



MASTEROPPGAVE

Tittel: Pasienters erfaringer med egenomsorg hjemme etter dagkirurgisk behandling med tensjonsfri vaginaltape, TVT

Title: Patients experiences of self-care at home after day surgery treatment with tension-free vaginal tape, TVT

Kandidatnummer: 450

Kandidatnummer: 424

Master i Klinisk Sykepleie – Operasjonssykepleie,

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

Veileder: Grethe Myklestul Dåvøy

08.06.2020

Antall ord: 16132

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

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært både givende og utfordrende. Til tross for mange 'advarsler' om arbeidsmengden, valgte vi likevel å begi oss ut på dette prosjektet. Samtidig skulle vi finne fotfeste i våre nye roller som operasjonssykepleiere. Særlig rekrutteringsprosessen har vært krevende da den var lite forutsigbar. Vi visste ikke om deltakerne ville takke ja til å delta, i tillegg var det utenfor vår kontroll hvor mange som ble operert innenfor rekrutteringsperioden. Vi ville ikke vært foruten denne erfaringen. Under intervjusituasjonene møtte vi forskjellige kvinner, som likevel skulle vise seg å ha mye til felles. Etter tre rikholdige intervjuer rammet Covid-19 pandemien oss. Operasjoner ble satt på vent og muligheten for oss til å gjøre flere intervjuer i den aktuelle perioden forsvant. Sammen med vår veileder og signaler fra regjeringen valgte vi derfor å ferdigstille masteroppgaven med den empirien vi hadde fått. Det viser seg at flere av våre funn bør kunne diskuteres opp mot dagens praksis. På den måten kan vi bidra til et bedre dagkirurgisk forløp for pasienter som opereres for sin urininkontinens med tensjonsfri vaginaltape, TVT.

Vi har lært mye, om oss selv, om faget og pasientene. Det har gitt oss et nytt perspektiv, som man ikke kan oppnå på samme måte i det korte møtet med pasientene på operasjonsstuen. Spesielt har det gitt oss innsyn i et tema som vi begge brenner for, kvinnehelse. Vi har gjort oss mange refleksjoner gjennom arbeidet, og har kommet frem til at urininkontinens er noe mange kvinner sliter med. Dette er fortsatt et tabubelagt tema som bør belyses, men målet med denne oppgaven er ikke å drøfte denne problemstillingen. Vi håper at vår forskning kan sette fokus på hva som er viktig for pasienter som blir operert for urininkontinens dagkirurgisk.

Listen over hvem vi skal takke er lang. Først og fremst må vi takke vår tålmodige veileder Grethe M. Dåvøy. Takk for motivasjon og gode samtaler det siste halvåret. Familiene våre må også takkes. Hvis ikke de hadde tatt vår del av pliktene i hjemmet og støttet oss i denne perioden, ville det vært vanskelig å komme i mål. Vi må også takke personalet ved operasjonsavdelingen hvor TVT pasientene våre ble rekruttert. De hadde en essensiell rolle i

rekrutteringen, og uten dem ville vi ikke hatt deltakere. Til slutt vil vi takke prosjektledelsen for at vi har fått muligheten til å bidra til deres viktige prosjekt om dagkirurgi. Samtidig må vi takke høyskolen for sin evne til å se oss som studenter og utvise skjønn, fleksibilitet og forståelse for vårt arbeid under Covid-19 pandemien. Deres velvillighet førte til at prosjektet kunne fullføres.

Innholdsfortegnelse

Forord	ii
1.0 Sammendrag	1
Abstract	3
2.0 Introduksjon	5
2.1 Bakgrunn for valg av tema	6
3.0 Prosjektets teoretiske forankring	10
3.1 Begrepsavklaring	10
3.1.1 Dagkirurgi	10
3.1.2 Urininkontinens	10
3.1.3 TVT - Tensjonsfri vaginaltape	11
3.1.4 Egenomsorg	11
3.1.5 ADL - Dagliglivets aktiviteter	11
3.2 Teoretisk forankring: Florence Nightingale - Notater om sykepleie	12
3.2.1 Nightingale som sykepleier	12
3.2.2 Nightingale om sykepleie	12
4.0 Tidligere forskning	16
4.1 TVT - Gode resultater	16
4.2 Dagkirurgiske pasienters opplevelser	17
5.0 Formål og problemstilling	20
5.1 Forskningsspørsmål	20
6.0 Metode	21
6.1 Valg av metodisk tilnærming	21
6.2 Utvalg	21
6.4 Datainnsamling	22
6.4.1 Rekruttering	22
6.4.2 Intervjusituasjonene	23
6.5 Validitet	24
6.6 Analyse	26
6.7 Styrker og svakheter ved valgt metode	28
6.7.1 Styrker	28
6.7.2 Svakheter	28
7.0 Etisk protokoll for prosjektet	30
8.0 Resultat	33

8.1 Informasjon	33
8.1.1 Innkallingen og forberedelser	33
8.1.2 «Jeg er dame, så jeg har tenkt på alt»	34
8.1.3 «Legen sa at jeg skulle få mye informasjon. Det syns jeg ikke at jeg fikk»	34
8.1.4 Diffuse forklaringer kan mistolkes	35
8.2 Tid på sykehuset og hjemreise	36
8.3 Rekonvalesens på eget ansvar	38
8.3.1 Å komme hjem kan sette forsiktighetsregler på prøve	38
8.3.2 De fysikalske øvelsene må vente	39
8.3.3 Postoperativt ubehag og medisiner	40
8.3.4 Den gjennomsluktige bandasjen	41
8.3.5 Livet uten stressinkontinens	41
8.3.6 Observasjoner av egen helsetilstand	41
9.0 Diskusjon	43
9.1 Ro til forberedelse	43
9.2 Google og andres erfaring - fordelaktig?	45
9.3 Utskrivelse og hjemreise i 'tåkeheimen'	47
9.4 Verdien av tilpasset informasjon	48
9.5 Rekonvalesens på eget ansvar - hva kommer de hjem til?	50
9.5.1 Fysioterapi	51
9.5.2 Sårstell	52
9.5.3 Medisiner	53
9.5.4 Hvordan kan sykepleier bidra til å forbedre opplevelsen av egenomsorg?	53
10.0 Diskusjon av metode	56
11.0 Konklusjon	57
12.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning	58
13.0 Litteraturliste	59
14.0 Vedlegg	63
14.1 Informasjonsskriv til deltakerne om prosjektet, vedlegg 1	63
14. 2 Samtykkeskjema, vedlegg 2	65
14. 3 Intervjuguide, vedlegg 3	66
14. 4 Informasjonsskriv deltakerne mottok fra sykehuset, vedlegg 4	67
14.5 Godkjenning fra REK, vedlegg 5	74
14. 6 Godkjenning fra NSD, vedlegg 6	78

1.0 Sammendrag

Bakgrunn: En økende andel elektive operasjoner utføres dagkirurgisk. Det er gjort utbredt kvantitativ forskning på effektiviteten av forskjellige dagkirurgiske prosedyrer. I de senere årene er det også utført en del kvalitativ forskning på pasienters opplevelse av dagkirurgi, og rekonvalesenstiden. Vi finner derimot lite forskning om kvinner med urininkontinens som blir behandlet med tensjonsfri vaginaltape, TVT og deres erfaring med egenomsorg etter dagkirurgi. Hva kan disse kvinnene gi oss av informasjon som kan bedre eller understreke betydningen av dagens praksis?

Hensikt: Hensikten med denne studien er å få et innblikk i hvordan dagkirurgiske TVT pasienter erfarer forberedelsene til kirurgi og egenomsorgen etter operasjon. Vi ønsker å belyse pasienters erfaringer for å kunne bidra til utvikling av det dagkirurgiske forløpet for TVT pasientene samt komme med forslag til hvordan pasienters tid hjemme kan forbedres. I dette prosjektet vil vi derfor besvare følgende problemstilling: «Hvilke erfaringer har de aktuelle pasienter til egenomsorg i forbindelse med dagkirurgisk operasjon for urininkontinens, TVT?».

Metode: Prosjektet er et kvalitativ forskningsstudie. Semistrukturert dybdeintervju benyttes som metode, der tre deltakere som har fått utført dagkirurgisk innleggelse av tensjonsfri vaginaltape, TVT, intervjuet. Systematisk tekstkondensering er benyttet for å analysere materialet.

Resultater: Resultatene våre viser at deltakerne opplever det som 'greit', 'effektivt' og trygt å opereres for TVT dagkirurgisk. Når alt gikk som det skulle opplevde deltakerne det dagkirurgiske forløpet, og sykepleien på sykehuset som god, betryggende og profesjonell. Deltakerne beskriver oppholdet på sykehuset som en fin opplevelse da de følte seg ivaretatt og behandlet med respekt av helsepersonell. Likevel fremkommer en del mangler i utførelsen av egenomsorg. Disse dreier seg i hovedsak om mangel på pre - og postoperativ informasjon. Vi ser et forbedringspotensial i form av tydeligere informasjon angående sårstell,

selvmedisinering, personlig hygiene etter kirurgi og utførelse av fysioterapi. Resultatene viser også at forskjeller i hverdagslivet er avgjørende for hvilke muligheter informantene har til preoperative forberedelser og postoperative gjøremål. Deltakerne som er småbarnsmødre viser seg å ha mindre mulighet til å sette av tid til seg selv, forberede seg mentalt og finne ro før og etter kirurgi.

Konklusjon: Våre funn kan bidra til å belyse hvilke utfordringer TVT pasienter møter når de skal utøve egenomsorg i hjemmet etter dagkirurgi. De hadde lite komplikasjoner, særlig i form av smerter og egenomsorgen de måtte utføre opplevdes som håndterbar. Det var likevel noen mangler som førte til at forberedelsene og tiden etter operasjonen ikke var optimal. Vi har valgt å belyse disse manglene. Informasjonen bør være konkret og personlig tilpasset, hvis ikke kan dette føre til manglende gjennomføring av tiltak i forbindelse med egenomsorg. Våre funn indikerer også at deltakerne kanskje ikke forstår viktigheten av fysioterapiøvelsene.

Abstract

Background: An increasing proportion of elective surgeries are conducted as outpatient surgeries. There has been extensive amount of quantitative research on the efficiency of the different outpatient procedures. In recent years the majority of studies investigate patients experiences with day surgery, and their recovery process convalescence time. However, we can only find a limited amount of research on women with urinary incontinence who are treated with tension-free vaginal tape, TVT, and their experience with self-care, after day surgery. Which information can these women give us to improve or emphasize the significance of current practice?

Purpose: The purpose of this paper is to gain insight into how outpatient TVT patients experience preparations before surgery and the self-care after the procedure. We aim to highlight the patients experience in order to contribute to the further development of the outpatient course of patients with TVT, as well as find suggestions as to how the patients time at home could be improved. The question we aim to answer in this assignment is "What experiences of self-care does patients have in relation to day surgery for urinary incontinence, TVT?"

Method: The assignment is a qualitative research study using semi structured in-depth interviews as the method. Interviews were conducted with three participants who had gone through day surgery insertion of tension-free vaginal tape, TVT. Systematic text condensation was used to analyze the data.

Results: Our results show that the participants experience day case surgery for TVT as 'fine', 'effective' and 'safe'. When the procedure went as it should, the participants reported the outpatient experience, and the nursing care as good, reassuring and professional. The participants described the stay in the hospital as a good experience as they felt well taken care of and treated with respect from health care professionals. Nevertheless, there was deficiencies in the practice of self-care. The deficiencies are mainly a lack of pre and post-operative information. We found that there is a potential for improvement in the information

given about wound care, self-medication, personal hygiene after surgery, and the execution of physiotherapy. The results also shows that differences in the daily life of the participants were determining factors for the opportunities the participants had for preoperative preparations and postoperative tasks. Participants caring for small children proved to have less opportunity to take time to prepare mentally and find calmness before and after surgery.

Conclusion: The findings in this study can contribute to highlight the challenges faced by TVT patients when practicing self-care at home after day surgery. They experienced few complications, particularly concerning pain, and the self-care they undertook at home was experienced as manageable. There was still some shortcomings that caused the preparations and time after surgery to be less than optimal. We have chosen to highlight these shortcomings. The information given to patients should be specific and customized to the specific patient. If the information is not, it could lead to a lack of compliance in actions concerning self-care. The findings also suggests that the participants might not understand the importance of the physiotherapeutic exercises.

2.0 Introduksjon

Som sykepleiere, og nå også operasjonssykepleiere har vi opparbeidet oss kunnskap og faglig skjønn basert på erfaringer i arbeidslivet og under utdanningen. Denne erfaringen vil prege vårt arbeid med prosjektet. Begge har en oppfatning av at dagens spesialsykepleiere arbeider under et høyt tidspres og har et forbedringspotensial i forhold til å kunne gi pasienten tilstrekkelig omsorg. Vi har inntrykk av at pasienter som opereres dagkirurgisk muligens ikke får tilstrekkelig sykepleie, for eksempel i forhold til informasjon. Dette ønsker vi å ha i tankene når pasientene blir intervjuet. Er det noe vi kan bli bedre på for at dagkirurgiske pasienter skal få det bedre i rekonvalesentperioden? Vi spør; hvordan kan operasjonssykepleieren bidra til forbedret postoperativ egenomsorg i hjemmet?

Operasjonssykepleiere utøver avansert klinisk fagutøvelse til pasienter i en potensiell eller aktuell livstruende situasjon. Som operasjonssykepleier må man kunne vurdere pasientenes situasjon, sikkerhet, behov for velvære og helhetlig sykepleie (Dåvøy & Eide, 2018, s. 28). Ved det "korte møtet" på operasjonsstuen etableres en så god kontakt som mulig med pasienten. Dette innebærer å ivareta pasienten og gi nødvendig informasjon. God operasjonssykepleie handler om å tilrettelegge omgivelsene slik at pasienter ikke utsettes for fare og ivareta dem ved pasientrettede tiltak. Operasjonssykepleierens arbeid består i å vurdere, observere og tolke pasienters behov for sykepleie preoperativt, peroperativt og postoperativt. Det dagkirurgiske forløpet er spesielt nettopp fordi pasienten ikke mottar sykepleie postoperativt, ved hjemkomst. Et kirurgisk inngrep er av ulik grad en belastning for pasientene (Dåvøy & Eide, 2018 s. 29-30). Bruk av ny kunnskap vil være vesentlig i møte med pasienter og pårørende. Pasienter vil sette krav til måten å bli møtt på og vår kompetanse. Samfunnet vil kontinuerlig ønske forbedret kvalitet fra oss som operasjonssykepleiere. Hvordan erfarer pasienter egenomsorgen de blir pålagt? Kan vi forstå hvilke grunnlag pasienter har for å kunne utføre egenomsorg? Hva bør eventuelt bli operasjonssykepleiers ansvar i en videreutvikling av dagkirurgien til TVT pasienter? Hvilke veiledning og informasjon har pasientene behov for etter TVT operasjon? Vi må vite hva pasienten reiser hjem til, og hvilket ansvar som pålegges dem, for å kunne bidra til forbedret opplevelse av egenomsorg. Med dette som utgangspunkt er det relevant å undersøke hvordan dagkirurgiske pasienter opplever tiden etter operasjon

I dette prosjektet brukes betegnelsene: deltakere, informanter og kvinner for å navngi utvalget for å få variert ordbruk i teksten.

2.1 Bakgrunn for valg av tema

Elektiv kirurgi har gjennomgått en endring på tvers av Europa, hvor målet er å gjøre sykehusinnleggelsen så kort som mulig (Toftgård, 2012). Dagkirurgi omfatter at pasienten møter til kirurgi på operasjonsdagen og utskrives samme dag, med betingelse at inngrepet ikke krever kvalifisert postoperativ observasjon etter utskrivelse til hjemmet. Dagkirurgi kan sees som et tiltak for å nå dette målet. 60% av elektiv kirurgi i Norge er dagkirurgisk. (Ræder & Nordentoft, 2010). Det fremkommer i Riksrevisjonens dokument 3:2 (2018-2019) at politiske føringer har som mål å øke prosentandelen ytterligere. Det er i hovedsak mindre invasive teknikker i form av laparoskopi og moderne anestesimetoder som har muliggjort dette (Briggs et. al, 2009). I forkant av dette prosjektet hadde vi en formening om at enkelte dagkirurgiske pasientgrupper muligens har behov for mer 'kvalifisert postoperativ observasjon' enn det de får.

Dagkirurgi utgjør en mindre del av vår helsetjenestes ressursbruk, men siden dagkirurgi er under utvikling og kan ta hånd om stadig flere tilstander, blir den viktigere både klinisk og ressursmessig (Uleberg et.al., 2018, s. 3). Utviklingen har ført til at dagkirurgiske pasienter mottar mindre spesialisert sykepleie enn inneliggende pasienter. Pasientene forventes å være selvstendige i forberedelser til operasjonen, og behandlingen i ettertid, gjerne i form av sårskift, medisiner og andre tiltak som tidligere har vært forbeholdt sykepleieren. Vi spør oss hvordan den postoperative pasienten håndterer disse problemstillingene og i hvilke grad pasienten vet å oppsøke hjelp. Mitchell (2014) påpeker at dagkirurgien har hatt rask utvikling over senere år, men at sykepleie ikke har hatt den samme utviklingen for å imøtekomme den dagkirurgiske pasientens behov. Vi håper med dette prosjektet å kunne finne områder for utvikling og forbedring i dagens operasjonssykepleie.

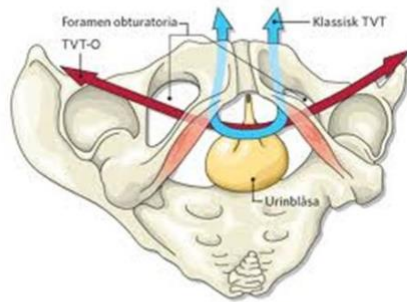
Vi vet at mange kvinner sliter med urininkontinens:

Urininkontinens defineres som ufrivillig lekkasje av urin. I en omfattende befolkningsundersøkelse fra Nord-Trøndelag (HUNT) anga 25 % av den kvinnelige befolkningen over 20 år at de var plaget av urinlekkasje i større eller mindre grad. Prevalensen øker med alderen. Tilstanden representerer således et omfattende helseproblem, både for den enkelte og helseøkonomisk for samfunnet» (Maltau & Svenningsen, 2015, s. 336.)

Uttalt stressinkontinens er en vanlig indikasjon for kirurgisk behandling. Tidligere har suprapubisk urethrocytopexi: “Burch operasjon”, vært foretrukket, dette var den mest brukte prosedyren frem til innføring av TVT i 1995 (Maltau & Svenningsen, 2015 s. 340). Burchs operasjon er en laparoskopisk suprapubisk metode hvor man suturerer vevet ved siden av uretra mot coopers ligament, som er festet på symfyisen, dette gir et løft og økt støtte til uretra. Burch operasjon er mindre brukt etter utviklingen av de mindre invasive slyngeoperasjonene. Likevel burde Burchs prosedyre være førstevalg der bruk av slynge er kontraindisert, senere abdominal eller bekkenkirurgi er planlagt, eller vaginaltilgang er begrenset (Sohlberg & Elliott, 2019).

