



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Kandidatnr.: 444

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 20872

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 1

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Pasientopplevelser under TURp operasjoner i
sedasjon og lokalbedøvelse

Patients experiences undergoing TURp
surgery in sedoanalgesia

Kandidatnummer 444

MKS 591

Høgskolen på Vestlandet

Veileder: Anne Marie Sandvoll

06 Mai 2019

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

Forord

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Anne Marie Sandvoll for denne oppgaven. Hun har vært en stor pådriver og motivator for meg i forbindelse med skriveprosessen. Hun har alltid kommet med positive tilbakemeldinger til meg og gav meg en god fremdrift i forskningsprosessen.

Jeg vil også takke ledelsen i min bedrift for støtte og tilrettelegging for min undersøkelse.

Takk til mine gode kolleger som hjalp meg med rekruttering av informanter og deres positive støtte underveis.

Takk til mine informanter som stilte opp og delte sine erfaringer med opplevelsene sine under en TURp operasjon i sedasjon og lokalbedøvelse. Jeg ble beriket med mange innholdsrike skildringer fra deres situasjoner i den perioperative prosessen.

Til slutt et stort takk til min familie for deres tålmodighet og oppmuntring underveis. Spesielt til Anna som tok seg tid til å korrigere teksten.

Sammendrag norsk

- Mål:** det primære målet er å lære om pasienten sine opplevelser under en TURp operasjon, der de får en lokalbedøvelse i prostatakjertelen og en sedasjon med Propofol og Remifentanil. Dette er også en metode å kvalitetssikre denne type lokalbedøvelsesmetode med sedasjon under TURp operasjoner.
- Størrelse:** 7 deltaker.
- Populasjon:** menn med prostataplager.
- Studiedesign:** kvalitativ studie med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming gjennom et semistrukturert forskningsintervju.
- Resultater:** informantene hadde en positiv opplevelse under en TURp operasjon i lokalbedøvelse og sedasjon. Alle informantene kunne anbefale denne type anestesi videre og hadde selv valgt denne om de hadde en mulighet.

Abstract

- Background:** the primary target was to learn about the patient's experiences undergoing TURp surgery in sedoanalgesia with Propofol and Remifentanil and local anaesthesia in the prostate gland. This can also be a method to qualify sedoanalgesia by TURp surgery.
- Study size:** 7 participants
- Population:** men with prostate disease
- Study design:** qualitative method with a phenomenological and hermeneutist perspective by using a semi structure interview
- Results:** the participants have had positive experiences undergoing TURp surgery by sedoanalgesia. All of them will recommend this type of anaesthesia to other people and they would select it if they had this opportunity.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
2. BAKGRUNN	2
3. TEORI	4
3.1. Begrepsavklaring	4
3.2. Valgt teoretisk perspektiv	10
3.3. Sykepleieteori	11
4. TIDLIGERE FORSKNING	14
4.1. Litteratursøk	14
4.2. Funn i forskningsartikler	14
5. HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	18
5.1. Problemstilling	18
6. METODE	19
6.1. Design	21
6.2. Utvalg og setting	21

6.3.	Semistrukturert intervju.....	23
6.4.	Transkripsjon.....	26
6.5.	Analyse	27
6.6.	Etikk.....	32

7. RESULTAT.....34

7.1.	Å føle seg ivaretatt.....	34
7.2.	Bekymringer for fremtiden.....	35
7.3.	Opplevelse av selvbestemmelse og kontroll.....	37
7.4.	God informasjon.....	39
7.5.	Smerter og ubehag.....	42

8. DRØFTING.....45

8.1.	Omsorg som et praktisk begrep under den perioperative sykepleien.....	46
8.2.	Omsorg i relasjoner i den perioperative sykepleien.....	47
8.3.	Omsorg som et moralsk begrep i form for medbestemmelse	49
8.4.	Omsorg som veileder for fremtidige bekymringer	50
8.5.	Omsorg som et moralsk begrep i forhold til smerter og behov for å lindre smerter.....	51
8.6.	Metodediskusjon	54

9. KONKLUSJON.....58

10. IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING.....	59
11. REFERANSELISTE	60
VEDLEGG 1	66
Intervjuguide.....	66
VEDLEGG 2	67
FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET.....	67
VEDLEGG 3	69
Godkjenning av REK med kommentarer	69
VEDLEGG 4	70
Brev til virksomheten om forespørsel om utføring av prosjekt.....	70

1. Innledning

Etter snart 30 år som utdannet sykepleier med videreutdanning og erfaring innen anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleie er det alltid en utfordring å se ting fra et annet perspektiv. Siden jeg er oppvokst i Tyskland og tok min grunnutdanning og første videreutdanning der, har jeg en flerkulturell bakgrunn innen sykepleiefaget. Jeg har jobbet på en del forskjellige intensiv- og operasjonsavdelinger, og kan trekke en god del paralleller og forskjeller innen behandling og sykepleie.

De siste 12 år har jeg jobbet som operasjonssykepleier i et offentlig helseforetak. For 4 år siden skiftet jeg arbeidsplass fra en offentlig til en privat virksomhet, og startet ved et privatsykehus. Her står både kvalitet og effektivitet i høyt fokus. Det å begynne på en ny arbeidsplass innebærer alltid tilpasning til nye forhold og nye prosedyrer. Det var spennende og utfordrende å tenke nytt. Min største utfordring her var den perioperative sykepleie som operasjonssykepleier innen urologifaget. Jeg var vant med at pasienter som skulle ta en Transurethral prostatareseksjon TURp vanligvis fikk en spinalbedøvelse. Ved den private virksomheten blir denne operasjonen utført i lokalbedøvelse og sedasjon.

Motivasjonen til masteroppgaven min kom egentlig gjennom ett skattefunnprosjekt, som virksomheten startet for å sammenligne forskjellige bedøvelsesmetoder innen TURp operasjoner i en kvantitativ studie. Fra dette ble jeg inspirert til å utføre en kvalitativ studie innen det perioperative sykepleiefaget, for å lære mer om pasienten sine opplevelser under en TURp operasjon i lokalbedøvelse og sedasjon.

2. Bakgrunn

Transurethral prostatareseksjon (TURp) er fortsatt gullstandard i behandlingen av vannlatingsplager hos menn som antas å skyldes godartet prostataforstørrelse (BPH) (da Silva et al, 2015, s. 30-43; Mamoulakis, Trompetter og de la Rosette, 2009, s. 26-32; Rothrock, 2003, s.557-563).

Dette er en av de hyppigste foretatte operasjoner ved norske sykehus og foregår som regel i regionalanestesi (spinalanestesi) eller generell anestesi (narkose).

Pasientgruppen er ofte eldre som har mange tilleggssykdommer. Dette medfører at det er ofte ikke tilrådelig med slike bedøvelsesformer som spinal anestesi eller narkose. Denne pasientgruppen som både har en prostataforstørrelse og tilleggssykdommer som ikke egner seg til generelle anestesimetoder kan ikke få utført operasjonen. De vil etterhvert få en dårligere livskvalitet da de ikke får tømt blæren sin på en tilstrekkelig måte. Uten operasjon må disse pasientene konstant gå med blærekateter som er både ubehagelig og gir en økt fare for infeksjoner (Folkehelseinstitutt [FHI], 2010).

Urologen T. Østrem har videreutviklet en metode som går ut på å gi en lokalbedøvelse som inneholder 30 ml Xylocaingelee 2% i urinrøret som skal ha en virkningstid på minst 20 minutter. I tillegg setter man injeksjoner med 20 ml Xylocain 1% med adrenalin i prostatakjertelen via et cystoskop. Pasienten får også sedasjon med Propofol og Remifentaniol. Under inngrep er pasienten våken og puster selv (Birch et al., 1991, s.113-117; Pedersen, Romundstad og Mjønes, 2009; Sood et al., 2017, s.331-338).

Ved privat virksomheten har en i mange år utført denne bedøvelsesmetoden og man har meget god erfaring med denne. Vi får gode tilbakemeldinger fra henvisende urologer og gjennom en anonym spørreundersøkelse (fornøydhetsundersøkelse) fra pasientene. Vi mener at pasienten føler seg komfortabel under inngrepet, og at denne bedøvelsesmetoden har god effekt. Vi ser også at det er spesielt viktig å sette bedøvelsesgeleen i urinrøret som virker minst 20 minutter for å utføre operasjonsprosedyren.

Jeg ønsker å forstå pasientens opplevelser gjennom et kvalitativt intervju.

Dybdeintervjuene med pasienten den første postoperative dagen, hjelper meg å belyse deres opplevelser under selve operasjonen.

Vår urolog utfører samtidig en kvalitetssikringsundersøkelse som sammenligner tre forskjellige bedøvelsesmetoder under TURp operasjoner. Min kvalitative undersøkelse om pasienten sine opplevelser under operasjonen kan bidra med sine funn.

3. Teori

I teoridelen vil jeg først presentere begrepene som jeg bruker i oppgaven. Det er begrepene som indikerer pasientens sykdomsbilde og behandlingen. I dette kapitlet beskriver jeg nærmere hvordan teorien har sin innflytelse i den perioperative sykepleien og setter det i forhold til omsorgsbegrepet.

3.1. Begrepsavklaring

Prosjektet handler om pasienter med benigne prostata hyperplasi (BPH). Benigne prostatahyperplasi er en godartet forstørrelse av prostatavevet som fører til vannlatingsproblemer. Vannlatingsproblemer kan inneholder hyppig nattlig vannlating, følelse av ufullstendig tømning av blæren, liten stråle, vanskelig å urinere og ikke kontinuerlig urinering. (Rothrock, 2003, s.556-559, og s.1312).

Pasienter med diagnosen benigne prostata hyperplasi kan få etterhvert så mange problemer at det gir store innvirkninger på deres livssituasjon. Det internasjonale prostata symptomskår IPSS, er et skjema med spørsmålene som tar for seg den siste måneden av pasienten sine prostataplager og innvirkningen de har på hans daglige liv. (Barry et al., 1992, s.1549-57). Scoren etter IPSS skjema hjelper med vurderingen om den nødvendige behandlingen blir en bipolar Transurethral prostata reseksjon. Inndelingen går fra < 8, som betyr milde symptomer, 8-19 som indikerer moderate symptomer, til 20-35, der IPSS er pasienten veldig plaget med alvorlige symptomer.

Bipolar Transurethral prostata reseksjon inngår under begrepet Transurethral prostatareseksjon TURp. Forskjellen er at ved transurethrale prostatareseksjon bruker man monopolar strøm i motsetning til bipolar strøm. Metodene er like i forhold til operasjonsteknikken, men den bipolare teknikken gir mulighet til en lengre reseksjonstid da den reduserer risikoen for hyponatriemi eller TUR syndrom. Teknikken er som følger: man fører inn et resektoskop via urinrøret inn til der prostata befinner seg rett foran urinblæren. En begynner å resesere prostatavevet med en strømførende slynge. Etter reseksjonen blodstiller en med samme strømførende slynge En samler opp preparatet som alltid blir sendt til patologien for analyse. Ved operasjonsslutt legger man inn et blæreskyllekateter som vanligvis ligger til neste dag, for så å bli fjernet dersom pasienten er klar for spontan vannlating (da Silva et al,

2015, s. 30-43; Mamoulakis, Trompetter og de la Rosette, 2009, s. 26-32; Rothrock, 2003, s.560-563).

Jeg vil studere pasienten sine opplevelser under en TURp operasjon i lokalbedøvelse og sedasjon. Det vil si om han føler seg ivaretatt under inngrepet at han føler seg komfortabel, smertefri og om det blir gitt god omsorg under operasjonssykepleie.

Omsorg er et sentralt begrep i sykepleien, men ifølge Heggdal er det vanskelig å finne en felles definisjon (Heggdal, 2006, s.121). Omsorg er definert i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere i artikkel 1 og 2:

«Grunnlaget for sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende troverdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens integritet, herunder retten til helhetlig omsorg, rette til å være med besluttende og retten til å ikke bli krenket.» (Tranøy, 2005, s. 213).

Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse inneholder omsorgsbegrepet etter profesjonens tradisjoner. Operasjonssykepleieren er faglig og moralsk ansvarlig og har kunnskap om dette etter etiske prinsipper og Helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, §4; Norsk Sykepleier Forbundets Landsgruppe for Operasjonssykepleier [NSF LOS], 2015).

Omsorg er et fenomenologisk møte med pasienten, der en fordyper seg i den andres erfaringer for å få en bedre forståelse. Forståelse av den andres erfaringer kan vi oppnå gjennom observasjon av den andre. Observasjon er et av grunnelementene i sykepleien. Gjennom observasjon kan en forstå den andres problemer for å kunne yte sykepleiehandlinger i forhold til omsorg (Nordtvedt, 1998, s.17).

Omsorg er begrunnet i etikken og omsorgsfulle handlinger skal være tilstede under hele prosessen i sykepleien. Det er omsorgen som utgjør at vi blir oppmerksom på den andres nød og gjøre noe med det. Vi hjelper den andre fordi vi er bekymret, vi har ansvar, vi er engasjert og vi deltar i hans situasjon (Nordtvedt, 1998, s.12).

I denne studien vil jeg betrakte omsorg ut fra Kari Martinsens praktiske omsorgsbegrep. Hun forklarer at omsorgsbegrepet er sammensatt av «om» og «sorg» som er i slekt med det tyske ordet «sorgen» som betyr «omtenksom» eller «å bekymre

seg for». Martinsen (1989) mener at omsorg er et relasjonelt, praktisk og moralsk begrep. Med relasjonelt begrep mener hun at mellommenneskelige forhold er basert på gjensidighet, forståelse og solidaritet for de svakeste. Det forutsettes en felles forståelse og sansing av den andre, det vil si observering for å handle omsorgsfullt. Inntrykk vi får hjelper oss å danne en mening om hvordan pasienten har det. Det praktiske begrepet innebærer omsorgen i konkrete handlinger og måten handlingene blir utført (Martinsen, 1989, s.14-17 og s.68).

«Men sykepleien har lite for seg hvis den blir ren teknikk, hvis hjertelaget mangler i det en gjør. For da mangler den virkende kraft hos sykepleieren.»
(Martinsen, 2000, s.15).

Omsorgsfulle handlinger ville skje gjennom sykepleierens faglige kunnskap.

«Plei han, i dette ligger det både hjertelag og faglighet. Det er handlingsaspekt i nestekjærligheten som fremheves, der en har seg selv med i handlingen og er tilstede med samlet yrke.» (Martinsen, 2000, s.15).

Det moralske begrepet i omsorgen er etter Martinsen (1989) avgjørende i håndteringen av makt og avhengighet. Sykepleiere har makt på grunn av sine kunnskaper. Men kunnskapen er også å se mennesker i sin helhet og som et individ. Svært aktuell er hennes oppfatning av effektivitet og produktivitet, hun ser faren i å knytte menneskets verdi opp til hva han kan bidra med for samfunnet og ikke at et menneske kan være til nytte bare for å være seg selv (Martinsen, 1989, s. 48-50).

Martinsen (1989) mener at en trenger forståelse for å kunne vise omsorg. Forståelsen for den andre med utgangspunktet i gjensidighet, fellesskap og solidaritet. For å kunne skape et fellesskap må vi kunne knyttes sammen gjennom tenkningen, sansingen, språket og nærværet. Alt dette kan oppnås via en god samtale. Samtalen i intervjuene mine at vi utveksler tanker, opplevelser og meninger. Vi snakker ikke bare til den andre men med den andre. Jeg finner opplysninger som bygger på livserfaringer i samtalen. Og denne dialogen kan øke hverandres forståelser (Martinsen, 1989, s.69-75.)

Utvalget i studien er operasjonspasienter. En operasjonspasient er en pasient som har behov for en kirurgisk behandling. Disse pasienter blir definert etter Moesmand og Kjøllesdal (2005) under gruppen akutt kritisk syke. Denne pasientgruppen taper

egenkontroll og opplever stress som medfører en negativ påvirkning i det postoperative forløpet. Siden operasjonspasienten kan deles inn i to kategorier, den som trenger øyeblikkelig hjelp og den elektive pasienten, vil jeg presisere at i denne oppgaven ser jeg bare på de pasienter som er elektive. Elektive pasienter er de pasienter som blir satt opp etter en venteliste (Hovind, 2011, s. 311-315; Moesmand og Kjøllesdal, 2005, s.208-209).

Alle pasienter som skal inn til en operasjon gjennomgår tre faser. Den preoperative, peroperative og postoperative fasen som er sammenfattet under begrepet perioperativ (Moesmand og Kjøllesdal, 2005, s. 211).

Den perioperative sykepleien er den sykepleien som utføres av både anesthesi- og operasjonssykepleier under de tre fasene som er pre-, per- og postoperativ. Rothrock inkluderer også pasientens hjemmesituasjon både før og etter operasjon inn i den perioperative fasen, det vil si fra den første sykdomstegn til den fullstendige rehabiliteringen. Jeg vil betrakte den perioperative sykepleien i sammenheng med pasientens sykehusopphold for en planlagt operasjon. Den perioperative sykepleie er en systematisk planlagt prosess etter The Association of the periOperative Registered Nurses (AORN) sin standard (Rothrock, 2003, s.1-15; The Association of the periOperative Registered Nurses [AORN], 2015).

Under den perioperative perioden vil jeg registrere bispektral indeks BIS, visuell analog skala VAS og American society of anaesthesia ASA klassifikasjon.

Bispektral indeks heretter kalt BIS, er et begrep for monitorering av anestesieffekt. Det er et hjelpemiddel for å måle søvndybden ved å registrere en miniatyr EEG. Ved økning av smertestimuli vil den elektriske aktiviteten økes. Dataene fanges opp via elektroder som er plassert på pasientens panne. BIS indeks rangeres fra 100 som er våken, 80 som er en lett sedasjon, 60 betyr generell anestesi, 40 er en dyp hypnotisk tilstand og 0 er en flat EEG linje. Studier har vist at BIS monitorering kan hindre uønsket overdosering ved sedasjon (Hovind, 2011, s. 204; Høymork, 2010, s.633-7).

