fokus på problemstillingen, har vi skaffet oss et helhetsinntrykk ved å lese gjennom den transkriberte teksten. Vi la vår forforståelse midlertidig bort, samt tidligere teori og gikk inn i teksten med et åpent sinn. Vi leste gjennom materialet flere ganger hver for oss, dette satte i gang tanker og ideer. Etter gjennomgang av materialet satte vi opp 7 foreløpige temaer som vi mente skilte seg ut i teksten og som vi ga midlertidige navn (Malterud, 2018, s. 99).

- Forberedelse i forkant av operasjon
- Tillit til helsevesenet om at dette er nødvendig og trygt
- Behov for pårørende postoperativt
- Behov detaljert informasjon
- Vurdering av egen helsetilstand uten tilstrekkelig kunnskap
- Smertebehandlingsregimet
- Behov for kontakt med helsevesenet

6.2 Identifisere meningsbærende enheter

Sammen diskuterte vi de foreløpige temaene vi hadde satt opp, og justerte disse etterhvert som nye ideer dukket opp i prosessen. Vi valgte etterhvert også inkludere temaene *hjemreise*, *engstelse* og *kort tid på postoperativ*, men forkastet disse senere.

Vi fokuserte deretter på teksten vi ønsket å se nærmere på, og la foreløpig bort resten.

Gjennom systematisk gjennomgang av teksten fant vi meningsbærende enheter og trakk disse ut, dette var tekst som inneholdt kunnskap om temaene vi foreløpig hadde satt opp, og som kunne belyse vår problemstilling. Dette kalles også dekontekstualisering. Prosessen med å plassere de meningsbærende enhetene i riktig kodegruppe kalles koding. Underveis gikk vi tilbake og vurderte om temaene vi hadde satt opp var riktige. Vi så om det var noe som utmerket seg eller ikke var relevant for problemstillingen, og som kunne forkastes gjennom å bruke vår forforståelse og teoretiske kunnskap. Etterhvert som temaene ble mer solide gikk de over til å bli koder, dette er ikke resultatet av analysen, men er en måte å organisere materialet på (Malterud, 2018, s. 100-105).

Kodene var nå endret til:

- Behov for pårørende
- Behov for kontakt med helsevesenet
- Tillit til helsevesenet
- Vurdering av egen helsetilstand

Etter samtaler med veileder ble vi rådet til å bruke tema som omfavnet mer av vårt materiale, og endte da opp med:

- Postoperative plager
- Behov for hjelp
- Manglende kunnskap

Dette har vært en prosess med mye endringer, der vi har gått frem og tilbake, og stadig gjort nye vurderinger.

6.3 Kondensering – å abstrahere meningsinnhold

I denne delen av analysen trakk vi systematisk ut mening fra de meningsbærende enhetene, kalt kondensering. Vi så på hver kodegruppe for seg. Noen kodegrupper var store og inneholdt flere nyanser, derfor systematiserte vi disse i to til tre subgrupper. Under prosessen gjorde vi vurderinger om noen av de meningsbærende enhetene skulle flyttes til andre subgrupper eller forkastes (Malterud, 2018, s. 105- 106). Våre kodegrupper med subgrupper var nå:

- Postoperative plager
 - Smerter/gangsperr
 - Medtathet
 - Kvalme
- Behov for hjelp
 - Praktisk
 - Helsehjelp
- Manglende kunnskap.
 - Forståelse og håndtering av smerte
 - Sårbehandling
 - Forståelse av inngrepet

Ut i fra de meningsbærende enhetene lagde vi et kondensat. Det innebar at alle enhetene i en subgruppe ble brukt og flettet sammen slik at vi kunne danne et sitat som gjenfortalte innholdet i denne subgruppen, også kalt tekstkondensat. Tekstkondensatet skrives i jeg – form og representerer deltakernes uttalelser. I tillegg brukes et «gullsitat» fra en deltaker som sier mye av det samme som kondensatet (Malterud, 2018, s. 106 - 108).

6.4 Syntese og sammenfatning

Vi formulerte en analytisk tekst ut ifra tekstkondensatene for hver kodegruppe og subgruppe gjennom rekontekstualisering. I de analytiske tekstene er det viktig å formidle fellestrekk med variasjoner tatt fra flere av deltakernes historier, dette danner en sammenfatning som utgjør våre resultat kategorier. Denne sammenfatningen må videreformidles på en måte som er lojal mot uttalelsene til deltakerne og skal bidra til at leseren får tillit og innsikt. I denne prosessen må forskeren samtidig ta ansvar for sin rolle som fortolker. Til slutt konstruerte vi en overskrift som sammenfattet og fortalte noe om våre funn over resultat kategoriene (Malterud, 2018, s. 108 - 109).

For å validere resultatet vårt kontrollerte vi de analytiske tekstene og resultat kategoriernes overskrifter opp mot det empiriske materiale, for å sjekke om vi fant motsigelser mot våre konklusjoner. Det samme gjorde vi opp mot teori og empiri som allerede forelå (Malterud, 2018, s. 110 – 111). Det empiriske materialet i studien vår har gått fra å være beskrivelser, til koder og nå vitenskapelige utsagn.

7.0 Etikk

7.1 Samtykke

World Medical Association (WMA, 2018) har utviklet Helsinkideklarasjonen som omhandler etiske retningslinjer for klinisk forskning og tar særlig for seg forskning på sårbare grupper. Forskning innen det medisinske feltet er nødvendig med tanke på utvikling av ny kunnskap, men forskeren plikter å sette pasientens helse og rettigheter først. Det er forskerens ansvar å beskytte pasientens selvråderett, integritet, verdighet og at personlig informasjon blir behandlet konfidensielt. Medisinsk forskning skal kun utføres om nødvendigheten av forskningen veier opp for risikoen og belastningen pasienten utsettes for.

Deklarasjonen beskriver viktigheten av et informert samtykke hos pasienter som er i stand til å gi det, det innebærer at pasienten gis grundig informasjon om blant annet prosjektet og dets formål og om retten til å nekte deltakelse uten at det skal ha konsekvenser for pasienten (WMA, 2018). En person kan ha redusert eller manglende evne til å gi et informert samtykke av ulike årsaker, som mangelfulle kognitive evner, psykiske plager, demens, ruspåvirkning eller bevisstløshet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009).

Deltakerne i studien vår er informert om studien og dens formål, behandling av personopplysninger, om frivillig deltakelse og de har gitt et informert samtykke i tråd med Helsinkideklarasjonen.

7.2 Godkjennelser

Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) 31143 (Vedlegg 4.), som må forhåndsgodkjenne alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter (Malterud, 2018, s. 218). REK vurderer om forskningsprosjektet er forsvarlig drevet, at personvernet er ivaretatt og at nytte - risiko av forskningsprosjektet er vurdert (REK, u.å.).

Gjennom prosjektet har vi samlet inn personlig informasjon om deltakerne, studien er derfor meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2019) og godkjent 298519 (Vedlegg 5.), for å sikre at forskningsdata som samles inn, lagres og behandles på en trygg måte. NSD har også vurdert om informasjonsskriv og samtykkeskjema følger gjeldende lovverk.

Innsending av søknader er gjort av prosjektledelsen i Dagkirurgi prosjektet. Prosjektet er godkjent av det aktuelle sykehuset, ved seksjonsoverlege for kirurgisk avdeling (Vedlegg 7). Utvelgelse av potensielle deltakere er gjort av en LIS - lege og videreformidlet til forskerne.

7.3 Etske forhold ved datainnsamling

Lydopptakene som er gjort inneholder personidentifiserbare data, og dataene må lagres, håndteres og destrueres korrekt. Lydopptakene er kryptert ved lagring og personnavn i teksten som oppstod ved transkribering ble anonymisert umiddelbart (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Både lydopptak og transkribert materialet er lagret på høgskolens forskningsserver. Etter at deltakeren takket ja til å delta i studien, ble navnet ført opp på et skjema og erstattet med en kodenøkkel som deretter ble brukt videre i studien. Både samtykkeskjema og skjema med kodenøkkel ble lagret på et sted kun tilgjengelig for forskerne.

I en intervjusituasjon deler deltakeren informasjon av personlig og sensitiv karakter, vi har derfor vært bevisst på vår rolle som forskere når vi har gjennomført intervjuene og vært nøye med å vise aktsomhet. Det er viktig for å skape trygghet og forsøke å oppnå gjensidig tillit hos deltakeren, slik at deltakeren føler det trygt å dele informasjon. En deltaker som ikke opplever trygghet kan holde tilbake informasjon og dele mindre, noe som ville ha påvirket datainnsamlingen vår negativt (Malterud, 2018, s. 211 - 212). Pasientene kan i etterkant av operasjon være redusert, både fysisk og psykisk, og dette må tas hensyn til da det kan gjøre deltakerne ekstra sårbare.

Vi har vært bevisst på vår rolle som forsker med bakgrunn som sykepleier i møte med deltakeren, da dette kan skape et etisk dilemma om vi skulle bli konfrontert med helserelaterte spørsmål eller problemer (Polit & Beck, 2017, s. 139). Samtidig er vi i henhold til helsepersonelloven (1999, §7) som sykepleiere forpliktet til å yte helsehjelp om det skulle være åpenbart nødvendig. En sykepleier med erfaring innen dagkirurgi kunne kontaktes om det oppstod helserelaterte spørsmål knyttet til dagkirurgi. En psykolog med erfaring innen traumebehandling var også knyttet til prosjektet og kunne kontaktes om vi opplevde bekymring i forhold til reaksjoner hos deltakerne.

8.0 Resultat

Her vil vi presentere våre funn i studien. Deltakerne består av 6 kvinner og 2 menn. Alderen på deltakerne spenner seg fra 35 år til 64 år. Alle deltakerne, utenom en, hadde enten ektemann, kone eller samboer hjemme hos seg etter operasjonen. Deltakeren som bodde alene hadde gjort avtale med sin bror. Enkelte av deltakerne hadde litt større barn eller foreldre som bidro med hjelp i dagene etter operasjonen.

8.1 “Jeg har vært så veldig redusert i etterkant”

Våre funn viser at opplevelsen av ubehag og plager i etterkant av operasjonen var et gjennomgående tema, det preget alle i ulik grad og vi ser at opplevelsen av smerter, medtattethet og kvalme kan ha en sammenheng med hverandre.

8.1.1 “Det kjennes ut som jeg har gangspærre”

I studien kommer det frem at smerter var noe deltakerne var opptatt av og oppmerksom på, men i varierende grad plaget av. Flere av deltakerne fortalte om lite eller ingen smerter det første døgnet etter operasjonen, noe som var overraskende for dem. Noen av deltakerne oppga å ha fått langtidsvirkende morfinpreparat i forkant av operasjon, dette kan være en mulig årsak til at flere opplevde lite smerter det første døgnet. Deltakere mente det også kunne være ettervirkninger av narkosen som gjorde at de hadde lite vondt når de kom hjem. Flere av deltakerne opplevde at smertene økte på det andre døgnet og fortsatte i noen dager etterpå.

Smertene viste seg i ulik styrke hos deltakerne. Enkelte hadde trodd de skulle ha mer vondt. De beskrev smertene som kun murring eller svie, og hadde lite behov for smertestillende.

“Jeg hadde ikke noe særlig vondt, jeg hadde jo trodd at jeg skulle ha vondt etterpå. Jeg tok 1 gram paracet på ettermiddagen en gang, og det var alt jeg trengte.” (Sitat)

Andre opplevde smertene som sterkere og at de var til hinder for dem i deres daglige aktivitet. Det kunne være spesielt i forbindelse med bevegelse, som for eksempel ved påkledning, når de bøyde seg ned eller når de skulle komme seg opp av senga eller sofaen. For enkelte kunne det være ubehagelig eller smertefullt å legge seg ned på senga og finne riktig liggestilling.