I dag er mindre slyngeoperasjoner foretrukket fremfor større kirurgi. Disse prosedyrene utføres vanligvis i lokalanestesi. TVT (tensjonsfri vaginaltape) er den mest brukte prosedyren i Norge (Maltau & Svenningsen, 2015 s. 340).

TVT/TVT-O



Polypropylenbånd legges inn via liten incisjon i vagina og trekkes enten opp bak symfyisen og ut nederst på magen (TVT) eller ut gjennom foramen obturatorium til lysken (TVT-O).

Gir støtte av urinrøret.

(Volløyhaug, 2013)

I 2016 ble over 90 % som ble behandlet med tensjonsfri vaginaltape kurert for sin urinlekkasje og 85 % var subjektivt fornøyd. Totalt ble det utført mer enn 1200 TVT - operasjoner i 2016 (NHI, 2018). Siden Maltau & Svenningsen (2015, s. 340) beskriver at de fleste TVT operasjoner utføres dagkirurgisk, kan man anta at hovedvekten av disse kvinnene ble operert dagkirurgisk. Når 85% av kvinnene i studien angir at de er subjektivt fornøyd med operasjonen finner vi det interessant å undersøke hva våre deltakere er fornøyd med. Vi håper å kunne belyse dette gjennom vårt masterprosjekt. Muligens kan vår forskning være til hjelp for flere sykehus som utfører TVT operasjon dagkirurgisk. Etter operasjonen ligger pasienten ca. to timer på oppvåkingsavdelingen. Deretter reiser pasienten hjem og må selv ta hånd om den postoperative perioden. Selv om pasienten må ha en person hos seg det første døgnet, er det usikkert hvilke kunnskaper og ferdigheter denne personen har som kan medføre mestring av den aktuelle situasjonen.

Som operasjonssykepleier skal man sette pasienten i fokus. Derfor har prosjektet en problemstilling som søker å belyse pasientens utfordringer ved å være hjemme etter TVT prosedyre, og pasientens muligheter for å løse disse. Prosjektet er et delprosjekt under et større prosjekt som ønsker å undersøke dagkirurgiske pasienters erfaringer ved egenomsorg

etter dagkirurgi. Vi forholder oss derfor til prosjektledelsens føringer ved valg av metode, pasientgruppe og intervjuguide. Prosjektledelsen er nærmere beskrevet senere i oppgaven under kapittel 12 “Implikasjoner for praksis og videre forskning”. Vi ønsker å sette søkelyset på pasienters erfaring med det å være dagkirurgisk pasient, og raskt få ansvar for både forberedelser til inngrepet, og ikke minst tiden etter sykehusoppholdet. Er det en kurant sak å være postoperativ pasient i eget hjem? Prosjektet skal bidra til å belyse hvordan spesialsykepleiere kan være med på å videreutvikle dagkirurgien til pasientens beste, når hovedfokuset i politiske føringer synes å være på effektivisering og økonomiske besparelser. Rent teoretisk kan det se ut som TVT pasienter gjennomgår et overkommelig inngrep, der de fleste er fornøyd. Vi ønsker likevel å gå disse pasientene litt mer i “sømmene”. Er operasjonen og rekonvalesensperioden enkel og grei? Er operasjonsforløpet optimalt? Hvilke utfordringer er typiske for vår pasientgruppe i den postoperative fasen?

3.0 Prosjektets teoretiske forankring

I dette kapittelet presenteres prosjektets teoretiske perspektiv. Her forklares og belyses Nightingales teorier om sykepleie og sykdom. Fortolkning av materialet gjøres gjennom Nightingales ideer. Hennes ideer om sykepleie fremkommer best ut i fra hennes hovedverk “Notater om sykepleie” (1997). Nightingales ideer om hva sykepleie er vil være relevant for å kunne belyse og drøfte vår problemstilling senere i oppgaven.

3.1 Begrepsavklaring

3.1.1 Dagkirurgi

Dagkirurgi defineres som kirurgiske inngrep som vanligvis kan utføres uten at pasienten innlegges eller overnatter i sykehus. Med dette mener vi tradisjonelt «lettere» kirurgi uten behov for overvåkning eller behandling av pasienten i etterkant av selve inngrepet (Ræder & Nordentoft, 2010). Likevel ser vi i dag ser en tendens til at stadig større kirurgi utføres dagkirurgisk (Uleberg et.al., 2018, s. 3).

3.1.2 Urininkontinens

Årsaken til urininkontinens er kort forklart nedsatt uretralukkefunksjon, overaktiv blære eller en blanding av disse. Urininkontinens kan grovt sett deles inn i tre typer. Stressinkontinens; kjennetegnes ved at fysisk belastning fremkaller lekkasjen fordi trykket intraabdominalt øker og dette legger trykk på uretra som har nedsatt lukkefunksjon. Urgency-inkontinens; skyldes uhemmet vannlating refleks og det merkes ved en plutselig trang til vannlating og lekkasje av urin dersom man ikke rekker frem til toalettet i tide. I tillegg kan man ha en kombinasjon av disse, det kalles da blandingsinkontinens. TVT tilbys i hovedsak til kvinner som lider av stressinkontinens, fordi det er hos disse den har best påvist effekt (Maltau & Svenningsen, 2015, s. 336 - 337).

3.1.3 TVT - Tensjonsfri vaginaltape

TVT operasjon tilbys kvinner hvor annen behandling ikke har ført frem. Likevel skal det sies at uttalt stressinkontinens som regel er indikasjon for kirurgisk behandling (Maltau & Svenningsen, 2015, s. 339-340). TVT operasjon er en enkel prosedyre som oftest gjøres i lokalbedøvelse. Dette utføres ved å legge et snitt i fremre skjedevegg, dissekere seg inn og legge inn et prolenbånd som føres opp bak symfysen. Båndet dras opp på hver side av symfysen og ut gjennom to små snitt på nedre abdomen. Når båndet er strammet tilstrekkelig klippes det rett under hudnivå og alle tre operasjonssnittene sys igjen. Båndet stabiliserer urinrøret og forhindrer urinlekkasje. Sykehuset vi rekrutterer deltakere fra velger vanligvis å la kvinnen være våken under prosedyren, slik at kirurgen kan be henne hoste for å sikre at båndet er tilstrekkelig strammet og dermed kan hindre lekkasje. Vanlige komplikasjoner etter dette inngrepet er urinveisinfeksjon, tømmingsvansker, små vaginale blødninger og generelle postoperative smerter (St. Olavs hospital, 2018).

3.1.4 Egenomsorg

Egenomsorg defineres av Orem som utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til og utfører for seg selv for å opprettholde liv, helse og velvære (Orem, 2001, s. 117). Orems teori om egenomsorg er omfattende, og vi har ikke anledning til å gå i detalj om den her.

Egenomsorg i den postoperative perioden etter TVT operasjon, vil etter vår erfaring omfatte; å opprettholde god ernæringstilstand, sårstell, medisinerer, fysiske øvelser, hygiene og overholde fysiske restriksjoner.

3.1.5 ADL - Dagliglivets aktiviteter

Dagliglivets aktiviteter omfatter husarbeid, personlig stell, toalettbesøk, av- og påkledning, innkjøp og tilberedning av mat, personlig hygiene og omsorg for barn (Gregersen, 2011, s. 172).

3.2 Teoretisk forankring: Florence Nightingale - Notater om sykepleie

3.2.1 Nightingale som sykepleier

Florence Nightingale (1820-1910) var en pioner innen sykepleiefaget, men også forfatter og forsker. I dag er hun mest kjent for å fremme moderne sykepleie, og sees på som den første sykepleieteoretikeren. Hennes ideer, bøker og forskning har bidratt til grunnlaget for det helsevesenet vi har i dag. Nightingale levde på en tid hvor kvinnens rolle hovedsakelig var i hjemmet, og den ideelle kvinne skulle være uskyldig, ren og uvitende. Det var derfor ikke uten konflikt med sin familie som tilhørte det engelske aristokratiet at Nightingale fikk starte sin utdanning og arbeid som sykepleier. Under krigene i 1853 fikk Nightingale satt sine erfaringer som sykepleier på prøve, da hun reiste for å utøve sykepleie, og det skulle vise seg å revolusjonere hvordan feltsykehusene i Scutari, Tyrkia ble drevet. Dette preget hvordan Nightingale forstod sykepleie og omgivelsenes betydning, og var startgrønnen for hennes største litterære verk (Fause & Michaelsen, 2007, s. 88). Vi har valgt å bruke Florence Nightingales "Notater om sykepleie" som bakgrunn for fortolkning av materialet. Det forstås som hennes hovedverk, og vi vil påstå at hennes teorier fortsatt er aktuelle. I følge Nightingale (1997, s. 30) er ikke boken ment som en lærebok i profesjonell sykepleie. Kirkevold (1998, s. 94) utdyper at boken var ment for kvinner som har et omsorgsansvar, og ble publisert på en tid da det fantes lite tilgjengelig litteratur om temaene som opptok Nightingale; forbedring av sykes helsetilstand og helsestell, og sanitære forhold sammenheng med sykdom.

3.2.2 Nightingale om sykepleie

I Nightingales "Notater om sykepleie" anvender hun boken til å beskrive hva hun mener er årsaken til sykdommer, og hva som utgjør god sykepleie. Nightingale (1997, s. 169) mente at god sykepleie ikke kunne læres fullt ut gjennom en bok, heller ikke via hennes egen bok. Hun mente at god sykepleie ble til ved å følge prinsippene hun beskriver, og gjennom erfaring. Boken innehar fire viktige hovedtema; Omgivelsene, personen som mottar pleie, helse og sykepleie. Disse temaene er dekkende for mye av det vi i dag betrakter som grunnleggende sykepleie.

I følge Nightingale er sykepleie å tilrettelegge for at pasienten får frisk luft, lys, varme, generell renslighet, ro og riktig ernæring. Alt dette skal en sykepleier hjelpe pasienten med, uten å belaste pasienten unødige (1997 s. 32). Nightingale var opptatt av at sykepleieren måtte observere pasienten. Det er gjennom erfaring og det å virkelig se pasienten at man utøver god sykepleie. Hun mente at sykepleieren plikter overfor pasienten å observere; Pulsen, ernæringstilstanden, søvnen, eliminasjonen, respirasjonen, administrere og observere virkning av medisiner. En god sykepleier må også kunne tolke alle endringer som kommer over pasientens ansikt, uten at vedkommende må slite med å fortelle hva han eller hun føler, en god sykepleier måtte altså utvikle det vi i dag kaller et godt 'klinisk blikk'. Nightingale mente at enhver god sykepleier måtte ha et kall for yrket. Sykepleieren utfører jobben etter sine egne høye idealer, og gir den pleien hun selv mener er riktig og best, ikke fordi hun er pålagt å gjøre den av noen, men fordi hun føler et engasjement for faget (Nightingale, 1997, s. 179 - 184). Ifølge Nightingale (1997, s. 159) består god sykepleie i å kjenne pasienten. Man må ta hensyn til det som er felles for alle syke, men også de små særtrekkene hos hvert enkelt sykt menneske.

Helse eller sunnhet som Nightingale (1997, s. 51- 61) omtaler, er en tilstand hvor man er fri fra sykdom, og ikke påvirkes negativt av de omgivelsene man befinner seg i. Hun beskriver fem viktige prinsipper for å sikre dette: ren luft, rent vann, renslighet og effektivt avløp.

Nightingales syn på sykdom er at det er en gjenoppbyggende prosess, som er naturens måte å forsøke å ordne opp i en forgiftnings eller forfallsprosess, disse prosessene har oppstått som konsekvens av dårlige sanitære forhold eller dårlig sykepleie. Hun mente også at pasientens plager ikke alltid kunne forklares til sykdommen, men heller til omgivelsene. Det er sykepleierens oppgave å sørge for at pasienten ikke har unødige plager som konsekvens av de omgivelsene pasienten befinner seg i (Nightingale, 1997, s. 31).

Ved miljøet vi befinner oss i mente Nightingale både det fysiske og det psykiske miljøet. Nightingale beskriver at varme, ventilasjon, lys, ernæring, medisin, stimuli, romtemperatur og aktivitet er avgjørende for et godt fysisk miljø for pasienten (1997 s. 37- 50). For å best tilrettelegge for et godt psykisk miljø for pasienten henviste Nightingale til å unngå all form

for støy rundt pasientene. Nightingale var opptatt av å gi dem håp, men samtidig unngå velmenende råd som overdrev sannsynligheten for at pasienten ville bli frisk, fordi dette gjorde narr av deres sykdomsfølelse (1997, s. 83-97).

Nightingale beskriver også hvordan sykepleien må organiseres og administreres. Sykepleieren må spørre seg selv om hva som skjer når hun ikke er tilstede, fordi god sykepleie ikke er nok hvis administrasjonen er dårlig. En god sykepleier må sørge for at pasienten får like god pleie til en hver tid (Nightingale, 1997, s. 73-75).

Pasienten er den personen som mottar pleie. Personen er i følge Nightingale en sammensatt person, bestående av fysiske, emosjonelle, sosiale, spirituelle og psykiske bestanddeler. Nightingale beskriver en passiv pasient, som det er sykepleierens ansvar å ta vare på (Nightingale, 1997, s. 159). Nightingale mener det er sykepleierens jobb å observere pasienten, for å innhente informasjon om dens tilstand. Hun utdyper at sykepleieren kan benytte seg av god kommunikasjon med pasienten for å innhente subjektiv informasjon. Denne informasjonen må vurderes kritisk av sykepleieren for å kunne gi best mulig pleie. I hovedsak beskriver hun at man må unngå å stille ledende spørsmål, fordi pasienten alltid vil svare basert på egne erfaringer og subjektive målestokker, og informasjonen blir da unøyaktig. Hun eksemplifiserer dette med det vanlige spørsmålet; 'Har du hatt en god natt?', svaret man får på et slikt spørsmål vil i stor grad være preget av hvilke søvn pasienten er vant med, er dette en person som vanligvis sover ni timer hver natt eller er det en småbarnsmor som vanligvis får søvnen avbrutt? (1997, s. 151- 152).

Vi finner særlig Nightingales tanker om rekonvalesenter som relevante for fortolkning av vårt materiale. Hun trekker et klart skille mellom det å være syk, og det å være rekonvalesent: "Under sykdom er systemet opptatt med å kvitte seg med døde eller giftige stoffer - under rekonvalesenstiden med å reparere det som er ødelagt" (Nightingale, 1997, s. 188).

Nightingale var opptatt av at sykepleierens oppgave var å støtte opp under naturens gjenoppbyggende prosess. Hun påpeker at personer kan trenge pleie også i rekonvalesenstiden. Hun mente at det finnes ulike grader og forløp av rekonvalesenstiden, akkurat som for sykdom. Pasienten kan få svært lang rekonvalesensperiode istedenfor en kort fordi han ikke får tilstrekkelig pleie. Denne misforståelsen oppstår fordi man tror at når det går bra med pasienten er han ferdig med sykdommen og ikke har behov for pleie. Rekonvalesenter trenger pleie for å best tilrettelegge for god helse senere i livet. Hun beskriver at fattige må forlate sykehusene lenge før de klarer å vende tilbake til sine daglige gjøremål, og det som møter dem er en overbelastet husholdning, med utmattede ressurser, som ikke kan møte deres behov for pleie, klær, riktig ernæring og komfort. Denne gruppen sårbare pasienter vil lett overanstrenge seg på forskjellige måter eller utsette seg for unødige anstrengelser i en slik situasjon (Nightingale,1997, s. 191).

4.0 Tidligere forskning

Før vi startet vårt prosjekt måtte vi studere tidligere forskning for å se hva som var kjent kunnskap eller hvor det trengs ytterligere forskning. Dette danner bakgrunnen for vårt prosjekt. Vi startet med kvantitativ forskning for å danne oss et bilde av TVT som prosedyre, før vi studerte den kvalitative forskningen for å se hvilke erfaringer pasientene hadde med prosedyren og det dagkirurgiske forløpet. Forskning på tematikken er funnet på databasene: Cinahl, Cochrane og Sykepleien.no. Vi benyttes oss hovedsakelig av søkeordene: day surgery, tension-free vaginal tape i kombinasjon med self-care, patients experience og nursing.

4.1 TVT - Gode resultater

Kvantitativ forskning viser at TVT som prosedyre har høy suksessrate, og lite langsiktige komplikasjoner. Ford, Rogerson, Cody, Aluko & Ogah (2017) konkluderer med at over 80% av kvinnene med stressinkontinens ble kurert, eller har signifikant forbedring i sine symptomer ved hjelp av TVT, og dette i opptil fem år postoperativt. Holdø, Verelst, Svenningsen, Milsom & Skjedestad (2019) og Davis, Lukacz, Luber og Nager (2004) fant 92 % objektiv suksessrate hos TVT pasientene. Derimot fant Davis et. al. (2004) at kun 80% av pasientene var subjektivt fornøyde. Denne tendensen ser vi også i Norge; det fremkommer i en artikkel av NHI (2018) at 85% av kvinnene er subjektivt fornøyd med operasjonen, til tross for at 92 % var objektivt sett kurert for sin inkontinens. Davis et. al (2019) påpeker at pasientene som var misfornøyd til tross for at de var objektivt kurert opplevde plagsomme symptomer som overaktiv blære, tømmingsproblemer og hadde behov for regulering av slyngen. Siden det virker å være et sprik mellom objektiv og subjektiv suksessrate, finner vi det interessant å gå inn i kvalitativ forskning for å undersøke pasientenes opplevelser. Vi vet lite om hvilke effekt slyngen har i et lengre tidsperspektiv. Ford et. al (2019) argumenterer derimot med at det er evidens for at de positive effektene er varige. Holdø et al. (2019) fant også at TVT har høy varighet, men at pasientene som har blandet inkontinens hadde høyere sannsynlighet for tilbakefall. Langsiktige komplikasjoner er sjeldne.

4.2 Dagkirurgiske pasienters opplevelser

De siste ti årene er det gjort mye kvalitativ forskning på pasienterfaringer med dagkirurgi. Toftgaard (2012) fant i en internasjonal undersøkelse at dagkirurgi er en stadig økende trend i Europa. Hvordan vi utfører kirurgi er i endring. Politiske føringer, teknologiske fremskritt som laparoskopi, moderne anestesi med mer har gjort at pasienter som tidligere trengte å være innlagt over lengre tid nå kan opereres dagkirurgisk. Dette fører til at postoperativ pleie som tidligere ble utført av sykepleiere nå må utføres av pasienter og pårørende (Mottram, 2011). Vi har ikke funnet kvalitative studier på pasienter som har utført TVT behandling dagkirurgisk. Men det finnes flere studier som ser på det å være dagkirurgisk pasient.