Visuell analog skala og dens forkortelse VAS er et måleinstrument der en kan beskrive smerter på en skala fra 0-10. 0 står for ingen smerte og 10 for de verst tenkelige smerter. Denne metoden er avhengig av pasientens forestillinger, ikke alle

har opplevd de verst smerter og kanskje det finnes smerter som er enda verre?
(Hovind, 2011, s.110; Thornquist, 2003, s.72).

ASA-klassifikasjon betyr American society of anaesthesia og er en inndeling der pasienten vurderes før operasjon og deles inn i fem grupper det. Fra ASA-klasse 1 som betyr frisk. ASA-klasse 2 inneholder en moderat sykdom som ikke medfører noen funksjonelle begrensinger men som kan bety noen forholdsregler for anestesien. ASA-klasse 3 er en alvorlig organisk sykdom som gir funksjonelle innskrenkinger. ASA-klasse 4 inneholder en livstruende sykdom og 5 er en døende pasient (Aitkenhead, Rowbotham og Smith, 2001, s. 422-423; Hovind, 2011, s. 325; Trønnes, 2006).

Vår metode for å utføre TURp operasjoner er sedasjon og lokalbedøvelse. Begrepet sedasjon er definert som følgende. Sedasjon hjelper til å redusere pasientens angst og ubehag under diagnostiske og terapeutiske prosedyrer. Det finnes tre nivåer fra lett til moderat og dyp sedasjon, men grensene er flytende. En tilstreber en moderat sedasjon der pasienten er i stand å respondere verbalt, men en tolererer en kortvarig dyp sedasjon ved smertestimuli (Hovind, 2011, s. 199 og s.459; Metzner og Domino, 2015, s. 526-53).

Lokalanestesi er en lokal begrenset bedøvelse. Bedøvelsesmiddel settes som salve, gele eller injeksjon i vevet som opereres. Bedøvelse settes som overflate eller ledningsanestesi. Dette fører til tap av smerter og følelser men som er reversible. Det vil si at natriumkanaler blir blokkert i en viss periode. Dette hemmer at smertene blir overført fra den regionen som er bedøvd til det sentrale nervesystemet. De vanligste medikamentene som blir brukt til lokalanestesi er lidokain og bupivakain, der forskjellene er varigheten av bedøvelsen og toksisitet (Aitkenhead, Rowbotham og Smith, 2001, s. 555; Hovind, 2011, s.197; Kirkebøen, Lindholm og Ræder, 2010, s.388). Medikamenter som brukes til lokalbedøvelse er mange og jeg omtaler kun medikamentet som vi bruker, Lidokain.

Lidokain er lokallokalanestetika som blir brukt både til lokal- og regionalanestesi. Virkningstid inntreer raskt og er kort. Medikamentet blir metabolisert i leveren og skilles ut gjennom nyrene. Halveringstiden er mellom 1-2 timer. Anbefalte dosering til en voksen person på 70 kg som er frisk er en maksimal dose på 300 mg Lidokain på 5-10 mg/ml. Doseringen blir anbefalt å reduseres ved nyresvikt, leversvikt og

hjertesykdom med 10%. Virketiden på Lidokain antas på 30-60 minutter (Aitkenhead, Rowbotham og Smith, 2001, s. 184-191).

I motsetning til lokalanestesi finnes det regionalanestesi. Her bedøver man nerveledninger inn til ryggmargen med lokalanestesimidler. En har forskjellige muligheter i forhold til anatomien. En kan bedøve en eller flere enkelte nerver eller nervebunt, eller en kan sette sentrale blokader i spinal eller epiduralkanal. Bivirkninger er her autonome reaksjoner som blodtrykksfall eller bradykardi (Hovind, 2011, s. 198 og s.341; Kirkebøen, Lindholm og Ræder, 2010, s. 388).

En kan også anvende en annen type anestesi som er en generell anestesi som betyr et midlertidig medikamentuløst tap av bevissthet. Dett er en tilstand med bortfall av følelser som fører til at pasienten ikke er kontaktbar selv under ekstrem smertefulle stimuli. Det fratras ofte muligheten for selvstendig respiratorisk funksjon. Generell anestesi anvendes ved kirurgiske inngrep der en demper nerveimpulser på veien fra ryggmargen videre til hjernen eller direkte i hjernen. Damping av nerveimpulser i ryggmargen virker inn på bevegelser, og damping på nerveimpulser i hjernen fører til tap av bevissthet. (American society of anaesthesiologist; Hovind, 2011, s.196 og s.334). En generell anestesi kan utføres blant annet med følgende medikamenter: Propofol og Remifentanil.

Propofol er et intravenøst sovemiddel som anvendes ved generell anestesi til innledning og vedlikehold av anestesien. Propofol brukes i mindre doseringer også til sedasjon ved lokal- og regionalanestesi. Det er en lipidløsning som har en kort innsovningstid og kort oppvåkningstid. Medikamentet har ingen analgetisk effekt men en lett antiemetisk virkning. Ved sedasjon anbefaler man en fortløpende infusjon med en dosering på 0,3-4,0mg/kg kroppsvekt/time. Bivirkningen er depresjon av respirasjon, apné, blodtrykksfall og smerter der man injiserer Propofol (Aitkenhead, Rowbotham og Smith, 2001, s. 175; Felleskatalogen 2017; Norsk legemiddelhandbok 2017).

Remifentanil er et opioid som brukes i anestesien som et sterkt virkende smertelindrende medikament som tilføres parenteralt. Ved overdosering kan det oppstå nedsatt respirasjon, dyp sedasjon eller hallusinasjoner. Noen bivirkninger kan være kvalme, brekninger og søvnighet. En må ta forhåndsregler ved pasienter i høy alder, spesiell i forhold til nyresvikt og lungesykdommer. Responstiden forventes etter

1-3 minutter ved intravenøs administrasjon. Virkningstiden er mellom 3 og 10 minutter. Legemiddelet blir metabolisert i blodet og er uavhengig av nyre- og leverfunksjon. (Aitkenhead, Rowbotham og Smith, 2001, s. 211-218; Felleskatalogen 2017; Norsk legemiddelhåndbok 2017).

3.2. Valgt teoretisk perspektiv

Kirkevold (2002) sier at teoriens oppgave er identitetsskapende. Sykepleierteorier skal beskrive hva sykepleie egentlig er og hvor sykepleie avgrenser seg mot andre helserelaterte yrkesgrupper. Sykepleieteorien gir en mening i sykepleieforskning i forhold at en kan diskutere sykepleiefaget mot teoriene (Kirkevold, 2002, s.141).

For å beskrive og forklare mine studier forhold til pasienters opplevelser under TURp operasjoner i lokalbedøvelse og sedasjon, knytter jeg omsorgsbegrepet og operasjonssykepleierens omsorgsprofesjon mot Hendersons sykepleieteori. Operasjonssykepleieren ivaretar pasientens behov på grunn av hans tap av ressurser. Teorien hennes blir fundamentet for utvikling av nye kunnskaper. Det er sykepleievitenskapens oppgave å forklare praksissituasjoner, etiske og filosofiske aspekter. Sykepleievitenskap hjelper å finne konkrete løsninger, som for eksempel å finne redskaper som hjelper og forbedrer sykepleiepraksis.

Henderson (1998) mente at det å finne en definisjon for sykepleiefaget ikke er avsluttet og at diskusjonen fortsatt vil bestå på grunn av at forholdene forandrer seg (Henderson, 1998, s. 33).

Hun beskriver sykepleie er noe vi utfører med vår kunnskap, vårt håndlag og med vår sjel. Grunnlaget i Hendersons teori er at å hjelpe mennesket er sykepleie og at omsorg er å hjelpe mennesket (Henderson, 1998, s.46). Dette gjelder for operasjonspasienten som befinner seg i en svært utsatt situasjon.

Henderson (1998) legger absolutt vekt på omsorg som en viktig del av sykepleien og at sykepleiehandlinger skal være begrunnet i forskningen. Hun ser sykepleierne som autoritære når det gjelder grunnleggende sykepleie. Sykepleierne planlegger og strukturerer pleien etter Hendersons teori etter 14 behovene. De 14 punktene inneholder både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behovene for mennesker. Hun bygger sin behovsteori ut fra Maslow`s behovshierarki og fra Eriksens livsfaseteori (Henderson, 1998, s.47).

Analyse av pasientens ressurser er grunnlag når operasjonssykepleien planlegges. Operasjonssykepleieren må bli kjent med pasienten og må få en forståelse av han. For å bli kjent med pasienten må vi lytte og observere han slik at vi kan bli hans stedfortreder. På operasjonsavdelingen gjelder det spesielt å være hans stedfortreder. Etter analysen av pasientens ressurser og behov er målet for sykepleieren å planlegge pasientens omgivelser så normal som mulig. Henderson (1998) beskriver at pasientens behov er veldig innskrenket på sykehus og dette gjelder særlig på operasjonsavdelinger. Men hun hevder at uansett omgivelser pasienter befinner seg i, hjelper sykepleieren å utføre funksjoner etter de 14 behov, dersom pasientens ressurser mangler (Henderson, 1998, s.46).

3.3. Sykepleieteori

Hendersons (1998) teori passer i forhold til omsorgsbegrepet. Jeg vil se i studiene mine på grunn av teoriens struktur, holdbarhet og bruksområde over de grunnleggende behovene for de forskjellige funksjonene av operasjonspasienten. Det er menneskers behov i forhold til ressurser som krefter, kunnskap og vilje, som er sykepleiens paradigme i Hendersons teori. Hendersons metoder for operasjonssykepleie er en tolkning av operasjonspasientens grunnleggende behov. Metoden skaper en relasjon mellom operasjonssykepleier og operasjonspasient, planlegger og strukturerer pleien og underviser pasient og pårørende. Hun mener sykepleie er mer enn bare å planlegge og utføre gjøremål for pasienten, det er sykepleierens rolle som trøstende, omsorgsfulle og nærværende, det er hennes evne «Å komme under huden på den enkelte for å kunne vite hva han trenger.» (Henderson, 1998, s.24).

Operasjonssykepleieren blir til pasientens stedfortreder. For å bli en slags stedfortreder for den andre må man sette seg inn i den andres situasjon. Her trengs det observasjon og tolkning som fører til en gjensidig forståelse mellom operasjonspasient og operasjonssykepleier (Henderson, 1998, s.57).

Det å forstå pasientens opplevde erfaringer er sykepleie. En vet aldri sikkert hva den andre opplever, vi tror vi vet hva den andre opplever men vi vet aldri om vi har tolket det riktig (Nordtvedt, 1998, s. 60).

Omsorgsbegrepet vil jeg se nærmere på i den forståelsen hva pasienten opplever under TURp operasjoner i lokalbedøvelse og sedasjon. Gjennom kvalitative semistrukturert intervju vil jeg prøve å komme «under huden» til pasienten og får en bedre forståelse om deres opplevelser. Kan man forstå pasientens opplevelser i samsvar med at vi gir de en god nok omsorg under operasjonen?

Operasjonspasienter opplever en ny og spesiell livssituasjon fordi han befinner seg i nye og ukjente omgivelser i et høyteknologisk miljø. Utfordringen i den perioperative sykepleien er å møte pasienten, forhindre komplikasjoner, yte omsorg og delta i behandlingen i et sammensatt team. Dette betyr at vi ser pasienten på operasjonsavdelingen i sin helhet i et teknisk avansert område. I det møtet med pasienten kan en prøve å opprette tillitt ved å skaffe trygghet. I trygge omgivelser føler pasienter seg mer ivaretatt og omsorgsfull behandlet. Å skape trygghet, tillitt og et omsorgsfullt miljø krever at vi reflekterer vår kompetanse og praksis som spesialsykepleier (Moesmand og Kjøllesdal, 2005, s. 13-15). Den perioperative sykepleien betyr å være pasientens advokat. Det å ha kunnskap om både fysiologi, anatomi og samtidig har pasienten som en helhet i blikket. Den perioperative sykepleieren er stedfortrederen for operasjonspasienten. (Rothrock, 2003, s.1). Han ivareta hans behov både de fysiske også de psykiske i de nye og ukjente omgivelsene. Den perioperative sykepleien viser omsorg ovenfor den usikkerheten pasienten har i forhold til behandling, smerter og fremtiden på grunn av hans sykdom (Dåvøy, 2018, s. 111).

Operasjonspasienter jeg beskriver i min studie må gjennomføre en operasjon på grunn av en godartet forstørret prostata, i det tilfelle en TURp operasjon. I denne situasjonen opplever pasienten et kontrolltap over seg selv. Den perioperative sykepleien har her som oppgave å gi operasjonspasienten god nok informasjon og utføre sine omsorgsfulle handlinger på en måte at operasjonspasienten ikke blir fratatt sin egen medvirkning i behandlingen. Å gi omsorg i et høyteknologiske omgivelser har en stor betydning hvor trygge pasienten føler seg og hvordan han mestrer situasjonen. Vi forebygger hjelpeløshet. Grunnlaget for omsorgen i den perioperative sykepleien er å se pasienten i sin helhet. Tross for et teknisk miljø med mange apparater som kan virke skremmende er det spesielt viktig å se mennesket og dens helhet og ikke bare sykdommen hans og hva han skal behandles for. Operasjonspasienten har sin livshistorie som har preget han og hans sykdom. Han er sammensatt av både kropp,

psyke, sjel og livshistorien som påvirker hverandre. Når vi møter pasienten på operasjonsavdelingen er det viktig at vi bryr oss (Dåvøy, 2018, s. 24-28; Moesmand og Kjøllesdal, 2005, s.20-26).

Dette er også et viktig etisk prinsipp for den perioperative sykepleien at pasienten har rett til å medvirke behandlingen i planlegging og helsehjelp. Pasienten har rett på informasjon og kan medbestemme i valgene som blir gjort hvis det er medisinsk forsvarlig (Pasientrettighetsloven, 1999, §2). En god tilpasset informasjon hjelper å skape trygghet og tillitt til pasienten.

Sykepleie og teknologien utfyller hverandre i en høyteknologisk omgivelse som operasjonsavdeling er. Både teknologien og sykepleie er avhengig av hverandre og den ene er bare så god som den andre tillater (Moesmand og Kjøllesdal, 2005, s.106).

Teknologien og medisinsk teknisk utstyr kan hjelpe oss i sykepleien med å gi omsorg hvis vi bruker denne teknologien som et støttende redskap i våre egne observasjoner. Det vil si vi skaper tillitt til pasienten gjennom observasjon av han og en «apparatfortrolighet» som øker omsorgsfølelsen hos dem. Men samtidig kan akkurat denne teknologien skape avstand til pasienten hvis denne brukes uten å sette pasienten i fokus. En kan si det på denne måten at en spesialsykepleier forbinder det tekniske og omsorgsfulle til en helhetlig enhet for ivaretar pasientens integritet. Teknologien kan dermed stjele oppmerksomheten fra pasienten ved at en fokuserer mest på det tekniske enn på kliniske og relasjonelle observasjoner. På den annen side kan teknologien være et godt hjelpemiddel som styrker det kliniske blikket når en setter pasienten i fokus (Dåvøy, 2018, s.130; Hovind, 2011, s. 63; Moesmand og Kjøllesdal, 2005, s.107-110).

Oftest er TURp pasienter i den gruppen som omfatter eldre og er derfor ekstra utsatt for usikkerhet og stress. Eldre omfattes i den aldersgruppen fra 60 og oppover. Antallet av den eldre befolkningen er økende og denne pasientgruppen har i tillegg ofte flere sykdomstilstander. Den eldre pasientgruppen har ofte problemer med syn og hørsel som fører til at de har vansker å forstå den gitte informasjonene. Også et redusert korttidsminne kan skape problemer med informasjonsmengden som blir gitt. Dette påvirker i seg selv utryggheten og angstnivået (Dåvøy, 2018, s.83-85; Rothrock, 2003, s. 1295-1313).

4. Tidligere forskning

I dette kapittelet beskriver jeg mitt litteratursøk av tidligere forskning og refererer til relevant forskning på området.

4.1. Litteratursøk

Tidlig i forskningsprosessen gjennomførte jeg et litteratursøk for å få oversikten over relevante forskningsartikler og for å argumentere hvorfor en ny undersøkelse er nødvendig (Politt og Beck, 2017, s.114-115).

Det systematiske litteratursøk innebar søk, kritisk granskning og utvalg av litteratur innen det område som skal jeg undersøkte. Jeg fokuserte på aktuell forskning i dette emnet og det førte til svar innenfor klinisk relevans. Spørsmål jeg stilte besvartes i litteraturen som ble funnet (Politt og Beck, 2017, s. 114). Litteratursøk er en kvalitativ metode som resulterte av individuell tolkning i funnene (Olsson og Sörensen, 2003, s.22).

Litteratursøk ble gjennomført i databasene PubMed, Medline, Cochrane, Cinahl og British Nursing Index med søkeordene *surgery, conscious sedation, patient experiences, transurethral prostate surgery and local anaesthesia*.

Det fantes generell lite forskning om pasienten sine opplevelser under en TURp operasjon som blir utført under lokalbedøvelse og sedasjon. Men det ble mange treff når jeg ikke søkte spesifikk etter TURP operasjoner. Utvalget av funnene ble tatt i forhold til perioperativ relevans.

4.2. Funn i forskningsartikler

Det finnes noe forskning som belyser pasientens opplevelser under andre typer operasjoner utført i lokalbedøvelse og sedasjon (Golinski,1998, s.90-95). Mens noen undersøkelser sammenligner lokalbedøvelsen og sedasjon med generell anestesi under TURp operasjoner. De kommer til den konklusjonen at det godt kan gjennomføres en TURp operasjon i lokalbedøvelse og sedasjon og at den er mer skånsom for de eldre pasienten med tilleggssykdommer. (Birch et al., 1991, s.113-118; Pedersen et al., 2009, s.1794-9; Sood et al., 2017, s.331-338).

Golinski (1998, s. 90-95) beskriver at en kan bruke våken sedasjon under operasjon som alternativ for pasienter som ikke tolererer generell anestesi. Men at dette er også avhengig av hvilken type operasjon. Hun har også konkludert at de fleste anestesileger tolerer at en våken sedasjon kan være så dyp at en pasient er i korte perioder bevisstløs under særs smertefulle stimuli.