En av deltakerne skilte seg spesielt ut fra de andre. Hun hadde så sterke smerter at hun skreik og sammenlignet det med å bli knivstukket. Hun opplevde det hun mente var sterke krampeanfoll, også når hun satt i ro.

“Det er liksom de sterkeste, utenom fødsel og selve gallesteinsanfollene, så er det vel de sterkeste smertene jeg har hatt, tror jeg.” (Sitat)

Det ble gitt ulike beskrivelser av smertene, noen hadde følelsen av å ha gangsperr og en stivhet i kroppen. Andre beskrivelser av smertene var kramper, ømhet eller et press i navleområdet. Noen deltakere fortalte at de opplevde svie i selve operasjonssårene, det kjentes ut som det reiv litt i magen ved bevegelse, for eksempel ved hoste eller i forbindelse med dobesøk og avføring.

“Jeg vil sammenligne smertene med å ha gangsperr i magen, litt øm og sår.”
(Tekstkondensat)

I det empiriske materialet kommer det tydelig frem at deltakerne har fått god informasjon om luftsmertene man kunne oppleve og dette var noe de i stor grad var forberedt på. Flere deltakere klaget over smerter som gikk opp til skuldrene, en beskrev luftsmertene i skulderen som svie.

På vei hjem fra sykehuset opplevde spesielt en deltaker ubehag av luftsmertene.

“Jeg kjente jo at det var sånn, ikke veer, det var luft smerter rett og slett som satt mellom skulderbladene og oppover i rundt halsen. Liksom kjente du på, jeg var ikke redd men, men jeg kjente at det var så vondt at jeg hadde problemer med å puste da.” (Sitat).

8.1.2 “Jeg hadde mer enn nok med meg selv”

Deltakerne gav alle uttrykk for at de hadde vært slitne og medtatte i etterkant av operasjonen, noen i større grad enn andre. Dette påvirket deltakerne og deres daglige liv i varierende grad.

”Jeg har vært veldig redusert. Når jeg har vært oppe noen minutter, så må jeg legge meg ned på igjen.” (Tekstkondensat)

De kjente alle at kroppen hadde behov for ro og hvile. Flere deltakerne beskriver at selv dagligdagse gjøremål som å dusje, rydde inn i oppvaskmaskinen og matlaging kunne føre til utmattelse.

“Det er litt påkjenning å dusje. Man har energi til å dusje, men så var på en måte energien brukt opp etter det, så måtte jeg legge meg litt ned på.” (Sitat)

Ikke alle deltakerne var forberedt på hvilken påkjenning en operasjon kunne være for kroppen. Flere deltakere oppgir å ikke gjøre noe som helst de første dagene etterpå og fortalte at de hadde mer enn nok med å ta vare på seg selv. Flere hadde kun lagt på sofaen de første dagene. Noen av deltakerne opplevde også å bli utmattet av smertene, og at det var en påkjenning i seg selv å ha vondt.

Noen av deltakerne var til vanlig veldig aktive og likte å gå på turer. Enkelte lurte på hvor lenge de måtte vente med å gjenoppta disse aktivitetene, og synes det var vanskelig å begrense seg. En deltaker følte seg plutselig dårlig da hun var ute gikk en tur en av de første dagene etter operasjonen og måtte snu å gå hjem.

“Jeg prøvde å gå meg en tur i går faktisk. Men det var ikke lange biten, jeg kom meg vel syv hundre meter, så kjente jeg, nei vet du hva, det her..da svimler jeg litt og, ja. Kjente litt press midt i magen og navleområdet, og da tenkte «nei, nå går jeg inn igjen». Var veldig sliten etterpå.” (Sitat)

8.1.3 “Jeg var en del kvalm og uvel”

Kvalme var noe flere av deltakerne gav beskrivelser av, det oppstod ofte i forbindelse med smerter og aktivitet.

Enkelte deltakere satte kvalmen i sammenheng med hvor lenge det var siden de hadde tatt smertestillende og om de var godt nok smertelindret.

“Jeg var kvalm og uvel om morgenen, sikkert fordi det var lenge siden jeg hadde tatt medisiner.” (Tekstkondensat)

Kvalmen opplevdes som ubehagelig og førte til redusert matinntak. Deltakerne som opplevde kvalme tenkte ikke på det som unormalt, heller noe som kanskje måtte forventes.

Enkelte deltakere opplevde også kvalme i forbindelse med daglige aktiviteter, som for eksempel når de skulle reise seg fra sengen eller dusje. Kvalmen kunne da være forbigående, og kan kanskje sees i sammenheng med svimmelhet og utmattelse.

”Jeg ble kvalm og svimmel ved bevegelse, og måtte legge meg ned for å hvile.”
(Tekstkondensat)

8.2 Behov for hjelp “Uten familie hadde det ikke gått”

I intervjuguiden ble deltakerne spurt om hvilke behov de hadde hatt for hjelp og støtte, hvem de eventuelt fikk hjelp av og om de opplevde noen utfordringer eller uforutsette hendelser.

8.2.1 Behov for praktisk hjelp “Han har vært husmor”

De fleste deltakerne klarte i liten grad å bidra med praktiske gjøremål hjemme de første dagene etter operasjonen. Årsaken til dette virket å være todelt, noen følte seg veldig redusert, andre hadde smerter som begrenset dem. Flere uttrykte at de ikke hadde klart seg selv de første dagene uten at de hadde hatt noen hos seg hjemme.

Daglige gjøremål som å lage mat, ta inn og ut av oppvaskmaskinen, stelle hjemme og med barna ble vanskelig. Flere deltakere forsøkte likevel å bidra med det de kunne og presset seg til å være i aktivitet. En deltaker beskrev at hun følte seg hjelpeløs og ønsket å bidra hjemme, hun hadde to små barn som løp rundt og en mann som gjorde alt.

”Å lage meg mat har jeg ikke orket, så det har jeg fått servert. Han har vært husmor.”

(Tekstkondensat)

En deltaker hadde en helt annen opplevelse, og uttrykte at han følte seg i så god form at han syntes det var utfordrende å begrense seg selv og ta det med ro.

Løfterestriksjon på 1 kg etter operasjonen satte begrensninger for hva deltakerne kunne bidra med hjemme. Noen deltakere var usikre på hvor tungt de faktisk kunne løfte og hvor lenge denne restriksjonen varte. En deltaker satt grensen ved 1,75 L melkekartong, mens en annen mente man kunne prøve seg frem og at kroppen gav beskjed om det ble for tungt.

Restriksjonen skapte utfordringer med blant annet klesvask, å bære tunge handleposer etter en tur på butikken og å løfte barna.

“(…) når vi var nede og handlet littegrann, så var jo han med meg, han eldste min, og han «jeg skal bære det, pappa», han passer på.” (sitat)

Noen deltakere hadde vanskeligheter med å bevege seg etter operasjonen. Det kunne være vanskelig å komme seg ut av senga eller opp av sofaen, vanskelig å kle av og på seg og å komme seg på toalettet. I disse situasjonene trengte de hjelp.

En deltaker beskrev voldsomme smerter etter operasjonen som hemmet henne i så stor grad at ektemannen måtte være hjemme fra jobb for å kunne ta seg av henne.

“Så vi fant ut at han ikke kunne gå på jobb, fordi av og til da, visst jeg på en måte prøvde å skulle reise meg opp, sant, det var så vondt, at jeg ble liksom frossen i en stilling, jeg klarte nesten ikke å få kontroll over kroppen. Sånn at han måtte på en måte komme å ta tak i meg og reise meg opp.” (Sitat)

8.2.2 Behov for helsehjelp ”Jeg hadde lyst å ringe, men ville ikke være til bry”

Deltakerne har hatt lite kontakt med helsevesenet. Noen deltakere uttrykte at det ikke var behov for kontakt og følte de håndterte dette greit selv, andre satt inne med en del spørsmål som de skulle ønske noen kunne besvart. Enkelte deltakere hadde helsepersonell blant venner og familie som de brukte, eller bekjente som hadde gjennomgått samme type inngrep.

Et gjentakende tema som skapte en del spørsmål var sårstell og bandasjer. Flere deltaker ønsket en bekreftelse på om såret såg fint ut eller ikke.

”Når jeg skulle skifte bandasjer, så var det ting jeg ikke visste. Det hadde vært fint om noen hadde kikket på sårene.” (Tekstkondensat)

En deltaker ringte til legekantoret sitt for å få hjelp til å skifte en blodig bandasje dagen etter operasjonen. Hun synes det var ubehagelig å gjøre det selv og var redd for hvilket syn som kom til å møte henne når hun tok av bandasjen. Andre deltakere brukte pårørende i forbindelse med bandasjeskift, mens noen gjorde det selv.

“Du får komme å skifte en bandasje», hun bare «skifte? Det er jo på magen?», «ja, du må komme likevel sa jeg og skifte for meg». Jeg var redd for å ta han av selv.” (Sitat)

To av deltakere hadde tatt kontakt med helsevesenet, en fikk hjelp til å skifte bandasje og en annen var bekymret for sterk halsbrann og at hun hadde observert voldsomt gul urin. Enkelte av deltakerne ønsket å ta kontakt, men vegret seg for å ringe. En av deltakerne som vegret seg opplevde så sterke smerter i dagene etter operasjonen, at vi absolutt mener hun burde tatt kontakte med helsevesenet.

”Jeg tenkte at visst det varte, visst jeg våknet dagen etterpå og det var like ille, så ville jeg ringe og så spørre om jeg kunne ta kontakt. Men han hadde sagt liksom sånn, visst du ikke er bedre til dag tre (...) så kan du ta kontakt sa legen, så jeg tok jo det ganske bokstavelig da.”
(Sitat)

Flere deltakere fortalte at de ikke fant et telefonnummer i informasjonsskrivet fra sykehuset som de kunne bruke dersom det ble behov for det i etterkant av operasjonen. Det ville gitt en form for trygghet mente de. Vi observerer at det er et telefonnummer i informasjonsskrivet som kan benyttes ved avbestilling eller endring av time.

8.3 Manglende kunnskap “ Det er ikke så godt å vite

Kunnskap om hva man skal observere og passe på er viktig for å kunne utføre god egenbehandling. Det kan gi trygghet og en følelse av å ha kontroll over situasjonen, og påvirke den helhetlige opplevelsen av å komme hjem (Berg et al., 2013, s. 1633 – 1635). Gjennom våre funn oppdaget vi at det var enkelte kunnskapshull som skapte bekymring og hodebry for deltakerne.

8.3.1 Forståelse og håndtering av smerte “ Man skal vel kjenne litt når man er operert”

De fleste deltakerne hadde forventninger om at de skulle ha en viss grad av smerter etter operasjonen. En deltakeren hadde trodd han skulle ha mye mer smerter etterpå, men mente det var naturlig å kjenne noe når man hadde fire hull i magen og “gjort noe inni der”. Alle var klar over luftsmertene som kunne oppstå, flere mente de gjenkjente smertene de hadde som luft smerter og anså det som en naturlig forklaring.

”Jeg fikk beskjed om at jeg kunne få luft smerter av den gassen. Det er jo ikke kjekt å ha så vondt liksom, men det er ikke farlig eller noe sånt.” (Tekstkondensat)

Selv om de uttrykte liten grad av bekymring, var det usikkerhet rundt hva som faktisk var normalt og ikke etter en operasjon, om det de opplevde var slik det skulle være. Til tross for dette, var det ingen som hadde tanker eller bekymringer om at smertene kunne være tegn til komplikasjoner.