Flere forskere foreslår punkter for forbedring ved dagens postoperative pleie. Mitchell (2014) tar til orde for økt tverrfaglighet og endret strategi for samarbeid mellom sykehuset og hjemmet, fordi dette kan bidra til å skape bedre flyt i pasientforløpet, som i dag oppleves som fragmentert. Berg, Årestedt og Kjellgren (2013) konkluderte med at den postoperative fasen er et svakt ledd i den dagkirurgiske prosessen og at pasientene trenger kunnskap og forståelse for hva som utgjør et normalt postoperativt forløp, og hvordan de skal håndtere egenomsorg etter deres operasjon. Det er flere som mener forberedelsen på å komme hjem etter dagkirurgi må synkroniseres med kommunehelsetjenesten og spesialsykepleieren. Det understrekes også at det er behov for utdanningsprogram i denne type sykepleie (Gilmartin 2007, Mottram 2011).

Mitchell (2014) fant at pasientene trengte preoperativ informasjon, hjelp eller verktøyer til å håndtere smerte, angst og kvalme, informasjon etter utskrivelse, hjelp og hvile i hjemmet for å få forbedret postoperativ opplevelse. Gilmartin (2007) og Mitchell (2014) trekker frem at pasienten er lite forberedt på utskrivelse som et problem, samt at viktig og kritisk informasjon gis på feil tidspunkt i pasientforløpet.

Gilmartin (2007) konkluderte med at kunnskap om pasientenes ulike erfaringer etter utskrivelse kan bidra til å utvikle utskrivningsplanleggingen og opplæring av pasienter i en dagkirurgisk kontekst. Mottram (2011) fant at utskrivelsesplanlegging burde påbegynnes allerede når pasienten først vurderes for dagkirurgi. Bendiksen, Eithun, Ingebrigtsen & Solberg (2019) konkluderer med at kirurgiske pasienter som får både muntlig og skriftlig informasjon preoperativt, har høyere kunnskapsnivå. Dette reduserer stress og usikkerhet hos pasientene og gjør dem mer forberedt på rekonvalesenstiden. Ong, Miller, Appelby, Algretto & Gawlinski (2009) fant i tillegg at når verbal og skriftlig informasjon kunne suppleres med en undervisningsvideo kunne det bidra til å forbedre pasientens evne til å huske viktige aspekter ved undervisningen. De konkluderer med at pasientens opplevelse av den postoperative tiden og pasientens preoperative pasientundervisning har en sterk sammenheng. Walker (2002) fant at preoperativ undervisning er essensielt for å kunne utøve god sykepleie til kirurgiske pasienter, ikke bare for å møte deres behov for informasjon, men også for å redusere pasientens opplevelse av angst fordi det bidrar til helhetlig sykepleie. Volk og Obeid (2019) adresserte problemet med utbredt 'googling' hos pasienter og fant at når leger utarbeidet egne informasjonssider anvendte pasientene da denne pålitelige internettressursen. Legene kunne da sikre at pasientene fikk pålitelig pre- og postoperativ informasjon. Mitchell (2016) fant at når sykepleierne jobbet i presset arbeidsmiljø, hvor mangel på tid og sykepleie ressurser var fremtredende måtte de selektere den informasjonen som ble formidlet til den dagkirurgiske pasienten preoperativt. Han konkluderte med at sykepleierne først å fremst valgte å gi informasjon som sikret pasientsikkerheten.

Lupien, Schoneboom og Wren (2000) fant at mange pasienter sliter med muskelsmerter etter dagkirurgi og at dette påvirker evnen til å utføre dagliglivets aktiviteter. De påpeker at muligheten til egenomsorg blir viktigere fordi flere pasienter opereres dagkirurgisk og sendes hjem etter et kort sykehusopphold. Dāvøy, Martinsen og Eide (2017) og Mottram (2011) fant at sykepleiefaglig tilstedeværelse savnes når man må være sin egen pleier. Pasienter opplever håpløshet uten sykepleiefaglig kompetanse i hjemmet. Flere av pasientene uttrykte at det var vanskelig å komme hjem, og at de var sykere enn de hadde forestilt seg på forhånd (Dāvøy et al., 2017). Det var ikke alltid like enkelt å utføre egenomsorg hjemme.

Den kvantitative forskningen viser at TVT behandling er en god metode for behandling av urininkontinens. Likevel viser kvalitativ forskning knyttet til dagkirurgi, at pasientene ofte støter på problemer etter at de kommer hjem. Informasjon om det som venter dem, og forståelsen av faglighet som trengs, er noe som mangler. Usikkerhet om egenbehandling gjør til at pasienter blir usikre.

5.0 Formål og problemstilling

Formålet med prosjektet er å belyse dagkirurgiske pasienters subjektive erfaring med egenomsorg etter TVT operasjon. Tidligere forskning viser at vi vet lite om hvordan disse pasientene har det hjemme etter operasjonen. Ved å belyse pasienters erfaringer håper vi å finne konkrete punkter for forbedring i dagens spesialsykepleie til pasientgruppen.

«Hvilke erfaringer har de aktuelle pasienter til egenomsorg i forbindelse med dagkirurgisk operasjon for urininkontinens, TVT?»

5.1 Forskningsspørsmål

- Hvordan utførte deltakerne egenomsorgen de ble pålagt?
- Hvilke indre og ytre ressurser har deltakerne?
- Hvilken informasjon fikk deltakerne?

6.0 Metode

I dette kapittelet av oppgaven presenteres valg av metode og vår forskningsprosess. Vi viser hvordan vi har tilnærmet oss prosjektet rent metodisk.

6.1 Valg av metodisk tilnærming

Det sies at spørsmålet bestemmer metoden. Ut fra problemstillingen, der det er ønskelig å få svar på pasienters erfaringer med egenomsorg i hjemmet etter TVT operasjon, har det blitt valgt kvalitativt design. Metoden vil være et kvalitativt semistrukturert dybdeintervju.

6.2 Utvalg

Utvalget består av kvinner med urininkontinens som får utført inngrep med innleggelse av TVT ved et universitetssykehus, i perioden februar-mars 2020. Vi har gjort et tilfeldig strategisk utvalg ved utvelgelsen for å belyse en problemstilling på best mulig måte (Malterud, 2017, s. 58). Utvalget vårt er strategisk fordi det omfatter pasienter som er operert dagkirurgisk med TVT i en gitt periode, med hjemsted i nærheten av det gitte sykehuset, men det er tilfeldig fordi vi ikke vil kunne selektere pasienten ut i fra alder, utdanningsnivå, tidligere erfaring med dagkirurgi, evne til egenomsorg eller lignende. Alle aktuelle deltakere mottok informasjon om prosjektet. Deltakerne ble tilfeldig valgt ut i fra om de signerte samtykkeskjemaet.

For å sikre variasjon, bredde og validitet i prosjektet, ønsket vi et utvalg på 6-7 personer. Utvalget ble til slutt tre deltakere grunnet strenge restriksjoner og konsekvenser av Covid-19 pandemien. Deltakerne ble intervjuet 3-6. postoperative dag. Selv om intervjuene var få, var de rikholdig. Antallet har likevel gitt oss noen problemer. Av praktiske årsaker og etter ønske fra operasjonsavdelingen, valgte vi å rekruttere deltakerne direkte fra den dagkirurgiske enhetens recovery avdeling. Her oppholder pasientene seg i cirka to timer postoperativ mens de kommer til hektene igjen. Pasientene mottok informasjonsskjema og samtykkeskjema enten preoperativt eller postoperativt, avhengig av innleggelsestidspunkt. Deltakerne kunne

velge å levere skjema blankt og dermed takke nei til deltakelse, eller fylle dem ut, og dermed bekrefte at vi som forskere kunne kontakte dem per telefon for å avtale et intervju.

Dagkirurgiske pasienter er allerede selektert av kirurgen og universitetssykehusets retningslinjer for å kvalifisere til dagkirurgisk behandling. Derfor er våre kriterier:

Inklusjonskriterier:

- Deltakeren har fått utført TVT inngrep dagkirurgisk.
- Deltakeren må være over 18 år.
- Deltakeren må kunne snakke og skrive norsk.
- Deltakeren må være samtykkekompetent.

Eksklusjonskriterier:

- Vi vil ikke inkludere deltakere vi har kjennskap til fra før.
- Deltakere som opplevde komplikasjoner i forbindelse med operasjonen som gjorde at de ble inneliggende på sykehuset.
- Deltakere med reisevei lengre enn 1.5 timer.

6.4 Datainnsamling

6.4.1 Rekruttering

Rekrutteringen ble utført på dagkirurgisk enhet ved et Universitetssykehus i Norge. Innledningsvis brukte vi et par uker på å informere og veilede personalet på enheten om prosjektet, slik at de kunne bidra til rekrutteringen. Pasientene fikk utdelt informasjonsskjema og samtykkeskjema på operasjonsdagen. Ved utskrivelse kunne de levere blankt samtykkeskjema eller fylle det ut, for å samtykke til deltakelse i prosjektet. TVT operasjoner utsettes ofte til fordel for akutte operasjoner og cancerkirurgi. Dette er riktig prioritering, men

det medførte at rekrutteringsprosessen var tidkrevende. Vi brukte seks uker på å rekruttere de tre deltakerne vi fikk.

6.4.2 Intervjusituasjonene

Datainnsamling ble utført gjennom intervju som ble tatt opp på bånd. Intervjuene ble utført semistrukturert ved intervjuguiden som er felles for hele dagkirurgiprojektet (Vedlegg 3). Dette inneholder bestemte tema som tas opp av oss som intervjuer. I dette prosjektet ble det brukt dybdeintervju som metode for datainnsamling. Dette er egnet metode når vi ønsker å gi deltakerne mulighet til å formidle sine erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017, s. 133). Ved et semistrukturert dybdeintervju utarbeider man en intervjuguide, denne er basert på stikkord og er ifølge Malterud (2017, s. 133) til for å minne oss på tema som vi ønsker å ta opp. Intervjuguiden fungerer som en veileder under intervjuet, den bidrar til åpne beskrivelser fra deltakerne om temaene vi ønsker å ta opp. Samtidig kan være til hjelp for å 'samle' deltakeren, om hun snakker for mye om irrelevante tema. Dette gav rom for at deltakerne kunne snakke fritt innenfor gitte tema, og dermed komme med ny informasjon. Intervjuene brakte opp spennende og relevante problemstillinger innenfor feltet dagkirurgi. Samtidig bidro intervjuguiden til å holde den røde tråden, slik at vi ikke mistet fokus på problemstillingen under intervjusituasjonen. Siden dette er et delprosjekt er intervjuguide (vedlegg 3), informasjonsskjema (vedlegg 1) og samtykkeskjema (vedlegg 2) klargjort av prosjektledelsen.

I forarbeidet med intervjusituasjonene brukte vi Malterud (2017) og Kvåle & Brinkmann (2015) for å tilegne oss kunnskap om hvordan vi kunne utføre et godt semistrukturert dybdeintervju. Før vi gikk inn i prosjektet hadde vi ingen erfaring med intervjusituasjoner. Den mest relevante forkunnskapen vi hadde var kommunikasjon med pasienter i praksis, på sengepost og i andre situasjoner som sykepleiere. For å forstå hvordan intervjusituasjonen foregikk er det derfor viktig å understreke hva vi anså som viktig og nødvendig kunnskap i det vi gikk inn i intervjudelen av prosjektet vårt.

Et intervju med god informasjonstyrke innehar ulike aspekter. Samtalen må ikke styre mot den delen av feltet hvor forforståelsen ligger, fordi en da ikke oppnår ny kunnskap. Vi må oppnå en balanse mellom å være åpen for deltakernes erfaringer, samtidig som vi styrer deltakeren i en retning av det vi ønsker å vite. Det må stilles spørsmål der svarene blir mest mulig spesifikke. Som intervjuere må vi jobbe med oss selv, og forsøke å ha et åpent sinn under intervjuet, som innebærer å lytte og stille spørsmål uten forventninger til hva vi vil finne. For å oppnå et godt intervju må det skapes en atmosfære av trygghet og fortrolighet, slik at vi kan finne noe vi ikke visste fra før (Malterud, 2017, s. 135).

Under intervjuprosessen benyttet vi oss av lydopptaker, for å unngå at intervjuer tok notater i intervjusituasjonen, noe som kan virke forstyrrende og føre til at vi gikk glipp av viktig informasjon. Vi valgte derimot å la observatøren ta notater om stemningen, omgivelsene, om noe virket spesielt interessant og dersom det skulle stilles oppfølgingsspørsmål når vi var ferdig med de planlagte temaene. Materialet ble transkribert av intervjueren. Dette gav oss tidlig oversikt over materialet (Malterud, 2017, s. 80). I tillegg la observatøren inn kommentarer om deltakernes kroppsspråk og våre fortolkninger av deltakernes utsagn i marginen av det transkriberte materialet.

6.5 Validitet

For at forskningen vår skal være relevant, er det essensielt at den er valid. Validitet er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet. Hva er forskningen vår gyldig om, og under hvilke betingelser er den gyldig? For å kunne beskrive dette må vi først forstå hvordan prosessen fungerer. Vi stilte spørsmål om relevans av problemstillingens formulering, utformingen av utvalget, hva datainnsamlingen inneholder, teorien, analysestrategien og presentasjonsformen. Dersom vi ikke fant noen svakheter ved prosjektet var prosessen sannsynligvis ikke utført tilstrekkelig, og vi burde forsøke på nytt, ingen prosjekter i sin helhet er feilfrie (Malterud, 2017 s. 192-193).

For oss som har undersøkt pasienters erfaringer ved egenomsorg er det viktig å undersøke hva deltakerne faktisk snakket om. Dreide intervjuet seg i hovedsak om egenomsorg eller var deltakerne mer opptatt av å snakke om noe annet? Det kontekstuelle er av stor betydning (Malterud, 2017, s. 23).

Når vi snakker om validitet, snakker vi om hva som er sant om det fenomenet vi undersøker noe om. Altså egenomsorgen til de kvinnene vi intervjuer. Malterud skriver at det kan være viktig å snakke om relevans i slike sammenhenger. “Feltet og konteksten der kunnskapen er innhentet, vil alltid være med på å bestemme kunnskapens rekkevidde i tid og rom” (Malterud, 2017, s. 23). Familiekulturer og familiesituasjoner vil derfor kunne si mye om hver enkeltes oppfatning av livet her og nå, en sannhet som også kan variere innenfor hver enkelt informant. Vi ser klart at det må være mange sannheter. Derfor blir det å være fordomsfri i intervjusituasjonen av største betydning.

Forskerens evne til å kommunisere sin forskning påvirker gyldigheten av kunnskapen vi får. Dette kalles kommunikativ validitet eller formidling. Vi må kunne beskrive forskningsprosessen og våre resultater slik at det blir forståelig. I tillegg til å være lesbar må forskningen inneholde refleksivitet, konsistens og intersubjektiv formidling av vår systematiske analyseprosess (Malterud, 2017, s. 195-199). Vi vil gå inn på hvordan vår rolle påvirket intervjuene og funn i oppgaven, refleksivitet. I følge Malterud (2017, s. 41) påvirker vi som forskere våre empiriske data fordi vi som personer fortolker på ulike måter. Vi har opplevd det som fordelaktig å være to forskere i analyseprosessen, ettersom det har bidratt til forskjellige fortolkninger og synspunkt. Vi antar at vårt ståsted og meninger som personer og operasjonssykepleiere påvirket prosessen og resultatene. I forkant av prosjektet hadde vi en formening om hvordan dagkirurgiske TVT pasienter opplevde den postoperative tiden. Vi ventet pasienter med postoperativ smerte eller ubehag, og manglende ferdigheter i forhold til egenomsorg. Andre forskere ville gjerne hatt ulike antakelser og oppnådd et annet resultat til tross for samme materiale. Konsistens betyr at det skal finnes en ‘rød tråd’ i oppgaven. (Malterud, 2017, s. 25) Dette viser seg blant annet i valg av metode i forhold til problemstillingen. Vi mener at semistrukturerte intervjuer var en god metode for å finne svar på problemstillingen. Vi har tilstrebet å beskrive forskningsprosessen, hvordan utvalget er

utført og materialet fortolket, altså hvordan resultatene og diskusjonen er fremkommet, for å oppnå intersubjektivitet (Malterud 2017, s. 18).

Kan forskningen brukes til noe eller utgjøre en forskjell? Vurderingen følger i etterkant av prosjektet og forteller om forskningen kan brukes, og på hvilken måte. Likevel er det viktig å vurdere om andre tidligere har besvart de spørsmålene vi stiller, og om nye svar vil få betydning for praksis (Malterud, 2017 s. 195-199). Forskningens brukbarhet beskrives mer inngående i kapittel 12.0 “Implikasjoner for praksis og videre forskning”.

Som forsker skal jeg ikke fastslå at funnene mine er sanne eller gyldige. Jeg skal vise at jeg har overveid rekkevidden av deres gyldighet, og kan gi en begrunnet anvisning om hva de sier noe om“ (Malterud, 2017 s. 199.)

6.6 Analyse

Analyseprosessen innehar en viss systematikk og er dynamisk. Før vi kunne begynne å virkelig fortolke materialet måtte opptakene våre fra intervjuene transkriberes, dette er begynnelsen på analysen. I arbeidet med transkriberingen begynte tema å tre frem, disse noterte vi oss i prosjektloggen. Intervjueren transkriberte materialet, fordi vi mente at man lettere kunne legge inn sine tanker og fortolkninger underveis. Observatøren gikk gjennom transkripsjonen og la til sine tolkninger og observasjoner i etterkant. Vi valgte å transkribere intervjuene ordrett i første utkast, for å unngå å endre meningen på det som ble sagt. I neste trinn renskrev vi transkriptene, her omformet vi språket fra muntlig til mer lettleseleg. Videre opparbeidet vi 6-8 hovedfunn ved hvert intervju. Deretter tok vi bort det som var irrelevant. Vi beholdt alltid original transkriptet, slik at vi kunne gå tilbake dersom vi så at vi hadde gjort et feil veivalg underveis.

Deretter kunne vi begynne å systematisere materialet og kode det. Vi benyttet oss av systematisk tekstkondensering, STC, for å analysere materialet. STC er en analyseprosess som går over fire trinn. Transkribert materiale analyseres gjennom å danne et helhetsinntrykk, deretter dannes meningsbærende enheter, så trekkes innholdet i de enkelte meningsbærende

enhetene ut og til slutt sammenfattes betydningen av disse. (Malterud, 2017, s. 98). Denne prosessen er ikke lineær, tvert imot vil det å bevege fokuset mellom forskjellige deler av forskningsmaterialet gi større mulighet til å finne noe nytt og uventet gjennom analysen. Repetering av trinnene i analysen tydeliggjør det som skal utforskes (Malterud, 2017, s. 112-114).

