



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	11-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	25-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MKS591 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	405
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	14905
----------------------	-------

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:	11
Andre medlemmer i gruppen:	459

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Ja, POPS dagkirurgi prosjekt

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgisk behandling for nyrestein.

Patients' experiences with self-treatment at home after day surgery for kidney stones.

Kathrine Seglem Torsvik & May-Britt Tertnes Helle

Master i Klinisk Sykepleie- Operasjon

Høgskulen på Vestlandet, FHS, Institutt for helse og omsorgsvitenskap

Veileder Grethe M. Dåvøy

Innleveringsdato 23.05.22

Antall ord: 14905

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

Forord

Det har vært en spennende kunnskapsreise for oss å skrive denne masteroppgaven. Den blir ferdigstilt etter endt videreutdanning, og det er med både lettelse og vemod at vi nå setter punktum for denne reisen. Oppgaven har vært interessant, spennende, krevende og til tider altopplukende.

Vi har flere å takke for at vi har kunnet ferdigstille denne oppgaven.

Først og fremst vil vi takke vår veileder, Grethe M. Dåvøy for stødig veiledning, engasjement, inspirasjon og støtte under hele prosessen. Vi har fått raskt svar på e-post, og konstruktive tilbakemeldinger på vårt arbeid. Tusen takk for gode råd og veiledningstimer. Vi setter stor pris på den uvurderlige hjelpen vi har fått.

En stor takk også til familiemedlem som tok seg tid til å lese gjennom oppgaven og kom med gode råd.

Videre vil vi takke våre informanter som velvillig stilte opp til intervju.

Til slutt vil vi takke våre familier og venner med sine oppmuntrende ord og tålmodighet, som har støttet oss til tross for at oppgaven har tatt mye plass og tid.

En stor takk til alle sammen!

Sammendrag

Bakgrunn: En ser i dagens samfunn at dagkirurgi er økende. Man blir operert og sendt hjem samme dag. Flere studier påpeker at dagkirurgiske inngrep er trygt å gjennomføre, de reduserer kostnader og sparer innleggelsesdøgn. Det er imidlertid lite forskning på hvordan pasientene har det hjemme etter inngrep og hvordan de opplever å ta vare på seg selv. Tidligere ble pasientene innlagt til observasjon med god oppfølging, ulike målinger og nødvendige tiltak. Her fikk en kanskje nok hvile, mat/drikke, smertelindring og informasjon. Etter dagkirurgi får en kort informasjon like etter oppvåkning av narkosen og blir da sendt hjem for å ivareta seg selv.

Hensikt: Oppgavens formål var å få frem hvordan pasienter med nyrestein opplever og beskriver den postoperative tiden hjemme etter dagkirurgisk URS inngrep.

Metode: Denne studien er kvalitativ. Tilnærmingen vi har brukt er kvalitativt forskningsintervju med semistrukturerte dybdeintervju. Syv pasienter som har gjennomgått dagkirurgisk URS inngrep for nyrestein ble intervjuet 3-7 postoperative dag. Systematisk tekstkondensering er brukt til analyse av datamaterialet.

Resultater: Resultatene viser at våre informanter ikke er nok forberedt på hva som venter de hjemme etter inngrepet. Vårt hovedfunn viser at det er mye ubehag og smerter etter innleggelse av JJ-stent. Å ta vare på seg selv hjemme viser seg å være utfordrende på flere vis, som å vurdere sin egen allmenntilstand, samt å forstå anbefalinger som er gitt.

Konklusjon: Pasienter som opereres for stein i urinveiene opplever mye smerter postoperativt. Spesielt de som får innlagt stent. Her kommer den smertestillende behandlingen til kort, særlig det første døgnet. Informasjonsskrivet gir ikke tydelig nok svar på hva som er mye smerter, mye blødning, for høy feber, og det viser seg at tilsyn av pårørende det første døgnet heller ikke er tilfredsstillende. Pasientene mangler og savner en type postoperativ sykepleie.

Vi har brukt databasene Medline, Pubmed, Oria, Embase og Cinahl for å finne aktuell teori og forskning. Søkeordene våre har vært på norsk og engelsk.

Nøkkelord: Dagkirurgi, ambulant kirurgi har vært brukt i kombinasjon med URS, urinveisinfeksjoner, ureterskopi, erfaring, sykepleie, infeksjon, opioid og nyrestein. Alle var fagfellevurdert.