“Men jeg føler jo på en måte det at det er ganske tett opptil operasjonen fortsatt, jeg vet jo ikke hva som er normalt og ikke normalt.” (Sitat)

En pasient opplevde voldsomt sterke smerter. Hun satte likevel ikke store spørsmålstegn ved dette og fortalte at hun hadde fått beskjed om at det var lite smertelindring som kom til å hjelpe på det hun antok var luft smerter.

“Nå tror jo jeg på at de smertene ikke var så lett å dope meg ned for.” (Sitat)

Enkelte deltakere ga smertene en annen forklaring enn operasjonen eller de normaliserte det. En deltaker forklarte smertene han kjente med at han hadde ligget på skulderen om natta, og at det kunne være en mulig årsak. En annen deltaker fortalte at å føle seg mørbanket etter en operasjon antageligvis var naturlig og ikke noe hun reagerte på.

Tre av deltakerne fortalte at det hadde lekket galle væske ut i buken i forbindelse med operasjonen. Deltakerne var informert om at buken var skylt og galle væsken sugd opp igjen,

men det kunne føre til at de fikk ekstra sterke smerter i etterkant, og ble bedt om å ta kontakt om smertene vedvarte. En av disse deltakerne opplevde ubehag som gangspærre og ømhet i magen, en annen oppgir å ha hatt sterk halsbrann, og lurte på om dette kunne ha en sammenheng. En annen deltaker var informert om at dette ikke var noe farlig. Hun opplevde en del smerter i etterkant, men mente dette ikke var unormalt.

Alle deltakere hadde fått resept på smertestillende som de hentet ut på apoteket. Sykehuset hadde ikke foreskrevet likt smerteregime til deltakere. Alle hadde fått resept på paracet, ellers var det skrevet resept på Pinex Forte, Voltaren og Tramadol. Det var stor variasjon i behovet for smertestillende hos deltakerne og hvordan de administrerte det. Noen av deltakerne tok det regelmessig og ønsket å forebygget smertene, mens andre tok det ved behov.

“Jeg har tatt når jeg føler at nå, nei huff, dette er vondt. Dette orker jeg ikke. Men, ellers så tenker jeg at det er greit å kjenne på kroppen at det er noe som skjer og.” (Sitat)

Noen deltakere var restriktive med å ta smertestillende og oppgir at de ikke å likte å ta medisin, dette på tross av at de faktisk hadde en del smerter og kunne hatt behov for det. I tillegg oppga noen at de hadde fått informasjon av sykepleier om at det kunne være lurt å forebygge smertene, da smerter kunne forlenge helingsprosessen. To deltakere lot være å hente ut Tramadol på apoteket, fordi de ønsket å klare seg uten.

“Jeg er ikke glad i å ta tabletter. Så jeg ser jo helst at jeg ikke tar det. Så de gangene jeg har tatt det er når det har gjort veldig vondt og jeg bare har, altså jeg har kjent veldig på det.” (Sitat)

8.3.2 Sårbehandling “ Det var ikke så lett å vite hva man skulle gjøre”

De fleste deltakerne hadde spørsmål angående sår og bandasjer, det var mye usikkerhet knyttet til dette temaet. I informasjonsskrivet fra sykehuset står det kort om dusjing, skifting av bandasje og observasjoner knyttet til blødning og infeksjonstegn. De fleste deltakerne oppga likevel at de savnet mer konkret og praktisk informasjon rundt dette.

Alle deltakerne fulgte med på om det kom i blod i bandasjen, og skiftet om det oppdaget dette. I forbindelse med skifting av bandasje dukket det opp et gjentakende problem. Deltakerne oppdaget at det var strips under bandasjen, og de fortalte at det ikke stod noe om dette i informasjonsskrivet.

“I går skulle jeg dusje og skifte bandasje. Og da viste det jo seg at de har tapet alle sårene, og så tatt på bandasjen. Da ble jeg usikker. Hva skal jeg gjøre?” (Tekstkondensat)

De lurte på om stripsene skulle sitte på eller om de skulle tas av, om de falt av av seg selv eller om det skulle settes på nye. Noen valgte å la de sitte på, andre tok de av.

“ Så tok jeg meg en dusj og lot det tørke litt, før jeg satte på nye sånne bandasjer. Men jeg tok ikke av de der stripsene, det turte jeg ikke å gjøre. (...) Det stod liksom ikke noe om det. Det stod bare bandasjene, og jeg tenkte strips er jo ikke bandasjer, og bandasjer er bandasjer, jeg vet ikke, kanskje jeg har gjort noe feil.” (Sitat)

Noen deltakere lurte på om sårene skulle renses før de satte på ny bandasje. En annen deltaker var bekymret for såret i navlen siden hun tenkte dette var et urent sted på kroppen.

Halvparten av deltakerne oppga å ha fulgt med på sårene i forhold til puss, misfarging og opphovning. En deltaker lurte på om det var blitt rødt rundt såret, men konkluderte med at det like gjerne kunne være irritasjon etter bandasjen siden hun ikke hadde andre tegn på infeksjon.

“Foreløpig så går det nå fint. Tror jeg. Det var ikke noe sånn opphovnet eller misfarget eller puss eller, nei ingenting” (Tekstkondensat)

8.3.3 Forståelse av inngrepet “ Det er vel ingen stor operasjon, jeg tror ikke det er noen big deal”

Deltakerne var i varierende grad inneforstått med hva inngrepet innebar. Alle hadde fått informasjon av lege, noen hadde gått grundigere til verks med å søke etter informasjon på internett utover dette, mens enkelte ikke ønsket å vite så mye.

”Jeg har ikke undersøkt så mye, jeg vil jo tro det er gjennomtenkt og utprøvd. Det er jo ikke de største inngrepene som blir gjort dagkirurgisk.” (Tekstkondensat)

Noen deltakere mente det ikke kunne være en voldsom stor operasjon de skulle gjennom siden inngrepet ble gjort dagkirurgisk.

”(...) det er visst en forholdsvis enkel affære, sier de som har greie på det.” (Sitat)

En pasient oppgir at det svidde veldig i navlen og forstod ikke hvorfor.

”jeg føler jeg er veldig oppblåst i magen, akkurat her svir det så grådig (navlen), men det er jo ikke der nede de har fjernet noe.” (Sitat)

En deltaker var innom kjøpesenteret på vei hjem fra sykehuset og reiste bort på helgetur noen dager senere. En deltaker dro på hyttetur med en venninne, mens en annen hadde en stor bursdagsfeiring for et av barna andre postoperative dag og opplevde at hun ble fryktelig sliten etterpå. Enkelte deltakere gav uttrykk for at det var vanskelig å vite hvor mye de kunne presse kroppen i ettertid og hvor grensen gikk.

“...nå hadde vi bursdagsbesøk på søndag, og det var to timer, og etter det så var jeg helt ferdig.” (Sitat)

Deltakeren som dro på kjøpesenteret etter inngrepet og helgetur noen dager senere utmerket seg. Ved en samtale en stund i etterkant av intervjuet fortalte han at han hadde fått ubehag etter den 8 dagen postoperativt og ble etterhvert gul i huden og øynene. Han ble innlagt på sykehuset den 10 dagen postoperativt. Det ble oppdaget gallestein i gallegangen og deltakeren

ble lagt inn til observasjon og behandlet med strengt væskeregime. Dette var deltakeren som oppga å ha minst plager når intervjuet ble gjennomført.

9.0 Drøfting

I dette kapittelet vil vi diskutere våre funn opp mot tidligere forskning og Orems teori om egenomsorgssvikt for å besvare vår problemstilling. Til slutt vil vi drøfte metode og vår rolle som forsker knyttet til studien.

9.1 “Jeg har vært så veldig redusert”

9.1.1 “Det kjennes ut som jeg har gangspærre”

Materialet vårt viser et stort spenn i opplevelsen av smerter og ubehag i etterkant av operasjonen.

I artikkelen “Postoperative symptom distress of laparoscopic cholecystectomy ambulatory surgery patients” finner Odom - Forren et al. (2018, s. 807) at alle deltakerne opplevde mer smerter enn de hadde forventet basert på informasjon som var gitt i forkant av operasjon. De ble fortalt at sammenlignet med åpen operasjon, ville ikke laparoskopi være noe problem. Enkelte av våre deltakere hadde lite behov for smertestillende, mens for andre var det nødvendig å ta smertestillende regelmessig. En av deltakerne våre skilte seg spesielt ut fra de andre. Hun hadde så sterke smerter at hun skreik og sammenlignet det med å bli knivstukket. Hun beskriver smertene som krampeanfallet og de sterkeste smertene hun hadde opplevd, utenom fødsel og selve gallesteinsanfallet. Lignende funn ble gjort i studien av Barthelsson et al. (2003, s. 256) der en av deltakerne opplevde krampelignende spasmer som et gallesteinsanfall. Opplevelsen av sterke smerter postoperativt kan være skremmende for

pasienten, og som sykepleiere ble vi bekymret etter å ha hørt den aktuelle pasientens beskrivelser av de voldsomme smertene.

Andre beskrivelser av smertene var ømhet, svie og et press i navleområdet, og en følelse av å ha gangspærre og en stivhet i kroppen. Beskrivelsen gangspærre og stivhet i kroppen finner vi ikke igjen i andre artikler, og vi ser derfor på dette funnet som ny kunnskap utledet av vår studie.

Vi opplevde at deltakerne var informert om luftsmertene de kunne få, og at de var mentalt forberedt på dette. Flere deltakere klaget over smerter som gikk opp i skuldrene. I likhet med funnene i studien til Barthelsson et al. (2003, s. 256) beskriver flere av deltakerne også der at de opplevde smerter i skuldrene etter operasjon. Behovet for god informasjon om smerter kommer frem i studien til Odom - Forren et al. (2018, s. 805) der enkelte deltakere ikke var informert om at de kunne få smerter i skuldrene etter operasjon og opplevde dette som skremmende og ubehagelig. De ble overrasket siden det kirurgiske inngrepet foregikk i abdomen, og deltakerne klarte ikke se sammenhengen med smerter andre steder i kroppen. Vi mener det er viktig at deltakerne er godt informert om og forberedt på at de kan oppleve andre type smerter også, og ikke kun luft smerter. I informasjonsskrivet fra det aktuelle sykehuset er det lagt mest vekt på informasjon om luft smerter, ut i fra vårt materiale ser vi et behov for mer utfyllende informasjon.

Det først døgnet etter operasjon var for de fleste det beste døgnet med tanke på smerter og ubehag. Etter dette tok smertene seg opp i styrke på det andre døgnet og fortsatte i noen dager. Noen av deltakerne oppgir å ha fått langtidsvirkende morfinpreparat i forkant av operasjon, og det kan tenkes at dette kan være en medvirkende årsak til at det første døgnet opplevdes så bra. Samtidig mener deltakerne selv at ettervirkningene av narkosen førte til mindre smerter når de kom hjem. Deltakernes positive opplevelse med det første døgnet gjorde at enkelte ble overrasket når smertene tiltok andre postoperative dag. I studien til Barthelsson et al. (2003, s. 256) kommer det frem at pasientene opplevde et tilbakefall av smerter fra dag tre og utover etter at de sluttet å ta smertestillende. Vi synes funnet i vår studie er interessant og undrer oss over at det er ulik praksis i smertebehandling. Det kan virke som at deltakerne som fikk langtidsvirkende smertestillende hadde en positiv opplevelse med det, og at dette kanskje burde være gjeldende for alle.