De fire trinnene av prosessen kan forstås slik:

- 1) **Helhetsinntrykk:** Vi leste gjennom hele materialet, utarbeidet oss et helhetsbilde og vurderte mulige, foreløpige temaer.
- 2) **Meningsbærende enheter:** Materialet som skulle brukes ble organisert og resten ble lagt til side. De foreløpige temaene dannede grunnlag for kodegrupper. Relevant tekst som belyste problemstillingen ble sortert ut og vi satt igjen med meningsbærende enheter. Når vi merker de meningsbærende enhetene i teksten, systematiserer vi dem. Å merke tekstbiter som har noe til felles er å kode. Disse valgene ble notert fortløpende i prosjektloggen. I den interaktive prosessen omformes tema til kode og videre til reviderte kodegrupper i overensstemmelse med empirien.
- 3) **Abstrahere innholdet fra de meningsbærende enhetene:** Ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet kunne vi systematisk hente ut mening. De meningsbærende enhetene ble sortert i fem kodegrupper. Videre ble materialet sortert i tre subgrupper. Deretter laget vi et kondensat, et kunstig sitat. Dette ble skrevet i jeg-form, omtrent slik som deltakerne hadde uttrykt seg. Kondensatet ble summen av deltakernes stemmer om fenomenet i subgruppen. Kondensatet er et notat som danner utgangspunkt for presentasjonen.
- 4) **Sammenfatte betydningen, syntese:** Bitene ble satt sammen igjen - altså ble de rekontekstualisert. Vi måtte vurdere om funnene og tolkningene våre gav gyldig beskrivelse av det materialet det ble hentet ut fra. Deretter ble det laget en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe, disse inneholdt konkrete funn og beskrivelsen av hva som kom frem. Her brukes tredjepersons form siden vi gjenvortalte på vegne av deltakerne (Malterud, 2017, s. 99-111).

«Å være i analysen» var en stor utfordring. Vi måtte lese gjennom empirien mange ganger for å virkelig finne det vi ville kalle hovedfunn. Malterud hjalp oss på veien fra å dele opp tekster og så sette dem sammen igjen. Da ble det noen helt nye funn.

6.7 Styrker og svakheter ved valgt metode

6.7.1 Styrker

De positive sidene ved semistrukturert intervju som metode er blant annet at informantene kan få mulighet til å utdype sine meninger. Semistrukturert intervju bidrar til å forsikre at forskerne får den informasjonen de trenger, og gir deltakerne frihet til å komme med så mange forklaringer og illustrasjoner som de selv ønsker. Vi som forskere kan observere kroppsspråket til informantene, og stemningen i rommet. Dette hadde man ikke fått muligheten til dersom intervjuet foregikk over for eksempel en telefonsamtale. Metoden gir også mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål, slik at informasjonen som blir gitt blir fullstendig og meningsfull. Intervju gir rom for å oppdage tema man ikke tidligere har tenkt over, som for eksempel:

- Muligheter for å stille oppfølgingsspørsmål.
- Deltakerne kan få mulighet til å utdype sine meninger.
- Forskeren kan observere kroppsspråket til deltakerne og stemningen i rommet.
- Metoden gir rom for å oppdage tema man ikke tidligere har tenkt over.

(Polit & Beck, 2017, s. 510).

6.7.2 Svakheter

Under gjennomføringen av intervjuene er det fare for å styre samtalen for mye i den retningen hvor vår egen eksisterende kunnskap befinner seg. Da beveger man seg kun innenfor de rammer man har forståelse for. Det er utfordrende å være fokusert og åpen på samme tid under samtalene. Derfor kan det være lurt å avvente dersom deltakeren begynner å snakke om noe som kan oppfattes som en avsporing. Nyttig kunnskap befinner seg gjerne i slike digresjoner (Malterud, 2017 s. 133-135). Ved et semistrukturert intervju kan inntrykket deltakerne og forskeren får av hverandre mulig påvirke hvordan intervjuet utarter seg, og dermed prege resultatene. Lydopptak under intervjuene kan også virke forstyrrende slik at

deltakerne kan bli ukomfortable. Vi som forskere i denne studien har ingen tidligere erfaring med intervju og spørreteknikk, noe som kan gjøre det utfordrende å få frem den data man er ute etter.

At vi bare fikk tre intervjuer er en svakhet, men til tross finner vi en rød tråd i alle intervjuene.

7.0 Etisk protokoll for prosjektet

Deltakerne i studien ble møtt med respekt og deres rettigheter ble ivaretatt etter Helsinkideklarasjonen. Deklarasjonen ble skrevet av World Medical Association i 1964, og er et slags sammendrag av etiske prinsipper for medisinsk forskning med og på mennesker (Malterud 2017, s. 211 - 212). Likevel er det forhold av etisk betydning som vi må være sensitiv for som ikke inngår i nevnte lover: psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse (Malterud, 2017, s. 211). Ifølge Brinkmann og Kvåle (2015, s. 95) er intervjuforskning full av både moralske og etiske spørsmål fordi intervjusituasjonen er et menneskelig samspill som påvirker deltakerne, samt at det er knyttet slike spørsmål både til intervjuets mål og midler. I tillegg vil våre funn fra forskning kunne påvirke andre menneskers syn på dagkirurgiske TVT pasienter. Brinkmann og Kvåle (2015, s. 102- 110) skisserer fire områder som vi tradisjonelt drøfter når det gjelder etiske retningslinjer for forskere;

Informert samtykke

Et sentralt krav ved all forskning på mennesker er informert samtykke. Et slikt samtykke må være frivillig og deltakeren skal ikke være under noen form for press, dette innebærer at deltakerne hadde mulighet til å trekke seg når som helst under prosjektet. Våre deltakere ble godt informert og fikk inngående informasjon om forskningsprosjektet både gjennom skriftlig (vedlegg 3) og muntlig informasjon på den dagkirurgiske avdelingen. Datamaterialet er blitt anonymisert gjennom transkriberingen. Deltakerne mottok og signerte samtykkeskjema (vedlegg 2) i forkant av deltakelse. I tillegg fikk de muntlig informasjon innledende i intervjusituasjonen.

I vårt prosjekt valgte vi som nevnt tidligere, å rekruttere deltakerne direkte fra recovery avdelingen ved den dagkirurgiske enheten ved sykehuset. Prosessen i seg selv er beskrevet mer inngående i metodedelen. Vi ble anbefalt denne rekrutteringsprosessen av vår kontaktperson på avdelingen. Innledningsvis stilte vi oss spørsmål ved om dette var etisk forsvarlig fordi deltakerne gjerne er medisinerert med smertestillende og beroligende postoperativt. Dette diskuterte vi med vår veileder og kontaktperson i prosjektledelsen som

godtok prosessen fordi pasientene får en ny konkret mulighet til å takke nei til deltakelse i prosjektet når vi ringer dem for å avtale møte for intervjusituasjonen. I tråd med det etiske prinsippet for informert samtykke fikk deltakerne anledning til å trekke seg fra prosjektet når som helst under prosessen.

Konfidensialitet

Med konfidensialitet mener vi i forskningen at det må være en enighet mellom deltaker og forsker om hvilke data og informasjon fra intervjuet som skal brukes i forskningen. Vi ble i vårt prosjekt enig med deltakerne om at ingen personlig informasjon eller informasjon som kunne bidra til at de ble gjenkjent skulle presenteres i våre funn. Når vi startet prosjektet hadde vi en forståelse av at pasienter som nylig er operert for TVT kan finne det ubehagelig eller personlig å snakke om dette med en fremmed. Det vil gjerne være vanskelig for enkelte å åpne seg om et såpass personlig emne, ettersom det dreier seg om operasjon av personens underliv.

Konsekvenser

Vi har under hele prosessen vurdert hvilke konsekvenser forskningen vår får. Dette gjaldt både på individnivå; hvilke konsekvenser fikk det for deltakeren å delta i prosjektet. Oppveier de positive konsekvensene for de eventuelle negative følgene prosjektet fikk for deltakerne, det etiske prinsippet om velgjørenhet. I tillegg kan forskningen ha konsekvenser på et samfunnsnivå, våre funn kan prege hvordan samfunnet ser på dagkirurgiske pasienter som har fått utført TVT. Vi har dermed et etisk ansvar for å kunne representere denne gruppen og presentere dem på en nøytral og rettferdig måte (Brinkmann og Kvåle, 2015, s. 107).

Forskerens rolle

Forskerens integritet er avgjørende for etiske avgjørelser som tas underveis i prosjektet. Her spiller forskerens empati, moral, sensitivitet og engasjement i moralske spørsmål en viktig rolle. Det er også et krav til oss som forskere at det skal være vitenskapelig kvalitet på det materialet vi legger frem.

Vi satt det som krav at vi ikke skulle ha kjennskap til deltakerne fra før fordi dette kan bidra til at vi former materialet på bekostning av nøytrale resultater. I intervjuforskning oppstår ofte etiske problemstillinger på grunn av et misforhold i maktrelasjonen mellom forsker og deltaker (Kvåle og Brinkmann, 2015, s. 110). I innledningen til intervjuet ble vi enig med deltakerne om at vår rolle under selve intervjuet ville være begrenset til forskerrollen, og at dersom det skulle fremkomme informasjon eller spørsmål under intervjuet som dreide seg om deltakernes helse så kunne dette vente til intervjuet var ferdig. Vi som spesialsykepleiere har et etisk ansvar til å veilede deltakerne i helsemessige spørsmål dersom disse skulle oppstå, men samtidig er det viktig at vi ikke blander disse rollene. Vi valgte å råde deltakerne til å kontakte avdelingen de var operert for konsultasjon dersom vi mente at deltakerens almenntilstand tilsa at de trengte det. De fire etiske usikkerhetsområdene dannet dermed grunnlaget for vår etiske protokoll for dette prosjektet (Kvåle & Brinkmann 2015, s. 110).

Forskningsprosjektet er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning, REK (vedlegg 5) og NSD, Norsk senter for forskningsdata (Vedlegg 6). Helsinkideklarasjonen ble utarbeidet av World Medical Association i 1964, den fremstiller etiske prinsipper ved medisinsk forskning med mennesker. Sammen med personopplysningsloven, helseforskningsloven og forskningsetikkloven skal denne sikre deltakernes trygghet i et forskningsprosjekt (Malterud, 2017, s. 211). Under vårt prosjekt har vi brukt egen forsker-server ved høgskolen for lagring av sensitiv informasjon.

8.0 Resultat

8.1 Informasjon

8.1.1 Innkallingen og forberedelser

Urininkontinens er ikke et problem som vanligvis oppstår «over natten». Problemet er tiltagende og kronisk, og de fleste av våre deltakere har forberedt seg mentalt i flere år på en eventuell operasjon. Noen ble først henvist til kirurgi, men valgte å utsette fordi operasjonen virket skremmende eller fordi de ønsket flere barn. Innkallingen til selve det operative inngrepet kom etter at pasienten tok opp problemet med sin fastlege, og deretter ble henvist til spesialist. Etter spesialistkonsultasjonen ble det bestemt om og når pasienten anbefales operasjon. Her blir det også forespeilet når operasjonsdatoen kan bli. Det er stor forskjell i hvordan deltakerne erfarte innkalling til kirurgi. De fleste deltakerne ble innkalt til operasjon via brev og hadde dermed god tid til å forberede seg. En deltaker ble derimot innkalt til operasjon over telefon, og fikk tilbud om å møte neste dag. Vi ser en stor kontrast i forløpet til dem som hadde god tid til å forberede seg, i motsetning til deltakeren som ble kontaktet og informert over telefon. Når innkallingen kom var det ulik grad av forberedthet. Som en sa:

Det gikk veldig kjapt. Jeg fikk en telefon, rett før, om jeg kunne komme inn. Så forberedelsen var bare en kjapp 'googling' av hva som skulle skje og jeg var inne på min helse og leste gjennom papirene. Jeg gjorde ikke grundig research.

En av kvinnene som hadde et stort problem med urinlekkasje, hadde også brukt internett for å skaffe seg informasjon om inngrepet. Der var det kvinner som snakket om inngrepet på en måte som ikke gav trøst og oppmuntring. Mye av det hun fant på nettet skremte henne. I vennegjengen ble hun derimot møtt med anbefaling av flere som hadde gjennomgått dette selv, og snakket varmt om resultatene. Hun sa det så klart: "Jeg hadde googlet og sett på TV om noen som hadde tatt operasjonen, som var misfornøyd, da ble jeg skremt. Når jeg endelig valgte å gjennomføre operasjonen var det fordi jeg hadde snakket med venner på trening, flere der hadde fått utført operasjonen og anbefalte den".

8.1.2 «Jeg er dame, så jeg har tenkt på alt»

Når den konkrete dagen for operasjonen var bestemt, var det ulike forberedelser som ble iverksatt. Dagkirurgi innebærer at du selv har ansvar for situasjonen før og etter sykehusoppholdet. En brosjyre sa litt om det praktiske de skulle gjøre, for eksempel dusj og personlig hygiene og at de ikke måtte være alene det første døgnet. I ettertid viste det seg å være flere praktiske problemer forbundet med det å komme hjem som de hadde ulik kontroll på. Noen hadde gjort mange forberedelser, andre mindre. En deltaker beskrev: “Jeg dusjet og så gikk til sykehuset, det var bare en kort tur”, mens en annen beskrev: “Jeg vasket meg flere ganger med hibiscrub, hadde på rent sengetøy og passet på at noen kunne hente meg og være med meg hjemme etterpå”. I tillegg var alle deltakerne opptatt av at alt det praktiske rundt familien og husholdningen måtte være ordnet på forhånd: “Jeg er dame, så jeg har tenkt på alt. Jeg har vasket klærne, ordnet i huset, og kjøpt inn alt. Man kan gjøre mye selv ved å ordne på forhånd. Jeg har hjulpet meg selv, slik at han har kunnet gjøre alt det andre”.

Noen fikk god tid til både praktiske og mentale forberedelser, andre fikk ikke det. Dette fikk direkte konsekvenser for hvilke forberedelser som ble gjort i forkant av operasjonen. Å bli ringt opp kort tid før operasjonen slik som en av deltakerne ble, kan virke negativt inn i forhold til både praktisk og mental forberedelse.

8.1.3 «Legen sa at jeg skulle få mye informasjon. Det synes jeg ikke at jeg fikk»

Deltakerne beskriver variert grad av informasjon i forkant av operasjonen. Det å forstå informasjonsbrevet i forkant av inngrepet opplevdes etter vår oppfatning enkelt for de fleste av deltakerne. Spesielt for dem som har vært gjennom dagkirurgi tidligere eller hadde hatt sykehusopphold tidligere. “Jeg leste brevet en gang og la det vekk, fordi jeg ikke klarte å fokusere på informasjonsskrivene siden jeg var så nervøs. Jeg visste uansett hva som skulle gjøres, for jeg har vært operert før”. For dem som aldri har vært på sykehus før opplevdes det praktiske skrivet som noe overveldende. “Når jeg var på ‘sjekken’ satt kirurgen og leste informasjonsskrivet sammen med meg, det var lurt, for det er lett for at man tenker å gjøre det senere, men så blir det ikke lest”.

Et skriftlig brev kan likevel leses flere ganger, i motsetning til en telefonbeskjed der alle opplysninger blir sagt der og da, og muligheten til å stille flere spørsmål opphører når telefonrøret er lagt på. Deltakeren som fikk innkalling over telefon opplevde informasjonen som lite tilfredsstillende.

Jeg fikk informasjon over telefon og spurte sykepleieren hva som skulle gjøres. Jeg fikk litt informasjon når jeg fikk bekreftet at operasjonen skulle gjennomføres. Rett før operasjonen snakket jeg med legen, som forklarte selve prosessen, men da hadde jeg allerede lest meg til alt om operasjonen, og forløpet. Legen sa at jeg skulle få mye informasjon. Det synes jeg ikke at jeg fikk.

Informasjonen fra sykehuset skal bidra til å opplyse pasienten, gjøre dem forberedt mentalt og bidra til at de har den nødvendige kunnskapen som er nødvendig for å kunne forberede seg praktisk til hele operasjonsforløpet, på egenhånd. Informasjonen deltakerne får har variert grad av mangler, og er i noen tilfeller motstridende. Deltakerne uttrykker ulikt behov for informasjon og det er mye de savner og er usikker på.

8.1.4 Diffuse forklaringer kan mistolkes

Informasjonen som blir gitt på sykehuset er ofte i tilknytning til det å komme hjem, for å ta hånd om sin egen postoperative periode. Informasjonen en pasient får er knyttet til kirurgen som opererer, sykepleierne som er delaktig i forløpet, og i hvor stor grad pasienten selv etterspør informasjon. En pasient er prisgitt forskjellige ting.

Etter inngrepet skal pasienten både hvile ut og få all nødvendig informasjon knyttet til rekonvalesent perioden. To timer er kort tid både for pasientene og sykehuspersonell. Det virket som den pasient tilpassede informasjonen i liten grad var tilstede. Deltakerne var opptatt av hvor raskt de kunne dusje etter inngrepet. En informant valgte å dusje med det samme hun kom hjem fra sykehuset, fordi hun måtte vente litt: “Da fikk jeg beskjed om å

ikke dusje nå, men å vente litt med det. Så da dusjet jeg når jeg kom hjem”. Dette tidsaspektet kan lett bli misforstått, slik som denne deltakeren gjorde. Deltakeren fikk beskjed om å vente litt med dusjing, og da ventet hun til hun kom hjem. Diffuse forklaringer fra helsepersonell kan lett mistolkes av operasjonspasienter. De fleste deltakerne valgte likevel å vente noen dager.

«En krevende pasient»

Også etter operasjonen, når deltakerne har kommet hjem ser vi at informasjon er viktig for dem, og at det var stor variasjon i hvor godt informert de var. Alle fikk tilbudet om å kontakte sykehuset dersom de hadde spørsmål postoperativt. Spesielt en deltaker påpekte på at informasjonsskrivet og informasjonen fra sykehuset generelt var et problem. Hun beskriver derfor at hun følte seg til bry fordi hun kontaktet avdelingen flere ganger postoperativt:

Jeg ringte sykehuset angående bandasjen to ganger og var en litt krevende pasient, men jeg hadde ikke vært det om det hadde stått bedre formulert i informasjonsskrivet. Hun som tok telefonen på sykehuset virket usikker. Jeg følte meg ikke trygg på det hun sa og da måtte jeg ringe igjen neste dag. Jeg kunne ønske de hadde vært mer tydelig.