Abstract

Background: One sees in today's society that day surgery is increasing. You get surgery and you're sent home the same day. Several studies point out that day surgery procedures are safe to carry out, they reduce costs and save hospitalization days. However, there is little research on how patients feel at home after surgery, about how they experience taking care of themselves. Previously, patients were admitted for observation with good follow-up, various measurements and necessary measures. Here you may have had enough rest, food/drink, pain cover and information. After day surgery, the patient receives a short information shortly after the awakening of the drug and is then sent home to look after themselves.

Purpose: The purpose of the study was to highlight how patients with kidney stones experience and describe the postoperative time at home after day surgery, URS surgery.

Method: This study is qualitative. The approach we have used is qualitative research interview with semi-structured in-depth interviews. Seven patients who have undergone day surgery URS surgery for kidney stones were interviewed 3-7 postoperative day. Systematic text condensation is used for analysis of the data material.

Result: The results show that our informants are not prepared enough for what awaits them at home after the procedure. Our main finding shows that there is a lot of discomfort and pain after the admission of JJ-stent. Taking care of oneself at home proves challenging in several ways, such as assessing one's own general condition, as well as understanding given recommendations.

Conclusion: Patients who are operated for stones in the urinary tract are experiencing a lot of pain postoperatively. Especially those who get JJ-stent. Here, the painkiller treatment is not enough, especially in the first 24 hours. The information letter does not clearly provide enough answers to what a lot of pain is, a lot of bleeding, too high fever, and it turns out that the supervision of relatives in the first 24 hours is also not satisfactory. Patients lack and miss a type of postoperative nursing.

We have used the databases Medline, Pubmed, Oria, Embase and Cinahl to find current theory and research. Our keywords have been in Norwegian and English.

Keywords: Day surgery, ambulatory surgery has been used in combination with URS, urinary tract infections, ureteroscopy, experience, nursing, infection, opioid and kidney stones. They were all peer-reviewed.

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract	III
1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for prosjektet	1
1.2 Formål og forskningsspørsmål	2
1.3 Relevans for fagfeltet	2
1.4 Florence Nightingale; vår teoretiske forankring	3
1.5 Begrepsavklaring	5
1.6 JJ-stent tegning	6
1.6 Oppgavens oppbygging	7
2.0 Teorigrunnlaget og tidligere forskning	8
2.1 Nyrestein	8
2.2 Ureteroskopi og pasientforløpet	9
2.2.1 URS-pre-operativ forberedelse	9
2.2.2 URS per-operativt	9
2.2.3 URS post-operativt	10
2.2.4 Komplikasjon etter URS	10
2.3 Infeksjon	10

2.3.1 Hva er feber?	10
2.3.2 Hva er sepsis / urosepsis?.....	11
2.4 Tidligere forskning.....	12
3.0 Metode	16
3.1 Vår forforståelse	16
3.2 Design.....	17
3.3 Utvalg	17
3.4 Datainnsamling	19
3.5 Intervjuguiden.....	21
3.6 Etske vurderinger	22
3.7 Analyse	23
3.7.1 Trinn 1: Helhetsinntrykket.....	23
3.7.2 Trinn 2: De meningsbærende enhetene.....	24
3.7.3 Trinn 3: Kondensering.....	24
3.7.4 Trinn 4: Syntese	25
3.8 Metodediskusjon	27
4.0 Funn.....	29
4.1 Smerter	30
4.2 Hvor er resepten?	32
4.3 Hvis du får feber, må varselklokkene ringe	33
4.4 Blødning var jo forventet	34

4.5 Tilstrekkelig informasjon og forsvarlig egenvurdering?	35
4.6 Tilsynet ble en telefonsamtale unna.....	36
5.0 Drøfting.....	38
5.1 Smerter	38
5.2 Hvor er resepten?	40
5.3 Hvis du får feber, må varselklokkene ringe	42
5.4 Blødning var jo forventet	43
5.5 Tilstrekkelig informasjon og forsvarlig egenvurdering?	44
5.6 Tilsynet ble en telefonsamtale unna.....	45
6.0 Konklusjon	47
7.0 Implikasjon for praksis og videre forskning.....	48
8.0 Avslutning.....	49
8.1 Fremdriftsplan.....	49
8.2 Formidling	50
8.3 Samarbeidspartnere	50
8.4 Teknisk oppsett	50
8.5 Brukermedvirkning.....	50
Referanseliste.....	51
Vedlegg.....	55
Vedlegg 1: Informasjon til deg som skal til operasjon	55
Vedlegg 2: Informasjon til deg som er operert med ureteroskopi.....	57