En undersøkelse belyser at det er essensiell viktig for kvalitet innen dagkirurgi med pasientinformasjon og preoperative sykepleieforberedelser. Dette gjelder spesielt for pasienter som skal forstå hvordan det er å oppleve kirurgiske inngrep under våken sedasjon. Det beskrives også at monitorering og peroperativ sykepleie av en pasient i våken sedasjon er ikke mindre krevende enn en pasient i generell anestesi.

Forebygging av komplikasjoner krever kontinuerlig overvåking av vital og psykiske funksjoner og den viktigste monitoren under våken sedasjon er den personene bak monitoren, som kan tolke alle dataene (Janikowski og Rockefeller, 1998, s.37-43).

I en retningslinje for moderat sedasjon vises at det egentlige mål for en våken sedasjon er å redusere pasientens angst og øke pasientens komfort under diagnostiske og terapeutiske prosedyrer. Det vil si at pasienten er smertefritt og føler seg komfortabel under hele inngrepet. Dette krever en kontinuerlig peroperativ sykepleie i forhold til monitorering og vurdering både klinisk og psykisk. Også trengs det veldig gode kunnskaper om medikamentenes virkninger og kirurgiske prosedyrer i tillegg til en god kommunikasjon mellom kirurg, anestesipersonell og pasient (Fencl, 2016, s. 500-511).

En annen undersøkelse belyser utfordringer i forhold til eldre pasienter som skal opereres. Eldre pasienter som skal opereres har ofte mange tilleggs diagnoser men en omhyggelig perioperativ sykepleie kan redusere komplikasjoner. I sammenheng med dette er kommunikasjon en viktig faktor for å opprettholde komfort og tillit hos eldre pasienter. Utføres inngrep i sedasjon kan pasienten leire seg selv tilredte som hjelper å forebygge skader (Doerflinger, 2009, s.223-40).

Det finnes også praktiske retningslinjer og standardiserte prosedyrer for sedasjon for perioperative sykepleiere. Den tar stilling om de forskjellige definisjoner av sedasjonsdybde og at en burde tilstrebe en gylden middelvei. Det vil si en moderat sedasjon der pasienten er i stand å respondere verbal på kommandoer, spontan eller under en liten fysisk stimulus. Pasienten har hele tiden en spontan respirasjon.

Konklusjonen deres er at sedasjon for kirurgiske inngrep er trygg når en følger prosedyrer og retningslinjer og sedasjon bare utføres av spesiell utdannet personal (Metzner og Domino, 2015, s. 526-553; Putnam, 2015, s. 10-12).

Det er trygt å bruke sedasjon under kirurgiske inngrep. Sedasjon gjør det mulig at pasienten tolerer et kirurgisk inngrep uten å miste bevisstheten og uten at det blir belastende for hjerte- og lungefunksjon. Sedasjon hjelper å forbli smertefri og forebygger angst under inngrep. Men sykepleieren som administrerer sedasjon burde ikke ha noen tilleggs oppgaver under selve prosedyren. Det er en god strategi for å lykkes, er å evaluere pasienten nøye preoperativ og gir han tilstrekkelig med informasjon (Spruce, 2015, s.345-353).

En postoperativ undersøkelse som belyser pasientens opplevelser som undergikk estetisk brystkirurgi under sedasjon konkluderer at de fleste var meget fornøyde og skulle utføre inngrep på samme måte igjen (MacLennan, L., Tillo, O., Fatah, F. og Nishikawa, H., 2016, s. 40-41).

Det finnes en pasienttilfredshetsundersøkelse til som går ut i fra perioperative opplevelser av pasienter under dagkirurgiske inngrep i sedasjon. Denne undersøkelsen blir utført for å kvalitetssikre sedasjon prosedyren. Pasientene var stort sett fornøyd med opplevelsen av sedasjon under kirurgiske inngrep. Men å definere pasientens tilfredshet involverer et bredt spekter av sykepleie, sikkerhet og en forståelse av pasientens oppfatning av fornøydhet. Det kommer også frem her at det er like viktig med god informasjon for pasienter preoperativ om hva det betyr å være sedert. Pasientene vil være sikker, selv om han er våken, at han føler seg komfortabel og uten smerter. (Lapere et al., 2015, s.113-118).

Sedasjon finnes i ulike grader med grenseløse overganger. De kommer frem at forventningene av pasienter om en mer komfortabel opplevelse under forskjellige inngrep har økt og at sedasjon kan hjelpe pasienten å tolerere en del kirurgiske inngrep uten at det påvirker vitale funksjoner. (Caperelli-White og Urman, 2014, s. 416-30; Lie og Lunde, 2007, s. 218-226).

Det vises at finnes en god del forskning om pasientens opplevelser under forskjellige kirurgiske inngrep utført i sedasjon og lokalbedøvelse (Golinski, 1998 s. 90-95; Lapere et al., 2015, s. 113-118). De funn beskriver også at de fleste pasientene er

fornøyde og at metodene er sikre og godt egnet for eldre pasienter med tilleggssykdommer (Doerflinger, 2009, s.223-40). Det finnes forskning som sammenligner sedasjon og lokalanestesi med generell anestesi under TURp operasjoner (Birch et al., 1991, s.113-118). Men jeg har ikke funnet noe spesifikk undersøkelse som retter seg mot pasienters opplevelser under TURp operasjoner i lokalbedøvelse og sedasjon.

5. Hensikt og problemstilling

Formålet med studien er at jeg vil få en bedre forståelse om opplevelsene pasienten har under TURp operasjoner som utføres i lokalbedøvelse og sedasjon. Dette kan hjelpe også å kvalitetssikre vår bedøvelsesmetode under TURp operasjoner. Ved den private virksomheten opererer vi TURp pasienter i lokalbedøvelse som innebærer at vi gir 30ml Xylocaingelee 2% i minst 20 minutter før inngrep og en setter 20ml Xylocain 1% ved operasjonsstart i prostatakjertelen. Pasienten får i tillegg en sedasjon med Propofol og Remifentani. Pasienten er våken og puster selv under hele inngrep (Sood et al. 2017, s.331-338). Jeg vil gjennom intervjuene oppnå en dypere forståelse om hva pasienten opplever under operasjonen og om han føler seg like bra ivaretatt som om han hadde fått en generell anestesimetode.

5.1. Problemstilling

Hvordan opplever pasienten å bli operert i lokalbedøvelse og sedasjon ved TURp inngrep?

6. Metode

Spørsmålet i denne undersøkelsen var hvordan er informantenes opplevelser under en TURp operasjon som relaterer til en kvalitativ tilnærming av problemstillingen. I undersøkelsen min vil jeg får en dybdeforståelse av informantenes opplevelser (Malterud, 2011, s.27).

Forskningsarbeidet er at forskeren prøver å besvare spørsmål innen et problem. Han velger metoden i forhold med formålet han vil undersøke. Når en vil få en detaljert forståelse av et problem henvises det til en kvalitativ metode (Creswell, 2013, s.48;129).

Metode er den veien en kan gå eller veien til målet. Den metoden som anvendes bestemmes etter hvilket spørsmål som stilles (Fjelland, 1999, s. 42). Det er spørsmålet som bestemmer det egentlige metodevalget og metoden bestemmer veien til målet (Holm, 1998, s.13-32; Olsson og Sørensen, 2003, s.116). De forskjellige vitenskapelige retninger har hver sitt paradigme. Et paradigme er et mønster. Jeg vil belyse paradigmet innenfor fenomenene perioperative sykepleie under sedasjon og lokalbedøvelse og informantenes opplevelser. Sykepleievitenskapelige paradigmer er blant annet menneske, helse og omsorg. Ved å velge et bestemt paradigme tar en stilling til et utvalgt emne på sin forskning (Olsson og Sørensen, 2003, s.39).

Paradigmet jeg tar stilling til er omsorg i den perioperative sykepleien.

Fenomenologien beskrives slik at hva det er som vi ser og hva det er som vi opplever for oss selv som mennesket. Det som vi ser i omgivelsene og det som vi opplever blir filtrert gjennom våre sanser og bevissthet. Hver enkelt informant i min studie vil oppleve den samme situasjonen annerledes som et subjekt. Det hevdes at fenomenologien støtter seg på at livsverden gir oss innhold og en viktighet for livet. Men fenomenologien kan hjelpe meg til å forstå mine informanter bedre i en teknologisk orientert medisinsk omgivelse. Den kan gi meg en dypere forståelse av hans opplevde situasjon under en TURp operasjon i lokalbedøvelse og sedasjon (Thornquist, 2003, s. 92).

Men hvordan kan vi forstå hva pasienten opplever? Dette skjer gjennom sosialisering det som vi har selv lært og erfart gjennom livet (Thornquist, 2003, s.111). I denne

studien er akkurat den fenomenologiske tilnærmingen aktuell fordi jeg vil se på pasienten sine erfaringer og opplevelser i den perioperative fasen under en TURp operasjon i lokalbedøvelse og sedasjon. Det er akkurat pasientens egne opplevelser som er viktig for meg for å få en forståelse av det han opplever under et slik inngrep.

Hermeneutikken kan en forstår som en forståelse og interpretasjon av tekster. Jeg kan interpretere teksten riktig når jeg vet hva forfatteren har opplevd. Forfatterne er mine informanter, når jeg kjenner deres livshistorie og i hvilken periode i historien og hvilken del av verden han har levd. Thornquist (2003) beskriver at hvis jeg får inntrykk av noe så vil jeg forstå noe. Når jeg ser og opplever noe fordyper jeg min forståelse. Med denne handlingen får jeg en dypere forståelse. Hvis jeg forstå noe så kan det skje at jeg ser på det samme med et nytt syn og kan dermed få en annen eller dypere forståelse. Dette kalles en hermeneutisk sirkel eller spiral fordi det kan virke uendelig (Thornquist, 2003, s. 140-142).

Jeg som er tilknyttet helsevesenet er utfordret til å møte mennesker som er en symbiose av kropp, sjel og kultur. Spesielt i den perioperative fasen tyder jeg kroppen som et hermeneutisk felt. Men kan jeg tolke en kropp som en tekst? Det spesielle i helsefag og i den situasjon at en skall undergå en operasjon er at menneskets kropp er preget av mye, alt det han har opplevd både fysisk og psykisk, men at den også er biologisk materie (Thornquist, 2003, s. 191).

Gjennom hermeneutikken oppnå jeg en bedre fortolkning av tidligere forskning som er blitt utført innen det feltet jeg ønsker å belyse. Hermeneutikken hjelper meg også å forstå og tolke pasientenes opplevelser og meninger gjennom mine erfaringer innen operasjons-, anesthesi- og intensivsykepleie. (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 21; Thornquist, 2003, s. 140).

I tillegg til forskning og kunnskapsbasert praksis kan vi ikke sette ord på alt vi opplever. Mye er sagt uten ord og mye er taus kunnskap (Olsson og Sørensen, 2003, s. 39; Thornquist, 2003, s. 219).

6.1. Design

Studien har et kvalitativ design. En kvalitativ metode er en interpretasjon av opplevde erfaringer fra mennesker (Malterud 2011, s.26). Det vil si metoden er en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming med spørsmålet om hva er essensen i fenomenet jeg undersøker og hvilken betydning det har. Fenomenologien hjelper meg å se pasientenes verden slik han opplever den men under mine egne subjektive erfaringer. (Thornquist, 2003, s. 83). Fenomenologien er en illustrasjon hvordan jeg får innblikk i hvordan pasienten erfarer fenomenet å bli operert i sedasjon og lokalbedøvelse under et TURp inngrep. (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 42).

Kvantitative og kvalitative forskningsmetoder kan utfyller hverandre (Malterud, 2001, s.483-488). Derfor vil jeg utdype og berike den allerede påbegynte randomiserte kvantitative kvalitetsundersøkelsen i vår virksomhet som sammenligner tre forskjellige bedøvelsesmetoder under TURp operasjoner. Dette er en undersøkelse som utføres av vår urolog. På et senere tidspunkt når hans kvantitative undersøkelse og min kvalitative masteroppgave er avsluttet kan vi godt tenke oss å knytte begge undersøkelsene i sammenheng. Helsefag er sammensatt og kan ikke deles inn i det fysiske og psykiske og derfor bør en benytte seg mer enn en metode for å forske på mennesker (Malterud, 2001, s.483-488).

6.2. Utvalg og setting

Populasjon er menn med prostataplager som må utføre en TURp operasjon.

Det er et strategisk utvalg fordi det er ønskelig å få en rikholdig besvarelse av spørsmålet (Malterud, 2011, s.56). Planene er at det skulle være innfridd etter å ha intervjuet 6 informanter fordi gruppen har en nokså liten variasjon. Det handler seg om 6 informanter som er henvist til privatvirksomheten til en TURp operasjon.

Utvalget er følgende fra den pasientgruppen som blir satt opp til TURp operasjon som inkluderer menn som:

- Ønsker å delta
- Alder mellom 45-90 år
- ASA- klassifisering 1 + 2 + 3
- Prostatastørrelsen mellom 25-100 cm³

- IPSS større enn 15
- Egnet til anestesi metoden som går ut på sedasjon og lokalbedøvelse

Men en må vurdere størrelsen underveis. Det ble beskrevet at selv om en inkluderer flere informanter er det bare hensiktsmessig å intervju flere hvis de kan tilføye ny informasjon om fenomenet (Malterud, Siersma og Guassora, 2016, s. 1753-1760). Til etnisk eller kulturell bakgrunn tar jeg ikke hensyn til.

Rekruttering av informantene gjorde jeg gjennom egen virksomhet. Det ble kontaktet pasienter som var henvist fra vår egen urolog eller fra henvisende urologer fra distriktet. Helsesekretær som hadde primærkontakt med pasienten sendte ut forespørselen om deltakelsen i intervjuet etter at pasientene har fått all vesentlig informasjon om operasjonen. Deretter var det vanlig at en sykepleier på sengepost hadde en første informasjonssamtale med pasienten via telefon noen få dager før operasjon. I denne samtalen ble pasienter som ønsket å delta i prosjektet mitt ytterligere informert om hva det innebar å delta i prosjektet. Informantene hadde i tillegg mulighet å ta kontakt med meg ved spørsmål ellers. Jeg hadde personlig det første møtet med pasienten på selve operasjonsdagen der jeg fulgte han i den perioperative prosessen.

Jeg ekskluderte de som ikke ønsket å delta.

Jeg rekrutterte informantene som blir satt opp til en prostataoperasjon fra vår egen klinikk eller som blir henvist til vår klinikk fra våre urologiske kolleger. Tre informantene som ønsket å være med falt ut av undersøkelsen på grunn av den ene fikk narkose, en blir ikke operert på grunn av medisinske årsaker og den siste reiste heim tidlig. Det ble 7 informanter til slutt fordi jeg synes det var greit med litt mer informasjon og det var mange som hadde lyst å bidra til undersøkelsen med sine opplevelser og jeg ville ikke avvise de. Men det viste seg at flere informanter ikke kunne tilføye mer materiale til min undersøkelse og jeg oppfattet det som Malterud (2011) kaller metningspunktet var oppnådd (Malterud, 2011, s.60).

6.3. Semistrukturert intervju

Metoden for datasamling er semistrukturerte kvalitative intervju der jeg prøve å sette meg inn i informantenes verden. Jeg reflekterer og interpreterer informantenes verden for å gjøre den mer synlig for andre. (Creswell, 2013, s. 43).

Et forskningsintervju er en faglig samtale mellom minst to personer om et felles emne. Den samtalen har en viss struktur og hensikt som blir definert av forskeren. Forskeren har den intensjonen å samle kunnskap gjennom intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2012, s.28; Olsson og Sørensen, 2003, s.83;).

Jeg søker å forstå informantenes opplevelser gjennom kvalitative intervju. Jeg leter etter sammenhenger og betydninger av informantenes opplevelser. Kommunikasjon er et viktig bidrag å øke kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 22-24).

Ut ifra det kvalitative intervju kan jeg få kunnskap via en forbindelse mellom informanten og meg. Jeg kan fordype meg i informantenes verden og tolke deres erfaringer og deres opplevelser gjennom mine erfaringer. Ut ifra min yrkeserfaring som operasjonssykepleier og mine observasjoner perioperativ kan jeg med informantenes sine fortellinger reiser med han gjennom sine opplevelser (Henriksen og Vetlesen, 2002, s. 137; Kvale og Brinkmann, 2012, s. 43-47).

Malterud (2011) forstår det kvalitative forskningsintervju som en utveksling av informasjon og samhandling via språket. Hun mener en får den beste informasjonen ut av intervjuene hvis informantene kan fortelle fritt men hun peker samtidig på at en skal fokusere problemstillingen. Det kan by på utfordringer å holde tråden mellom fleksibilitet, kontroll i intervjuene og hvor dyp fortellingen kan gå. En burde være varsam at relevant nyttig informasjon kan komme frem en annen plass (Malterud, 2011, s. 129-131).

Min rolle som forsker og intervjuer har vært interessant og utfordrende. Det å forske i eget felt betyr at jeg har en viss forforståelse av fenomenet som jeg studerer. Jeg har en lang erfaring innen operasjonssykepleie og mine meninger er preget av det. I tillegg har jeg erfaringer fra både anestesi og intensivsykepleie som hjelper meg å forstå den hele perioperative prosessen. Det er både fordeler og ulemper med at jeg har en forforståelse av fenomenet. Fordelen er at jeg kan bedre sette meg inn i informanten sin opplevde verden. Ulempen er at jeg kan være fanget i min egen

forkunnskap. Det er viktig å være bevisst over sin egen rolle som forsker under hele prosessen. Det er mine kunnskaper og egenskaper som preger hele forskningsprosessen (Malterud, 2011, s.18). Siden jeg intervjuer virksomhetens egne pasienter er jeg som forsker medvirkende i deres behandling, dette vil si at jeg hjelper til i min rolle som operasjonssykepleier under den perioperative prosessen.