Økende smerter etter det første døgnet hjemme kan tyde på at smertebehandlingen ikke er tilstrekkelig individuelt tilpasset. Smertehåndtering er en viktig del av egenbehandlingen, og opplevelse av smerter kan påvirke deltakeren i stor grad og føre til begrensninger i forhold til å utføre egenomsorg for seg selv. Det kan bli vanskelig å oppfylle enkelte av de universelle egenomsorgsbehovene Orem tar opp i sin teori, som blant annet å sørge for tilstrekkelig inntak av mat og drikke, evnen til å opprettholde en balanse mellom aktivitet og hvile, i tillegg kan det kan påvirke eliminasjonsprosessen (Orem et al., 2001, s. 225). Deltakerne opplevde at smertene hindret dem i stor grad i utførelsen av daglige gjøremål, som for eksempel å komme seg opp av sofaen, påkledning, finne riktig liggestilling eller i forbindelse med toalettbesøk og avføring.

9.1.2 “Jeg hadde mer enn nok med meg selv”

Deltakerne i studien gav uttrykk for å at de opplevde å være slitne og medtatte i etterkant av operasjonen, men i varierende grad. Flere opplevde å bli utmattet av enkle gjøremål og måtte ta pause i etterkant. Berg et al. (2013, s. 1634) og Barthelsson et al. (2003, s. 256) beskriver i sine studier at deltakerne åpenbart hadde behov for hvile like etter operasjonen, men at energinivået gradvis økte etter hvert. De fleste deltakerne i studien vår hadde mer enn nok med å ta vare på seg selv de første dagene, og tilbrakte mye tid på sofaen.

Ut ifra vårt materiale kan det virke som at deltakerne ikke var forberedt på at de ville være medtatte i en perioden etter operasjonen, noe som vises ved at enkelte hadde lagt urealistiske planer i etterkant av operasjonen. Dette finner vi også i studien til Dávøy et al. (2017, s. 321) som beskriver at flere hadde store planer for sykmeldingsperioden sin. I studien til Odom – Forren et al. (2018, s. 808) hadde enkelte deltakere planlagt å returnere til jobb kort tid etter operasjonen og ble overrasket over graden av fatigue de faktisk opplevde når de var tilbake i jobb. Vi mener det er bekymringsverdig at pasientene ikke er inneforstått med hva det vil si å gjennomgå kirurgisk behandling og være nyoperert. Noen deltakere opplevde smerter som en medvirkende faktor til at de følte seg slitne, samtidig som det også påvirket søvnen.

Opplevelsen av å føle seg medtatt vil ifølge Orem påvirke flere av de universelle egenomsorgsbehovene. I følge teorien vil behovet for å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile (Orem et al., 2001, s. 225) kunne påvirkes av redusert allmenntilstand. Ved sykdom eller stor grad av medtattethet bør aktivitetsnivået reduseres og tilpasses den syke kroppen, noe flere av deltakerne ikke hadde fått med seg. Enkelte av disse var vanligvis aktive og likte å gå på turer. En deltaker følte seg plutselig dårlig da hun var ute gikk en tur en av de første dagene etter operasjonen, og måtte snu å gå hjem. Å tilpasse seg en ny og annerledes balanse mellom aktivitet og hvile er ekstra viktig når kroppen skal heles etter en operasjon.

9.1.3 “Jeg var en del kvalm og uvel”

Kvalme var noe flere av deltakerne gav beskrivelser av, og kunne oppstå ofte i forbindelse med smerter og aktivitet. Kvalmen kunne være forbigående i forbindelse med dagligdagse aktiviteter som dusjing og komme seg opp av sengen, men kunne også oppleves som mer generell og føre til redusert matinntak hos enkelte. Noen deltakere satte kvalmen i sammenheng med når de sist hadde tatt smertestillende og om de var godt nok smertelindret.

Barthelsson et al. (2003, s.256) beskriver i sin studie at flere av deltakerne opplevde kvalme og oppkast samme kveld som operasjonen samt første postoperative dag. En pasient i denne studien ble innlagt som følge av dehydrering. I studien til Odom – Forren et al. (2018, s. 807) kommer det frem at ingen i helsevesenet hadde diskutert kvalme med deltakerne og videre behandling av dette. Mange av deltakerne i studien hadde likevel kjøpt kvalmestillende på apoteket selv, mens andre ikke visste at det var tilgjengelig. I vårt empiriske materiale finner vi ingen som opplevde å kaste opp, men de opplevde kvalmen som ubehagelig. Deltakerne våre fikk ikke resept på kvalmestillende medikamenter og det er heller ikke noen som har oppgitt at de har kjøpt dette selv. Kvalme blir ikke nevnt i informasjonsskrivet fra sykehuset og vi stiller oss undrende til om dette er informasjon som legen burde gitt postoperativt. Kvalme og redusert matinntak er nært knyttet, og viktigheten av å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av vann og mat er essensielt for å dekke egne omsorgsbehov. I følge Orem er adekvat

inntak av mat og væske så grunnleggende at svikt i disse vil kunne utløse større lidelse hos pasienten (Orem et al., 2001, s. 225 - 226).

I vårt materiale ser vi at den generelle allmenntilstanden er så redusert hos enkelte deltakere at de har problemer med å tilfredsstille egne behov for mat og drikke, noe som i følge Orem er en svikt i egenomsorgen. Vi opplever at det er lite fokus på problemet og mener at pasienten kunne fått mer informasjon om at man kan oppleve kvalme og hvilke muligheter man har til å bedre dette.

9.2 Behov for hjelp “Uten familie hadde det ikke gått”

9.2.1 Behov for praktisk hjelp “Han har vært husmor”

For å få gjennomføre dagkirurgi er det et kriterium at pasienten skal ha en voksen person med seg det første døgnet etter operasjonen, samtidig skal man ikke planlegge å utføre tunge og krevende arbeidsoppgaver i etterkant (Ræder & Nordentoft, 2010, s. 744). Deltakerne i vår studie hadde noen hos seg de første dagene etter operasjonen, og gav uttrykk for at dette var svært nødvendig og noe de ikke hadde klart seg uten. De trengte mer hjelp enn de hadde sett for seg. Odom – Forren et al. (2018, s. 809) beskriver i sin studie at pårørende tenkte at pasienten kom til å klare seg fint alene etter 24 timer, men flere opplevde at de måtte holde seg hjemme for å hjelpe pasientene. Denne erfaringen finner vi igjen i vårt materiale.

Deltakerne våre hadde behov for hjelp til dagligdagse gjøremål og kjente på dårlig samvittighet overfor pårørende. Deltakerne kunne blant annet trenge hjelp til å komme seg på toalettet, kle på seg, lage mat og skifte bandasjer på sårene. Det var flere årsaker til dette, enkelte følte seg veldig redusert og smertene og ubehaget de kjente på begrenset dem. Utover utfordringer med å dekke sine primærbehov, var det få som hadde kapasitet til å bidra ellers i hjemmet. Berg et al. (2013, s.1634) fant i sin studie at det oppstod et rollebytte i hjemmet i denne perioden og en økt arbeidsmengde på partner. En deltaker i studien vår betegnet ektemannen som husmor. Deltakerne trengte blant annet hjelp til å ta vare på barna, sette inn i oppvaskmaskinen og vaske klær. De fysiske løfterestriksjonene deltakerne hadde fått,

begrenset dem også veldig i hva de kunne gjøre, selv om noen tok denne restriksjonen mer alvorlig enn andre.

Deltakerne fortalte at de ikke hadde klart seg uten noen hjemme og enkelte følte seg hjelpeløse. Det kan virke som om de fleste likevel aksepterte denne situasjonen og tok i mot hjelp fra pårørende, hvilte og lot helingsprosessen gå sin gang. I følge Orems teori må pårørende i denne situasjonen utføre kompenserende sykepleie ved hjelp av sin kompenserende sykepleiekapasitet (Orem et al., 2001, s. 284 - 285). Deltakerne trengte hjelp til å dekke universelle egenomsorgsbehov som for eksempel å sørge for tilstrekkelig inntak av mat og drikke, sørge for nok hvile, i tillegg trengte de hjelp til å skifte på bandasjer, utføre sårstell og til av - og påkledning. Pårørende var også viktig når gjaldt emosjonell støtte. Kravet om at man skal ha en voksen person hos seg i kun ett døgn etter operasjonen er noe vi stiller spørsmålsteget ved etter å ha intervjuet deltakerne. Selv om alle deltakerne på intervjuetidspunktet hadde kommet seg gjennom dagene etter operasjonen uten komplikasjoner, vitner beskrivelsene deltakerne gir oss om en opplevelse av usikkerhet, varierende grad av plager og redusert evne til å yte egenomsorg for seg selv.

9.2.2 Behov for helsehjelp ”Jeg hadde lyst å ringe, men ville ikke være til bry”

Deltakerne våre hadde lite kontakt med helsevesenet i etterkant, kun to deltakere tok kontakt. En ringte til sykehuset på grunn av sterk halsbrann og etter å ha gjort observasjon av veldig gul urin etter vannlating, den andre fikk hjelp på legekantoret til å skifte en blodig bandasje fordi hun ikke turte å gjøre det selv. Av inngrepene som ble undersøkt i studien til Brix et al. (2017, s. 873 - 874) var det pasienter som gjennomgikk LC som hyppigst tok kontakt med helsevesenet i ettertid på grunn av smerter.

Terskelen for å ringe virket å være høy hos de fleste i studien vår, dette kom spesielt tydelig frem hos en deltaker med sterke smerter som oppga at hun vegret seg for å ringe fordi hun ikke ville være til bry. Hun hadde fått beskjed ved utskrivelse om å ta kontakt om hun ikke ble bedre innen dag tre etter operasjonen. Dette ble tatt bokstavelig, og til tross for voldsomt sterke smerter ville hun vente, fordi hun tenkte at alt var som det skulle. Vegringen for å ta kontakt med helsevesenet finner vi igjen i studien til Mottram (2011b, s. 3148). Deltakerne i studien ytret et ønske om at helsevesenet heller tok kontakt med dem for å gi råd og

bekreftelse på det de opplevde. Samme funn ble gjort i studien til Dávøy et al. (2017, s. 322), der deltakerne ønsket en faglig vurdering av situasjonen de sto i. I studien til Barthelsson et al. (2003, s. 257) var det vanlig praksis å følge opp pasienten postoperativt per telefon samme kveld og morgenen etterpå.

Vi opplevde i vår studie at deltakerne satt inne med en del spørsmål de skulle ønske noen med faglig kompetanse kunne besvart. I stedet for å kontakte helsevesenet, brukte deltakerne i stedet nettverket de hadde rundt seg. Noen var også så heldige at de hadde helsepersonell i familien som kunne bistå. De fleste spørsmålene deltakerne hadde var i utgangspunktet ikke vanskelige å besvare, men de skapte likevel usikkerhet. Det var spesielt mange spørsmål rundt stell av sår, skifting av bandasjer og om sårene så normale ut. De samme spørsmålene om sårstell går igjen i studien til Barthelsson et al. (2003, s. 256).

Oppstår det endringer i helsen som avviker fra det normale stilles det i følge Orem krav om at det iverksettes tiltak for å oppnå normalitet igjen, som for eksempel å få en diagnose eller en behandling. Det å søke medisinsk hjelp når disse endringene oppdages og delta i behandlingen vil være å yte egenomsorg for seg selv (Orem et al., 2001, s. 233). Deltakerne må følge med på sin egen helsetilstand i etterkant av inngrepet og ta kontakt med helsevesenet om det oppstår endringer som de oppfatter som unormalt. I vårt materiale kommer det frem at det er en viss grad av egenomsorgssvikt hos enkelte deltakere som burde kontaktet helsevesenet. Vi mener at kontakt med helsevesenet kunne gjort det lettere å utføre egenbehandling.