Dette skiller seg betydelig fra de andre deltakerne som oppga at de ikke hadde kontaktet sykehuset i ettertid, og heller ikke hadde kjent behovet for det. Deltakeren som kontaktet sykehuset flere ganger over telefon fikk et annet informasjonsskriv postoperativt enn resten av deltakerne, og ble i tillegg innkalt over telefon. Denne pasienten fremsto som svært usikker på den postoperative perioden.

8.2 Tid på sykehuset og hjemreise

For de fleste av kvinnene gikk tiden på sykehuset etter at operasjonen var utført fort. To timer til «oppvåkning» er det de fleste trenger for å få medisiner ut av kroppen og å få kontroll på vannlatingen. Så var de klar for returen. Deltakerne opplevde tiden på sykehuset som positiv,

effektiv og rask. De fleste kvinnene gir uttrykk for at utskrivelsen var uproblematisk: “Jeg måtte bli hentet, min samboer kom inn og hentet meg fysisk. Jeg gikk igjennom tester før jeg ble skrevet ut, det måtte være under 100 ml i blæren. En liten time etter operasjonen lå jeg på sykehuset, så var det opp og gå, drikke og tisse, det gikk fort det”. Det kommer frem her at en viktig indikator for utskrivelsen er at pasienten kan tisse selv, at det ikke er tegn til urinretensjon eller andre postoperative komplikasjoner. Det at disse testene ble gjennomført opplevde alle deltakerne som betryggende. En av deltakerne uttrykker derimot forbauselse over hvor raskt utskrivelsen gikk, og stiller seg undrende til om det er helt trygt. “Jeg lå to timer etter operasjonen, og rett ut i bilen. Det kan ikke være rare operasjonssåret, det er sikkert godt sydd sammen, når de bare kan sende deg ut, ellers hadde de ikke tatt den sjansen”.

Et problematisk gjennomgangstema gikk igjen. Reseptene på smertestillende og andre nødvendige medisiner fikk de utskrevet ved hjemreisen, og måtte hentes på vei hjem. En deltaker hadde også blitt foreskrevet medisiner som hun selv mente hun ikke tålte. At pasienten skal være smertefri og ikke vise tegn til postoperative komplikasjoner er et generelt utskrivelse kriterium etter all kirurgi. Informantene hadde fått både lokalbedøvelse og rikelig med beroligende medikamenter peroperativt. Selv om ingen av dem hadde vært i narkose hadde de, som de sa, fått beroligende medisiner etter behov. Deltakerne beskriver likevel tegn på at de ikke var helt seg selv under hjemreisen, en av dem beskrev det som å være i «tåkeheimen».

Informantene i denne studien uttrykte ikke hjemreisen som et stort problem. Likevel beskrev flere av informantene at det å stoppe på apoteket ikke var problemfritt, de var ikke så oppegående som de vanligvis var, og kjente blant annet på svimmelhet og ubehag i operasjonssårene. Flere av deltakerne uttrykte at “Det kan ikke være helt trygt, å vandre på et senter alene, helt nyoperert”. En av deltakerne glemte både penger og legitimasjon, «jeg var jo helt i tåkeheimen» som hun sa.

8.3 Rekonvalesens på eget ansvar

Kvinnene hadde forskjellig forståelse av hvilke ansvar som var pålagt dem i den postoperative fasen hjemme. Alle pasientene gjennomgikk samme prosedyre, og skulle utføre samme egenbehandling i hjemmet. Likevel så vi store individuelle forskjeller på hvilke egenbehandling som ble gjort, og hvordan den ble gjennomført. I tillegg var det stor forskjell på hva de gjorde av dagligdagse aktiviteter.

8.3.1 Å komme hjem kan sette forsiktighetsregler på prøve

Deltakerne har fått begrenset mulighet til å utføre dagliglivets aktiviteter, ADL. Dette innebar aktiviteter som omhandlet omsorg for barna, ivaretagelse av husholdningen og seg selv. Alle kvinnene i studien har født flere barn og to er småbarnsmødre. Et fellestrekk hos deltakerne var at graviditet og fødsel var årsaken til problemene deres, men det å komme hjem opplevdes svært annerledes for kvinnene som var småbarnsmødre i motsetning til kvinnen som hadde voksne barn.

Alle informantene beskrev en konflikt mellom deres ansvar og samvittighet overfor familien og det å være nyoperert. De fleste deltakerne viste kunnskap om hvilke restriksjoner de hadde fått postoperativt, men beskrev at det var praktisk vanskelig å forholde seg til disse. For kvinnene gjaldt dette løfting av småbarn, kjøring og henting av større barn og husarbeid. En av kvinnene hadde febersykt barn hjemme og uttrykte: “Jeg vet at jeg ikke skal løfte tungt, men et lite løft opp på fanget går sikkert fint”. En annen kvinne hadde eldre barn, og beskrev: “Det viktigste for meg var at alt var på plass med barna, kjøringen og henting det gjorde jeg omtrent med en gang, kanskje jeg skulle tatt det litt med ro”. En annen deltaker beskrev at hun hadde fått veldig klar beskjed om å ta det rolig i dagene etter operasjonen: “Hvis jeg får beskjed om å ta det rolig, så gjør jeg det. Jeg hadde klart å lage middag, men skal en bøye seg eller flytte på ting, vet man aldri. Jeg har ikke gjort noe”. Det var stor forskjell på hvor mye deltakerne valgte og hadde mulighet til å gjøre når de kom hjem fra sykehuset.

Deltakerne uttrykker at de er avhengig av at mannen skal gjøre mer i hjemmet og hjelpe dem mer enn vanlig. De fleste deltakerne uttrykte at de ikke fikk så mye hjelp som de hadde ønsket. En måtte gi mannen beskjed om at hun ikke kunne lage middag, mens en annen opplevde å bli overlatt til seg selv rett etter at hun kom hjem fra sykehuset.

Jeg ble sur når min samboer dro da vi var kommet hjem. Han forstod ikke at han måtte overvåke meg, det hadde jeg glemte å si. Derfor hadde han ikke ordnet med henting av barna, og plutselig hadde han gått. Det var ikke greit, for jeg skulle ha tilsyn.

Derimot var det en deltaker som mente at mannen bidro mye: “Jeg har en supermann som stiller opp, slik at jeg får hentet meg inn igjen. Da er det opp til meg hvor mye jeg vil gjøre”. Deltakerne vi møtte var kvinner som utnyttet seg av ressursene sine i ulik grad for å håndtere hverdagen etter operasjonen. De fleste deltakerne hadde et godt nettverk rundt seg som de valgte å benytte seg av i stor grad. Deltakerne reflekterte over hvor sårbar de hadde vært foruten disse ressursene og vi ser at deltakerne hadde hatt et større behov for hjelp fra helsevesenet dersom de ikke hadde hatt disse ressursene. En deltaker beskrev dette så fint: “Jeg har min søster og foreldre som bor i nærheten. Jeg har alltid noen å ringe til. Jeg er ikke alene, det er nok ikke alle som har det utgangspunktet”.

8.3.2 De fysiske øvelsene må vente

En type informasjon ble neglisjert av pasientene uten noen form for kunnskapsbasert vurdering. Alle deltakerne hadde fått veiledning av fysioterapeut, og et informasjonsskriv som blant annet tok for seg hvilke øvelser som skal gjøres etter TVT operasjon, og når dette skal iverksettes. En vellykket TVT behandling krever at de opererte starter med bekkenøvelser ganske kort tid etter operasjonen. Likevel var det ingen av deltakerne som tok denne opptreningen på alvor, eller hadde begynt med øvelser når vi besøkte dem i hjemmet 3-6 postoperative dager. En av informantene nevnte at:

Fysioterapeuten sa at etter to dager kunne jeg begynne å ta litt bekkenøvelser. Jeg så på henne og tenkte at det kommer ikke til å skje. Jeg skal begynne med det etter fire uker, det kan godt være kjempelurt, men jeg gjør det ikke.

En annen informant nevnte at: “Ja, det har jeg selvfølgelig ikke tatt helt på alvor enda”. En av kvinnene mente at informasjonen hun fikk fra fysioterapeut angående hvordan hun skulle komme seg opp av sengen “uten å bruke bekkenet” var viktig. Ingen av informantene utførte opptreningen tilfredsstillende. Deltakerne la mer vekt på å være forsiktig, for å unngå komplikasjoner med operasjonssåret.

8.3.3 Postoperativt ubehag og medisiner

Informantene kunne fortelle om ubehag i forbindelse med inngrepet, men ingen beskrev smerter som et stort problem. Alle kvinnene beskriver en form for ubehag: “Jeg har kjent at det er ‘noe’, både inni og utenpå, at det river litt i operasjonssårene når jeg beveger meg”. Et par av deltakerne forklarer det postoperative ubehaget om “menssmerter”. En standardbehandling med Paracet og Voltaren ved behov viste seg hos våre deltakere å ha god effekt, og som den ene av dem sa: Jeg har tatt Voltaren i tre dager. Jeg kunne sikkert ha tatt dem lenger, men i dag kjenner jeg ikke så mye”. Det kommer likevel frem at det også er mangel på informasjon om administrering av medisiner: “Den litt sterkere smertestillende, Voltaren, det var ikke sagt hvor lenge man skal ta den, så det spurte jeg om”. Det kommer også frem fra andre kvinner at det burde vært spesifisert, hvor ofte og hvor mye behovsmedisin man anbefaler.

Ingen av kvinnene gir uttrykk for smerter som et stort problem, men velger å ta hensyn til dem på en noe ulik måte. En nevner at hun mulig gikk i gang med husarbeidet litt tidlig, mens en annen forklarer at hun har “gått som en 80 åring” og måtte legge seg ned på ofte de første dagene hjemme.

Hiprex skal også anvendes i den postoperative tiden, for å forebygge urinveisinfeksjon. Her er det også forvirring hos deltakerne om hvor lenge medisinen skal tas: “ Den tar jeg morgen og kveld. Det står på nettet at den vanligvis tas i fem dager, de sa det på sykehuset, men det står ti dager på pakningsvedlegget, så jeg tar den i ti dager, men det er litt motsetninger”.

8.3.4 Den gjennomslittige bandasjen

De fleste informantene lurte på når de skulle fjerne bandasjen, som de forklarte; “Det stod ikke noe i papirene om bandasjen. De kan være tydeligere på når den kan tas vekk”. En annen informant forklarer mangelfull informasjon omkring bandasjen og operasjonssåret som den største mangelen i operasjonsforløpet: “Det viktigste for meg var informasjonsskrivet, og bandasjene. Man blir sendt hjem samme dag og må ha en formening om skiftning av bandasje. Det var det eneste som det var litt mangelfull informasjon om, ellers har det gått greit”. En siste informant har derimot fått med seg hvilken informasjon som er gjeldende, og sier: “Nå har ikke jeg gjort det enda, men jeg skal jo skifte på sårene etter tre dager”.

8.3.5 Livet uten stressinkontinens

Alle deltakerne forklarer at de merker en forskjell på vannlatingen, at strålen har blitt mindre kraftig, og at det tar lengre tid å tømme blæren. En er svært fornøyd med resultatet hittil, og gleder seg til livet uten stressinkontinens. Alle informanter sier at de ikke angrer på operasjonen, men uttrykker bekymring for om TVT båndet skal flytte på seg. En av informantene forteller at siden hun ikke har funnet forskning på TVT båndets funksjon etter 15 år klarer hun ikke å stole helt på at båndet skal fungere optimalt resten av livet.

8.3.6 Observasjoner av egen helsetilstand

Informantene beskriver ulike helsetilstander i tiden etter de kommer hjem. Aktivitetsnivået er svært ulikt. En av deltakerne er ute å kjører bil allerede dagen etter operasjonen, mens en annen var sengeliggende første postoperative dag. En av kvinnene forteller at hun er i mye bedre form enn ventet, mens en annen mener hun må fokusere mer på egen helse, og bruke mindre tid på resten av familien akkurat i denne perioden. Det kommer frem i intervjuene hvordan informantene har vurdert sin egen helsetilstand i den postoperative perioden. Her er det forskjeller mellom informantene. En mente det var greit med en gåtur, mens en annen mente det var best å ta det helt rolig de første dagene, men etter flere dager følte hun det var greit å bevege seg mer: “Nå må jeg begynne å bevege meg litt, jeg fikk problemer med å gå på do. Derfor tenker jeg å gå litt. Man må være oppmerksom på at man trenger ikke legge seg helt ned for da stopper alt”.

Alle deltakerne uttrykte en form for takknemlighet for at vi hadde anledning til å gi råd eller henviser til korrekte kilder for rådgivning om sårstellet, fysioterapi, restriksjoner og medisiner eller trygge dem på at egenomsorgen de planlagte, eller hadde gjennomført, var riktig. En av deltakerne ønsket spesielt at vi skulle observere operasjonssårene for å være sikker på at det ikke var oppstått noen komplikasjoner ved dem. Dette kom utenfor selve intervju situasjonen, men vi mener likevel at det er viktig å poengtere fordi det belyser at de fleste deltakerne hadde behov for sykepleie i hjemmet, noe de selv kanskje ikke hadde forstått.

9.0 Diskusjon

Etter å ha fått verdifullt datamateriale fra informantene, er det mye som lar seg diskutere. Alle de intervjuede har slitt med urininkontinens over en lang tid, så inngrepet var noe de i utgangspunktet var forberedt på, og ønsket å gjennomføre. Operasjonen, som var en planlagt dagkirurgisk prosedyre, var informantene også kjent med, men kanskje var det å ta ansvar for seg selv pre- og postoperativt en større utfordring enn de regnet med. I forbindelse med problemstillingen: «Hvilke erfaringer har de aktuelle pasienter til egenomsorg i forbindelse med dagkirurgisk operasjon for urininkontinens, TVT?», var det fem emner de intervjuede fokuserte på slik vi ser det. Dette vil vi vise gjennom følgende overskrifter: “Ro til forberedelse”, “Google og andres erfaring - fordelaktig?”, “Utskrivelse og hjemreise i tåkeheimen”, “Verdien av tilpasset informasjon” og “Rekonvalesens på eget ansvar - hva kommer de hjem til?”. Som nevnt i tidligere kapitler benyttes annen forskning og Nightingales teorier om sykepleie som grunnlag for å fortolke materialet.

9.1 Ro til forberedelse

De fleste av våre informanter ble innkalt til operasjon via brev, slik det vanligvis gjøres. Det var derimot en informant som ble innkalt til kirurgi over telefon dagen før operasjon. Alle deltakerne forholdt seg positiv til å få fastsatt dato for operasjon, og gav uttrykk for at de så frem til å bli kurert for sin stressinkontinens. Deltakerne i studien vår hadde store variasjoner i forhold til forberedelsestid og kvinnene beskriver svært ulik grad av forberedthet. Vi mener på bakgrunn av våre funn, at risikoen ved å informere pasienter over telefon, med kun muntlig informasjon, er at man i større grad utsetter TVT pasientene for å ikke bli godt nok informert om det operative forløpet, og dermed blir dårligere forberedt til å utføre egenomsorg postoperativt. Bendiksen et. al (2019) konkluderer med at kirurgiske pasienter som fikk både muntlig og skriftlig informasjon preoperativt, husker informasjonen godt.

Det er vår erfaring at viktig informasjon som kun blir gitt muntlig, muligens ikke er godt nok, fordi hva pasienten husker vil variere ut ifra person og situasjon. Walker (2002) bekrefter at man må ta hensyn til at personer har varierende evne til å huske muntlig informasjon. Deltakerne våre som mottok innkallingen per brev, hadde god tid fra innkalling til selve operasjonen og derfor mulighet til å lese informasjonsskrivet gjentatte ganger, fordøye

informasjonen og planlegge sine preoperative forberedelser og rekonvalesenstid bedre. I følge Sonne (2019) er repetisjon viktig for den langsiktige hukommelsen, det vi blir informert om en gang husker vi bare kort tid, mens det vi repeterer “lagrer seg” i vår hukommelse. Et lengre tidsaspekt i tillegg til bruk av skriftlig informasjon kommer tydelig frem som en fordel i våre funn. Ong et. al (2019) beskrev at når deres deltakere fikk en informasjons DVD preoperativt hadde de mye bedre erfaring med sin postoperative periode og egenomsorgen de måtte utføre, versus deltakerne som kun fikk skriftlig informasjon.

Deltakerne utførte ulike tiltak under forberedelsene til operasjon. Alle mente det var viktig å gjennomføre de praktiske forberedelsene rundt husholdningen: familie og barn og tilrettelegge for gode hygieniske forhold som trengs når man er operasjonspasient, for eksempel; skift av sengetøy og personlig hygiene. Småbarnsmødrene blant deltakerne våre utførte i hovedsak praktiske forberedelser.

Jeg er dame, så jeg har tenkt på alt på forhånd. Jeg har vasket klærne, jeg har ordnet i huset, og kjøpt inn alt. Man kan gjøre mye selv ved å ordne på forhånd. Jeg har hjulpet meg selv, slik at min mann har kunnet gjøre alt det andre.

En deltaker beskrev derimot at hun i tillegg hadde anledning til mentale forberedelser. Denne deltakeren har voksne barn og uttrykte at hun dermed hadde mulighet til sette av tiden i forkant av operasjon til seg selv. Hun beskrev at det å få ro, var en viktig del av hennes mentale forberedelser, i tillegg til de viktige praktiske forberedelsene hun utførte. Hun sa det så fint: “Jeg dusjet også gikk jeg til sykehuset, det var bare en kort tur”. Denne deltakeren beskrev at den korte turen til sykehuset bidro til at hun fant ro, og uttrykte at hun da var mer klar for operasjonen. Vi undres om forskjellen i mental forberedthet hadde innvirkning på resten av operasjonsforløpet. Vi har fått inntrykk av at småbarnsmødre som opereres dagkirurgisk for TVT opplever operasjonsforløpet som mer problematisk, da de har mindre tid til å fokusere på seg selv, og finne ro. Nightingale (1997, s. 32) forklarer at en viktig del av det å utøve god sykepleie er å sørge for at pasienten får ro. Når pasienten skal være ansvarlig for sin egen sykepleie ser vi at småbarnsmødrene ikke har denne samme muligheten for å prioritere dette. Nightingale (1997, s. 32) beskriver at ro er like viktig som de praktiske aspektene ved god sykepleie. De viktigste praktiske aspektene ved god sykepleie er ifølge

henne blant annet å sørge for generell renslighet og riktig ernæring. Vår oppfatning er derfor at når pasientene selv skal være ansvarlig for sin egen sykepleie trenger de tid til både mentale og praktiske forberedelser. Nightingale (1997, s. 32) bekrefter at alle disse tiltakene; de praktiske, og det som vi beskriver som mentale forberedelser er viktig for å tilrettelegge for god sykepleie.