Kvale og Brinkmann (2012) ser forskeren som intervjuer informantene som et instrument. Siden jeg er novise i intervjuemnet forholde jeg meg til de kriteriene Kvale og Brinkmann har satt opp for å være en dyktig intervjuer. Dette betyr at jeg har kunnskaper om emnet som jeg har fra min mangeårige arbeidserfaring med TURp pasienter. De andre kriteriene prøver jeg å innfri gjennom meg som person. Det betyr å ha struktur, være klar i spørsmålene, være høflig å ikke avbryte informantene. Samtidig burde en være både følsom, åpen, styrende og kritisk, jeg prøver å huske selve informantenes oppførsel for å ta dette med i tolkningsprosessen (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 177). Det hjelper meg å komme under huden til informantene men samtidig forholde meg til min rolle som forsker (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 52).

Å designe en god intervjuguide bar en del utfordringer (Vedlegg 1). For det første hadde jeg tidspress for at den skulle leveres med søknaden til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). For det andre så skulle guiden være innovativ at mine spørsmål skulle blir besvart på en rikholdig måte. Men intervjuguiden brukes som basis for å holde fokus på det egentlige forskerspørsmålet mitt. Intervjuguiden har hovedsakelig spørsmål som begynner med hva og hvordan fordi å gi informantene mulighet å tale så fritt som mulig. Intervjuguiden er delt inn i tre faser. I den første fasen prøver jeg å bli kjent med informanten og at informanten blir kjent med meg som forsker (Kvale og Brinkmann, 2012, s.141). I den andre fasen i intervjuet vil jeg søke å få så rikholdig informasjon som mulig og fornye kunnskapen min om fenomenet som jeg ønsker å undersøke. Den tredje fasen prøver jeg å avslutte med et lite resymé og med spørsmål om hvordan informanten opplevde intervjusituasjonen, som er også viktig for dataanalysen. Intervjuguiden tjener som et hjelpemiddel for å holde den røde tråden i intervjuet, å ha fokus på fenomenet samtidig med at en kan belyse fenomenet fra noen andre sider (Creswell, 2013, s. 165; Kvale og Brinkmann, 2012, s.141-151).

Fra før hadde jeg bare lite erfaring med intervjusituasjoner. Så jeg valgte å starte et pilotintervju som en kollega var villig å hjelpe til. Her prøvde jeg ut utstyr, kontor der intervjuene skulle tas opp og intervjuguiden. Pilotprosjekt var en viktig erfaring i forhold til intervjuguiden og praktisk bruk av utstyret. Det var ikke så enkelt å beholde den røde tråden i selve intervjuet og en kom lett på avveie, dette var sikkert på grunn av at i prøveintervjuet var informant og intervjuer veldig godt kjent fra før. Utstyret til lydopptaket fungerte bra og en kunne høre godt hva som blir sagt. Intervjuene blir foretatt den første dagen etter operasjonen på et eget kontor. Rommet der jeg foretok intervjuet var et kontor som ikke var i bruk ellers. Omgivelsene var dermed rolige og uten noen form for forstyrrelsen (Kvale og Brinkmann, 2012, s.188).

Intervjuene blir tatt opp med lydopptaker på foretakets egen Ipad. Ipad er passord beskyttet, er definert til forskningen og blir ikke brukt til noe annet. Intervjuet var guidet fra et spørreskjema men det er ellers en fri beskrivelse fra informanten sine opplevelser under selve operasjonen. Spørsmålene ble designet etter operasjonsindikasjoner og den gitte preoperative informasjonen. Intervjuene utførtes postoperativt innen de første 48 timene og før informanten reiste hjem og varte cirka en time i gjennomsnittet. Intervjuene fant sted i rolige omgivelser på et kontor. For at ikke det skulle bli for mange inntrykk fortok jeg et intervju per operasjonsdag og maksimalt to intervju per uke. Jeg begynte alle intervjuene med en liten introduksjon om meg selv, selve intervjusituasjonen og dens hensikt (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 141). Intervjuet er et møte mellom meg og informanten der vi utveksler og utvikler kunnskap. Kunnskapen oppstår gjennom å bygge en relasjon med hverandre (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 27). Tidspunktet for intervjuet er valgt på grunn av at informanten skal ha et friskt minne fra operasjonsdagen med sine opplevelser. Informantene er også lettere tilgjengelig så lenge de er innlagt på sykehus. Det kan være en ulempe at informantene kan føle seg avhengig i pleiesituasjonen og dermed svarer noe mer positivt (Kvale og Brinkmann, 2012, s.92).

Lydopptak er et godt hjelpemiddel ved kvalitative intervju men ulempen er at observasjonene ikke blir registrert hvis man ikke tar samtidig notater. Men å skrive notater mens en intervjuer informanten kan virke forstyrrende, derfor har jeg valgt å ikke skrive notater om mine observasjoner om informantene (Malterud, 2011, s.70). Jeg valgte å skrive observasjonene ned i transkripsjonen så nærest lydopptakene som mulig for å ha et friskt minne (Kvale og Brinkmann, 2012, s.187). Samtidig benyttet

jeg meg av den frivillige anonyme pasientundersøkelsen virksomheten tilbyr pasientene.

I tillegg til intervjuene har jeg samlet data fra de 7 informantene under operasjonen og postoperativ. Denne datainnsamlingen innebærer ASA-klassifikasjon, Prostatastørrelsen og IPSS skjema, BIS registrering, mengde av Propofol og Remifentanilforbruk, VAS registrering og postoperativ smertebehandling. Dette skal være en observasjon og dokumentasjon for at informantene følges godt opp i forhold til omsorg og smertebehandlingen perioperativ.

6.4. Transkripsjon

Kvale og Brinkmann (2012) forstår transkripsjon slik at det er en oversettelse fra det muntlige til det skriftlige. Men ut fra min flerspråklige bakgrunn vet jeg at en kan ikke oversette direkte fra et språk til et annet språk uten en hvis grad av tolkning for ellers gi setningene ikke mening. Men i transkripsjonen fra lydopptaket er det også tap fra alt som ikke blir sagt, den helheten av intervjupersonens oppførsel (Kvale og Brinkmann, 2012, s.186-187). Transkripsjonen foretok jeg derfor rett etter intervjuene for å ha et friskt minne fra intervjupersonene. Det er viktig å huske hans mimikk og kroppsspråk for å få et helhetlig bilde av situasjonen og informantene og ta hensyn til dette i transkripsjonen (Kvale og Brinkmann, 2012, s.189).

Transkripsjonen er en utskrift fra lydopptakene. Jeg transkriberte selv og prøvde å skrive lydopptakene mest mulig ordrett ned i bokmål. Jeg testet at lydopptaker på Ipaden fungerte riktig og at jeg kunne høre hva informantens hadde fortalt. Det tok mye tid å skrive ned intervjuene. Jeg måtte lytte flere ganger til lydopptaket for å høre hva som ble sagt. Ved å høre flere ganger på lydopptakene fikk jeg en bedre forståelse av det som ble sagt i intervjuene. I den første ordrette nedskrivningen var de mange merkelige setninger uten mening. Dette ble etterhvert rettet i et skriftspråk for å få en mening i utsagende. Det hendte at jeg må bruke i transkriberingen mine egne ord for å gi en mening i det som blir sagt og for å ikke latterliggjøre informantene (Kvale og Brinkmann, 2012, s.191).

Jeg valgte å transkribere lydopptakene i en forståelig beretning av informantenes erfaringer uten å ta med noen former for pauser eller gjentakelser. Det vil si at jeg har startet fortolkningsprosessen med transkripsjon som et verktøy.

Ulempen i transkriberingen var at jeg som forsker ikke er etnisk norsk som kan føre til en hvis grad tolkningsfeil i nedskrivningsprosessen og forståelsesprosessen.

Transkriberingen er anonymisert og ble lagret på foretakets datasystem på en egen forskningsfil der bare jeg har tilgang til (Norsk Senter for Forskningsdata, [NSD], 2018).

Jeg har skrevet intervjuene i en fortellerstil etter lydopptakene med tilleggskommentarer fra observasjonene jeg gjorde rett etter intervjuene. Tekstinnsamlingen ble et stort materiale på nesten 20 sider i vanlig tekststørrelse på 12 og en linjeavstand på 1,15.

6.5. Analyse

I kvalitative studier stilles det krav til analysen men også til hele forskningsprosessen at fremgangsmåten skal beskrives og at det er gjennomiktig og synliggjort for leseren (Malterud, 2011, s.16).

Analysen kan begynne allerede under selve intervjuet. En tolker underveis under forutsetningen at en spør hele tiden hva som skal undersøkes. Det kan sammenliknes med en innholdsanalyse. Transkripsjonen er her et godt hjelpemiddel til fortolkningen og i analysen. Analysen bygget jeg på det transkriberte intervju.

Å analysere betyr egentlig å dele opp i biter. Å dele opp hjelper med en kategorisering og koding av meninger. Det empiriske datamaterialet som er i skriftlig form kan deles opp og struktureres. Men det er viktig å bestemme en analysemetode før en begynne med intervjuene. Siden jeg vil utforske forståelsen av informantenes opplevelser under en TURp operasjon vil jeg tolke de ut fra en dybdeforståelse (Kvale og Brinkmann, 2012, s.189,197).

Analysen følger oss hele tiden i forskningsprosessen. Den starter ved å beskrive informantene. Gjennom intervjuet ser en nye aspekter og forhold. En får en formening av informantenes opplevelser og dens betydning. Forskeren er i stand å foreta fortolkninger under intervjuet men også under transkriberingen (Kvale og Brinkmann, 2012, s.208).

Det finnes forskjellige analysemetoder for det kvalitative intervju men som grunnmur legger man en basis i denne analysen ut ifra en hermeneutisk fortolknings prosess. I den hermeneutiske fortolkningen følger man en slags spiral der man oppnå en stadig dypere forståelse av problemstillingen (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 240; Politt og Beck, 2017, s.551).

I studien er metoden en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming som innebærer at jeg beskriver de data jeg har samlet inn. En fenomenologisk tilnærming i den forståelsen at jeg undersøkte og tolket informantenes opplevde livsverden i den perioperative fasen under en TURp operasjon i lokalbedøvelse og sedasjon (Martinsen, 2000, s. 141). I fenomenologien er det relasjonsbegrepet mellom hverandre et utgangspunkt. Informantene jeg møtte hadde alle ulike bakgrunn fordi alle hadde sine forskjellige livserfaringer fra før. Men så kunne vi dele noe felles gjennom den perioperative prosessen vi begge opplevde på hver sin måte (Martinsen, 2000, s. 20-21). Fenomenene jeg belyste var opplevelser, omsorg og perioperative sykepleie (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 42; Thornquist 2003, s. 83). Jeg som forsker inntok en egen rolle i innsamlingen, analysen og tolkingen av data. Jeg måtte være bevisst over min egen rolle i prosessen og har prøvd å beskrive den detaljert som jeg kunne for å avklare hvordan jeg påvirket forskningsprosessen (Malterud, 2011, s. 37-41). Hermeneutisk tilnærming i form for fortolkning av intervjuet og tekstforståelse av transkripsjonen. Jeg prøvde å tolke hva informantene fortalte om sine opplevelser under inngrepet i forhold til min forforståelse. Deretter under transkripsjonsprosessen tolket jeg det som var nedskrevet for analyseprosessen (Kvale og Brinkmann, 2012, s.21; Malterud, 2011, s. 39 og s.75; Thornquist, 2003, s. 140-142).

Jeg bestemte meg å følge Malterud (2011) tekstanalyse inspirert av Giorgi. For Malterud (2011) betyr analysen å organisere og oppsummere datamateriale i forhold til fenomenene jeg vil undersøke. Analyseprosessen blir et filter som siler ut det relevante (Malterud, 2011, s. 92).

Jeg støttet meg etter Malterud (2011) tverrgående analyseteknikk der jeg fant begreper ut fra beskrivelser. I begrepene finner vi utgangspunktet for våre teoretiske modeller (Malterud, 2011, s. 82-89 og s. 94). Det at jeg finner begreper fra beskrivelsene og tolkningene betyr at jeg systematiserte svarene jeg har fått. Jeg organiserte i kategorier og generaliserte. Malterud (2011) bygger i analysen på

dekontekstualisering og rekontekstualisering. Dette betyr at en hever ut begreper fra de funnene og sammenligner de med fenomenene men samtidig må begrepene samsvarer med de resultatene en har funnet (Malterud, 2011, s.93).

Malterud (2011) analyse i fire trinn fører meg videre i prosessen til en dypere forståelse av mine informanter som beskriver sine opplevelser under en TURp operasjon. I Giorgi's dataanalyse er det første skritt å lese gjennom hele den nedskrevne transkripsjonen ut fra fenomenene som informantene har opplevd. Jeg begynte med å danne meg et inntrykk av helheten ved med å lese gjennom teksten fra transkripsjonen flere ganger med et åpent perspektiv. Lesing og forståelse har stått i fokus. Jeg prøvde å se etter et tema. Jeg silte ut det som ikke var relevant for problemstillingen ved å lese systematisk gjennom teksten flere ganger. Deretter fant jeg noen elementer som kunne gi en mening. Jeg beskrev de funnene i begreper og grupperte disse begrepene. Begrepene ble omdannet til abstraksjon og jeg prøvde å finne en betydning eller teori i de begrepene (Malterud, 2011, s. 93-100).

Jeg leste gjennom transkripsjonen fra alle intervjuene for å få et helhetsinntrykk (Malterud, 2011, s. 93). Som forsker må jeg kjenne min rolle, min forforståelse og min teoretiske bakgrunn for å samle inntrykkene som teksten gir meg uten noe form for systematisering. Min forforståelse innen fagene fra operasjon-, anestesi- og intensivsykepleie skaffet meg på den ene siden et bedre innblikk i informanten sin situasjon. På den andre siden måtte jeg legge den til side for å være mest mulig nøytral i forhold til innsamling av data for å ikke tolke de etter en for inntatt mening. En første liste blir opprettet med emneord som fenget meg.

- Angst for å blottlegge seg
- Det føles trygg å bli forklart ting
- Jeg kunne meg selv legge til rette
- Jeg husket ingenting
- Det var godt å få beskjed i god tid før
- Å bli sett
- Å ha tid for meg
- Å bli behandlet som en selvstendig tenkende person
- Resultat etter operasjon
- Det er kreft

- Ventetiden
- Trygghet å bli behandlet av erfarne folk
- Kommunikasjon og dialog
- Å vite hva som skal skje
- Har kontroll
- Har tillitt til omgivelsene
- Å få omsorg
- Å få informasjon
- Å beskrive mine opplevelser
- Resultat av operasjon
- Er det kreft?

Ved videre gjennomlesing delte jeg teksten i flere avsnitt og jeg satt merker ved de forskjellige elementer. Etter den første gjennomlesingen startet en prosess med å bygge enkelte elementer som innebar meninger fra hvert intervju. Flere ganger tok jeg frem intervjuguiden for å sammenligne spørsmålene med hensikten til intervjuene. Det kom opp noe nye som ikke var definert fra intervjuguiden som for eksempel oppfølging og bekymringer. Intervjuene var semistrukturert og rekkefølgen på spørsmålene og dermed svarene variert fra intervju til intervju. Dette skapte en del utfordringer for å samle enheter i transkriberingen fra de ulike elementene jeg synes var interessante å belyse mer fra det første trinnet. Til slutt brukte jeg en tallkode fra 1-10 der jeg samlet de utklippede svarene fra transkripsjonene og sammenlignet de med spørsmålene fra intervjuguiden. Noen svar kunne ikke kategoriseres under intervjuguidens spørsmål, men bar meningsenheter angsten for kreft som jeg synes var viktig og ble derfor markert med tekstmarker (Giorgi, Giorgi og Morley, 2012, s.176-191; Malterud, 2011, s. 100).

Til slutt kunne jeg beskrive følgende koder som hjalp meg videre med organisering og strukturering av datamateriell:

- Kommunikasjon og dialog
- Oppfølging
- Trygghet – utrygghet

- Integritet
- Resultat av operasjon
- Bekymringer; impotens
- Omsorg
- Medbestemmelse
- Tid
- Informasjon

I den neste trinnet fant jeg ut holdningene fra en fenomenologisk reduksjon. Det betyr at objektene som kommer frem innenfor beskrivelsene av fenomenet det informantene har opplevd. Det representerer objektene til bevisstheten for forskeren (Malterud, 2011, s.97).

I hver kodegruppe gikk jeg gjennom alle enheter som var «meningsbærende» (Malterud, 2011, s. 100). Hadde noen grupper får få enheter vurderte jeg de på nytt. Andre grupper var blitt for store og jeg delte de opp. Ved å lagre undergrupper kunne jeg fortolke innholdene som er avhengig av min forforståelse og mine forkunnskaper. Det kunne vært berikende kunne flere vært delaktig i tolkningsprosessen for å få flere tolkninger og synsvinkel. Denne muligheten hadde jeg ikke og jeg foretok tolkningsprosessen alene i første omgang, men jeg hadde en god samarbeidspartner i veilederen min som jeg har testet ut funnene på. Jeg beskrev sitatene i abstrakte former for å systematisere datamateriell i forhold til problemstillingen min (Malterud, 2011, s.105-106). Dette trinnet er kondensering og abstraksjon der jeg laget noen grupper for å gi elementer en mening. Sitatene som var i koden bekymringer og informasjon «*Du følte deg velkommen*» eller «*De visste hvem du var*» ble tolket i en ny kategori: å føle seg ivaretatt. Informantene som uttalte at «*Jeg er litt spent hvordan det går*» og ble kodet under to koder nemlig resultat av operasjon og bekymringer, impotens ble beskrevet i kategorien: bekymringer for fremtiden. Eller når informanter mente «*Du vet ikke hva som skjer rundt deg. Du føler deg overlatt til andre*» forstod jeg det for en form for medbestemmelse.

Dette førte til en rekonstruksjon der resultatene dannet meningsgrupper (Malterud, 2011, s.107). I dette trinnet sammenfattet jeg både sitater og beskrivelser av informantene sine opplevelser i et nytt dokument. Sitatene er skrevet om til bokmål

for å få en helhet i teksten og for å anonymisere informantenes identitet (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 81).