Vedlegg 3: Informasjon om dagkirurgi prosjektet (POPS)	59
Vedlegg 4: Samtykkeskjema	61
Vedlegg 5: SMS.....	62
Vedlegg 6: Intervjuguide	63
Vedlegg 7: Godkjenning REK	64
Vedlegg 8: Godkjenning NSD	68

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Vi ble kjent med POPS (Pasientopplevelser og pasientsikkerhet ved akutt og/eller kritisk sykdom) sitt dagkirurgiske prosjekt gjennom vår masterutdanning. POPS sin hensikt med prosjektet er å få innsikt i pasienters erfaringer og opplevelser med egenbehandling etter ulike dagkirurgiske inngrep. Studien vår er et delprosjekt av dette hovedprosjektet.

Pasienter med nyre- og/eller ureterstein er en av pasientgruppene som får behandling på dagkirurgisk avdeling. Inngrepet de får utført er en ureteroskopi, URS, der man fjerner nyrestein via urinrørsåpningen. Ut fra erfaring vet vi at denne pasientgruppen kan ha mye smerter og er utsatt for infeksjon.

Den mest brukte metoden for å fjerne nyrestein er URS. Dette har blitt et vanlig dagkirurgisk inngrep, der man sparer innleggelsesdøgn, pasientbehandlingen blir mer effektiv, behandlingstiden er raskere og kostnadene mindre. Xu et al., har i en systematisk oversikt vist at fjerning av nyrestein ved URS er mer effektiv og gir mindre steinresidiv enn fjerning av nyre/ureterstein ved ESWL (et apparat som knuser nyrestein ved hjelp av sjokkbølger) (Xu et al., 2014, s. 348).

Før URS-pasientene kan dra hjem må de observeres noen timer på postoperativ avdeling (vedlegg 1 og 2). URS-inngrep medførte tidligere innleggelse for observasjon. Pasientene fikk tett oppfølging av sykepleier i forhold til infeksjonstegn samt at blodtrykk, puls, diurese og temperatur ble målt. Det ble også administrert smertestillende ved behov og mat/drikke ble servert. Fortløpende tiltak etter evaluering ble gjort og lege kunne tilkalles ved behov.

Vi ble interessert i denne pasientgruppen og ønsket å finne ut av hvordan de forberedte seg til en URS samt hvordan de opplevde tiden med egenbehandling hjemme etter inngrepet.

1.2 Formål og forskningsspørsmål

Hensikten med vårt prosjekt er å søke ny kunnskap om hvordan pasienter opplever dagkirurgisk inngrep for å fjerne nyrestein og deres erfaring med å ta vare på seg selv etter ureteroskopi.

Vårt forskningsspørsmål er derfor:

“Hvilke opplevelser og erfaringer har dagkirurgiske pasienter som blir operert for nyrestein, med den postoperative perioden hjemme?”

1.3 Relevans for fagfeltet

Pasientmedvirkning og veiledning er enda mer aktuelt når andelen dagkirurgi øker og oppholdene på sykehusene blir kortere.

For å kunne gi pasientene best mulig veiledning og kunnskapsforståelse er det viktig at operasjonssykepleierne har god handlingskompetanse. Det er et krav at operasjonssykepleier er faglig oppdatert og følger utviklingen (Dåvøy & Eide, 2018, s. 40–41).

Med tilpasset informasjon og veiledning kan operasjonssykepleier bidra med å trygge pasienten i møtet før, under og like etter inngrepet. På hvilken måte kan pasienten ta best mulig vare på seg selv? Husker de det som blir sagt og følger de rådene og anbefalingene som blir gitt?

Vi tenker at vår studie er relevant i den grad at man trenger mer kunnskap om hvordan pasientene opplever egenomsorg med den informasjonen og anbefalingene de får. Er det behov for mer informasjon utover dette? Eventuelt når i forløpet skal dette skje og på hvilken måte?

1.4 Florence Nightingale; vår teoretiske forankring

Å gi god sykepleie er vårt mål som operasjonssykepleiere. Vi vet av erfaring at et inngrep kan være en ulik opplevelse for hvert enkelt menneske. Kan pasienter ta vare på seg selv etter et inngrep og ivareta sine behov? Er informasjonen og veiledningen de får forståelig og tilstrekkelig til å utføre den selv hjemme? Hva er egentlig pleie av den syke? For best innblikk i dette, tenker vi på Florence Nightingale.