Det er også vår erfaring fra empirien at det kan være individuelle ønsker og behov hos pasienten som ikke er skrevet ned eller snakket om. Eksempelvis kommer det frem at informantene som ble innkalt over telefon kontaktet sykehuset to ganger i etterkant av innkallingen, hvor hun stilte ulike spørsmål. Derfor bør pasientene tilbys telefonkontakt, med mulighet for å spørre om det de lurer på. Dávøy et. al (2017) bekrefter at muligheten for telefonisk kontakt opplevdes som verdifull hos dagkirurgiske pasienter, men peker også på at terskelen for å ta kontakt opplevdes som høy, de uttrykte et ønske om å selv bli oppringt. Deltakerne uttrykte at de ønsket en faglig vurdering fra sykehuset, og at det hadde føltes bedre om sykehuset hadde ringt dem. Empirien indikerer altså at deltakerne som hadde lengre tid på forberedelser erfarte egenomsorgen i ettertid av operasjonen som lettere og mer overkommelig. Sykehuset bør derfor tilrettelegge for at pasienten får tid til forberedelser, samtidig som de tilrettelegger for at alle får et standardisert informasjonsskriv, i tillegg til mulighet til å stille spørsmål og få tilpasset informasjon.

9.2 Google og andres erfaring - fordelaktig?

Når innkallingen var gjennomgått utførte alle deltakerne en undersøkelse parallelt med de praktiske forberedelsene. De googlet, snakket med familie eller venner som hadde fått utført TVT inngrepet og oppsøkte pålitelige kilder for informasjon: helsenorge.no, helsepersonell og eller leste informasjonsskrivet. En av informantene nevnte at: "Jeg ringte til venninnen min som er operasjonssykepleier i tillegg til å lese på nettet." Pasienter søker informasjon om det de skal gjennom i ulike fora. Både ulike medier og kjente personers erfaring trekkes inn når de skal bli oppdatert på det forestående.

En deltaker hadde sett på fjernsyn om en som var misfornøyd med TVT prosedyren og dette skremte henne, slik at hun valgte å utsette operasjonen første gang hun fikk tilbud om å bli operert. Walker (2002) bekrefter at det er mye som kan påvirke hvilke forventninger pasienten har til kirurgi. Eksempelvis kan 'skrekkehistorier' om negative opplevelser forårsake unødig bekymring hos pasienten. Flere av deltakere hadde derimot snakket med bekjente eller familie som hadde fått utført inngrepet og hadde positive erfaringer å meddele, deltakerne beskrev da at det gav dem ytterligere motivasjon til å gjennomføre inngrepet. I tillegg beskriver alle deltakerne at de 'googlet', men går ikke inn på hvilke nettressurser de til slutt benyttet seg av. Volk og Obeid (2019) bekrefter at utbredt googling oppleves som et problem for helsetjenesten. Som sykepleiere er det også vår erfaring at dette er et problem; det kan virke som den moderne pasienten har et behov for informasjon og kommunikasjon med helsevesenet, som vi ikke har ressurser til å møte. Pasienten kan da ty til alternative kilder som kan være full av feilinformasjon, gi rom for mistolkninger eller ikke bidra til en god opplevelse av operasjonsforløpet.

I stortingsmelding 47 (2008, s. 51) hevdes det:

Pasienten har utviklet seg fra å være passivt mottakende til å bli langt mer aktivt medvirkende, og til dels etterspørrende og krevende. Gjennom bl.a. internett har pasienten i større grad fått tilgang til kunnskaper om egen helse og hvilke behandlingstilbud som finnes.

Det er også vårt inntrykk at det finnes store individuelle forskjeller hos pasienter her, noen har mer kompetanse på å innhente relevant informasjon fra nettet enn andre. Dåvøy et. al (2017) etterlyser forskning i et større omfang på hvordan denne pasientrollen har utviklet seg. Vårt datamateriale er svært lite. Det gjør det vanskelig å si noe sikkert i forhold til hvordan dagpasienter generelt forholder seg til informasjon fra ulike informasjonskanaler. Noen utsetter en operasjon fordi de har hørt om negative resultater, andre gjennomfører inngrepet fordi de har fått gode tilbakemeldinger fra sine informasjonskanaler. På alle måter var våre deltakere informasjonshungrige. Det samme som forskningen sier: Det vi kan si er at trygge, pålitelige internettressurser med relevante opplysninger om de aktuelle inngrepene er av stor nytte (Volk og Obeid 2019).

9.3 Utskrivelse og hjemreise i 'tåkeheimen'

Deltakerne fikk ikke narkose, det kunne likevel se ut som de beroligende medikamentene de fikk under operasjonen satt lenge i kroppen. Dette viste seg for noen å være en utfordring når de på veien hjem måtte innom apoteket for å hente medisiner. En uttrykte at hun var i «tåkeheimen», en annen «glemte kort og kode» når hun skulle betale. Det kan se ut som disse pasientene ikke er så klare for hjemreisen som sykehuset tenker at de skal være. To av deltakerne uttrykte at de måtte gå på apoteket alene av praktiske hensyn. "Det kan ikke være helt trygt, å vandre på et senter alene, helt nyoperert".

I følge Nordentoft & Ræder (2010) er generelle krav ved utskrivelse fra dagkirurgisk enhet at pasienten skal være fri fra smerte og kvalme, være klinisk stabil, kunne sitte i bil, ikke vise tegn til postoperative komplikasjoner, kunne drikke og late vannet, ha forsvarlig reiseavstand fra sykehuset og ha ledsager hos seg til neste dag. I tillegg til disse generelle utskrivelses kriteriene fremkommer det noen operasjonsspesifikke utskrivelseskrav for TVT fra empirien. Kriteriene var blant annet at de ikke måtte vise tegn til urinretensjon. Dette støttes opp av informasjonsskrivet deltakerne mottar (vedlegg 3), her står det spesifikt at de ikke kan være alene det første døgnet. Vi stiller oss derfor undrende til hvor svikten har oppstått. Empirien indikerer tidvis dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Førte dette til at deltakerne ikke forstod viktigheten av å ikke være alene første døgnet? Eller var det praktisk vanskelig å utføre apotekbesøket og deltakerne valgte derfor å trosse anbefalingene? I følge Nightingale (1997, s. 73) må en god sykepleier sørge for at pasienten har like god pleie til enhver tid. Vi undres om vi fraskriver oss noe av ansvaret når pasienten skrives ut uten noen form for sykepleiefaglig oppfølging. Ut i fra empirien ser vi at pasientene forstår viktigheten av å ha en ledsager som nyopererte dagkirurgiske pasienter, men at det er praktisk vanskelig å overholde.

I følge informasjonsskrivet (vedlegg 4, s.1) skal deltakerne få resept og hente ut medisiner for å forebygge urinveisinfeksjon, Hiprex, i forkant av operasjonen. Denne resepten skal legges ved innkallingen. Vi stiller oss uforstående til at pasientene ikke skal få resept på både smertestillende og hiprex i forkant, slik at de slipper å ordne dette etter operasjonen. Hvis ikke begge reseptene kan legges ved innkallingen, og med pålegg om at disse må tas ut før

operasjonen, bør pasienten kanskje få mulighet til å få eller kjøpe dette på sykehuset. I tillegg tilbyr apotekene i dag en rekke moderne løsninger for denne problemstillingen, som avdelingen muligens kunne informert pasienten om: klaring av resepter som kan hentes ut av pårørende ved fullmakt, hjemlevering av reseptvarer med mer (Apotek 1, 2020).

9.4 Verdien av tilpasset informasjon

Våre deltakere hadde forskjellige erfaringer med den samlede informasjonen de mottok fra den dagkirurgiske avdelingen under sitt forløp. Vi har tidligere diskutert kvinnenes selvstendige innhenting av informasjon preoperativt, og deres opplevelse rundt det å bli innkalt til kirurgi. Vi vil drøfte hvordan deltakerne beskrev sin samlede erfaring rundt informasjonen fra sykehuset, og preoperative pasientundervisning. Dette fordi vi har inntrykk av at den preoperative undervisningen har sammenheng med hvordan pasienten erfarer sin egenomsorg.

Jeg fikk litt informasjon ved første spesialistkonsultasjon og noe informasjon over telefon, ved innkallingen. Rett før operasjonen snakket jeg med legen, som forklarte selve prosessen. Legen sa at jeg skulle få mye informasjon. Det synes jeg ikke at jeg fikk.

Et av de mest sentrale funnene i vår oppgave er mangel på informasjon og formidling av denne. Ulike paragrafer i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) beskriver disse rettighetene som noe pasientene har krav på, men som vi mener ikke blir ivaretatt godt nok. Vi vil hevde at til denne gruppe pasienter, er informasjon alfa og omega. De blir overlatt til seg selv og en «ufaglært» etter to timer, det er et stort ansvar. Forskning bekrefter viktigheten av informasjon i et dagkirurgisk forløp. Og utdyper at riktig og tilpasset pasientundervisning er essensielt for å oppnå en god rekonvalesensperiode. Mitchell (2014) kom frem til at pasienters rekonvalesensperiode blant annet er avhengig av god preoperativ informasjon, fordi dette gjør dem bedre 'rustet' til å utføre egenomsorg i sin postoperative periode. Walker (2002) fant at for å kunne utøve god sykepleie til operasjonspasienter er formidling av preoperativ undervisning til pasientene essensielt. Dette viste også våre funn: "Når jeg var på 'sjekken' satt kirurgen og leste informasjonsskrivet sammen med meg, det var lurt, for det er lett for at

man tenker å gjøre det senere, men så blir det ikke lest”. Da kan man også diskutere det en ikke forstår fordi en har ekspertise og rådføre seg med. Noen deltakere opplevde å få tilstrekkelig preoperativ undervisning. Likevel mener vi at den totale informasjonen ikke er tilfredsstillende. Mottram (2011) konkluderer, i likhet med oss, at informasjonen oppleves som fragmentert mellom preoperativ konsultasjon, tiden på sykehuset og postoperativ telefonsamtale. Hun etterlyser i tillegg en mer strømlinjeformet og “planlagt” informering av pasienten. Det foreslås en ny type sykepleie, hvor pasienten kun trenger å forholde seg til en begrenset gruppe i helsevesenet under sitt forløp. Vi opplever også erfaringsmessig at pasientene har fordel av den tradisjonelle kontaktsykepleieren og forholde seg til færre helsearbeidere.

Nightingale (1997, s. 151- 152) forklarer hvordan sykepleier kan benytte seg av riktig og god kommunikasjon med pasienten for å innhente subjektiv informasjon som må vurderes kritisk av sykepleieren for å kunne gi best mulig pleie. I hovedsak beskriver Nightingale hvordan man må unngå å stille ledende spørsmål, fordi pasienten alltid vil svare basert på sine egne erfaringer og subjektive målestokker, og informasjonen blir unøyaktig. Denne problemstillingen finner vi fortsatt relevant i sykepleierens arbeid med å informere pasienter. Det er først gjennom å ‘kjenne’ pasienten, å benytte sitt kliniske blikk, som Nightingale beskriver her at vi kan utøve god sykepleie. Når vi kommuniserer med pasienten, også i situasjoner hvor vi skal undervise og informere er vi avhengig av gode kommunikasjonsferdigheter for å gi tilpasset informasjon til pasienten. Denne muligheten til å kommunisere faller bort når tiden blir knapp. Mitchell (2016) fant at når sykepleierne jobbet i et presset arbeidsmiljø med stadig flere avbrytelser prioriterte de muntlig kommunikasjon med pasienten. Dette for å sikre trygge rammer for kirurgi som fremmer pasientsikkerheten.

Det er vårt inntrykk at den største mangelen i deltakernes dagkirurgiske forløp var konkret, detaljert og individuelt tilpasset informasjon som hadde som mål å gjøre dem best rustet for sitt dagkirurgiske forløp, og den sårbare postoperative tiden når de er overlatt til seg selv. Dette tema vil vi nå utdype videre.

9.5 Rekonvalesens på eget ansvar - hva kommer de hjem til?

Tanken bak dette temaet er å belyse det forskjellige utgangspunktet alle pasienter har når de kommer hjem. Noen kom hjem til barn, en fysisk krevende jobb og en hel husholdning å drive, mens andre hadde kun seg selv å tenke på. Vi mener at sykepleie bør bidra til å utligne disse “forskjellene” i ressurser, og at dette er vanskeligere å tilrettelegge ved dagkirurgi. Empirien viste stor forskjell på hva deltakerne utførte av dagligdagse aktiviteter. De fleste viste forståelse for viktigheten av de fysiske restriksjonene, men følte at de selv hadde evne til å vurdere hva som var forsvarlig: “Kjøringen og hentingene gjorde jeg omtrent med en gang, kanskje jeg skulle tatt det mer med ro”. Noen opplever mer forsiktige enn andre. Berg et. al (2013) fant også at pasienter valgte å “lytte til egen kropp” og gjøre en selvstendig vurdering av hva de kjente seg trygge på, ettersom de følte et ansvar for å forebygge postoperative komplikasjoner. Pasientene formidlet, i likhet med våre deltakere, at dette ansvaret innebar at de måtte ta den postoperative perioden seriøst: “Hvis jeg får beskjed om å ta det rolig, så gjør jeg det”. Kvinnene har fått begrenset mulighet til å utføre dagliglivets aktiviteter. ADL innebar for vårt utvalg aktiviteter som omhandlet omsorg for barna, ivaretagelse av husholdningen og seg selv. Lupien et. al (2000) bekrefter at dagkirurgi kan føre til begrensning i pasientens evne til å utføre ADL, og at dette har en direkte sammenheng med hvordan pasienten utfører egenomsorg.

Alle kvinnene i studien vår har født flere barn og to av dem er småbarnsmødre. Forskjellen i ADL har muligens også sammenheng med hva som møtte dem hjemme. Her hadde alle deltakerne forskjellige utgangspunkt og noen begrensninger ble praktisk vanskelig å overholde. Det å komme hjem, å være rekonvalesenter, opplevdes mer belastende for kvinnene som var småbarnsmødre enn for kvinnen som hadde voksne barn. Nightingale (1997, s. 191) mener at det er helt klart at rekonvalesenter, pasienter som er på bedringens vei, også trenger pleie for å best tilrettelegge for god helse i senere i livet. Hun beskriver at noen pasienter må forlate sykehusene lenge før de er i stand til å vende tilbake til sine daglige gjøremål. Det som møter dem er en overbelastet husholdning med utmattede ressurser som ikke kan møte deres behov for pleie, riktig ernæring og komfort. Vi finner det ironisk at Nightingales tanker og frustrasjoner over helsevesenet på midten av det 19. århundre igjen skal gjøre seg gjeldende i vårt moderne samfunn. Når Nightingale skriver (1997, s. 191) om fattige, er det fordi de mangler økonomiske ressurser, mens vi snakker om ressursfattige

pasienter, i form av at de mangler kunnskap, hjelp, støtte og sykepleie i hjemmet etter kirurgi. Likevel mener vi at det er fullt mulig å dra paralleller. De fleste deltakerne i vår studie kom hjem til en husholdning som i utgangspunktet var avhengig av dem, og opplevde å få mindre hjelp og pleie enn de hadde ønsket seg.

Min samboer dro da vi var kommet hjem. Han forstod ikke at han måtte overvåke meg, det hadde jeg jo glemt å si. Det var ikke greit, for jeg skulle ha tilsyn. Han hadde ikke ordnet med henting av barna.

Noen opplevde denne delen av den postoperative perioden som positiv, de uttrykte at de fikk god hjelp og støtte fra sin partner. “Jeg har en supermann som stiller opp, slik at jeg får hentet meg inn igjen. Da er det opp til meg hvor mye jeg vil gjøre”. Vi ser altså en tydelig forskjell i hvor mye støtte og hjelp deltakerne fikk i hjemmet. En god rekonvalesenstid krevde at partneren tok på seg mer ansvar enn vanlig i tillegg til å hjelpe kvinnen hvis hun uttrykte behov for det. Berg et.al (2013) fant også at hos deres deltakere var det nødvendig med flere justeringer i familiens rollefordeling, når en av omsorgsgiverne var blitt operert. Småbarnsmødrene blir spesielt sårbare i den postoperative fasen, fordi de innehar et stort ansvar i hjemmet, i tillegg til at de skal være rekonvalesenter. Vi har flere spesifikke eksempler på at kvinnene ikke forstod, eller ikke hadde mulighet til å forholde seg til de rammene som den postoperative perioden utgjør: “Jeg vet at jeg ikke skal løfte tungt, men et lite løft opp på fanget går sikkert fint”. I følge informasjonsskrivet (vedlegg 3, s. 7) som deltakerne mottok skal man ikke løfte tungt for å unngå stor belastning mot underlivet, uten å utdype hvilke konsekvenser dette kan medføre. Tunge løft kan muligens føre til komplikasjoner og dermed forlenge rekonvalesenstiden. Ikke minst kan inngrepet mislykkes.

9.5.1 Fysioterapi

Alle informanter har fått skriftlig og muntlig informasjon fra fysioterapeut omkring øvelser som skal gjennomføres i den postoperative perioden. Umiddelbart etter operasjonen kan man starte med forsiktige bekkenbunnsøvelser ifølge informasjonsskrivet (vedlegg 3) som TVT pasientene mottar. Empirien indikerer at deltakerne kanskje ikke så nytten av fysioterapi. På

intervjudagen var det ingen som hadde begynt med treningsøvelsene: “Fysioterapeuten sa at etter to dager kunne jeg begynne å ta litt bekkenøvelser. Jeg tenkte at jeg kommer ikke til å ta knipeøvelser. Jeg skal begynne med det etter fire uker men ikke etter to dager”. I følge informasjonsskrivet (vedlegg 3, s. 7-8) som TVT pasientene mottar skal man gjennomføre bekkenbunnsøvelser allerede de første dagene etter operasjonen for å fremme sirkulasjonen, og videre for å styrke bekkenbunnen fordi den fungerer som en støtte for organene i underlivet, og er en sikring mot lekkasje. Vi stiller oss derfor undrende til hvorfor informantene ikke gjennomfører øvelsene de får anbefalt fra fysioterapeut. Slik vi oppfatter det er ikke mangel på informasjon hovedproblemet i dette tilfelle, men heller mangel på forståelse av viktigheten med disse øvelsene.

9.5.2 Sårstell

Empirien viser at de fleste av deltakerne var usikker på når operasjonsbandasjene skulle fjernes. Det fremkommer at informasjonen en pasient får er avhengig av flere faktorer: kirurgen, sykepleierne som er delaktig i forløpet og i hvor stor grad pasienten selv etterspør informasjon. En deltaker var usikker på når hun kunne dusje, og om det gikk an å dusje med bandasjen: “Da fikk jeg beskjed om å ikke dusje nå, men å vente litt med det. Så da dusjet jeg når jeg kom hjem”. Ut fra empirien fremkommer det at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient tidvis er lite konkret, og gir rom for misforståelser. I følge Mitchell (2014) konkluderes det med at pasientene er for lite forberedt på utskrivelsen, samt at viktig og kritisk informasjon gis på feil tidspunkt i pasientforløpet. Etter gjennomgang av informasjonsskrivene (vedlegg 3) som TVT pasientene mottar, fant vi mangelfull informasjon om operasjonsbandasje og operasjonssår.