Under kondenseringsprosessen kom jeg frem til følgende hovedkategorier som er et dekontekstualisert utvalg:

1. Å føle seg ivaretatt
2. Bekymringer for fremtiden
3. Opplevelser av selvbestemmelse og kontroll
4. God informasjon
5. Smerter og ubehag

Det fjerde trinnet er rekontekstualisering. Jeg satt sammen de abstrakte delene fra forrige trinnet i analysen for å beskrive resultatene i en kontekst. Dette gjorde jeg på alle fem hovedkategorier. Med dette fant nye begreper som overskrift for hver kategori som jeg knyttet til teorien og mitt tidligere litteratursøk. Kategorien: Å føle seg ivaretatt ble til et praktisk omsorgsbegrep (Martinsen, 1989, s.14-17). God informasjon knyttet jeg opp til omsorgsbegrep i relasjoner (Martinsen 1989, s.68). Selvbestemmelse og kontroll, smerter og ubehag dannet jeg til begrepet moralsk omsorg i hver sin kategori (Martinsen 1989, s.48-50). Bekymringer for fremtiden beskrev jeg til omsorgsbegrep for være veileder for pasientenes behov (Henderson 1998, s.63). Til slutt gjorde jeg et systematisk søk etter kontroversene i resultatene fra datamateriell. Dette for å vurdere resultatene mot problemstilling og teorien min (Malterud, 2011, s. 109).

6.6. Etikk

Etikk er en morals forståelse av normer og verdier som preger et samfunn (Fjelland og Gjengedal, 1990, s.123). For meg som forsker gjelder et velgjørenhetsprinsipp som betyr at jeg skal handle til informantenes beste, jeg skal ikke skade eller føre til noen ulemper for informantene som deltar i min undersøkelse (Malterud, 2011, s.201-205).

For helsefaglig forskning har Helsinkideklarasjonen en sentral rolle. Her er alle grunnleggende prinsipper for medisinsk forskning på mennesker fastsatt og jeg har fulgt etter dem (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

[REK], 2018). Videre har jeg forholdt meg etter gjeldende norske lover som Helseforskningsloven og Forskningsetikkloven (Helseforskningsloven 2008, §1; Forskningsetikkloven, 2017, §1). Det har blitt søkt om godkjenning av REK. Både REK og Helsinkideklarasjonen gir retningslinjer i forhold til forskningsprosessen som jeg forhold meg til (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2017; REK, 2018; vedlegg 3).

Jeg har gjort rede for at den enkelte informant ikke skulle få noen form av skader under prosjektet. Den enkelte informantens selvbestemmelsesrett ble ivaretatt i form for frivillig samtykkeerklæring. Personvern er blitt sikret i forhold til identifisering og anonymitet både før, under og etter undersøkelsen. Jeg valgte å beskrive forskningsstedet for privatvirksomhet for å ivareta anonymiteten til informantene (Malterud, 2011, s.205).

For å ivareta forskningsinformantenes integritet ble alle data innelåst i et definert forskningsskap der bare jeg har tilgang til. Det er bare jeg som har tilgang til all datainnsamling. Forskningsinformanter ble informert gjennom samtykkeskjema og er fri til å avstå å være med i studien. At dette samtykket skal være fritt og informert, innebærer at de det skal forskes på ikke skal være under noen form for press idet de gir sitt samtykke (REK, 2018).

Intervjuopptakene ble anonymisert og informantene kunne får høre sitt eget opptak om han ønsker dette. Informantene hadde rett å trekke seg fra undersøkelsen når som helst. Informantene har rett til innsyn i identifiserbare forskningsdata om seg selv. Informantene har også rett til innsyn i sikkerhetstiltakene som blir gjort om sine opplysninger (REK, 2018).

Plassering av utstyr er operasjonsavdelingens eget kontor og eget forskningsskap. Data registreres på en egen forskningsfil. Forskningsfilene er låst med innloggingskode der bare jeg har tilgang til.

Virksomheten har egne prosedyrer i forhold til krav av informasjonssikkerhet ved registrering, oppbevaring og sletting av forskningsdata. Det er registrert hvilke lagringskilder som skal brukes ved studien og all data som er inkludert i studien min blir merket med at de inneholder forskningsfiler. REK krever en 5 års periode for oppbevaring av forskningsdata (Vedlegg 3).

7. Resultat

Gjennom analysen kom det frem 5 kategorier, *å føle seg ivaretatt, bekymringer for fremtiden, opplevelse av selvbestemmelse og kontroll, god informasjon og smerter og ubehag.*

7.1. Å føle seg ivaretatt

Datamaterialet viser at informantene hadde et stort behov for omsorg under hele den perioperative prosessen. Informantene fortalte at de satte stort pris å bli godt tatt vare på. Det betydde mye for alle hvordan ting blir gjort og at en blir sett som en person. De fleste følte seg sårbare og hjelpeløse, men mente hvordan personalet møtte deg skapte tillitt. De hadde tid og brydde seg. De var tilstede med hele seg.

Informant 1 beskrev det slik:

«Jeg følte meg godt tatt vare på fordi de så meg. Hvordan du blir møtt. Kroppsspråket og ansiktet. Og at du treffer folk som har tid til deg. Det er jo litt og tillitt som skal til at du føler deg trygg. Det er ikke så mye som skal til.»

Det viste seg også at informantene hadde behov for at personalet tok seg tid for dem. Men også deres faglig kompetanse skapte en omsorgsfull tilnærming.

Informant 2 fortalte at:

«Det var greie og behagelige folk, jeg følte meg trygge. De virket beroligende, det var ikke noe skummelt. De var hele tiden rundt meg. De så meg. De tok meg på alvor. Det kjentes godt. Du følte deg velkommen og ikke som hvem som helst. De visste hvem du var og de visste hva de gjorde. De kunne sitt fag. De brydde seg oppriktig. Jeg var ikke redde å stille spørsmål, jeg fikk alltid hjelp.»

Mange informantene følte seg virkelig i en utsatt situasjon med noen ubehagelige forventninger. Men de fleste uttrykte det at både egenomsorg og omsorg fra personalet

i den betydning å være der eller å legge en hånd på meg var veldig hjelpsom i denne spesielle sårbare fasen somoperasjonspasient.

Informant 4:

«Jeg ble godt ivaretatt. Det er jo alltid noen skrekkehistorier fra de som er blitt operert. Det er jo ikke den beste plassen å bli operert i prostata. Det var veldig betryggende av han som hold armen på skuldrene mine. Slapp av sa han, så gjorde jeg det.»

Informant 7:

«En føler seg jo litt sårbar. Men jeg ble fortalt hele tiden nå gjør vi det sånn og vi er der for deg. Og når jeg først hadde funnet en stilling var det greit. Jeg hadde fått en god støtte for armene. Det kjentes ikke så verst. Det kunne vært mye verre. En tenker jo litt på forhånd hvordan det blir.»

I datainnsamlingen kommer det frem at omsorg er en tydelig faktor i den perioperative sykepleien. Informantene beskriver seg selv i en sårbar situasjon men setter pris på personalet rundt seg som bryr seg om dem og som tar vare på dem med enkle omsorgsfulle handlinger. Det viser seg også at de fleste følte det veldig betryggende når de kjente på erfaringer fra personalet.

7.2. Bekymringer for fremtiden

Informantene hadde til felles at de alle var opptatt av hvordan deres fremtid etter operasjonen blir. Det i forhold til om det kunne være kreft, men også hvordan livskvaliteten kommer til å bli. De fleste informantene hadde en lang periode med forstyrret nattesøvn på grunn av prostataplager før inngrepet.

Informant 1 beskrev det slik:

«Jeg er litt spent hvordan det går når jeg kommer hjem og skal begynne på egen hånd.»

Informant 7 uttrykte:

«Jeg er veldig spent på hvordan det går med søvn etter operasjonen. Jeg er litt spent på om jeg har lært meg et mønster på grunn av prostataproblemer og søvnvansker at jeg ikke får sove gjennom natten etter operasjonen heller.»

Men det viste seg også at mange informantene hadde dype bekymringer om at det er kreft som er årsaken til alle problemene og om hva livet bringer videre.

Informant 3 fortalte:

«Man vet jo ikke hvordan det går, man vet jo ikke hva livet bringer. Jeg kjenner en som har fått kreft og der avslutter de behandlingen nå.»

Informant 4 utalte seg slik:

«Siden jeg har så lite hvite blodceller så få du jo lett en infeksjon, da må jeg vel passe på litt nå etterpå. Men jeg er glad at det er ikke noe kreft. Det er det du tenker på. Så har jeg jo hatt kreft før. Du bekymrer deg for det. Livet er så urettferdig, du vet ikke og har ikke noe garanti. Å dø med skoene på det er det som er målet.»

Informant 5:

«Jeg har jo vært under oppsikt om det er kreft, for det har jeg vært redde for. Men jeg har tatt dette med ro fordi jeg visste at dette er ikke farlig. Jeg så jo bildene når jeg ble undersøkt de så jo fine ut. Så håper jeg bare at det går bra etterpå at det blir ikke noe tull etterpå. Det tar jo lang tid.»

Datamaterialet viste at alle informantene hadde sine bekymringer for fremtiden. De fleste var redde for kreftdiagnosen. Men en god del var også bekymret om deres livskvalitet i forhold til vannlatingsproblemer og nattesøvn.

7.3. Opplevelse av selvbestemmelse og kontroll

Ut fra datamaterialet kom det tydelig frem at informantene likte å kunne ha kontroll underveis. Dette gav de en viss følelse for medbestemmelse. De uttrykte det at de følte de hadde kontroll mens de var våken under operasjonen. Selv om noen beskrev dette som en illusjon skapte den kontrollfølelsen en viss form for egenbestemmelse.

Informant 6 fortalte:

«Jeg hadde ikke lyst på narkose. Jeg kunne velge og jeg bestemte meg for denne type sedasjon. Jeg har ikke angret etterpå. Det positive er at du kunne følge litt med. Du fikk hilse på alle som var med, lege og sykepleier. Er du i narkose får du ingenting med deg du får ikke hilse på noen. Du vet ikke hva som skjer rundt deg. Du føler deg overlatt til andre.»

Informant 7 beskrev:

«Jeg kunne være våken under operasjonen. Jeg liker å ha kontroll. Det er jo en illusjon å ha kontroll når jeg ligger der men allikevel føler du at du har litt kontroll. Du føler du vet hva som skjer.»

«Jeg følte jeg hadde litt kontroll og jeg følte jeg kunne være med å bestemme hva slags bedøvelsen jeg fikk. Det var jo en grei diskusjon med anestesilegen omkring det.»

«Jeg er inne på den nye pasientrollen at en kan velge. Han anestesilegen forslå noe og jeg følte jeg kunne være med å bestemme. Du føler du har gjort et valg. Du har jo rett på det.»

De fleste informantene følte at de befant seg i en sårbar og utsatt situasjon og posisjon. De gav uttrykk for den ubehagelige situasjonen av blottlegging som de visste de måtte til. Men allikevel var det utfordrende å vise intimitetssonen til noen fremmede etter det så veldig korte møtet. Det fleste beskrev dermed at de lå veldig anspent på operasjonsbordet.

Informant 1 sa:

«Spesiell i denne situasjonen føler du deg litt hjelpeløs. Det er andre som styrer på med det som skal skje og hvordan det skal skje.»

Informant 2 fortalte:

«Fordi jeg har en del dårlige erfaringer med helsevesenet fra min barndom og oppvekst. Så når jeg nå har kontakt med helsevesenet og de oppfører seg ordentlig blir jeg overasket hver gang. Fordi i min barndom og oppvekst hadde vi en lege som var veldig ubehagelig. Så jeg gruet meg å gå til legen og det har jeg dratt med meg. Og når jeg nå har hatt en del kontakt med helsevesenet blir jeg helt overgitt når dere oppfører dere ordentlige»

Det betydde også veldig mye for informantene å legge seg selv til rette. I tillegg skapte en god dialog i den perioperative fasen at en ikke følte seg forlatt. Når de fikk muligheten for et valg var alle glad å kunne være våken og delaktig under operasjonen.

Informant 4:

«Det var behagelig å ligge på operasjonsbordet. Men det var ingen ønskesituasjon å være der, egentlig var det ikke kjekt i det hele tatt. Men må du så må du. En må gjøre det beste ut av situasjonen.»

Informant 5:

«Det var ikke behagelig å ligge i denne stillingen. Det er jo sånt damer kjenner til. Men jeg er glad at jeg ikke fikk full narkose fordi da har du ikke hodet med. Du er ikke med i det hele tatt. Når jeg fikk valget tokk jeg heller denne typen med sedasjon. Jeg har ikke angret på det.»

I forhold til integritet viste det innsamlete datamateriale at informantene var opptatt i sin rolle som pasient og dens rett til medbestemmelse. Materialet beskrev at kontroll var informantenes redskap som de ikke ville miste, men som de visste ikke kunne utøve som de egentlig ville.

7.4. God informasjon

Informantene hadde forskjellige bakgrunn som pasient. Noen hadde erfaringer med helsevesenet fra før andre ikke. En informant hadde svært dårlige erfaringer med helsevesenet. Men alle informantene synes det er veldig viktig med informasjon under hele forløpet. De angi forskjellige grunner. Hovedsakelig hjelper informasjon med mestring av smerte, men også at en blir møtt som en person. Informasjon er nyttig for dem for å håndtere situasjoner fordi en kan innstille seg på forhånd på dem. Det blir ingen overraskelser.

De fleste informantene var takknemlige for at de blir ringt opp på forhånd. Denne informasjon de fikk før operasjonen hjalp å forberede seg på sykehusoppholdet og en kunne bli kjent med personalet.

Informant 1 fortalte:

«De ringte meg noen dager før operasjonen og gikk gjennom en del. Hva som jeg skulle ta som medisiner og hva som jeg skulle gjøre. Så. Jeg fikk følelsen at jeg var ikke bare et nummer i køen. De visste at jeg skulle inn hit og følget opp på forhånd synes jeg var veldig betryggende.»

Informantene beskrev informasjonen de fikk underveis som betryggende og relasjonsskapende.

Informant 1:

«Jeg har blitt så godt mottatt siden jeg kom. Det har ikke vært noen overraskelser. Det var veldig greit og betryggende å vite hva som skulle skje med deg.»

Informant 2 sa:

«De forklarte alt som skulle skje underveis, så jeg kunne stole på dem. Jeg fikk en god relasjon fordi jeg blir informert om alt som skulle skje med meg.»

Spesiell anestesilegen forklarte veldig godt hvordan alt foregikk inne på operasjonsstuen.»

Informasjon informantene fikk gav dem den følelsen å bli godt ivaretatt og kunne ha kontroll over det som skjedde med dem.

Informant 7:

«Jeg kunne si i fra hele tiden, det var en dialog med sykepleier underveis. Jeg fikk sagt i fra når det ble ubehagelig og da gikk han opp to streker og det hjalp veldig.»

Informantene beskrev at ventetiden på operasjonsdagen var en utfordring. Her uttalte seg alle at der var beroligende å få informasjon om ventetiden blir lengre enn det man hadde regnet med. En informant blir ikke informert i den preoperative fasen og det skapte litt uro hos ham.

Informant 2:

«Det verste var med det hele at jeg måtte vente så lenge. Men jeg fikk alltid god informasjon om det. De sa at det blir litt venting og informerte meg når det kom neste skritt. Så da var ventingen ikke så gale fordi du visste hvorfor og du følte deg ikke alene.»

Mens det viste seg også at manglende informasjon skapte misnøye og usikkerhet.

Informant 3:

«Det verste med hele dagen var at jeg måtte vente litt. Det var litt tråkig. Jeg skulle ha time halv elv så var jeg inne halv to. Akkurat den ventetid var litt trasig. Jeg fikk ikke noe beskjed at hvorfor jeg måtte vente så lenge. Jeg spurte til slutt og da fikk jeg vite at det var gått så lenge at da måtte de spise noe mat. Jeg synes det var litt urettferdig at dere fikk mat og ikke jeg.»

Informasjon som informantene fikk før og underveis i pasientforløpet skulle være preget av uttrykk som de kunne forstå. De var seg enige at det hjalp lite med et akademisk medisinsk språk som bare skaper forvirring.

Informant 7 mente:

«Det har i grunne vært greit at det har ikke noe vært sånn medisinsk språk i informasjon jeg fikk. Det var et språk man kunne forstå. Ellers må du slå opp på nettet når du får informasjon fra de offentlige sykehus fordi du forstå ikke hva de mener. Der står så mange fremmedord der. Det har ikke vært her. Referansepunktet må være veldig lavt. Det går an å bruke fremmedord men en må forklarer de først. Men det var et ord som svirrer i rommet det var trombocytter, som ble slengt rundt som jeg fikk høre på. Men det gjaldt ikke meg jeg hørte bare snakk om det på korridoren.»

Informasjon var etter alle informantene en tydelig faktor i mestring av smerter under og etter operasjon.

Informant 5:

«Jeg snakket med kompetente personer og fikk svar på det meste jeg lurte på. Men jeg var ikke forberedt på at operasjonene tok så lang tid, en time. Jeg blir informert om alt som skulle skje. Jeg visste hva som skulle skje med meg. Det var ingen overraskelser. Det er ålreit å si ifra når det kommer et stikk eller noe sånt.»

Informant 7:

«Jeg har gjort meg mine tanker hvordan det blir, men det hjelper å få informasjon. Hun som ringte meg noen dager før forklarte alt og sa du skal ikke ha noe vondt.»

Informasjon inntok et stort datamateriale. Informasjon var essensiell under hele denne perioperative prosessen. Den hjalp informantene med sine egne forberedelser til operasjonen, den skapte en dialog. Men materialet viste også at den dialogen måtte være forståelig og ikke ensidig. Informasjon har også en stor betydning med hvordan en omgås og mestrer smerter. Men likeså hjelper informasjon med å gjøre den ventetiden før operasjon så behagelig som mulig.

7.5. Smerter og ubehag

Det var noen informantene som ikke kjente noe form for smerter eller ubehag under eller etter operasjonen.