Studien til Berg et al. (2013, s. 1634) finner at pasientene følte seg tryggere hjemme når de hadde kontaktinformasjon til sykehuset tilgjengelig. Deltakerne i studien vår oppgir at de ikke hadde fått et telefonnummer de kunne ringe til sykehuset og ytret et ønske om dette, det ville gitt dem en form for trygghet når de kom hjem om det skulle oppstå noe. Det kan også tenkes at muligheten til å kontakte en avdeling som er kjent med både det dagkirurgiske inngrepet og plager i etterkant, kan senke terskelen for å ta kontakt.

9.3 Manglende kunnskap “ Det er ikke så godt å vite”

9.3.1 Forståelse og håndtering av smerte “ Man skal vel kjenne litt når man er operert”

Deltakerne hadde ulike måter å håndtere og forholde seg til smertene de opplevde postoperativt. Alle ble informert om luftsmertene som kunne oppstå på grunn av gassen som ble satt inn i magen under operasjonen og de var oppmerksom på dette. Luftsmertene er også beskrevet i informasjonsskrivet, der det blir forklart at gassen er ufarlig, men kan gi smerter i magen og skuldrene. Flere av deltakerne antok at smertene de kjente var luftsmerter og gav uttrykk for å være lite bekymret for dette. Samtidig synes de det var vanskelig å vurdere hva som var normalt og ikke, om det de kjente på var slik det skulle være. Hos tre av deltakerne hadde det lekket gallevæske ut i buken i forbindelse med operasjonen, og de var informert om at de kunne oppleve sterke smerter i etterkant på grunn av dette. Selv om det ikke er unaturlig å kjenne smerter i etterkant av en operasjon, kan det tenkes at en bagatellisering av smertene kan føre til at symptomene ikke blir tatt tilstrekkelig på alvor av pasienten. Deltakeren i studien vår med sterke smerter er et eksempel på dette. Hun beskrev smertene sine som knivstikking, og skreik når det stod på som verst til tross for å ha tatt smertestillende regelmessig. Hun tenkte likevel at dette var normalt og ufarlig, og lot være å ta kontakt med helsevesenet. Ut i fra vårt materiale ser vi at det kan være vanskelig for pasienten å vurdere hva som er normalt eller unormalt og krever videre tiltak, og at dette bør være opp til helsepersonell å vurdere.

I informasjonsskrivet fra sykehuset står det at pasientene kan ta smertestillende etter behov. Noen deltakere oppga å være informert av sykepleier på post om at det kunne være lurt å forebygge smertene med smertestillende og være i forkant. Dette blir støttet av studien til Ræder & Nordentoft (2010, s. 745) der det blir anbefalt at pasienten tar smertestillende forebyggende, som for eksempel paracet i kombinasjon med NSAID eller sterkere medikament. Likevel opplever vi i vår studie at deltakerne velger å administrere smertestillende svært ulikt. Noen deltakere tok kun smertestillende når de kjente at de ikke

orket smertene lenger, eller kanskje før de skulle legge seg. Andre deltakere tok smertestillende etter klokken, stort sett hver sjetten time, helt til de kjente at smertene begynte å avta. De fleste tok paracet, men flere av deltakerne valgte å ikke ta sterkere preparat, som tramadol. Enkelte unngikk dette i det lengste og lot være å hente det ut på apoteket, dette til tross for at de hadde hatt behov for det ut i fra smertene de beskrev. De forklarte dette med at de ikke likte å ta medisin. I studien til Barthelsson et al. (2003, s. 256) hadde noen av deltakerne tatt Ketobemidon mot sterke smerter og hatt god smertelindring av det.

Med vår bakgrunn som sykepleiere har vi erfaring med at smerter kan oppleves og håndteres ulikt fra person til person. Det trengs erfaring og tilrettelegging for individuelle forskjeller når det gjelder administrering av smertestillende. Å la ansvaret for medisinerings bli overlatt til pasientene kan føre til at mange ikke blir tilfredsstillende smertelindret, som videre kan påvirke tilhelingsprosessen og evnen til å utføre egenbehandling. Ifølge Orem et al. (2001, s. 257) er det å ivareta egenomsorg noe som krever en rekke ulike kunnskaper om seg selv. Etter dagkirurgiske inngrep blir det forventet at pasientene klarer å ta egne vurderinger av helsetilstand og vurdering av hva som er akseptable smerter eller hva som krever hjelp fra helsevesenet.

I vårt materiale kommer det frem at flere av pasientene gjør vurderinger som strider i mot både muntlig og skriftlig informasjon, som vi tenker ikke er hensiktsmessig. Gjennom Orem's støttende/undervisende system kan pasienten få hjelp til å dekke sine egenomsorgsbehov og øke sin egenomsorgskapasitet. Sykepleierens rolle blir å øke kunnskapsnivået hos pasienten slik at han er i stand til å ta valg og avgjørelser selv (Orem et al., 2001, s. 354). Vi ser et behov for sykepleie i denne fasen som kan gi råd og veiledning til disse pasientene.

9.3.2 Sårbehandling “ Det var ikke så lett å vite hva man skulle gjøre”

Deltakerne utførte egenbehandling i forhold til sårstell så godt de kunne med den kunnskapen de hadde. Ikke alle deltakerne ønsket å skiftet bandasjer selv. Enkelte visste ikke om de taklet synet som kunne møte dem når de tok av bandasjen, mens andre syntes det var mer praktisk om en annen person skiftet.

I informasjonsskrivet fra sykehuset står det kort om dusjing og bandasje, det var knyttet stor usikkerhet til hva som var riktig å gjøre rundt dette. Deltakerne ønsket mer konkret og detaljert informasjon, blant annet om sårene skulle renses, om stripsene skulle skiftes, bandasjeskift og dusjing. Stripsene var det spesielt mange spørsmål rundt. Deltakerne var ikke klar over at stripsene satt på, de var usikre på om de skulle tas av når bandasjene skulle skiftes og hvilken funksjon de hadde. Enkelte valgte å ta de bort, mens noen lot de sitte på. Realistisk og presis informasjon om hvordan pasientene skal håndtere sårbehandling blir trukket frem i studien til Berg et al. (2013, s. 1633), som fant at deltakerne opplevde sårbehandling og hygiene i forbindelse med dette som vanskelig. Vi mener at informasjonen som er gitt til pasientene muligens kan være tilstrekkelig for en person som allerede har noen bakgrunnskunnskaper, men for personer som ikke har erfaring med sårbehandling fra før kan behovet for detaljert informasjon være større. Et operasjonssår krever også en annen tilnærming og behandling enn eksempelvis et skrubbsår, som de fleste mennesker har opplevd å få.

Deltakerne opplevde det som vanskelig å vurdere om sårtilhelingen gikk som den skulle, hva som var normalt eller ikke. De fleste hadde lest i informasjonsskrivet at man skulle ta kontakt om sårene ble røde og hovne, om de opplevde feber eller om bandasjen var gjennomblødd flere ganger daglig. Hva som var normalt ved sårtilhelingen var også et gjentakende spørsmål hos deltakerne i studien til Barthelsson et al. (2003, s. 256). Ved å øke kunnskapsnivået til pasientene om sårbehandling, kan usikkerheten reduseres og føre til at egenbehandlingen kan utføres med en større trygghet. Videre kan det også føre til at pasientene blir mer oppmerksomme og lettere kan fange opp om sårtilhelingen ikke går som den skal. Dette er i tråd med Orems teori, der mangel på kunnskap kan føre til at pasienten ikke yter nødvendig egenomsorg (Orem et al., 2001, s. 279). Gjennom veiledning og undervisning kan man sørge for at pasienten er i bedre stand til å utføre egenbehandlingen (Orem et al., 2001, s. 354).

9.3.3 Forståelse av inngrepet “ Det er vel ingen stor operasjon, jeg tror ikke det er noen big deal”

Deltakerne hadde fått informasjon om inngrepet av lege før operasjonsdagen. Enkelte deltakere hadde søkt videre på internett og undersøkt hva inngrepet gikk ut på, mens andre ville vite minst mulig og forholdt seg kun til informasjonsskrivet. Utsagnene til enkelte deltakere gir et inntrykk av de tar lett på det å gjennomføre operasjonen, både fordi det er et dagkirurgisk inngrep og fordi det blir hyppig utført. En deltaker fortalte at han hadde hørt “fra noen som hadde greie på det” at inngrepet var en forholdsvis enkel affære. En annen deltaker mente det ikke kunne være de største inngrepene som ble gjort dagkirurgisk. Deltakerne stoler naturligvis på kirurgen, men tenker muligens ikke over at alle kirurgiske inngrep innebærer en viss risiko. Denne tankegangen kan gjenspeile seg i hvordan de forholder seg til symptomer og plager i etterkant, man kan overse eller ikke tenke over at det man opplever er unormalt. Et eksempel på dette er en av våre deltakere som opplevde å bli dårlig 8 postoperative dag. Dette var deltakeren som opplevde minst ubehag av alle, men en forverring av helsetilstanden førte til innleggelse den 10 dagen postoperativt. Deltakeren gikk i to dager før han tok kontakt med helsevesenet. I studien til Mottram (2011a, s. 171) kommer det frem at pasientene syntes det var betryggende at inngrepet ble hyppig gjennomført på et stort antall pasienter. Vi tenker at det er viktig at det blir tegnet et realistisk bilde for pasientene. Det bør understrekes at selv om det er et dagkirurgisk inngrep, innebærer det likevel risiko og det bør tydeliggjøres hvilke komplikasjoner som kan oppstå. I studien til Berg et al. (2013, s. 1633) kommer det frem at pasientene ønsket mer informasjon om hvordan operasjonen og anestesen ble gjennomført.

Noen av våre deltakere forsøkte å returnere til sine vante daglige aktiviteter raskt etter operasjonen. En deltaker arrangerte bursdag for ett av sine barn 2 postoperative dag, og var utslitt i etterkant. En annen deltaker var innom kjøpesenteret på vei hjem fra sykehuset og reiste bort på helgetur ett par dager senere. Ræder & Nordentoft (2010, s. 744) skriver i sin artikkel om dagkirurgi at pasienten ikke skal utføre krevende oppgaver samme dag som operasjon. Det kan være vanskelig å definere hva som er en krevende oppgave, samtidig vil

hva som oppleves som krevende for den enkelte pasient være individuelt. Med kunnskap og forståelse om hva det innebærer å være nyoperert kan pasienten bedre vurdere dette.

Å være nyoperert er en opplevelse flere av våre deltakere ikke er kjent med, som innebærer at de må forholde seg til nye terapeutiske egenomsorgskrav. Det oppstår derfor et gap i kunnskapen i forhold til tidligere egenomsorgsbehov og terapeutiske egenomsorgskrav som nyoperert. I studien til Berg et al. (2013, s. 1634) kommer det frem at deltakerne utførte egenomsorgshandlinger gjennom å lytte til kroppens signaler og bruke sunn fornuft. Samtidig opplevdes informasjon og anbefalinger utover dette fra helsevesenet som støttende. Ved å ta i bruk Orems støttende/undervisende system kan gapet i kunnskap om inngrepet bli mindre og pasienten kan lettere ta vurderinger av egen helsetilstand som nyoperert.

9.4 Metodediskusjon

Samarbeidet med medstudent i denne studien vil vi trekke frem som positivt. Rollen som forsker er ny for oss begge og vi har kunnet støtte oss på hverandre gjennom hele prosjektet.