Deltakerne viste variert grad av kunnskap om sårstell. Vi mener at når en pasient skal skrives ut samme dag og får dette ansvaret, bør en del av informasjonen dreie seg om hvordan man skal observere såret, og hvordan det skal skiftes på. Dette bekrefter Odom - Forren (2019, s. 281-282) og viser også til at operasjonssår må overvåkes for symptomer på infeksjon; feber, rødhet, hevelse, varme og puss. Derfor mener vi at den skriftlige informasjonen som blir gitt til pasientene preoperativt oppdateres slik at det ikke oppstår unødvendig usikkerhet hos pasientene.

To av våre informanter spurte oss som operasjonssykepleiere, om vi ville se på operasjonssåret. Vi tolket dette som et behov for faglig uttalelse, en faglighet de selv manglet.

9.5.3 Medisinering

De fleste av informantene uttrykker ikke at postoperative smerter er en stor plage, men beskriver det som et ubehag. Det kommer frem at alle kvinnene har fått noe misvisende informasjon omkring bruk av medikamenter. Våre funn viser at det derfor er mye usikkerhet omkring administrering av medisin i den postoperative perioden. Pasientene ble usikre når de fikk en beskjed fra sykehuset og det sto noe annet på medikamentpakningen. Da ble det tvil om hvor lenge medisinene skulle tas, og pasienten tok et annet valg, som ved bruk av Hiprex. Her kommer det igjen frem at når kommunikasjonen og informasjonen er lite konkret, skaper dette usikkerhet og spørsmål hos pasienten. I dette tilfelle omkring administrering av medisin. Odom - Forren (2019 s. 281) bekrefter at pasienten skal ha konkret skriftlig informasjon før utskrivelse om hvordan medikamenter skal administreres.

9.5.4 Hvordan kan sykepleier bidra til å forbedre opplevelsen av egenomsorg?

Som operasjonssykepleiere innehar vi en unik fagkunnskap om hygiene, kroppens patofysiologi og tilhelingsprosesser og eventuelle følger av TVT behandling. Det er denne fagkunnskapen som gjør at vi uttrykker en viss bekymring for hvilke følger det får for pasienten når pasienten må være sin egen pleier hjemme. Dåvøy et. al (2017) beskriver at pasienter i et dagkirurgisk forløp kan oppleve den postoperative perioden som et for stort ansvar og bekrefter dermed at sykepleiefaglig kompetanse savnes i hjemmet når man må være sin egen pleier.

Det er mulig at den postoperative fasen kan mestres av pasienten, med rett pasientundervisning, hjelp og støtte og rette ressurser i hjemmet. Likevel har vi erfart at feil og komplikasjoner hyppigst oppstår når problemstillingene blir for kompliserte eller gir rom

for mistolkninger, der 'pasienten kommer til kort', nemlig der det er behov for sykepleiefaglige vurderinger, basert på faglig skjønn og erfaring. Dávøy et. al (2017) bekrefter dette, de fant at de fleste pasientene oppga det å vurdere sin egen helsetilstand som mest utfordrende. Ifølge Nightingale er observasjon sykepleierens viktigste redskap. For å utøve god sykepleie skal en observere pulsen, ernæringstilstanden, søvnen, eliminasjonen, respirasjonen, administrerer og observere virkning av medisiner og endringer i dem hos pasienten, og deretter sette inn tiltak for å dekke pasientens grunnleggende behov og funksjoner. Dette er noe som ifølge Nightingale ikke kan læres gjennom en bok, men må utvikles gjennom erfaring (Nightingale, 1997, s. 180). Det er også vår erfaring at en pasient, kan lære seg hva man skal observere, men ikke hvordan vurdere observasjonene. Denne sykepleiefaglige observasjonen, som Nightingale beskriver, kan ikke pasientene lese seg til. Denne kunnskapen, er noe en god sykepleier bruker tid på å utvikle, og er noe av det som skiller en omsorgsperson fra en profesjonell sykepleier. Så vi undres over hvordan vi kan forvente av pasienten at de skal observere og vurdere sine operasjonssår, effekten av fysioterapi øvelsene, overholde de fysiske restriksjonene og administrere sine medikamenter uten å forvente at feil og komplikasjoner vil oppstå. Gjennom våre intervjusituasjoner fant vi at ingen av deltakerne hadde utført egenomsorgen til den grad som var forventet av dem fra sykehuset postoperativt. Dávøy et. al (2017) og Mottram (2011) fant at sykepleiefaglig tilstedeværelse savnes når man må være sin egen pleier. Pasienter opplever håpløshet uten sykepleiefaglig kompetanse i hjemmet.

Berg. et. al (2013) fant at deres pasienter var avhengig av kunnskap og forståelse for hva som utgjør en vanlig rekonvalesenstid og egenomsorgen de skulle utføre for å oppnå bedring postoperativt. Vi foreslår at denne kunnskapen kan oppnås gjennom tilstrekkelig informasjon og tilpasset pasientundervisning. Ong. et. al (2009) bekrefter dette, de fant at pasientens opplevelse av egenomsorg postoperativt etter dagkirurgi var tett forbundet med hvilken pasientundervisning de får preoperativt. Gilmartin (2002) foreslår at en slik pasientundervisning bør være kunnskapsbasert.

Deltakerne i vår studie ble operert dagkirurgisk, og hadde et kort møte med sykepleierne i avdelingen. Deltakerne reiste raskt fra avdelingen, kanskje mens de fremdeles var i 'tåkeheimen', slik de beskrev. Vi undres hvilken type informasjon som da fester seg. Hva

husker de av det som ble sagt på forhånd og under tiden på sykehuset, når 'spenningen' rundt inngrepet opptok dem? Vi har inntrykk av at dette korte møtet vanskeliggjør det å kunne utøve god, individuell tilpasset sykepleie. Gilmartin (2007) pekte også på den korte tiden med pasienten som et problem. Berg et. al (2013) fant at pasientens opplevelse ved sykepleie i dagkirurgi var todelt: pasientene følte seg objektivisert, og opplevde stress på grunn av et tidspress i avdelingen. De følte seg også trygge, i de tilfellene hvor sykepleierne gav uttrykk for å være hyggelige, kompetente og teamet opplevdes som velfungerende.

Nightingale (1997, s. 159) mener at god sykepleie består i å ta hensyn til det som er felles for alle syke, men også de små særtrekkene hos hvert enkelt sykt menneske, man må kjenne sin pasient. Erfaringsmessig mener vi at dette utgjør hele forskjellen, man kan utøve betraktelig bedre sykepleie til en pasient når man kjenner deres spesielle behov, fremfor en pasient man ikke har kjennskap til. Vi har inntrykk av at i dagkirurgi er det mindre rom for denne typen sykepleie, det er ikke tilstrekkelig tid til å bli kjent med pasienten. Gilmartin (2007) bekrefter at for å best kunne forstå de dagkirurgiske pasientenes behov har helsepersonell nytte av operasjonsspesifikk forskning. Denne kunnskapen kan bidra til at helsepersonell kan kommunisere og undervise pasientene på en mer tilpasset måte. Hun foreslår at kunnskapsbasert praksis med fokus på individuelle behov vil kunne gi pasientene økt kvalitet i behandlingen. Vårt håp er at prosjektet kan bidra til økt kunnskap om vår pasientgruppe: kvinner som får utført TVT prosedyre dagkirurgisk, for å kunne bidra til at de får et enda bedre kirurgisk forløp, og da spesifikt en forbedret opplevelse av deres rekonvalesenstid.

10.0 Diskusjon av metode

Selv om vi har beskrevet det metodiske i et eget metodekapittel, vil vi kort kommentere metoden spesifikt. Vi gikk inn i et pågående prosjekt der metoden var bestemt. Vår problemstilling fikk vi besvart ved bruk av et semistrukturert intervju. Likevel vil vi kommentere at utvalget er svært magert. Dette har gjort at det i liten grad kan generaliseres, selv om det ikke er noe vi snakker om i kvalitativ forskning. Malterud skriver at ingen kunnskap er allmenngyldig, i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter for ethvert formål (Malterud, 2017, s. 23). Noe kan vi likevel gjenkjenne til tross for bare tre intervju. Når Covid - 19 slo til fikk vi valget om å avslutte studiet eller utsette på ubestemt tid, eller som vi valgte, gjøre masteroppgaven ferdig til fastsatt tid. Å skrive en masteroppgave på så kort tid, gir modningsprosessen vanskelige kår. Vi vil hevde at analyseperioden er for kort, for her kan det fortsatt være noe vi ikke har sett ennå. Det er likevel den delen vi har brukt mest tid på, men som vi ikke føler oss helt ferdig med. I all kvalitativ forskning er det naivt å tro at man får med seg alt. Vi trøster oss med Malterud som skriver at “Våre redskaper er utilstrekkelige, våre data vil alltid bare speile en avgrenset del av den virkeligheten vi ønsker å utforske...” (Malterud, 2017, s. 25). Vi har gjort noen kompromisser, og håper at de på denne måten har blitt synliggjort.

11.0 Konklusjon

Deltakerne i studien var i det store og hele fornøyd, og opplevde egenomsorgen som håndterbar. Det som kom frem som de viktigste funnene i vår empiri var mangel på informasjon, og betydningen av den kvalifiserte omsorgen. De hadde ingen å drøfte faglige spørsmål med, og tok derfor avgjørelser, ikke på bakgrunn av faglig skjønn, men etter egen overbevisning, som ikke alltid var den beste. Deltakernes daglige liv skapte også utfordringer ved å være nyoperert. Dette var spesielt tydelig hos småbarnsmødrene. To timer på sykehus etter inngrepet virker å være i korteste laget. Mer skriftlig og muntlig informasjon er nødvendig. Den mentale forberedelsen er viktig, derfor er det ikke greit å bli varslet dagen før operasjon. I likhet med (Berg et. al, 2012) mener vi at den postoperative fasen er et svakt ledd i det kirurgiske forløpet. Et tiltak kunne vært å rutinemessig kontakte pasientene via telefon første postoperative dag. Vi håper ved våre funn å kunne belyse og bidra til at TVT pasientene får et enda bedre forløp. Når helsepersonell forstår de ulike problemstillingene pasientene opplever underveis i den dagkirurgiske prosessen er det lettere å bedrive pasientundervisning, og informere denne pasientgruppen til å selv kunne utøve egenomsorg på mest hensiktsmessig måte.

12.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Vårt masterprosjekt er et bidrag til dagkirurgiprojektet. Dette er et større forskningsprosjekt i regi av Forskningsgruppen for pasientopplevelser og pasientsikkerhet, POPS. Vår funn vil derfor kunne være aktuelle for hele prosjektgruppen og generelt innenfor fagfeltet.

Informasjonen pasientene får må forbedres. Vi har ved denne oppgaven bemerket hvilke informasjon pasientene har behov for, basert på hva de kommer hjem til etter kirurgi og hvilke ressurser de har. Funnene våre vil være relevante for dagkirurgiske avdelinger som behandler kvinner med urininkontinens ved TVT. Dette kan altså være veiledende for sykepleiernes arbeid med å informere pasientene for å oppnå mer tilpasset informasjon. På denne måten kan vår kunnskap også bidra til nytenkning. Kunnskapen kan også bidra til forbedret sykepleie, når det gjelder dagkirurgiske TVT pasienters egenomsorg.

13.0 Litteraturliste

- Apotek 1. (2020). Bestill medisinen din på nett. Hentet fra:
<https://www.apotek1.no/aktuelt/bestill-reseptvarer-paa-nett>
- Bendiksen, R., Eithun, U. E. M., Ingebrigtsen T. & Solberg T. (2019) *For mye informasjon*. Sykepleien, 15, 68-69. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2006.0026>
- 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, 1630-1638. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.002>
- Briggs, C. D., Irving, G. B., Mann, C. D., Creswell, A., Englert, L., Peterson, M. & Cameron, I. C. (2009) *Introduction of a day-case laparoscopic cholecystectomy service in the UK: a critical analysis of factors influencing same day discharge and contact with primary care providers*. Annals of the Royal College of Surgeons of England, 91, 583-590 <https://doi.org/10.1308/003588409x432365>
- Davis, T. L., Lukacz, E. S., Lubner, K. M. & Nager, C. W. (2004) *Determinants of patient satisfaction after the tension-free vaginal tape procedure*. American journal of obstetrics and gynecology, 191, 176-181. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.03.085>
- Dåvøy, G. M. og Eide, P. H. (2018) *Funksjons- og ansvarsområde*. I: Hansen, I (Red.), Operasjonssykepleie (s. 28-33) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dåvøy, G. M., Martinsen, K. M. & Eide, P. H. (2017) *En dans på torneroser: Pasienters opplevelser av ivaretagelse i et dagkirurgisk forløp- en kvalitativ undersøkelse*. Nordisk sykeplejeforskning, 4, 315-326.
<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-05>
- Sohlberg, E. M., & Elliott, C.S. (2019) *Burch Colposuspension*. Urologic Clinics of North America, 46, 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2018.08.002>
- Fause, Å. & Micaelsen, A. (2007) *Et fag i kamp for livet*. Bergen: Fagbokforlaget

- Ford, A. A., Rogerson, L., Cody, J. D., Aluko, P. & Ogah, J. A. (2017) *Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women*. Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006375.pub4>
- Gilmartin, J. (2007) *Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery*. Journal of Clinical Nursing, 16, 1109-1117. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01548.x>
- Gregersen, A. (2010) *Sykepleie ved revmatiske sykdommer*. I: Almås, H., Stubberud, D. & Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 169-190) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen, rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Meld. St. 47 (2008 - 2009)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Holdø, B., Verelst, M., Svenningsen, R., Milsom, I. & Skjedestad F. E. (2019) *The retropubic tension-free vaginal tape procedure- Efficacy, risk factors for recurrence and long term safety*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2019(98), 722-728. <https://doi.org/10.1111/aogs.13535>
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. (4.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvåle & Brinkmann (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg) Oslo: Gyldendal akademisk
- Lupien, A. E., Schoneboom, B. A. & Wren, K. R. (2000) *Limitations to Self-Care in the ambulatory Surgical Patient*. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 15, 102-107. <https://doi.org/10.1053/pa.2000.5784>
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

- Malteu, J.M. & Svenningsen, R. (2015) *Urogynekologi*. I J. M. Maltau, K. Molne & B-I. Nesheim (Red.), *Gynekologi og obstetrikk* (3. utg., s. 333-341). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mitchell, M. (2014) *Home recovery following day surgery: a patient perspective*. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 415-427. <https://doi.org/10.1111/jocn.12615>
- Mitchell, M. (2016) *Day surgery nurses' selection of patient preoperative information*. *Journal of Clinical Nursing*. 26, 225-237. <https://doi.org/10.1111/jocn.13375>
- Mottram, A. (2011). *'They are marvellous 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, 3143-3151. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03763.x>
- Nightingale, N. (1997) *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Norsk helseinformatikk. (2018, 28. februar) TVT operasjon. Hentet 2. mai 2019 fra: <https://nhi.no/sykdommer/kirurgi/operasjoner/tvt-operasjon/>
- Odom- Forren, J. (2019) *Postoperative Patient Care and Pain Management*. I Rothrock, J. C. (Red.) *Alexander's Care of the Patient in Surgery*. (s. 261-286) St. Louis: Elsevier
- Ong, J., Miller, P., Appleby, R., Allegretto, R. & Gawlinski, A. (2009) *Effect of a Preoperative Instructional Digital Video Disc on Patient Knowledge and Preparedness for Engaging in Postoperative Care Activities*. *Nursing Clinics of North America*. 44. 103- 115. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2008.10.014>
- Orem (2001) *Nursing Concepts of Practice*. (6. utg). Missouri: 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. og Beck, C. T. (2017) *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10. utg.). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

- Riksrevisjonen. (2018-2019). Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper (Dokument 3:2). Hentet fra:
<https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2018-2019/dok-3-2-2018-2019.pdf>
- Ræder, J. & Nordentoft, J.(2010) *Dagkirurgi og anestesi*. Tidsskrift for den norske legeforening, 130, 742-746. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0341>
- Sonne (2019, 3. august) *Spør en forsker: Hva er egentlig hukommelse?* Hentet fra:
<https://forskning.no/hjernen-spor-en-forsker/spor-en-forsker-hva-er-egentlig-hukommelse/1362630>
- St. Olavs Hospital. (2018, 11.desember). Operasjon ved anstrengelseslekkasje. Hentet fra:
<https://stolav.no/behandlinger/operasjon-ved-anstrengelseslekkasje>
- Toftgaard,C. (2012). *Day surgery activities 2009: International survey on ambulatory surgery conducted 2011*. Ambulatory surgery, 17, 53-63. Hentet fra:
<https://www.iaas-med.com/files/Journal/17.3/Toftgaard17.3.pdf>
- Uleberg, B., Mathisen, S., Shu, J., Balteskard, L.,Steindal, A.H., Byhring,H.S.... & Førde, O. H (2018). *Dagkirurgi i Norge 2013–2017*. Oslo: SKDE rapport 2/2018. Hentet fra:
https://helseatlas.no/sites/default/files/dagkirurgi_2013-2017.pdf
- Volk, R. & Obeid, N. (2019) *What can we do about Dr. Google? Using the electronic medical record (EMR) to prescribe reliable online patient education*. Journal of the Medical Library Association. 107 (4) <https://dx.doi.org/10.5195/jmla.2019.774>
- Volløyhaug, I. (2013). Urininkontinens hos kvinner. Hentet fra:
<https://slideplayer.no/slide/11220714/>
- Walker, J. A. (2002) *Emotional and psychological preoperative preparation in adults*. British journal of nursing, vol 11, nr 8, 567-575 DOI:
<https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.8.10166>

14.0 Vedlegg

14.1 Informasjonsskriv til deltakerne om prosjektet, vedlegg 1



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 målet med dette prosjektet er å få en økt forståelse for dagkirurgiske pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling i hjemmet etter dagkirurgisk behandling gjennom kvalitative intervju kombinert med en spørreskjemabasert kartlegging av psykisk helse og livskvalitet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Forskningsprosjektet utgår fra Høgskulen på Vestlandet og forskningsgruppen POPS, ved prosjektleder Venke A. Johansen og dagligleder Petrin Eide, i samarbeid med Dagkirurgiske enheter på sykehus i Helse Vest. Forskningsgruppen POPS (Pasient opplevelser og Pasient sikkerhet) består av forskere med helsefaglig bakgrunn fra Bergen, Førde og Haugesund.

HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA?