Informant 1 beskrev det slik:

«Jeg kjente ingenting fra operasjonen eller inngrepet. Jeg kjente at jeg ikke kjente noen ting der nede. Jeg bare kjente stikk fra nåla i hånden og at det svei litt. Jeg regnet med at det var bedøvelsen. Men det var det eneste jeg merket.»
Så våknet jeg opp igjen. Jeg våknet først opp i sengen. Men jeg har en sånn fornemmelse at dere har flytta på meg. Men jeg kan ikke husker det eller si hvilket tidspunkt det var. Jeg var ikke sikkert på om jeg var ble flytta eller om jeg hadde drømt. Jeg har ikke registrert at jeg var på en måte våken under operasjonen og at dere snakket til meg. Det hele var en positiv opplevelse. Som jeg kunne anbefalt til andre og.»

Informant 2 sa også:

«Jeg hadde ingen smerter eller ubehag etter operasjonen. Under operasjonen merket jeg ingenting, jeg sov og hadde det bra, og så var jeg jo bedøvet.»

Mens en annen gruppe informanter kjente noe ubehag og noe smerter underveis. Men de uttrykte det på den måten at de var innstilt på at de kunne kjenne litt og dette mestret de.

Informant 2:

«Når du får beskjed når ting gjør vondt eller er ubehagelige. Hvis det blir fortalt at nå får du et stikk og dette kan gjøre vondt. Og hvis du ikke takle dette eller det blir for vondt så gi beskjed.»

Nesten alle informantene mente at for å mestre smertene eller ubehag betydde det så veldig mye med en god informasjon underveis. Dermed følte de at de kunne ha kontroll og være delaktig i bestemmelser hele veien i det perioperative forløpet. En god informasjon betydde også at de ikke var engstelige for smertene eller ubehag som oppstod underveis. Tvert imot de fortalte at de var innstilte på at det kunne bli ubehag og smerter under dette inngrep men det alle hadde følelsen av den gode relasjonen og

dialogen de hadde med den perioperative sykepleieren førte til at de ikke mistet kontrollen.

Informant 3 beskrev det slik:

«Jeg merket når jeg fikk bedøvelsen, jeg merket når han stakk meg i blæren. Det gjorde litt vondt. Da gav de meg litt mer til å slappe av da gikk det greit. Men jeg merket det hele tiden».

Informant 6:

«Jeg fikk ikke med meg alt, jeg tror jeg sov litt inni mellom. Jeg sov litt i begynnelsen men det ble jo litt vondt mot slutten. Men de justerte hele veien. Jeg kunne snakke til de hele veiene og sa at det var litt vondt. Så gjorde de noe, de stilte på et eller annet, så hjalp det med en gang. Det var ikke så vondt at jeg mistet kontrollen.»

Datamaterialet viste en gruppe med informanter som ikke hadde noe ubehag i det hele tatt, mens den andre gruppen kjente noe ubehag og gav til og med uttrykk for noe smerter. De viste seg at de to gruppene fikk to forskjellige sedasjonsmetoder. Den ene gruppen fikk i gjennomsnitt mengde med Propofol på 500mg og Remifentanil på 150 mikrogram og hadde en BIS i gjennomsnitt på over 60. En BIS på litt over 60 gir indikasjon for en sedasjon som er ikke mer lett. Det var denne gruppen som ikke kjente noe i det hele tatt. Den andre gruppen som følte ubehag og til dels smerter fikk en gjennomsnitts mengde Propofol på 130 mg og Remifentanil på 280 mikrogram. BIS låg her mellom 80 og 96 som tyder at pasienten var veldig lett sedert eller våkne. BIS ble under operasjonen kontinuerlig registrert og dokumentert hvert 15 minutt.

At de to gruppene fikk to forskjellige sedasjonsmetoder hadde årsaken i det at ved Privatsykehuset Haugesund er det ikke en fast anestesilege tilgjengelig. Anestesileger blir rekruttert fra en faste vikar pool. Hver anestesilege som utfører sitt arbeid har sine egne oppfatninger om hvordan en sedasjon skal utføres. Alle anestesileger har brukt de samme medisinene under en sedasjon, Propofol og Remifentanil men på hver sin litt forskjellige måte.

Etter operasjonen ble det registrert smerter etter VAS skjema etter en, tre og seks timer. Det viste seg at alle informantene hadde lite smerter postoperativ uavhengig hvor mye Propofol og Remifentanil de fikk under inngrepet. Noen fikk smertestillende medikamenter som Paracetamol eller Paralgin forte som substitutt postoperativ i enkelte doseringer. Operasjonstiden varte i gjennomsnitt mellom 45 til 60 minutter og prostatastørrelsen viste seg å være fra moderat stor til stor.

8. Diskusjon

Mennesker har sine relasjoner i en opplevd livsverden. Det er knyttet til filosofien og fenomenologien. Fenomenologien har momentene relasjonsforholdene mellom hverandre i seg. Et menneske trenger omgivelsene for å skape sin egen identitet (Alvsvåg og Gjengedal, 2000, s. 20). Dette vil si for at informantene deler sine erfaringer burde jeg har et fellesskap eller en felles forståelse. Som intervjuer og forsker har jeg hatt en viss forståelse for informantenes opplevde livssituasjon fordi jeg er samtidig delaktig i det behandelende perioperative sykepleie. Men jeg møter allikevel informantene med ulike bakgrunn. Alle opplever sin verden med forskjellige erfaringer fra før, hver og en har noe unik i bagasjen sin. Men informantene og jeg har noe felles, den perioperative prosessen innen den TURp operasjonen som gjør at vi forstå hverandre. Derfor stod informantene og meg i en nær relasjon til hverandre. Med denne relasjonen som knytter oss til hverandre kan gjøre det også at vi er avhengig av hverandre. Informanten fordi han er samtidig pasient i en behandlingssituasjon som forventer en omsorgsfull sykepleie under den perioperative prosessen. Meg som forsket i eget felt som vil yte den omsorgsfulle sykepleien men også vil opprettholde en viss distanse fordi jeg vil inntre i en intervju situasjon uten noen forhåndsbestemte meninger (Alvsvåg og Gjengedal, 2000, s. 20-21). Det å være forsker i sitt eget felt betydde både styrke og svakheter. Styrke ved at informantene og meg hadde noe til felles, den perioperative fasen, svakheten er informantene kunne føle seg i en avhengighetsposisjon av meg som pleieutøver. En annen svakhet er også at jeg som forsker kunne tolke noe i informantenes opplevelser som jeg hadde observert underveis.

Jeg har forsket på informantenes erfaringer og opplevelser under en TURp operasjon i lokalbedøvelse og sedasjon. Erfaringene og opplevelsene er sammensatt fordi hver informant har sine egne relasjoner til omgivelsene fra i forhold til familie, kultur og sykdom. Disse erfaringene preget informantenes bakgrunn som han hadde med seg under operasjonen. Jeg kan dermed ikke redusere informantenes personlige opplevde livserfaringer ut av sammenhengen for å overføre dette på andre. Men samtidig kan den kunnskapen jeg fikk om informantenes erfaringer og opplevelser hjelpe å

videreformidle til andre å tenke kritisk over sine behandlingsmetoder og prøve noe annet for å løfte frem kunnskapen i praksis (Alvsvåg og Gjengedal, 2000, s. 31).

8.1. Omsorg som et praktisk begrep under den perioperative sykepleien

Funnene i min undersøkelse viser at omsorg for informantene og den følelsen av å bli ivaretatt beskrives som tillitsskapende. I en situasjon som er preget av sårbarhet og uforutsigbarhet er det omsorgen som er betryggende ifølge informantene. De beskriver hvordan angsten blir redusert gjennom berøring. Dette er i tråd med tidligere forskningsfunn som beskriver at det er svært viktig i den perioperative sykepleien at det står et menneske bak det tekniske som kan ta vare på pasientene i en svært utlevert situasjon (Janikowski og Rockefeller, 1998, s.37-43). Akkurat i den fasen pasienten befinner seg i under en sedasjon under et kirurgisk inngrep er mer krevende for den perioperative sykepleier enn med en vanlig generell anestesi, siden hun er hele tiden opptatt med å ivareta pasientens beste både fysisk og psykisk (Fencl, 2016, s. 500-511). I tidligere forskning vises det at den perioperative sykepleieren som leder pasienten gjennom et inngrep i sedasjon burde bruke hele seg i omsorgsrollen for å ivareta pasientenes behov (Spruce, 2015, s.345-353).

Omsorg fungerer her som et praktisk begrep (Martinsen, 1998, s.15). Informantene i min studie knytter seg til den perioperative sykepleieren. Det skapes en situasjon av avhengighet der forståelsen er relasjonsskapende. Gjennom omsorgen kan vi oppnå tillitt. Tillitt kan en skape gjennom berøring ved våres sanser. Berøring med våres hender skaper varme og nærhet som både beskrives av mine informanter men også i litteraturen (Alvsvåg og Gjengedal, 2000, s.107). Men håndtering av omsorg i den perioperative sykepleien kan være utfordrende fordi det tekniske står ofte foran og en ser ikke pasienten mer i sin helhet. Den perioperative sykepleieren kan stå i fare for en distansering av omsorg for pasienten på grunn av fokusering på det tekniske og sin profesjonalisering (Martinsen, 1997, s.3). Den perioperative sykepleieren vil gi operasjonspasienten den optimale gode sykepleie innenfor deres fagkompetanse i en teknologisk omgivelse. Moesmand og Kjøllesdal (2005) beskrives det som apparatfortrolighet. Men dette kan ikke frata det egentlige omsorgsansvaret fra den perioperative sykepleier. En setter alltid pasienten i fokus og gjøre sykepleieobservasjon med alle sansene, de tekniske apparatene støtter bare det som

sansene har fanget opp og bekrefter inntrykkene (Moesmand og Kjøllesdal, 2005, s. 109). Martinsen (1996) knytter også sykepleierens omsorg og dens fagkunnskap i sammen (Martinsen, 1996, s.38). Akkurat som informantene beskrev det i studien min at de kunne begynne å slappe av når en la en hånd på skulderen deres mens samtidig at sykepleieren justerte noe på apparatene for å gjøre det mer komfortabel for dem. Informantene følte sykepleierens nærvær. Funnene i min studie viser at erfaringer fra personalet har stor en betydning for informantene i hensikt å få omsorg i en sårbar situasjon. Informantene mine satte stor pris på å bli sett og tatt vare på i et ekstremt teknisk miljø av personalet som kunne sitt fag. Informantene min uttrykte at denne apparatfortroligheten fra personalet gav dem en følelse på at den perioperative sykepleieren ikke brukt mye tid på det tekniske, men på å skape en omsorgsfull tilnærming til informantene. Funnene mine styrkes av tidligere forskning fra Janikowski og Rockefeller (1998) som beskriver at det kreves mer enn tekniske kunnskaper for å tolke alle målbare data fra pasienten under en sedasjon (Janikowski og Rockefeller, 1998, s.37-43). Dette fører en videre til begrepet det praktiske skjønn. Mine informanter omtalte dette slik at det var viktig for dem hvordan ting ble gjort og hvordan en ble møtt. Informantene mine mente det var vanskelig å beskrive det fenomenet, men den relasjonsfølelsen skapes i en slags tause kunnskap. Begrepet praktiske skjønn som kommer inn her der en kan ikke alltid forklare det man egentlig gjør fordi kropp og sjel henger sammen og det samme gjøre kunnskapen og sansene. Det faglige skjønnet legger til grunnen fagkunnskapen i sykepleiefaget. Denne fagkunnskapen skaper en relasjon mellom sykepleier og pasient som spiller en viktig rolle å bygge opp tryggheten hos pasienten. Det er ikke bare fagkunnskapen, men det faglige skjønnet som innebærer også en viss tause kunnskap som hjelper oss i praksis å bedømme det som er egentlig viktig. En kan ikke alltid forklare disse handlinger i den forstand at de er forankret i teori og praksis (Martinsen og Wærness, 1991, s. 123-125).

8.2. Omsorg i relasjoner i den perioperative sykepleien

Funnene i min undersøkelse viser at god informasjon i den hele perioperative prosessen var essensiell for informantene for å ivareta deres integritet. Det bygges opp et relasjonsforhold i en veldig kort tid der en møter informantene før en operasjon.

Det er mange som skal videreformidle informasjon til informantene. Informasjon ble til et slags nøkkelord. Informasjon var nøkkelen som låste opp alle dører innen dialog og kommunikasjon ifølge informantene i min studie.

Disse funnene samsvarer med tidligere forskning. Janikowski og Rockefeller (1998) beskriver i sin undersøkelse også hvor viktig det var med god informasjon for informantene i den perioperative fasen og de henviser til dette spesielt i forhold til inngrep som er utført i lokalanestesi og sedasjon (Janikowski og Rockefeller, 1998, s.37-43). Tilsvarende funn er gjort av Fencl (2016) som sier at en god dialog og kommunikasjon hjelper å motvirke informantene sine opplevelser av angst og ubehag under kirurgiske inngrep i sedasjon (Fencl, 2016, s. 500-511). Spesielt hos den eldre pasientgruppen skaper informasjon som er forståelig et tillitsforhold til sykepleier (Doerflinger, 2009, s.223-40).

I min studie skapte denne kommunikasjonen et relasjonsforhold mellom informantene og den perioperative sykepleieren, men bare hvis denne blir dannet på det samme nivågrunnlag. Men funnene i min studie viste også at en god informasjon var til stor hjelp for å mestre smerter og ubehag. Alle informantene uttrykte at de kunne mestre smerter bedre hvis de hadde fått beskjed om det på forhånd. Men min studie viste også at manglende informasjon førte til usikkerhet og misnøye. Det viser gjennom mine informanter at informasjon er et godt redskap for å bygge opp et godt relasjonsforhold. Dette fører meg til omsorg som et relasjonelt begrep fra som betyr at vi er avhengige av hverandre og av omgivelsene våre. Denne relasjonen er viktig for vår utvikling og våre behov. Mennesket og omgivelsene er knyttet sammen og er avhengige av hverandre. Derfor må vi forstå hverandre og handle deretter (Martinsen, 1989, s.16).

I mine funn ser informantene den perioperative sykepleier som ble deres stedfortreder og overtar en ansvarsrolle for dem. Denne ansvarsrollen kan en bare innta fordi en har lagt tillitt til grunnlag. Tillitt skapes etter mine informanter gjennom med å bli godt kjent med personalet i hele den perioperative prosessen. Henderson (1998) anser sykepleieren som pasientens stedfortreder. Stedfortreder for pasienten kan en bli ved å opprette en fortrolighet gjennom gjensidig forståelse (Henderson, 1998, s.57). Tillitt er et etisk fenomen i maktrollen mellom pasient og sykepleier. Det faglige skjønnet av

sykepleieren har en stor betydning i tolkningen av pasientens livsverden for å danne en fortrolighet mellom dem (Martinsen, 2000, s.25).

Funnene mine støttes av tidligere forskning av Fencl (2016) som også beskriver den perioperative sykepleieren som stedfortreder av operasjonspasienten som krever en kontinuitet i forhold til monitorering og vurdering både klinisk og psykisk. Også trengs det veldig gode fagkunnskaper i tillegg til en god kommunikasjon (Fencl, 2016, s. 500-511).

8.3. Omsorg som et moralsk begrep i form for medbestemmelse

Funnene i min undersøkelse viser informantene ville gjerne være delaktig i den perioperative prosessen. Informantene mine beskrev tydelig at de likte å ha kontroll. De fortalte at å kunne beholde kontrollen gav dem en følelse av medbestemmelse. Selv om mine informanter gav også uttrykk at kontroll og medbestemmelse kan være en illusjon fordi det er egentlig hovedsakelig fagpersonalet som styrer den perioperative prosessen. Men noen små fenomener av medbestemmelse og kontroll hadde stor betydning for hele forløpet mente alle informantene mine. Informantene i min studie følte seg under operasjonen i en sårbar og hjelpeløs situasjon der de lå blottet på operasjonsbordet. Alle informantene fortalte at det hjalp mye for dem selv og deres egenomsorg å kunne legge seg selv opp til den ønskete operasjonsleie. Dette støttes fra funn i tidligere forskning som viser også at pasienten la stor vekt på medbestemmelse og tillit (Lapere et al., 2015, s.113-118). Under sedasjon følte pasienter de kunne være delaktig hvordan de la seg til rette på operasjonsbordet og dermed kunne hjelpe til å forebygge ubehag og være delaktig i medbestemmelsen (Doerflinger, 2009, s.223-40).

I min undersøkelse beskrives det en urørlighetssone, noe som går utover intimgrensen innen i et altfor kort møte med den perioperative sykepleieren. Informantene ble blottet nedentil for å sette bedøvelsen til inngrepet og de ble lagt opp til en lithotomileie for å utføre den sterile vask og dekking før inngrepet og for å gjennomføre selve TURp operasjon. Informantene følte seg svært utsatt i denne posisjonen selv om de visste om dette før. Det handlet om intimiteten deres. Informantene visste at det er nødvendig å blotte seg, men vil beskytte seg og sin intimitet for å ikke miste sin egen kontroll. Det gjorde det lettere å bli møtt som

menneske. Det relasjonsskapende øyeblikk betyr så mye hvordan informantene kunne håndtere denne situasjonen av blottleggelse. Urørlighetssone er et ord som Dávøy (2018) bruker. Det kan betyr så mye både fysisk og psykisk. Urørlighetssonen beskytter oss i et relasjonsforhold i forhold til våres tanker og vår kropp. Denne sonen er ulikt hos hver av oss og har ulike innhold som vi vil deler eller ikke (Dávøy, 2018, s.134).

I min undersøkelse fortalte noen informanter om at de var veldig bevisst om sin pasientrolle som gir dem rett til medvirkning og medbestemmelse. Noen av mine informanter beskrev medbestemmelse på denne måten at han kunne velge hvilken anestesimetode han skulle få. Det å kunne ta et valg betydde mye i forhold til kontroll over seg selv. Som helsepersonell er vi forpliktet å gi pasienten rett til medbestemmelse.