Vår rolle som operasjonssykepleiere var en viktig del av motivasjon vår til å forske på temaet, vi ønsket å få en bedre forståelse for hvordan pasienter opplevde å komme hjem etter det dagkirurgiske inngrepet. Vår forforståelse er bunnet i at vi er operasjonssykepleiere, i tillegg til sykepleiere med mange års erfaring. Forskeren som person vil påvirke forskningsprosessen og resultatet av den, dette gjelder for all forskning, men er særlig viktig i kvalitativ forskning (Malterud, 2017, s. 41). Gjennom prosessen med å skrive masteroppgaven har vi vært bevisst på vår forforståelse og etter beste evne satt den til side for å få et gyldig og pålitelig materiale, men gitt vår erfaring som sykepleiere vil vi ha en tendens til å se vårt materiale med sykepleier øyne.

Vi skal som forskere sikre validiteten gjennom alle ledd i studien vår, å validere innebærer å stille spørsmål ved kunnskapens gyldighet. Relevans gjennom alle ledd i studien er viktig med tanke på gyldighet (Malterud, 2017, s. 192). Vi må sikre intern validitet gjennom å bruke

relevante begreper og kartleggingsmetoder for å undersøke det aktuelle fenomenet. Vi må samtidig også sikre ekstern validitet ved å vurdere overførbarheten av våre funn (Malterud, 2017, s. 23 - 24). Generalisering av våre funn i studien er ikke et realistisk mål. Begrepet overførbarhet er derfor mer hensiktsmessig å bruke, der vi vurderer hvilken overførbarhet våre funn har utover den sammenhengen studien er gjennomført (Malterud, 2017, s. 66). I kvalitative studier er overførbarheten i funnene ofte knyttet til utvalget (Malterud, 2017, s. 24). Vi kan ikke si at våre funn er gjeldende for alle dagkirurgisk pasienter, men det gir et innblikk i opplevelser hos pasientgruppen vi har undersøkt, samtidig som det kan skape nye spørsmål som trenger videre forskning.

Pålitelighet refererer til nøyaktighet og konsistens i informasjonen som er samlet inn i en studie (Polit & Beck, 2017, s. 160). Vi tilstrebet å gjennomføre intervjuene i rolige omgivelser uten forstyrrelser. Hos to deltakere ble intervjuet gjennomført med pårørende i nærheten, til tross for at deltakerne ble spurt på forhånd om intervjuet kunne gjennomføres alene. Dette kan påvirke i hvor stor grad deltakeren er villig til å dele detaljer i sin opplevelse, og det kan føre til at relevant informasjon blir holdt tilbake. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og var av relativt god kvalitet. Intervjuene ble transkribert ordrett av og materialet ble gjennomgått av begge ved å høre på lydfilene med utskrift av transkripsjonen foran oss for å fange opp eventuelle misforståelser.

I intervjuprosessen byttet vi på å være intervjuer og observatør. Vi var bevisste på vår intervjueteknikk og forsøkte å unngå å stille ledende spørsmål, som forskere ønsket vi å holde oss i bakgrunnen. Dersom forskerens person er altfor tydelig til stede i materialet, blir kunnskapens gyldighet og pålitelighet begrenset (Malterud, 2017, s. 42). I etterkant av hvert intervju gikk vi gjennom materialet sammen og reflekterte over hvordan vi kunne forbedre vår intervjueteknikk til neste intervju.

Intervjuguiden som ble brukt var nyttig for oss for å få nødvendig informasjon. Siden rollen som intervjuer var ny for oss, kunne det spesielt i starten være utfordrende å rive seg løs fra intervjuguiden. Dette kan ha påvirket datamaterialet vi har samlet inn, men vi opplevde likevel at intervjueteknikken vår forbedret seg for hvert intervju.

Vi opplevde at det var enkelte begrep i intervjuguiden som var vanskelig for deltakerne å forstå og som krevde definering fra vår side. Begrepet egenbehandling var vanskelig å forstå for alle deltakerne, vi måtte derfor forklare hva dette betydde.

Malteruds tekstkondensering ble benyttet i analyseprosessen. Vi har vært opptatt av å gjennomføre denne med nøyaktighet og etter de krav som stilles. Dette er første gang vi utfører en kvalitativ studie og vi har derfor begrenset med erfaring. Vi har støttet oss på veileder og aktivt brukt relevant litteratur gjennom analysen, men det kan tenkes at lite erfaring kan ha påvirket analysene og funnene som er gjort i studien.

Dorothea Orems teori om egenomsorgssvikt er brukt som teoretiske forankring i oppgaven, og etter ferdigstilling av analysen diskuterte vi våres funn opp mot hennes teori. Vi mener Orems teori får frem hva som er grunnleggende nødvendig for at deltakerne våre skal kunne utføre egenbehandling for seg selv hjemme og hvordan man kan oppnå dette. Orems teori er omfattende og inneholder mye begreper. Vi har brukt mye tid på å sette oss inn dette for forstå sammenhengen, og har inkludert teorien vi mener er relevant og viktig for masteroppgaven.

10.0 Konklusjon

Resultatene i denne studien gir oss et unikt innblikk i opplevelsen og erfaringen deltakerne har med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi. Deltakerne opplever smerter, medtattethet og kvalme i etterkant av operasjon. De opplever det som utfordrende å gjøre vurderinger knyttet til blant annet smerter og sårbehandling, og synes det er vanskelig å vite hva som er normalt eller ikke i den postoperative fasen. De gjør vurderinger etter beste evne, men uten å ha den nødvendige kunnskapen. Deltakerne var i stor grad avhengig av hjelp og støtte fra familie den første tiden etter hjemkomst, da de erfarte at det var vanskelig å ta vare på seg selv og utføre daglige gjøremål.

Vårt materiale viser at informasjonen fra sykehuset er mangelfull og deltakerne hadde et ønske om mer konkret og presis informasjon. De hadde lite kontakt med helsevesenet, og basert på deres erfaringer hadde de hatt et behov for tettere oppfølging i ettertid for å kunne utføre egenbehandling på en mer hensiktsmessig måte. Tidligere forskning viser at mer kontakt med helsevesenet og å bli oppringt av sykehuset i etterkant av operasjon er ønskelig og kan oppleves som en trygghet.

Orems teori om egenomsorgssvikt belyser hvilke omsorgsbehov disse pasientene har og ved bruk av hennes støttende/undervisende system mener vi kan føre til at dagkirurgiske pasienter lettere kan utføre sin egenbehandling.

11.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Sykehuset kan med fordel utvikle et informasjonsskriv med mer relevant og konkret informasjon til disse pasientene og inkludere informasjon som angår sårstell, bandasjer, smertelindring og eventuelle postoperative komplikasjoner som kan oppstå. Vårt materiale viser at behovet for å konferere med noen i ettertid er stort, for å trygge pasienten i avgjørelser de står overfor slik at de kan utføre egenbehandling best mulig. Vi mener at det kunne vært positivt med en oppfølgingssamtale på telefon første postoperative dag for å gi pasienten denne tryggheten og for å fange opp postoperative plager eller eventuelle komplikasjoner som i verste fall kan være til skade for pasienten. Videre kan det være interessant å utføre forskning som strekker seg over en lengre tidsperiode i etterkant av LC, med tanke på plager, komplikasjoner og rehabiliteringstid.

12.0 Litteraturliste

- Afdhal, N.H. & Vollmer C.M. (2020). Complications of laparoscopic cholecystectomy. *UpToDate*. Hentet 22. mai 2020 fra https://www.uptodate.com/contents/complications-of-laparoscopic-cholecystectomy?search=laparoscopic%20cholecystectomy&source=search_result&selectedTitle=2~74&usage_type=default&display_rank=2#H2
- Anestesisykepleierne NSF. (2016). Norsk standard for anestesi. Hentet fra <https://www.alnsf.no/anestesisykepleierne/norsk-standard-for-anestesi>
- Barthelsson, C., Lützén, K., Anderberg, B., Nordström, G. & Barthelsson, C. (2003). Patients' experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery. *Journal of clinical nursing*, 12(2), 253-259. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1046/j.1365-2702.2003.00699.x>
- Bendtsen, F. & Ainsworth A. P. (2016). Lever- og galdevejsydomme | T.V. Schroeder, S. Schulze, J. Hilsted & L. Gøtzsche (Red.), *Basisbog i medicin og kirurgi* (6. utg., s. 175 - 197). København: Munksgaard.
- 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. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.002>
- Brix, L. D., Bjørnholdt, K. T., Thillemann, T. M. & Nikolajsen, L. (2017). Pain-related unscheduled contact with healthcare services after outpatient surgery. *Anaesthesia*, 72(7), 870-878. <https://doi.org/10.1111/anae.13876>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2009, 6. april). Retningslinjer for inklusjon av voksne personer med manglende eller redusert samtykkekompetanse i helsefaglig forskning: Bakgrunn. Hentet fra

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Redusert-samtykkekompetanse/Bakgrunn/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, 15. januar). 7. Registrering og lagring av lyd- og billeddata. Hentet fra

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/7-Registrering-og-lagring-av-lyd--og-billedata/>

Drake, R. L., Vogl, W. & Mitchell, A. W. M. (2015). *Gray's anatomy for students* (3 utg.). Philadelphia: Elsevier.

Dåvøy, G. M., Martinsen, K. M. & Eide, P. E. (2017). En dans på torneroser: Pasienters opplevelser av ivaretagelse i et dagkirurgisk forløp – en kvalitativ undersøkelse.

Nordisk sygeplejeforskning, 7(4), 315-326.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-05>

Dåvøy, G. M. (2018). Operasjonssykepleierens pedagogiske funksjon | G. M. Dåvøy, P. H. Eide & I. Hansen (Red.), *Operasjonssykepleie* (2. utg., s. 34 - 43). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Erfaring. (2020). I *Store Norske Leksikon*. Hentet 09. mars 2020 fra <https://snl.no/erfaring>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistor: Sjekklistor for å lære og øve på kritisk vurdering. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>.

Helsedirektoratet. (2018). Utvikling og variasjon i kirurgisk behandling 2013 - 2017. Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/analyser-notater-samdata-spesialisthelsetjenesten/2018-11%20Utvikling%20i%20kirurgisk%20aktivitet.pdf/_attachment/inline/82f9e898-a9fc-484e-ac0e-68e6f0eedcb0:81e06aaf388da9e996ef0f0fb0e8b8531e2e1864/2018-11%20Utvikling%20i%20kirurgisk%20aktivitet.pdf

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Høgskulen på Vestlandet. (2019, 20. oktober). Pasientopplevelser og pasientsikkerhet ved akutt og/eller kritisk sykdom (POPS). Hentet fra <https://www.hvl.no/forsking/gruppe/pops/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mitchell, M. (2014). Home recovery following day surgery: A patient perspective. *Journal of clinical nursing*, 24(3 – 4), 415 – 427. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.12615>
- Mottram, A. (2011a). «Like a trip to McDonalds»: A grounded theory of patient experiences of day surgery. *International journal of nursing*. 48(2), 165 – 174. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.007>
- Mottram, A. (2011b). «They are marvellous with you whilst you are in but the aftercare is rubbish»: a grounded theory study of patients' and their carers' experiences after discharge following day surgery. *Journal of clinical nursing*. 20(21-22), 3143 –3151. <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2702.2011.03763.x>
- Neil, J. A. (2019). Surgery of the Biliary Tract, Pancreas, Liver and Spleen | J. C. Rothrock & D. R. McEwen (Red.), *Alexander's care of the patient in surgery* (16. utg., s. 342 - 375). St. Louis, Mo: Elsevier.