Prosjektet innebærer at du 3-7 dager etter dagkirurgisk behandling vil bli kontaktet og intervjuet av en eller to masterstudenter ved Høgskulen på Vestlandet. Masterstudentene er erfarne sykepleiere som studerer enten anestesi, operasjon eller intensivsykepleie. De vil intervjuer 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. I tillegg til intervjuet vil vi be om opplysninger om alder, kjønn, hvem du bor sammen med, utdanning og sivil status.

Du vil få tildelt en spørreskjemapakke etter intervjuet, som er basert på validerte og anerkjente spørreskjema, som vi håper du tar deg tid til å besvare. Hensikten med spørreskjemaet er å få økt kjennskap til den psykiske helsen (angst, depresjon, posttraumatisk stress) hos gruppen dagkirurgiske pasienter. I tillegg inneholder skjemaet spørsmål om mestringsforventning, sosial støtte og livskvalitet. Noen kan oppleve enkelte av spørsmålene som noe nærgående og vanskelig å svare på. Spørreskjemaet tar ofte 20-30 minutter å fylle ut. Det presiseres at spørreskjemaene som benyttes i prosjektet ikke gir grunnlag for diagnostisering av psykiske lidelser hos enkeltpersoner, men benyttes som screeningsverktøy på gruppenivå i forskningssammenheng. Frankert svarikonvolutt er vedlagt. Resultatene basert på skjema vil bli publisert i form av statistiske analyser.

Dersom du føler seg bekymret med tanke på egen helse i etterkant av intervjuet eller i tilknytning til besvarelse av spørreskjema kan du ta kontakt med masterstudenten som intervjuet deg som vil viderefordre til prosjektledelsen.

Dersom spørreskjemabesvarelsen tyder på symptomer (angst, depresjon eller posttraumatisk stress) skal en psykologspesialist vurdere hvorvidt det er behov for å ta kontakt. I så fall gjør vi en henvendelse.

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 ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte dagligleder 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, der kun prosjektleder har tilgang. Alt datamateriale vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger.

Prosjektleder har ansvar for forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert, og slettes senest fem år etter prosjektslutt. Dato for prosjektslutt 15.11.2023

GODKJENNING

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rett 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 dagligleder Petrin Eide, +47 917 40 435 phe@hvl.no.
- Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen personvernombud@hvl.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

14. 2 Samtykkeskjema, vedlegg 2



SAMTYKKE TIL DELTAGELSE I PROSJEKTET; «Pasienters opplevelse og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi»

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

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

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 er informert om at jeg vil bli kontaktet når jeg har kommet hjem for å finne et passende tidspunkt.

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. Eller tas med til sykehuset når du skal opereres.

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

14. 3 Intervjuguide, vedlegg 3

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.

OBS: Husk å gi informanten kode til intervju og spørreskjema.

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

- Søkte du etter mer informasjon: internett, venner, behandlingssted
- Andre forberedelser: matinnkjøp, ekstra rengjøring, bytte av sengetøy, organisering av hjelp, ommøblering av hjem

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

- utfordringer
- Uforutsette hendelser/hva som skjedde og hvordan det ble løst
- 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 utfører denne

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

14. 4 Informasjonsskriv deltakerne mottok fra sykehuset, vedlegg 4

Til deg som skal opereres for urinlekkasje (slyngeoperasjon)

Velkommen til oss på gynekologisk avdeling

Slyngeoperasjonen blir utført på kvinner som har stressinkontinens, som betyr urinlekkasje ved f. x hosting, nysing og fysisk aktivitet.

Under inngrepet plasserer vi eit band av kunststoff (prolen) under urinrøret som skal gi varig støtte resten av livet. Omtrent 80-90% av alle som tar slyngeoperasjon blir kvitt sin stressinkontinens. Har du i tillegg problem med urinlekkasje ved sterk trang (urgeinkontinens), kan operasjonen gjøre dette bedre. Likevel kan "tranglekkasjen" bli verre og noen kan få tranglekkasje etter inngrepet. Du vil få lokalbedøvelse under operasjonen, i tillegg til smertestillende og avslappende medikament. Du er våken under inngrepet slik at du kan samarbeide med oss, f.x om vi ber deg hoste på kommando. Da kan vi lettere tilpasse hvor stramt båndet skal være. I noen tilfeller kan det være utfordrende å stramme båndet slik at det blir rett for deg. Blir båndet for stramt, kan det bli vanskelig å late vannet. Da kan det bli nødvendig å slakke båndet litt med et nytt tilsvarende inngrep neste dag.

Det mest vanlige er at slyngen blir lagt opp på hver side av urinrøret, mellom blæren og skambeinet (TVT). Da er det liten risiko for å lage hull i urinblæren. Underveis vil vi derfor lyse opp i blæren for å oppdage evt. hull og plassere slyngen korrekt. Et slikt hull vil gro så lenge blæren blir avlastet med kateter i noen dager. En sjelden gang kan det oppstå infeksjon etter inngrepet. For å forebygge urinveisinfeksjon får du medisin som du skal ta i fem døgn etter operasjonen. Vi har lagt ved resept og anbefaler at du kjøper den på forhånd og har den med deg når du skal innlegges på sykehuset.

Det er viktig at du får latt vannet etter operasjonen og at blæren blir godt tømt (slik at du ikke har for mye resturin i blæren). dette blir kontrollert enten ved ultralyd eller ved at du fører et engangskateter inn i blæren etter at du selv har latt vannet. dette medfører ikke smerte. Du kan reise hjem når resturinen er under 100 ml. Noen ganger blir ikke vannlatingen helt normalisert første døgnet og da må du overnatte på sykehuset. Urinstrålen blir ofte litt redusert etter en slyngeoperasjon. De fleste opplever at en later vannet saktere enn før. Det er viktig å ta seg god tid ved, slik at blæren blir helt tømt. Du kan oppleve å måtte late vannet flere ganger etter hverandre, spesielt på morgenen den første tiden etter inngrepet.

Innkalling til dagkirurgi v/gynekologisk operasjon/dagkirurgi

Du skal opereres på dagkirurgisk enhet. Det vil si at du opereres/behandles og reiser hjem samme ettermiddag/kveld.

Ta kontakt med inntakskontoret på telefon 55974246 dersom noen av disse punktene gjelder deg:

- Din helsetilstand har endret seg, eller du har startet med nye medisiner etter at du ble henvist til kvinneklinikken (vi er avhengig av å ha oppdatert informasjon om din helse).
- Du har vært innlagt på sykehus i utlandet de siste 12 månedene.
- Dersom du ikke kan møte til timen.

VIKTIG: På neste side står det skrevet om forberedelser til operasjonen som du bør lese nøye.

Dersom du bruker medisiner, tar du med en oversikt over disse når du kommer til timen.

Ta kontakt dersom du ikke trenger timen eller ikke kan møte.

Logg inn på www.helsenorge.no for å sende en melding. dersom det er mindre enn to virkedager igjen til timen din må du kontakte oss direkte på telefon 55974246 0900-1100.

Har du vært innlagt utenfor Norden det siste året?

Har du vært innlagt, fått helsehjelp eller fått tannbehandling på helseinstitusjon utenfor Norden, eller arbeidet i helsetjenesten utenfor Norden siste året? da må du av smittevern hensyn ta prøver hos fastlegen din for å sjekke om du er smittet av motstandsdyktige bakterier (MRSA). Dette gjelder også hvis noen i husstanden din tidligere har fått påvist MRSA. Prøvesvaret bør være klart før du møter til timen.

Transport til sykehus

Dersom det mangler kollektivtilbud og du ikke har mulighet til å benytte egen bil, kan du ringe pasientreiser på 91505515 for å få råd eller hjelp til transport.

Hvis du av medisinske årsaker har behov for drosje, skal du ved første behandling kontakte den som har henvist deg til sykehuset. Trenger du transport til oppfølgingstimer eller kontroller, kan du ta kontakt direkte med sykehuset. mer informasjon finner du på www.helsenorge.no.

Betaling

Ved poliklinisk besøk må du betale egenandel etter fastsatt takst. Barn under 16 år betaler ikke egenandel. Ved psykiatrisk behandling gjelder dette barn og ungdom under 18 år. Takst for poliklinisk besøk er for tiden 351 kroner. Utgifter til bandasjemateriell og bedøvelsesmidler kan komme i tillegg. dersom du ikke møter opp og ikke har varslet oss om det senest 24 timer på forhånd, må du betale et gebyr. Gebyr ikke-møtt er for tidne på 702 kroner for somatisk helsetjeneste og 350 kr for konsultasjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling.

Utgifter til bandasjemateriell, bedøvelsesmiddel og ikke-møtt gebyr må betales selv om du har frikort eller av andre årsaker er fritatt for egenandel. Du finner mer informasjon på

<http://www.helsenorge.no>

Dersom helsetilstanden forverrer seg vesentlig, må du kontakte fastlegen eller den som har henvist deg til time på sykehuset. Fastlegen kan også gi deg råd og oppfølging i ventetiden.

Velkommen til oss!

Vennlig hilsen gynekologisk avdeling.

Send melding og få oversikt via helsenorge.no

Logg deg inn og se status på henvisningen din, og oversikt over timene dine. Her kan du også sende melding dersom du har spørsmål eller vil endre tidspunkt for time, og du kan få digital tilgang til dine journaldokumenter.

Forberedelser 14 dager før operasjon

- bruker du marevan eller blodfortynnende medisiner, må du ta kontakt med oss 2 uker før operasjonen, slik at legen kan vurdere om du skal trappe ned medisindosen.
- For å redusere faren for infeksjon må du ikke fjerne kropp-/kjønnsbehåring de siste 14 dagene før operasjonen: det gjelder både barbering, voks eller andre hårfjerningsmidler.
- Piercing i navle og kjønnsorganer må også fjernes 14 dager før operasjonen for å hindre infeksjon.

Slik forbereder du deg dagen før operasjonen

Fyll ut pasientopplysningskjemaet som du skal ha med deg på operasjonsdagen. (se neste ark)

Faste: Du må faste fra klokken 24 kvelden før operasjonen. Det betyr at du ikke kan spise, røyke, bruke snus, drops eller tyggegummi. Men du kan gjerne drikke vann og husholdningssaft inntil klokken 0600 operasjonsdagen.

Operasjonsdagen

Medisiner: Ta med pasientopplysningskjemaet ferdig utfylt og alle dine faste medisiner. Når du kommer, får du beskjed av legen hvilke av dine faste medisiner du ikke skal ta denne dagen.

Hygiene: For å redusere infeksjonsfaren er det viktig at du dusjer samme morgen som du møter til dagkirurgi. Unngå å bruke hudkrem på kroppen, ansikt eller hender. Du må være uten sminke og ikke ha på deg neglelakk. Klipping av hår i operasjonsfeltet vil bli utført av helsepersonell på sykehuset når det er nødvendig.

Bruk ikke kontaktlinser denne dagen- bruk heller briller. Smykker og klokke må være tatt av. Sykehuset kan ikke ta ansvar for verdisaker, så vi råder deg til å ikke ta med annet enn det du har bruk for.

Frammøte: det er viktig at du kommer til avtalt tid. Du må likevel være forberedt på at det kan bli venting. Ta gjerne med lesestoff eller annet tidsfordriv. Vi gjør oppmerksom på at det kan oppstå akutte situasjoner på sykehuset. det kan føre til at planlagte operasjoner må utsettes på kort varsel.

Personalet på dagkirurgisk enhet tar imot deg i 2. etasje på Kvinneklinikken. Ring på dørklokken så kommer vi og åpner for deg.

Etter operasjonen

- Legen som opererte deg vil informere deg om inngrepet og eventuelle forholdsregler før du reiser hjem.
- Noen må hente deg og være sammen med deg til neste dag.
- Du kan ikke kjøre bil selv hjem fra sykehuset. Trenger du drosje hjem kan sykehuset bestille, men du må selv dekke beløpet. Du må også ha en person med i drosjen dersom du har fått narkose.

Betaling Du kan betale med kort, eller få med deg en giro hjem.

Pasientopplysningskjema

Inneholder:

- Navn
- Personnummer
- Høyde
- Vekt
- Tlf. privat, mobil arbeid
- Nærmeste pårørende + tlf. privat, mobil, arbeid
- Fastlege
- Nav kontor
- Arbeidsgiver
- Yrke, stillingsprosent
- Kan vi kontakte deg dagen etter behandling?
- Jeg bekrefter at en person kan være hos meg etter operasjonen til neste morgen
- Jeg bekrefter at en person henter meg på dagkirurgisk enhet etter operasjonen
- Navn på person som henter, tlf. nr.

Husk at du må faste fra klokken 2400 kvelden før operasjonen. det betyr at du ikke kan spise, røyke, bruke snus, drops eller tyggegummi. men du kan gjerne drikke vann og husholdningssaft inntil klokken 0600 operasjonsdagen.

TIL DEG SOM SKAL OPERERES FOR URINLEKKASJE

KJÆRE PASIENT

Fysioterapeutene på avdelingen vil med dette skrivet informere deg om hva du selv kan gjøre for å sikre et best mulig behandlingsresultat. Informasjonsskrivet er ment som et supplement til den muntlige informasjonen du får.

Vårt mål er å gi deg råd om aktivitet, hvile og forsiktighetsregler i tiden etter operasjonen. Vi ønsker også å gi kunnskap om betydningen av øvelser av bekkenbunnen, hvordan du kan gjøre dette og når du kan begynne treningen.

FYSIOTERAPI PÅ DAGPOSTEN

Du vil få informasjon av fysioterapeuten i løpet av den dagen du er inne for operasjon. Noen ganger viser det seg likevel vanskelig å komme med informasjon innenfor den korte tidsrammen du er på sykehuset. Det er da mulighet for at fysioterapeuten kan ringe hjem til deg etter utskrivning eller sende informasjon i posten.

AKTIVITET OG FORSIKTIGHETSREGLER

Etter operasjonen bør du avlaste underlivet i to uker. I disse ukene anbefaler vi at du unngår aktiviteter som gir stor belastning ned mot underlivet (tungt husarbeid, tunge løft og bukøvelser.) Kraftig trykking ved toalettbesøk bør unngås. Det er likevel viktig at du holder deg i bevegelse. Lette aktiviteter og tur med økende lengde er flott! Aktivitetsnivået kan med fordel økes etter hvert.

BEKKENBUNNSTRENING

For å fremme sirkulasjonen, er det fint om du begynner med 3 forsiktige knip 3 ganger for dagen. Dette kan du begynne med umiddelbart etter operasjonen og to uker frem. deretter kan du ta kraftigere i og etter fire uker bør du knipe maksimalt for å oppnå best mulig treningseffekt (se brosjyre). Vi anbefaler at du før og under et host, nys og løft kniper godt; dette fordi bekkenbunnen fungerer som en støtte for organene i underlivet og en sikring mot lekkasje.

Lykke til!

Vennlig hilsen fysioterapeuten på avdelingen.

14.5 Godkjenning fra REK, vedlegg 5



Region: REK vest	Saksbehandler: Ingvild Haaland	Telefon: 55978498	Vår dato: 16.12.2019	Vår referanse: 31134
			Deres dato: 14.08.2019	

Petrin Hege Eide

31134 Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter Dagkirurgi

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet

Søker: Petrin Hege Eide

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.)

REKs vurdering

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

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

Telefon: 55978498
E-post: rek-vest@uib.no
Web: <http://rekportalen.no>

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal eller på e-post. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

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:

Ang. prosjektleder skriver prosjektleder:

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

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
professor dr. med.
Komitéleder

Ingvild Haaland
rådgiver

Kopi: post@hvl.no

NB! På grunn av tekniske problemer med portalen vil dette vedtaket sendes ut på ny gjennom portalen når problemene er løst. Vedtaket vil imidlertid gjelde fra 16.12.2019.

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.

14. 6 Godkjenning fra NSD, vedlegg 6

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.

Dette er begrunnet i følgende momenter: Det registreres et lite omfang opplysninger, det inngår ikke direkte

identifiserende opplysninger, og fokuset er på deltakerens erfaringer. Behandlingen av personopplysninger er begrenset til det som fremgår som relevant for prosjektet, og opplysningene anonymiseres fortløpende.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om rasemessig eller etnisk opprinnelse, og helseopplysninger, samt alminnelige kategorier av personopplysninger. Prosjektslutt er 15.11.2023, deretter skal data oppbevares av dokumentasjonshensyn frem til 15.11.2028.

LOVLIG GRUNNLAG FOR UTVALGET

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

LOVLIG GRUNNLAG FOR TREDJEPERSONER

Det tas høyde for at datamaterialet vil kunne inneholde opplysninger om identifiserbare tredjepersoner. Tredjepersoner vil være personer som har hjulpet deltakerne etter operasjon, som for eksempel ektefelle, barn, søsken eller venner. Omfanget av opplysninger vil være lite, det vil ikke inngå direkte identifiserende opplysninger, opplysningene skal kun behandles en kort periode, og ingen enkeltpersoner vil gjenkjennes i publikasjoner.

Det er NSD sin vurdering av personvernulempen for potensielle tredjepersoner med dette er lav. Prosjektet har en allmenn interesse gjennom forskningsformål som er veid som høyere enn personvernulempen, gitt tiltakene som er spesifisert over.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e), jf. art. 6 nr. 3 bokstav b), jf. personopplysningsloven § 8.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

UTVALGETS RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

I utgangspunktet har alle som registreres i forskningsprosjektet rett til å få slettet opplysninger som er

registrert om dem. Etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd vil imidlertid adgangen til å kreve sletting av sine helseopplysninger ikke gjelde dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Regelen henviser til at sletting i slike situasjoner vil være svært vanskelig og/eller ødeleggende for forskningen, og dermed forhindre at formålet med forskningen oppnås.

Etter personvernforordningen art. 17 nr. 3 d kan man unnta fra retten til sletting dersom behandlingen er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål i samsvar med artikkel 89 nr. 1 i den grad sletting sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad vil hindre at målene med nevnte behandling nås.

NSD vurderer dermed at det kan gjøres unntak fra retten til sletting av helseopplysninger etter helseforskningslovens § 16 tredje ledd og personvernforordningen art. 17 nr. 3 d, når materialet er inngått i utførte analyser.

Vi presiserer at helseopplysninger inngår i utførte analyser dersom de er sammenstilt eller koblet med andre opplysninger eller prøvesvar. Vi gjør oppmerksom på at øvrige opplysninger må slettes, og det kan ikke innhentes ytterligere opplysninger fra deltakeren.

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

TREDJEPERSONERS RETTIGHETER

Så lenge tredjepersoner kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13/14), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), protest (art 21).

Det kan unntas fra informasjonsplikt etter art. 14 nr. 5 b), der personopplysninger ikke har blitt samlet inn fra den registrerte da det vil kreve en uforholdsmessig stor innsats for prosjektet.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise A. Haveraaen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)