Pasienter har sine rettigheter forankret i Pasientrettighetsloven som beskriver hans rett til medvirkning og informasjon. Helsepersonell skal gi pasienten mulighet til å være med å ta valgene innen behandling. Dette krever en god veiledning og informasjon fra helsepersonell for at pasientene på det grunnlaget kunne ta sine egne valg (Pasientrettighetsloven, 1999, § 3). Medbestemmelse er en form for egenansvar men også for egenomsorg. Den perioperative sykepleier har ansvar for å ivareta operasjonspasienten og det er omsorgen hennes. Men den perioperative sykepleier skal ikke ta ansvaret fra operasjonspasienten ved å bestemme over ham (Martinsen, 2003, s.92).

Det finnes også flere undersøkelser som belyser at pasientene er mer opptatt av sin nye rolle som pasient i forhold til sine rettigheter og forventinger (Caperelli-White og Urman 2014, s. 416-30; Lapere et al., 2015, s.113-118; Lie og Lunde, 2007, s. 218-226).

8.4. Omsorg som veileder for fremtidige bekymringer

Funnene i undersøkelsen min viser at operasjonsresultat er veldig viktig både i forhold til kreftspørsmålet men også til vannlatingsproblematikken og hvordan en fungerer i hverdagen etter operasjon. Flere av mine informanter beskriver hvordan de var plaget med vannlatingsproblemer og med for lite nattesøvn. De fleste informantene følte seg sosialt isolert på grunn av inkontinens eller hyppige vannlatninger.

Etter Henderson (1998) er det viktig å vurdere pasientenes behov. Informantene sitt behov er å tilstrebe et liv etter operasjon som tillater han å være sosial uten noe form for at vannlatingsplager er til hinder for det. Det er både de fysiske og psykiske behovene som Henderson (1998) beskriver i sin teori (Henderson, 1998, s.46).

Videre fortalte informantene at operasjonsresultat betydde mye for fremtiden deres. For noen informanter var det en vei tilbake til yrkeslivet, for andre betydde det en ukomplisert sosial integritet.

Det kan den perioperative sykepleien hjelpe med å veilede informantene på veien videre, hva de kan forvente og hvordan en kan løse problemer som eventuell kan oppstå. Dette krever forståelse av pasienters problemer, vår oppgave som deres stedfortreder men samtidig å ha evnen til å skape en relasjon. Det gir sykepleieren et grunnlag for å starte pasientens rekonvalesens (Henderson, 1998, s.63).

Det var også flere informanter som gjorde seg sine tanker angående kreft. Informantene som uttrykte en usikkerhet for fremtiden og det følte betryggende når personalet kunne skape et forhold gjennom en relasjon til deg. Informantene beskrev hvordan de følte seg håpefulle når de visste at sykepleierne kjente dem. Moesmand og Kjøllesdal (2005) viser hvor stor pasientene legger vekt på operasjonsresultat i forhold til mestring av smerter når det visste at etter operasjonen skulle livssituasjonen deres blir mye bedre (Moesmand og Kjøllesdal, 2005, s.226).

8.5. Omsorg som et moralsk begrep i forhold til smerter og behov for å lindre smerter

Funnene i denne studien viser at det dannet seg to grupper med en tydelig forskjell i forhold til smerteopplevelsene sine. At det dannet seg to forskjellige grupper hadde en sammenheng med at i den private virksomheten brukes det forskjellige vikarer som anestesileger med ulike bakgrunn. Det viste seg i registreringen at den ene gruppen som fikk betydelig mer Propofol og mindre Remifentanil ikke hadde noen form for ubehag eller smerter i det hele tatt. Den andre gruppen som fikk en sedasjon med mindre Propofol og mer Remifentanil som gav uttrykk for noe ubehag og smerter men som kunne takle og mestre det på grunn av en kontinuerligst dialog og god informasjon. Tidligere forskning støtter disse funnene. Fencl (2016) beskriver i en retningslinje for moderat sedasjon at pasienten kan være smertefritt og fri for ubehag

under operasjoner i sedasjon, men at dette krever en god perioperative sykepleie og gode kunnskaper om medikamentenes virkning (Fencl, 2016, s. 500-511).

Funnene både i min undersøkelse og tidligere undersøkelsene viser at det er mye som har en betydning for smerter og ubehag. Noen av informantene i denne studien hadde angst for smerter i forhold til et kirurgisk inngrep og hvordan de skal mestre det. Angst for tap av kontroll spiller inn her også, i tillegg hvilke opplevelser informantene hadde tidligere. Hvordan en kan omgås med smerter og hva kan hjelpe å tolerere smerter kom frem i min undersøkelse. Informantene viste at de kunne godt tolerere noen form for smerter og ubehag hvis de følte de ble informert om det på forhånd og det gikk ikke ut over at de kunne miste kontrollen. Opplevelsen av smerter er veldig kompleks og mange faktorer spiller inn her. Smerter og ubehag berører dermed sykepleiemoral. Det er oppgaven til den perioperative sykepleien å holde pasienten smertefritt og komfortabel under hele inngrepet for ivaretar pasientenes behov (Fencl, 2016, s. 500-511).

Informantene mine uttrykte det at det var deres behov å være smertefritt under operasjon i sedasjon og lokalbedøvelse. Funnene i min undersøkelse viste at det var en tydelig forskjell hvordan en sedasjon blir utført. Det kreves mye fra den perioperative sykepleieren både i forhold til apparatkunnskaper og medikamentkunnskaper, men også i forhold til sansing og samspill. En må også tar hensyn til at informantene i pasientgruppen TURp er ofte eldre. Eldre informanter beskrev det at en må tåle litt smerter for å få det overstått. Dávøy tar dette tema også opp ved at den eldre operasjonspasient hadde behov for å holde smerteuttrykk tilbake på grunn av deres kultur og at de ville ikke være unødvendig til bry (Dávøy, 2018, s. 87).

I studien min kom det frem at informantene i den perioperative pasientrollen ville utøve selvbestemmelse og medbestemmelse. Spesielt i den situasjon der de opplever at inngrepet ble utført i lokalbedøvelse og sedasjon mente informantene at de kunne medvirke i hele prosessen fordi de ikke var i narkose.

Den perioperative pasient er i en avhengighetssituasjon (Alvsvåg og Gjengedal 2000, s. 128). Avhengighet er en relasjon som baserer seg på tillit og makt. Mens Martinsen (1989) ser avhengighet som et positivt relasjonsforhold. Hun beskriver avhengighet som påvirker oss og hverandre fordi vi er gjensidig avhengig av hverandre. Omsorg

her er et moralsk begrep som er overordnet over relasjoner og praksis. Omsorgsbegrepet er forankret i sykepleiens etikk. Vi har et felles ansvar ovenfor den svake og at alle blir behandlet lik (Martinsen, 1989, s.66).

Det moralske begrepet er preget av det gjensidige avhengighet. Pasienter som er inne til operasjon er ofte utlevert til personalet rundt seg. De er i narkose. De har ingen kontroll over sin egen kropp (Dåvøy, 2018, s. 137). Informantene i min studie beskrev det på denne måten at de overgir seg selv til noen andre som de bare blir kjent med på noen få øyeblikk. Men de fleste ville ikke valgt en narkose på grunn av de ønsket å beholde kontrollen selv. Det er som Martinsen beskriver det på en måte at informantene i min studie trenger veiledning og støtte gjennom omsorgsoppgaven av den perioperative sykepleieren for å kunne ta valgene selv og har kontroll over seg selv (Martinsen, 1975, s.142).

Jeg trekker i min studie også frem Kari Martinsen syn om det kapitalistiske samfunnet i helsevesenet der det stor fokus å hjelpe de som er samfunnsnyttige. Pasienter med godartete prostataplager som faller under den gruppen eldre pasienter er ikke mer samfunnsnyttige og havner derfor langt nede i behandlingsskøen eller de får ikke den behandlingen som er nødvendige fordi det er ikke de samme krav som for eksempel kreftpasienter har i forhold til behandlingsfristen. Men alle har en verdighet (Martinsen, 1975, s. 21).

«I sykepleierens møte med pasienten ligger en fordring ut fra faglighet og nærvær å støtte pasientens livsmot i lidelsen. Det er fenomenet lidelse, ikke begrepet lidelse. For fenomenet er mer fundamentalt enn begrepet.»

(Martinsen, 2003, s.34).

Ser jeg videre på det som Martinsen mener om de kapitalistiske trekkene med helsevesenet faller akkurat denne pasientgruppen utenfor. De blir regnet som ikke produktiv og ikke samfunnsnyttig. TURp pasienter er i den eldre pasientgruppen som ikke tilhører den produktive friske arbeidskraft mer. Derfor er deres prioritering langt nede innenfor ressursfordelingen (Martinsen, 1975, s. 42-46).

Omsorgshandlinger kan også trekkes frem som lite produktiv i nåtidens helsevesen der produktivitet og økonomi har en stadig voksende rolle. Det merkes i ressursfordeling innenfor helsevesenet i forhold til helsefremmende og behandlende

medisin. Men kan en trekke det videre til behandling av TURp pasienter som ble avvist fordi en ikke ser på alternative behandlingsmetoder? Hvordan er vårt omsorgsansvar ovenfor pasientene som ikke blir operert fordi de ikke tåler en form for en bedøvelse mens det finnes andre former som en gjerne kan ta i bruk men faller utenfor vår kultur innen det medisinske tenkingen fordi det er lite praktisert i de nordiske landene (Martinsen, 1975, s. 42). Henderson (1998) hevder at en ikke skal stå fast ved gamle rutiner, en skal forske på det hva en gjøre og hvordan en gjøre det for å utvikle faget (Henderson, 1998, s. 67).

For Henderson (1998) står menneskenes behov sentral i sykepleien. De menneskelige behovene er essensielle for den menneskelige verden (Henderson, 1998, s. 46). Men hun trekker også frem at vi som sykepleier har et ansvar ovenfor pasientene når det gjelder ressursfordeling og økonomi i forhold til behovene (Henderson, 1998, s. 24). Martinsen strekker dette litt videre og sier at menneskenes behov er samfunnsøkonomisk viktig for å opprettholde vår eksistens. Etter hun har det stor betydning å rette sykepleien mot pasientens vanlige gjøremål for å styrke deres egenomsorg (Martinsen, 1975, s.191).

8.6. Metodediskusjon

Gyldigheten støtter seg på at det er brukt riktig valg av metode til studiens problemstilling (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 253). Metoden jeg valgte er et kvalitativt forskningsintervju som var semistrukturert som viste seg å være riktig for å få en dypgående forståelse av den informantens sin opplevde livsverden i en perioperative fase under en TURp operasjon i sedasjon og lokalbedøvelse.

Det kvalitative forskningsintervjuet har hjulpet meg virkelig «å komme under huden» til informantene. Jeg har fått informasjon om deres opplevelser under den perioperative forløpet jeg ikke ville fått med noen andre forskningsmetoder. Jeg påstår at metoden jeg brukte har vært relevant. Men for å gjøre gjeldende krav på representativiteten til informantens utsagn knyttet jeg deres opplevelser og mine tolkninger av det til tidligere forskningsfunn og teori. Dette ble gjort for å se om det var noen forbindelser fra min undersøkelse til tidligere forskning (Malterud, 2011, s.182). Ekstern gyldighet blir validert fra tidligere funn i forskning i det eller lignende

emne som skal undersøkes. Funn fra tidligere forskning som støttet funn i min undersøkelse styrker gyldigheten (Malterud, 2011, s.187). I forhold til søk og funn i tidligere studier ble jeg oppmuntret fra mine medstudenter i masterseminarene å søke på nyere forskning siden noen av de artiklene var litt eldre, noe som jeg gjorde.

Det fantes flere meninger og opplevelser som stemte overens med mine og andre funn i fra tidligere forskning som kan styrke gyldigheten min. Men det kan samtidig vise til en svakhet i min forskning også fordi er det for mange samstemtheter fra tidligere forskning rund opplevelsen under en operasjon når det gjelder informasjon og omsorg generelt (Malterud, 2011, s. 183). Det ble en induktiv tilnærming som skulle lede meg til nye begreper. Jeg lurte på underveis om mine hypoteser ikke ble besvart allerede i tidligere forskning. Jeg følte også at det eksisterte allerede mange svar på det som jeg har undersøkt. Men det var funn i min undersøkelse i forhold til sedasjonsmetode og smerteopplevelsen som ikke var beskrevet i tidligere forskning. Disse funnen kunne jeg tenke kan bidra til å utvide kunnskapen om pasientens opplevelser under sedasjon peroperativ.

Under hele forskningsprosessen har jeg vurdert gyldigheten. Jeg som forsker viste forståelse om forskningens design, dens begrensinger og svakheter. Relevans ble henviset til begreper i forhold til fenomenet som jeg belyste. Gyldighet underbygges også ved sammenligninger av resultatene og overførbarhet til andre (Malterud, 2011, s. 181).

Gyldigheten er om jeg har virkelig forsket på hva jeg skulle forske. I et kvalitativt intervju innebærer gyldigheten at jeg som person sjekker underveis om jeg har forstått det som blir sagt ved å gjenta utsagnene med mine egne ord og spørre direkte informantene om det er riktig. I selve intervjusituasjonen har jeg alltid prøvd med å gjenta informantenes meninger med mine egne ord for å kontrollere om jeg har forstått dem riktig.

Det er viktig å oppfatte utsagnene i intervjuene riktig og tolke innholdene i samsvar med informantenes meninger. Det er også viktig å skrive ned utsagnene på en riktig måte at ikke meningene i utsagnene blir feiltolket. I min forskerrolle har jeg som tidligere nevnt en opprinnelig utenlandsk bakgrunn som kan lettere føre til misforståelser og feiltolkning i prosessen. Dermed valgte jeg å sende det transkriberte

datainnsamlingen til informantene til vurdering om det innholdet sammen svaret med det som blir sagt og ment. Noen hadde små justeringer (Malterud, 2011, s.182).

Gyldighet sier også noe om min kompetanse som forsker og hvordan jeg har utført intervjuene, transkripsjonen, analysen og dokumentasjon. (Kvale og Brinkmann, 2012, s.253; Malterud, 2011, s. 182). Siden jeg ikke hadde noe kompetanse som forsker fra før støttet jeg meg i forskningsprosessen til min veileder og til litteratur i henhold til hvordan jeg skulle utføre intervjuene, transkripsjonene, analysen og dokumentasjon. Veilederen min var aktiv under hele prosessen fra starten av og hjalp med å formulere forskningsspørsmålet, litteratursøk, metodevalg og analysevalg. Veilederen var også med under ut formuleringen og omformuleringen av teksten, tolkning og diskusjon. Mine og tidligere funn i forskningen skulle tolkes og drøftes det stilte krav til varierte og differensierte skildringer, formuleringer og sammensatte konklusjoner som jeg ikke hadde klart uten min veileder (Malterud, 2011, s. 185).

Troverdigheten av den kvalitative forskningen er avhengig av at jeg som forsker reflektere meg selv som innebærer at jeg så kritisk på seg selv og min forskerrolle i hele prosessen. Troverdighet forutsetter at jeg er åpen til forskningsprosessen og beskriver nøyaktig hver trinn i selve prosessen at denne blir synliggjort for leserne. Troverdigheten styrkes av nøyaktighet i hele forskningsprosessen (Malterud, 2011, s.184). Jeg har prøvd så godt jeg kunne å få en nøyaktig beskrivelse av hvert trinn og hver prosess fra utvalget av informantene til funn i tidligere forskning, datainnsamling, fortolkning, transkripsjon og analyse. I analysen valgte jeg å beskrive temaer og kategorier som oppstod så detaljert som mulig. Jeg har under hele forskningsprosessen forsøkt å beskrive alle innvirkende faktorer. Hele prosessen valgte jeg å skape en gjennomsiktighet for leseren (Malterud, 2011, s.186).

Troverdigheten kan bli svekket for at jeg har et nært forhold til emnet (Malterud, 2011, s. 16-19). Dette kan kritiseres hos meg på grunn av min tilknytting til min arbeidsgiver og fordi jeg er aktiv i den peroperative sykepleie og dermed ikke kan være objektiv nok i forhold til informantenes utsagn. Det finnes generelt ingen fullstendig objektivitet. Men jeg underbygger min egen rolle og min egen refleksjon i bakgrunn av min lang yrkeserfaring og min allsidige kompetanse som operasjon-, anestesi- og intensivsykepleier. I tillegg kan jeg tilføye at jeg jobber med mange

forskjellig vikarer som er alle skeptiske i utgangspunktet til den bedøvelsesmetoden vi bruker ved TURp operasjoner, men innrømmer etterhvert at dette er et godt alternativ.

Det å være forsker og arbeidstaker på samme sted har vært både positivt og negativt. Positiv er at jeg har fått enkelt tilgang til feltet og informantene. Min forforståelse kan gi intervjuene mer dybde og jeg får mer rikholdige svar enn en forsker som ikke kjenner feltet. Lojaliteten til virksomheten kan påvirke meg både negativ og positiv i forhold til forskningsprosessen, valg av emne, tolkningen og resultatet (Malterud, 2011, s.203).

For å ivareta troverdigheten prøvde jeg i hele forskningsprosessen å være kritisk mot meg selv og min rolle i forhold til informantene og problemstillingen. Det å ikke være objektiv nok på grunn av at min arbeidsgiver har en interesse å fremdrive denne type bedøvelse hos TURp pasienter kan være en svakhet i min studie. Men jeg minnes godt selv på hvor kritisk jeg var i begynnelsen og synes det var enklere å utføre inngrep i generell anestesi. Det har også vært inspirerende å diskutere denne bedøvelsesmetoden på lokalbedøvelse og sedasjon med flere av våre anestesilegevikarer og sykepleier.

Det er meg selv som har ansvar for å bekrefte at mine funn er gyldige i forhold det som informantene har sagt og ment. I tolkningsprosessen kan det være problematisk å stå alene i fortolkningene fra informantenes meninger. Det var viktig med innspill fra veileder for å ha differensierte synsvinkler på meningstolkning (Malterud, 2011, s.184).

Resultatene vil jeg gjerne videreformidle til institusjoner som behandler pasienter med godartete prostatalidelser. Resultatene kan sikkert ikke overføres direkte til andre behandlere men kan åpne for inspirasjon og nytenkning og etterlikning.