Odom – Forren, J., Reed, D. B. & Rush, C. (2018). Postoperative symptom distress of laparoscopic cholecystectomy ambulatory surgery patients. *Journal of PeriAnesthesia nursing*. 33(6), 801 – 813.

<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1016/j.jopan.2017.12.002>

Opplevelse. (2016). I *Store Norske Leksikon*. Hentet 09. mars 2020 fra

<https://snl.no/opplevelse>

Orem, D. E., Taylor, S. G. & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6. utg.). St. Louis, MO: Mosby.

Pasient - og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient - og brukerrettigheter

(LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10. utg.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (u.å.). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Hentet 24. mai 2020 fra <https://rekportalen.no>

Ræder, J. & Nordentoft, J. (2010). Dagkirurgi og anestesi. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 2010(130), 742 - 746. Hentet fra

<https://tidsskriftet.no/2010/04/oversiktsartikkel/dagkirurgi-og-anestesi>

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2015). *Sygeplejeteoretikere: Bidrag og betydning for moderne sygepleje*. København: Munksgaard.

World Health Organization. (2013). *Self care for health: a handbook for community health workers & volunteers*. Hentet fra

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Medical Association. (2018, 9. juli). WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. Hentet fra

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zakko, S.F & Afdhal, N. (2018). Approach to the management of gallstones. *UpToDate*.

Hentet 22. mai 2020 fra

https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones?search=laparoscopic%20cholecystectomy%20diarrhea&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3347959734

13.0 Vedlegg

Vedlegg 1. Informasjonsskriv angående studien



Høgskulen
på Vestlandet

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 ca.3-5 dagen etter dagkirurgisk behandling vil bli kontaktet og intervjuet av en eller to masterstudenter fra 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 mestrings, 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.

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 gjenkjennerende 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 31.12.2024

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, og har saksnummer 2019/31134/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
- Vårt personvernombud: kontaktperson; Heidi Skramstad
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Vedlegg 2. 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 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

Vedlegg 3. Intervjuguide

Dagkirurgi og hjemmesituasjon

Prosjekt dagkirurgi; INTERVJUGUIDE

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

Tema 1: Kan du beskrive hvordan du 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

Tema 3: Fortell om ditt behov for hjelp og støtte

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

Tema 4: Kan du beskrive hvilken egenbehandling du har blitt anbefalt å utføre, og hvordan du utførere denne

- Administrasjon av smertestillende
- Øvelser/fysioterapi
- Observasjoner av egen helsetilstand
- Sår/bandasje

Vedlegg 4. Godkjenning REK



Region: REK vest Saksbehandler: Ingvild Haaland Telefon: Vår dato: 17.02.2020 Vår referanse: 31134
Deres referanse:

venke agnes johansen

31134 Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet

Søker: venke agnes johansen

Søkers beskrivelse av formål:

Prosjektet har som mål å utvikle forståelse for ulike pasientgruppers opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgisk behandling.

Prosjektets er en deskriptivt- tverrsnitt studie med kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder. Utvalget består av dagkirurgiske pasientgrupper fra alle kirurgisk disipliner.

Mål

Få innsikt i:

- generelle og spesielle problemer ved det å være dagkirurgisk pasient
- egenbehandling forståelse og utføres
- behov for hjelp og identifisere hjelpere
- postoperative komplikasjoner, forståelse og håndtering

For å gi en breddeforståelse for pasientenes situasjon benyttes det spørreskjema som måler posttraumatiske stress reaksjoner, mestringsforventning, sosial støtte, livskvalitet og usikkerhet.

Det registreres bakgrunnsvariabler som type kirurgi, ventetid før inngrep, alder, kjønn, boforhold, utdanning, arbeid, avstand til behandlingssted, tidligere dagkirurgi og andre alvorlige livshendelser (jf. Skjema.)

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no

REKs vurdering

NB! På grunn av tekniske problemer med portalen sendes dette vedtaket nå ut på ny gjennom portalen. Vedtaket vil imidlertid gjelde fra 16.12.2019 (da det først ble sendt ut).

Vi viser til mottatt tilbakemelding datert 07.11.2019 for ovennevnte prosjekt. Tilbakemeldingen ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 27.11.2019. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Vurdering

Søknaden ble først behandlet i møtet 11.09.2019.

Komiteen bemerket at prosjektleder ikke har PhD, og må byttes til en som har PhD-grad, for eksempel prosjektmedarbeider Venke A. Johansen. Videre ønsket komiteen en gjennomgang av protokollen og designet av den kvantitative delen med en forbedret redegjørelse av forskningsspørsmål og hypotese. Det ble bemerket at det ikke spørres om deltakerens situasjon før inngrepet, og at slik informasjon kunne ha bidratt til å forstå årsaker til uro etter inngrepet. Komiteen så det som at flere av spørsmålene i spørreskjema var veldig nærgående og ønsker tilbakemelding på om alle spørsmål er relevante og nødvendige for formålet med prosjektet. Komiteen bemerket også at pasienter bør rekrutteres via brev, ikke via telefon. Videre ble det spurt om utvidet beskrivelse av beredskapsplan, også i informasjonsskrivet, med kontaktinformasjon til beredskapsteamet (sykepleier og psykolog). Informasjonsskrivet måtte også beskrive bedre hvilken informasjon som samles inn.

Komiteen ba om tilbakemelding på følgende:

- Informasjon om hvem som skal være ny prosjektleder.
- REK vest ønsker en revidert protokoll med en forbedret redegjørelse av forskningsspørsmål og hypotese. Hvordan henger den kvantitative delen sammen med den kvalitative, og hvordan kan data som innhentes besvare forskningsspørsmålene?
- Hvordan skal de undersøkte variablene i den kvantitative delen knyttes til den tilstand de er operert for? Bør ikke pasientgruppen være mer homogen?
- Komiteen finner ikke at det spørres om deltakerens situasjon før inngrepet. Slik informasjon kunne ha bidratt til å forstå årsaker til uro etter inngrepet. Hvorfor har prosjektet valgt å inkludere en så heterogen deltakergruppe?
- Komiteen finner at flere av spørsmålene i spørreskjemaene er veldig nærgående og ønsker tilbakemelding om alle spørsmål er relevante for formålet med prosjektet?
- Informasjonsskrivet må revideres etter ovennevnte merknader.

Svar fra prosjektleder i tilbakemelding mottatt 07.11.2019:

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no

Ang. prosjektleder skriver prosjektleder:

«Dagkirurgi prosjektet har pr. 30.10.19 to ledere. Førsteamanuensis Venke A. Johansen og Førstelektor Petrin Eide vil fungere som daglig leder for prosjektet. Førsteamanuensis Venke A. Johansen er hovedansvarlig for forskning og etikk.»

Komiteen bemerker at prosjektleder må være en person som har PhD-kompetanse eller tilsvarende. Venke A. Johansen settes som prosjektleder.

Ang. revidert protokoll:

Begrunnelse for den kvantitative delen, redegjørelse for forskningsspørsmål, og hvordan dette henger sammen med den kvalitative delen er beskrevet i revidert prosjektplan. Det fremheves at spørreskjema som benyttes er validerte og standardiserte og benyttes for å kunne sammenligne funn med andre studier.

Komiteen bemerker at man savner refleksjon rundt hvordan man skal håndtere inklusjon av ulike typer pasientkategorier, da det kan forventes at de ulike pasientgruppene vil kunne reagere forskjellig på spørreskjema.

Ang. prosedyre for rekruttering av informanter:

Prosjektleder skriver: «Prosjektet har erfaring med å rekruttere informanter fra ulike sykehus i Helse Vest. Vår erfaring er at innkalling av pasienter til behandling gjøres på ulike måter på de ulike sykehusene. Noen sykehus opererer pasienter med samme lidelse i bolker, og alle etterfyller operasjonslistene hvis det er ledig kapasitet. Det blir derfor vanskelig kun å benytte rekruttering pr. post som rekrutteringsmetode. Fordi innkalling skjer pr. telefon ved ledig kapasitet. Taushetsplikten til helseforetaket må opprettholdes og det er kun ansatte i helseforetaket som kan ta den første kontakten med potensielle informanter.»

Komiteen setter som vilkår at deltakerne ikke skal rekrutteres per telefon. Rekrutteringen må foregå skriftlig eller når de kommer til sykehuset.

Angående beredskap:

Det oppgis at «Alle med-forskerne (masterstudentene) er spesialsykepleiere i enten anestesi, intensiv eller operasjonssykepleie og har minimum 2 års erfaring fra klinisk sykepleie. Med-forskerne skal primært sett ha et forskerperspektiv i en intervju situasjon, men i en situasjon hvor de intervjuer en nyoperert pasient, har de også ha et faglig perspektiv. De har følgelig god kompetanse i kommunikasjon og vurdering av pasientsituasjonen, totalt sett. De har førstehåndskunnskap i å observere og vurdere kirurgiske tilstander. De har også en handlingsberedskap og en etisk plikt til å gripe inn ved behov.»

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no

Det oppgis videre at man vil følge retningslinjene ved behandlingsstedet når det gjelder beredskap.

Ang. revidering av informasjonsskriv oppgis det at:

- «Informasjonsskrivet er revidert med tanke på navn på personvernombud.
- Det er og tydeliggjort hvilken informasjon som skal samles inn.
- Når det gjelder beredskap ønsker prosjektet å følge retningslinjene til behandlingsstedet. Men det presiseres at masterstudentene er spesialsykepleiere og at prosjektleder vil ta kontakt hvis en skårer høyt på spørreskjema.»

Komiteen anser beredskapen som tilfredsstillende.

Vedtak

Godkjent med vilkår

REK vest godkjenner prosjektet med følgende vilkår:

Prosjektleder må byttes til person med PhD-kompetanse eller tilsvarende. Venke A. Johansen settes som prosjektleder (dette er avklart med nåværende prosjektleder).

Deltakerne kan ikke rekrutteres per telefon. Rekrutteringen må foregå skriftlig eller når de kommer til sykehuset.

REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 på betingelse av at nevnte vilkår tas til følge.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
Prof, dr.med.
Komiteleder

Ingvild Haaland
Rådgiver

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no

Sluttmelding

Søker skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest seks måneder etter godkjenningsperioden er utløpt, jf. hfl. § 12.

Søknad om å foreta vesentlige endringer

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i forhold til formål, metode, tidsløp eller organisering, skal søknad sendes til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som har gitt forhåndsgodkjenning. Søknaden skal beskrive hvilke endringer som ønskes foretatt og begrunnelsen for disse, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

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

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no

Vedlegg 5. Godkjenning NSD

21.1.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi

Referansenummer

298519

Registrert

07.11.2019 av Petrin Hege Eide - Petrin.Hege.Eide@hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Venke A Johansen, <venke.agnes.johansen@helse-bergen.no>, tlf. 91740435

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

15.11.2019 - 15.11.2023

Status

18.12.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

18.12.2019 - Vurdert

BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert og godkjent av REK etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK sin ref: 31134).

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 datert 18.12.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

VURDERING AV BEHOV FOR DPIA

Under intervjuene kan det fremkomme opplysninger om personer som ikke selv deltar i prosjektet (tredjepersoner). Tredjepersoner vil ikke motta informasjon om behandlingen. Vi vurderer likevel at det ikke er snakk om høy risiko for de registrertes friheter og rettigheter, og at det dermed ikke er nødvendig å gjøre en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) jf. personvernforordningen art. 35.

Vedlegg 6. Informasjonsskriv fra Voss Sykehus

Voss, 20.08.19

Innkalling til time ved Voss Kirurgisk dagbehandling

Mandag 02.09.19 klokka 09:30

Oppmøtestad: Voss sjukehus, 4. etasje, Kirurgisk 5-døgnspost

Vennligst møt **1-2 veker før timen** for **blodprøvetaking**. Prøvane kan tas hjå fastlege, laboratoriet på Voss sjukehus eller ved Prøvetakingsenheten i Bergen sentrum. Den ligg i Zander Kaaesgt.7 i like ved Jernbanestasjonen og Hotell Terminus med inngang frå gateplan i nordenden av bygget. Ein kan køyra til inngangen for av-/påstigning, og parkera i Bygarasjen. Ta med vedlagt blodprøverekvisisjon.

NB: Oppmøtetid er ikkje det same som operasjonstid.

DU MÅ MØTE FASTANDE TIL OPERASJON/UNDERSØKING

Det vil sei: Ikkje ete, drikke, røykje, bruke drops, tyggegummi, skråtobakk eller snus etter kl. 24:00 dagen før operasjon/undersøking, men du kan drikke klare væsker (vatn, saft, eplejuice) til kl. 05:30.

Dersom du bruker medisinar fast, tek du med ei oppdatert oversikt over desse når du kjem til timen.

Ta kontakt dersom du ikkje treng timen eller ikkje kan møte.

Logg inn på www.helsenorge.no for å sende ei melding. Dersom det er mindre enn to arbeidsdagar igjen til timen din, må du kontakte oss direkte på telefon 56 53 36 71

Har du vore utanfor Norden det siste året ?

Har du vore innlagd, fått helsehjelp eller tannbehandling på helseinstitusjon utanfor Norden, eller arbeidd i helsetenesta utanfor Norden det siste året? Då må du av smittevernomsyn ta prøvar hos fastlegen din for å sjekke om du er smitta av motstandsdyktige bakteriar (MRSA). Det gjeld òg dersom nokon i husstanden din tidlegare har fått påvist MRSA. Prøvesvaret bør vere klart før du møter til timen.

Transport til sjukehus

Dersom det mangler kollektivtilbud og du ikkje har høve til å bruke eigen bil, kan du ringe Pasientreiser på 915 05 515 for å få råd eller hjelp til transport. Dersom du av medisinske årsaker har behov for drosje, skal du ved første behandling kontakte den som har tilvist deg til sjukehuset. Treng du transport til oppfølgingstimar eller kontrollar, kan du ta kontakt direkte med sjukehuset. Meir informasjon finn du på www.helsenorge.no.

Betaling

Ved poliklinisk besøk må du betale eigendel etter den fastsette taksten. Barn under 16 år betaler ikkje eigendel. Ved psykiatrisk behandling gjeld dette barn og ungdom under 18 år. Takst for poliklinisk besøk er for tida 351 kroner. Utgifter til bandasjemateriell og bedøvelsesmiddel kan komme i tillegg. Dersom du ikkje møter opp og ikkje har varsla oss om det seinast 24 timer på førehand, må du betale eit gebyr. Gebyr

Postadresse
Postboks 1400
5021 BERGEN

Webadresse
www.helse-bergen.no

Besøksadresse
Sjukehusvegen 16
5704 Voss

Kontaktinformasjon
Tlf:

Side 1/7

Dokumentet er godkjent av: Fischer, Nina

for ikkje å møte opp er for tida 702 kroner for somatisk helsetjeneste og 350 kroner for konsultasjonar innan psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
Utgifter til bandasjemateriell, bedøvelsesmiddel og gebyr for å ikkje møte må betalast sjølv om du har frikort eller av andre årsaker er friteken eigendel. Du finn meir informasjon på www.helsenorge.no.

Dersom helsetilstanden blir vesentleg verre, må du kontakte fastlegen eller den som har tilvist deg til time på sjukehuset. Fastlegen kan òg gi deg råd og oppfølging i ventetida.

Parkering

Det er avgiftsparkering på sjukehusområdet, med høve til døgnparkering.
Det kan vera vanskeleg å finna parkeringsplass. Det kan difor vera lurt å berekna tid til dette.

Velkommen til oss!

Vennleg helsing
Voss Kirurgisk avdeling

Send melding og få oversikt via helsenorge.no

Logg deg inn og sjå statusen på tilvisinga di og oversikt over timane dine. Her kan du òg sende melding dersom du har spørsmål eller vil endre tidspunkt for time, og du kan få digital tilgang til dine journaldokumenter.

Viktig informasjon

- *Les nøye vedlagt skriv om blodtynnande medisin.
- *Operasjonsdagen møter du nydusja. Ikkje bruk bodylotion eller hudkrem.
- *Navlen må reingjerast. Bruk Q-tips.
- *Ved operasjon i hand eller fot må negler klyppast og reingjerast.
- *Unngå å fjerne hår i operasjonsområdet siste veka før operasjon. Eventuell hårvekst i operasjonsområdet skal fjernast på sjukehuset.
- *Ikkje ta med smykker og store pengesummar.
- *Piercing, neglelakk/kunstige negler og sminke må takast bort før innlegging.
- *Du reiser heim same dag som behandlinga har funne stad. Tidspunkt for avreise kan variere. Fredag stenger oppvåkingsavdelinga kl. 18:00.
- *Treng du krykker etter operasjonen, kan du ta med dei du eventuelt har heime, eller kjøpe nye på sjukehuset.

Transport

Du kan reise heim i privat bil, med buss, tog eller drosje. Vi gjer merksam på at medikamenter du får i samband med inngrepet gjer at du ikkje kan køyre bil sjølv det fyrste døgnet.

Postadresse
Postboks 1400
5021 BERGEN

Webadresse
www.helse-bergen.no

Besøksadresse
Sjukehusvegen 16
5704 Voss

Kontaktinformasjon
Tlf:

Sida 2/7

TIL DEG SOM NYTTAR BLODTYNNANDE MEDISIN

Dei siste åra er det teke mange fleire blodtynnande medisinar i bruk. Nokon av desse påverkar blodet i liten grad medan andre gjer blodet svært tyntflytande. No skal du til ein operasjon og det er viktig at vi avtalar bruken av blodtynnande medisin korrekt for din tilstand. Det er to vurderingar som ligg til grunn: den fyrste er den medisinske årsaken til at du nyttar blodtynnande medisin og den andre er risikoen for blødning under operasjonen.

Av den grunn må vi planlegge den blodtynnande behandlinga i dagane før operasjonen. Dersom du alt har ein avtale med kirurgen din, så skal du fylgje den. Dersom ikkje skal du lese gjennom dette skrivet nøye og fylgje det som er omtalt for dei ulike typane medisin som du sjølv nyttar. Om du synest dette er vanskeleg, kontaktar du Inntakskontoret Voss sjukehus på telefonen.

MAREVAN eller WARFARIN

Ta kontakt med Inntakskontoret dersom du har hatt ein av fylgjande: mekanisk hjerteventil, har medfødd auka risiko for blodpropp, eller viss du siste tre månader har hatt hjerneslag, TIA/»drypp» eller blodpropp. Då må du ha eit spesialtilpassa opplegg med Fragmin før og under operasjon.

Alle andre skal slutte med Marevan/Warfarin 5 dagar før operasjonen. Mål INR hos fastlegen din dagen før operasjon og ta med svaret til sjukehuset. Blir du innlagt dagen før operasjon kan vi måle INR her på sjukehuset.

ALBYL E, ACETYLSALICYLSYRE eller ASASANTIN RETARD

Ta kontakt med Inntakskontoret viss du har hatt ein av fylgjande: hjerneslag, hjerteinfarkt, hjerteoperasjon, hjertesvikt, hjertestent (blokking) eller operasjon for tronge blodårer.

Alle andre skal slutte med medisinen 7 dagar før operasjonen.

PLAVIX, CLOPIDOGREL, EFIENT eller BRILIQUE

Du må kontakte Inntakskontoret for individuell avtale.

PRADAXA, XARELTO eller ELIQUIS

Ta kontakt med Inntakskontoret viss du siste tre månader har hatt blodpropp i lungene eller i beina. Dersom du nyttar Pradaxa og har kjent nedsett nyrefunksjon, må du også ta kontakt med Inntakskontoret.

Alle andre skal slutte med medisinen to døgn før operasjonen.

FRAGMIN eller KLEXANE

Ta kontakt med Inntakskontoret

Dersom du nyttar andre blodtynnande medisinar enn dei som er nemde over, ta kontakt med Inntakskontoret.

Ein kopi av dette brevet er send til den som har tilvist deg

Postadresse
Postboks 1400
5021 BERGEN

Webadresse
www.helse-bergen.no

Besøksadresse
Sjukehusvegen 16
5704 Voss

Kontaktinformasjon
Tlf:

CSA 2/7

**PASIENTINFORMASJON TIL DEG SOM SKAL FJERNE GALLEBLÆRA MED "KIKHOL-OPERASJON".
(laparoscopi)**

Enkel forklaring:

Operasjon med fjerning av galleblæra med "kikhol-kirurgi". Det vert laga 4 små innstikk på magen, eit av desse i navlen. Ein set inn gass (Co2) i magen. Gassen kan i 2-4 dagar gi litt smerter i magen og i skuldrane, dette på grunn av at gassen pressar på nerver i mellomgolvet. Smertene er ufarlege.

Bedøving.

Operasjonen vert gjort i narkose.

Etter operasjonen.

Etter inngrepet vert du liggjande til observasjon nokre timar. I løpet av dagen får du koma inn på rommet att.

Smerter.

Du får smertestillande etter inngrepet etter behov.

Blødning.

Det er som regel ingen blødning etter inngrepet.

Aktivitet/sjukemelding:

Kor lang sjukemelding du treng er avhengig av kva arbeid du har. Dette vert avtala med operatøren. Ellers kan du vera i vanleg aktivitet.

Dusj/bandasje.

Du kan dusja utan bandasje etter 2-3 dagar. Legg på tørr bandasje etterpå.

Sting:

Dersom du har synlege sting, skal dei fjernast etter 10-14 dagar. Bestill time hjå eigen lege.

Kost:

Du kan ete vanleg mat, men ver litt forsiktig med store feite måltid. (galleblæra er ikkje der for å porsjonere ut galle, som spaltar feittet, no går gallen rett frå lever til tarm.)

Ta kontakt med eigen lege dersom:

- q Såra vert raude og hovne
- q Feber over 38-38,5⁰C som ikkje normaliserer seg etter 2-3 dagar
- q Dersom bandasjen vert gjennomblødd fleire gonger dagleg

Nokre gode råd:

- q hold magen i orden ved å eta fiberrik kost og drikke rikeleg

MED VENLEG HELSING OG GOD BETRING FRÅ PERSONALET.

Tor Nedrebø

Avdelingsoverlege

Voss sjukehus, kirurgisk 5-døgnspost, oktober 2017.

Postadresse
Postboks 1400
5021 BERGEN

Webadresse
www.helse-bergen.no

Besøksadresse
Sjukehusvegen 16
5704 Voss

Kontaktinformasjon
Tlf:

Sida 4 / 7

Vedlegg 7. Godkjenning fra klinikken.

Ruth-Marie Reed Flatjord
ruth.marie.reed@gmail.com

Voss, 20.12. 2019

Anja Eldegard Stevnebø
anja.stevnebo@gmail.com

GODKJENNING TIL REKRUTTERING AV DELTAKARAR VED VOSS SJUKEHUS TIL GJENNOMFØRING AV MASTEROPPGAVE

«Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter
dagkirurgisk laparoskopisk cholecystectomi»

DATO: 20/12-2019

DATO: 20/12-19

NAVN:


Christor Kvalvane
Avdeling for
Innlevering
sjukehus

NAVN: Ruth-Marie
Flatjord.