9. Konklusjon

Prosjektet belyser informantenes opplevelser ved en TURp operasjon i lokalbedøvelse og sedasjon. Det gjorde inntrykk å komme tett inn på informantenes opplevelser ved et kvalitativt forskningsintervju. Noen funn samsvarte med tidligere forskningsresultater mens andre funn var nye.

Hovedsakelig kom det frem at de fleste informantene hadde valgt akkurat den bedøvelsesmetoden som går ut på lokalbedøvelse i prostatakjertelen og en intravenøs sedasjon igjen om de hadde muligheten til det fremfor en narkose. Det viktigste funn var at informantene kunne ha kontroll over seg selv og en form for medbestemmelse i behandlingen. Kontroll og medbestemmelse hjalp informantene med mestring av smertene under den perioperative prosessen.

Alle informantene følte seg komfortable og hadde gode opplevelser under det perioperative forløpet. Mange opplevelser som ble skildret var nok sikkert de samme som andre pasienter kunne ha gitt uttrykk for under andre inngrep også. Jeg tenker spesielt her på den fasen før og etter operasjonen. Mine funn beskriver at det er enda viktigere med informasjon, omsorg og relasjon i forhold til den perioperative sykepleie ved inngrep som er utført og lokalbedøvelse og sedasjon enn hos inngrep i narkose. En av funnene som viste seg også å være ny i min undersøkelse var at hvor viktig det er med kunnskap fra den perioperative sykepleier om medikamenthåndtering i forhold til forskjellige typer av sedasjon. Det finnes forskjellige måter å utføre en sedasjon på og en må lytte til pasienten sine opplevelser for å finne den beste løsningen for at han føler seg så komfortabel som mulig under hele inngrepet. Det viste seg gjennom min studie at det oppstod to forskjellige grupper i forhold til sedasjonsmetoder. Den ene gruppen som fikk høyere dosering Propofol og mindre dosering Remifentanil hadde en betydelig bedre og mer avslappet opplevelse enn den andre gruppen som fikk mindre Propofol og en høyere dosering Remifentanil.

10. Implikasjoner for praksis og videre forskning

Ved å gjennomføre prosjektet kom det frem en del interessante funn som jeg kunne tenkt med å videreformidle.

Det første er å få en bedre eller annen forståelse for en anestesimetode som er brukt i liten grad, nemlig lokalbedøvelse og sedasjon spesiell i forhold til eldre pasienter som skal undergå en TURp operasjon. Det har til hensikt at en kunne bidra med at flere av disse pasienter kunne fått muligheten til en operasjon og at en kunne bidra med at pasientene her kunne få et bedre liv uten noen form for vannlatingsproblemer og urinveisinfeksjoner etterpå. Funnen mine kunne dermed også bidra med å vise at det er også viktig å tenke på de svake i vårt samfunn selv om de ikke er mer med som produksjonsressurser. Spesielt i de helseøkonomiske diskusjoner som for tiden pågår er det i vår ideologi som sykepleier å sørge for og ta vare på de svakeste i samfunnet.

Mine funn kunne kanskje også brukes til å utvikle en standard for en sedasjonsmetode generelt eller spesielt til TURp operasjoner som påviser at pasienten sine opplevelser under en operasjon er mest komfortabel under en høyere dosering med Propofol og en lavere dosering med Remifentanil enn omvendt. Men her burde en kanskje forske videre på et kvantitativt nivå. Dette skal vår urolog undersøke nærmere og jeg har videre lyst å knytte begge prosjekter i sammen.

11. Referanseliste

- Alvsvåg, H.& Gjengedal, E. (red.) (2000). *Omsorgstenkning en innføring i Kari Martinsens forfatterskap* Bergen, Fagbokforlaget.
- Aitkenhead, A. R., Rowbotham, D. J.& Smith, G. (2001). *Textbook of anaesthesia* (4. utg.). Churchill Livingstone.
- American society of anaesthesiologistst. (2019). *ASA-klassifikasjon*. Hentet fra <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>
- Barry, M. J., Fowler, F. J.& O'Leary, M. P. (1992). The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The measurement Committee of the American Urological Association. *J.Urol.* 148 (5), s. 1549-57.
- Benjamin, A. (2008). Audit: how to do it in practice. *BMJ* 336, s.1241-1245.
- Birch, B. R., Chave, H., Gelister, J. S., Miller, R. A.& Parker, C. J. (1991). Transurethral resection of prostate under sedation and local anaesthesia (sedoanalgesia). *Urology* 38, s.113-118.
- Caperelli-White, L.& Urman, R. D. (2014). Developing a Moderate Sedation Policy: Essential Elements and Evidence-Based Considerations. *AORN Journal, suppl. Special Focus Issue: Ambulatory Surgery: The Official Voice of Perioperative Nursing*, 99(3), s. 416-30. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.09.015>
- Creswell, J. W. (3. utgave 2013). *Qualitative inquiry and research design*. (3.utg.). University Nebraska, Lincoln, hentet 6. februar 2018 fra www.sagepublications.com
- Da Silva, R. D., Bidikov, L., Michaels, W., Gustafson, D., Molina, W. R.& Kim, F. J. (2015). Bipolar energy in the treatment of benign prostatic hyperplasia: a

current systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Urology* 2015;22(suppl 1):30-44.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2017). Hentet 4. April 2018 fra

<https://www.etikkom.no>

Doerflinger, D. M. C. (2009). Older adult surgical patients: presentation and challenges *AORN Journal*, 90(2), s. 223-244.

Dåvøy, G., Eide, P. H. & Hansen, I. (Red.). (2018). *Operasjonssykepleie*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Felleskatalogen (2017). Hentet 4. april 2018 fra

<https://www.felleskatalogen.no/medisin>

Fencil, J. (2016). Guideline implementation: moderate sedation/analgesia. *AORN Journal* 103(5). s.500-511. Hentet fra

<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.005>

Folkehelseinstituttet. (2010). FHI. Hentet 16. august 2018 fra

<http://fhi.no/publ/2010/forebygging-av-kateterassosierte-urinveisinfeksjoner/>

Forskningsetikkloven. (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid. (LOV-2017-04-28-23). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>

Fjelland, R. & Gjengedal, E. (1990). *Sykepleie som vitenskap*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Fjelland, R. (1999). *Innføring i vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.

Giorgi, A., Giorgi, B. & Morley, J. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological psychology* 43(1), 3-12.

Golinski, Mary A. (1998). Understanding conscious sedation in the operating room *Plastic Surgical Nursing* 18(2), s.90-95.

Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon*. (2.utg.). Oslo, Gyldendal Akademisk.

Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonel m.v. (LOV-1999-07-02-64).
Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henriksen, J.-O.& Vetlesen, A. J. (2002). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker.* (3.utg.). Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Holm, S. (1998). *Viden og vidensproduksjon.* I: Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag. Lorensen, M. (red.), s.13-32. Oslo, Universitetsforlaget.
- Hovind I. L. (red.). (2011). *Anestesisykepleie.* (2.utg.) Oslo, Akribe.
- Høymork, S. C. (2010). Måling av narkosedybde. *Tidsskriftet for den Norske Legeforening* 2010;130, s. 633-7 633. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2010/03/oversiktsartikkel/maling-av-narkosedybde>
- Janikowski, D. L.& Rockefeller, C. A. (1998) Awake and talking: Ambulant surgery and conscious sedation. *Nursing Economics* Vol.16(1), pp.37-43.
- Kirkebøen, K. A., Lindholm, E.& Ræder, J. (2010). Valg av anestesi metode og anestesimidler. *Tidsskriftet for den Norske Legeforening.* 2010;130, s.388. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2010/02/oversiktsartikkel/valg-av-anestesimetode-og-anestesimidler>
- Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis?* Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju.* (2.utg.). Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Lapere, C., Roelofse, J., Omar, Y., Duplessis, A., von Backstrom, A., Botha, W., Cook, C.& Bosch, G. (2015). Patient satisfaction during and following procedural sedation for ambulatory surgery. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia* 21(4), s.113-118.
- Lie, T.& Lunde, E. (2007). Endringer i perioperativ sedasjonspraksis og årsakene til disse. *Sykepleien forskning* 2(4), s.218-26.

- MacLennan, L., Tillo, O., Fatah, F.& Nishikawa, H. (2016). Aesthetic breast surgery under local anaesthetic with sedation: Clinical outcomes and patient experience *European Journal of Surgical Oncology* 42(5), s.40-S41.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), s.483-488. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673601056276>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative Metoder i medisinsk Forskning-en innføring*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D.& Guassora, A.D. (2016) Sample size in qualitative studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, Nov. 2016, Vol. 26(13) s. 1753-1760. Hentet fra <https://doi.org/10.1177%2F1049732315617444>
- Mamoulakis, C., Trompetter, M.& de la Rosette, J. (2009). Bipolar transurethral resection of the prostate: the golden standard reclaims its leading position. *Curr Opin Urol*, 2009 Jan;19(1):26-32.
- Marcus, J. R., Tyrone, J. W., Few, J. W., Fine, N. A.& Mustoe, T. A. (1999) Optimization of conscious sedation in plastic surgery. *Plastic and reconstructive surgery*. 104(5), s.1338-45.
- Martinsen, K. (1975). *Sykepleie og filosofi*. (Magisteravhandling). Bergen, Universitet.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo, Tano.
- Martinsen, K.& Wærness, K. (1991). *Pleie uten omsorg? Norsk sykepleie mellom pasient og profesjon*. Oslo, Pax Forlag.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg*. (2.utg.). Oslo, Universitetsforlaget.
- Metzner, J.& Domino, K. B. (2015). Moderate Sedation: A Primer for Perioperative Nurses *AORN Journal* 102(5), s.526-553. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.09.001>

- Moesmand, A.M.& Kjøllesdal, A. (2005). *Å være akutt kritisk syk*. 2.utg. Oslo, Universitetsforlaget.
- Norsk senter for forskningsdata. (2018). NSD. Hentet 8. april 2018 fra <https://nsd.uib.no>
- Norsk Sykepleieforbundets Landsgruppe for Operasjonssykepleiere. (2015). NSF LOS *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse*. Hentet 5. april 2018 fra <http://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>
- Nordtvedt, P. (1998). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Norsk legemiddelhandbok (2017). hentet 8. april 2018 fra <https://www.legemiddelhandboka.no>
- Olsson, H.& Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- 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>
- Pedersen, J. M., Romundstad, P.R.& Mjønes, J. G. (2009). 2-years follow-up pressure flow studies of prostate photo selective vaporization using local anaesthesia with sedation. *J Urol* 2009(181), s.1794-9.
- Politt, D. F.& Beck, C. T. (2017). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* Wolters Kluwer.
- Putnam, K. (2015). Guideline for care of the patient receiving moderate sedation *AORN Journal* 102(5), s.10-12.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2018). REK. Hentet 8. april fra <https://helseforskning.etikkom.no>
- Rothrock, J. C. (2003) *Alexander`s care of the patient in surgery*. (12.utg.). USA, St. Louis, Mosby.

- Sood, R., Manasa, T., Goel, H., Singh, R. T., Singh, R., Khattar, N.& Pandey, P. (2017). Day care bipolar transurethral resection vs photo selective vaporisation under sedoanalgesia: A prospective, randomised study of the management of benign prostatic hyperplasia. *Arab J Urol.* 15(4), s.331-338.
- Spruce, Lisa. (2015). Back to Basics: Procedural Sedation *AORN Journal* 101(3), s.345-353. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.09.011>
- The Association of the periOperative Registered Nurses. (2015). *Standards of perioperative nursing*. Hentet fra <https://aorn.org/guidelines/clinical-resources/aorn-standards>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tranøy, K. E. (2005). *Medisinsk Etikk i vår tid*. (4. utg.) Bergen, Fagforlaget.
- Trønnes, H. (2006). *Retningslinjer fra Norsk Anestesiologisk Forening. ASA-klassifikasjon*. Norsk anesthesiologiske forening. Hentet 4. september 2018 fra <https://nafweb.no/standarder/asa-klassifikasjonen>

Vedlegg 1

Intervjuguide

Innledende spørsmål:

1. *Kan du beskrive dine erfaringer av tidligere operasjoner?*
2. *Hva slag bedøvelser har du fått tidligere og kan du beskrive hvordan du opplevde det?*
3. *Kan du fortelle litt om rutinene omkring operasjonen (-ne)?*
4. *Hvordan opplevde du personalet rundt deg?*
5. *Hvordan opplevde du personalet rundt deg før og under operasjonen?*

Spørsmål angående operasjonsdagen:

1. *Hvor lenge måtte du vente fra henvisningen til du fikk innkalling til operasjonen?*
2. *Hvordan var informasjonen du fikk før operasjonene?*
3. *Kan du beskrive møtet med sengepost, anestesilege og kirurgen før operasjonen startet?*
4. *Hvordan opplevde du det da du kom inn i operasjonsstuen og hvordan føltes situasjonen?*
5. *Kan du beskrive opplevelsene dine under selve operasjonen og tiden inne på operasjonsstuen?*
6. *Hvordan opplevde du å bli operert i lokalbedøvelse og sedasjon?*
7. *Hvis du opplevde noen form for ubehag, kan du beskrive det?*
8. *Hvordan opplevde du tiden etter operasjonen?*

Avslutning:

1. *Vi har snakket om opplevelsene dine under din TURp operasjon. Er det noe du vil tilføye eller er der noe du savner og mener er viktig å få med in intervjuet?*
2. *Jeg oppsummerer og oppfordrer deltakeren å si hva han synes om å delta i et intervju.*
3. *Jeg takker for samtalen.*

Vedlegg 2



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

Pasientopplevelser under TUR p operasjoner i sedasjon og lokalbedøvelse

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en undersøkelse i forbindelse av en masteroppgave. Du er blitt satt opp til en TURp operasjon ved Privatsykehuset Haugesund. Denne type operasjonen blir rutinemessig utført hos oss i lokalbedøvelse og sedasjon. Prosjektet skal undersøke hvordan du som pasient opplever å bli operert i lokalbedøvelse og sedasjon under en TURp operasjon.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Gjennom prosjektet prøver jeg å få innblikk i pasientene sine opplevelser og inntrykk under selve operasjonen. Dersom du ønsker å delta i prosjektet vil jeg gjerne foreta et intervju på cirka en time den første dagen etter operasjonen der vi kan snakke om det du har opplevd på selve operasjonsdagen. Intervjuene blir tatt opp på lydbånd i skjermete omgivelser. I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg fra pasientjournal som innebærer alder, prostatastørrelsen, smertere registrering og søvndybde.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det finnes ingen fordeler og forventede risikoer, ulemper, bivirkninger og ubehag ved deltakelsen av prosjektet uten at du stille til intervju som varer i cirka en time.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte

Cordula Teetzmann, tlf. 47394194, cordula.teetzmann@live.no

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenkende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Cordula Teetzmann som har tilgang til denne listen. Alle data blir oppbevart hos NSD Norsk Senter for Forskningsdata.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning (ID 1092167 i 2018).

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig og forskningsansvarlig (Privatsykehuset Haugesund) og prosjektleder (Anne Marie Sandvoll) et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med:



Cordula Teetzmann, mastergradsstudent tel. 47394194, cordula.teetzmann@live.no

Anne Marie Sandvoll, prosjektleder, førsteamanuensis og veileder, Anne.Marie.Sandvoll@hvl.no

Jeg samtykker til å delta i prosjektet og til at mine personopplysninger brukes slik det er

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 3



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Jessica Svård	55978497	18.02.2019	2018/2393/REK vest
			Deres dato:	Deres referanse:
			11.02.2019	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Anne Marie Sandvoll
Høgskulen på Vestlandet

2018/2393 Pasientopplevelser under TURp operasjoner i lokalanestesi og sedasjon

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet, Privatsykehuset i Haugesund
Prosjektleder: Anne Marie Sandvoll

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt og til tilbakemelding innsendt 11.02.2019. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 16.01.2019. Tilbakemeldingen ble behandlet av sekretariatet for REK vest på fullmakt. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Vurdering:
Prosjektet ble behandlet av i komitémøtet 16.01.2019. REK vest ba om tilbakemelding på:

- om Privatsykehuset i Haugesund skal være forskningsansvarlig institusjon.
- Informasjons- og samtykkeskjema må revideres etter ovennevnte merknader og legges ved tilbakemeldingen.

Tilbakemelding fra prosjektleder

- Privatsykehuset Haugesund skal være forskningsansvarlig institusjon.
- Revidert informasjonsskriv er sendt til REK vest.

Vurdering

Prosjektleder har informert om at Privatsykehuset i Haugesund også skal være forskningsansvarlig institusjon og informasjonsskrivet er revidert etter komiteens merknader. REK vest finner tilbakemeldingen tilfredsstillende og har ingen ytterligere merknader.

Vedtak:
REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Jessica Svård
rådgiver

Kopi til: Anne.Marie.Sandvoll@hvl.no; post@hvl.no; turid@privatsykehuset.no; post@privatsykehuset.no

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

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

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

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

Vedlegg 4

Cordula Teetzmann

Stord 12.02.2019

Håvåsen 21

5416 Stord

PSH

Turid Staveland

Forespørsel om tillatelse til å utføre en studie

Jeg er student ved HVL Høgskulen på Vestlandet innen masterstudie i operasjonssykepleie. I den forbindelse sender jeg en forespørsel om å få gjennomføre undersøkelsen blant 6 pasienter ved PSH innen den urologiske avdelingen.

Tema for min oppgave er

«Hvordan opplever pasienten å bli operert i lokalbedøvelse og sedasjon ved TURp inngrep»

Med denne oppgaven ønsker jeg å komplementere vår SkatteFUNN-prosjekt innen kvalitetssikring for vår bedøvelsesmetode ved TURp operasjoner.

Jeg vil gjennom semistrukturerte kvalitative intervju med pasientene øke kunnskapen om vår bedøvelsesmetode og styrke den allerede begynte studien fra vår urolog Jan Gunnar Nagelhus.

Jeg regner med å starte intervjuene i ukene med urologisk virksomhet etter prosjektplanen min er godkjent og etter at norsk etisk råd har gitt sin tillatelse.

Den ferdige oppgaven vil bli tilgjengelig for sykehuset dersom det er interesse for det.

Med vennlig hilsen

Cordula Teetzmann