Florence Nightingale er for mange kjent som “The Lady with the Lamp”, sykepleieren som dedikerte hele sitt liv til å hjelpe de syke. Hun blir omtalt som den moderne sykepleies mester. Ifølge Florence var sykepleie en kunst, en kombinasjon av vitenskapelig, organisert og praktisk opplæring. Det var viktig å pleie pasienten, og ikke sykdommen. Den viktigste funksjonen til sykepleieren var å observere og videreformidle endringer i pasientens tilstand til legen (Mathisen, 1993, s. 138–166).

Nightingale er også den fremste personen som har kjempet for at sykepleie skal bli et selvstendig fag. I en av hennes mange bøker, “Håndbok i sykepleie”, som kom ut i 1859, skildrer hun hva sykepleie er og hva det ikke er. Hennes beskrivelser i boken dannet grunnlaget for hva sykepleie er og videre utvikling til hva sykepleie er den dag i dag (Nightingale, 1984, s. 5–9).

«Sykepleierens» arbeid var ikke annerledes enn tjenestepikens arbeid, bortsett fra at hun også måtte “ta seg av” de syke. Forståelig nok var det på denne tiden en alminnelig og akseptert oppfatning at «ulykkelig kjærlighet og manglende evner på andre områder» var det eneste som skulle til for å «gjøre en kvinne til en god sykepleier». (Nightingale, 1984, s. 5)

Stor betydning for nåtidens sykepleie var også oppstarten av sykepleieskole i 1860 med egen fagutdanning, som resulterte i at sykepleieryrket ble respektabelt. Hun ytret derimot motstand mot at sykepleiere skulle få ta en teoretisk prøve for å dokumentere sin kunnskap, dette fordi hun mente at det kun ved praktisk tilnærming ved sykesengen at man kunne vise at man var kyndig til å utføre sykepleie. For Florence Nightingale var sykepleie at man for

pasienten sørget for at de rette forhold var til stede for det ville lede til å bli frisk (Mathisen, 1993, s. 138–166).

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

God hygiene var første bud for å bli frisk ifølge Florence. Troen på de rette forhold var nøkkelen til sunn helse, som rene klær, gode sanitærforhold, riktig rengjøring og rent drikkevann. Det var like viktig med trivelige omgivelser, lys, vennlighet, frisk luft, sunn mat/drikke og nok hvile. For Florence, var alt man gjorde for pasienten regnet som sykepleie, da det var et bidrag av gode til den syke. Man kunne redde livet, bare ved å gi omsorg og pleie til den syke (Mathisen, 1993, s. 138–166).

En sykepleier skal gjennom sitt kliniske blikk kunne lese pasientens kroppsspråk og yte sykepleie etter behov, uten at pasienten skal måtte fortelle det. Det er sykepleierens ABC, der A betyr at sykepleieren skal se forskjell på syk og friskt menneske, B betyr å vite hvordan man oppfører seg rundt andre mennesker og sykdom, og C som står for at sykepleieren må vite at det er forskjell på mennesker og dyr ved sykdom (Nightingale, 1997, s. 179–180).

Gjennom våre sykepleiebriller og Nightingales påvirkning søker vi innsikt i pasientens opplevelser og beskrivelser av egenpleie. Håpet er å få svar på om det er behov for mer informasjon/veiledning.

1.5 Begrepsavklaring

Nyrestein (nephrolithiasis, calculus renis, urolithiasis) er definert som sten i ureter eller nyrebekkenet (Graugaard-Jensen & Jakobsen, 2016, s. 199–203).

URS er en forkortelse av *Ureteroskopi* som er en undersøkelse av urinveiene og nyrebekken. Ved hjelp av et langt tynt instrument med kamera kan man utrede og behandle svulster i urinveiene, stenoser i urinleder, hematuri samt fjerne stein i nyret og urinleder (vedlegg 2).

Dagkirurgi defineres som kirurgisk behandling hvor pasienten reiser hjem samme dag som operasjonen blir utført og dermed ikke overnatter på sykehus (NHI, 2020).

Komplikasjoner defineres som noe som oppstår i tillegg til en sykdom, som forverrer tilstanden. Man må dermed ha en medisinsk tilstand som deretter får en videre etterfølge (Vidhammer, 2015).

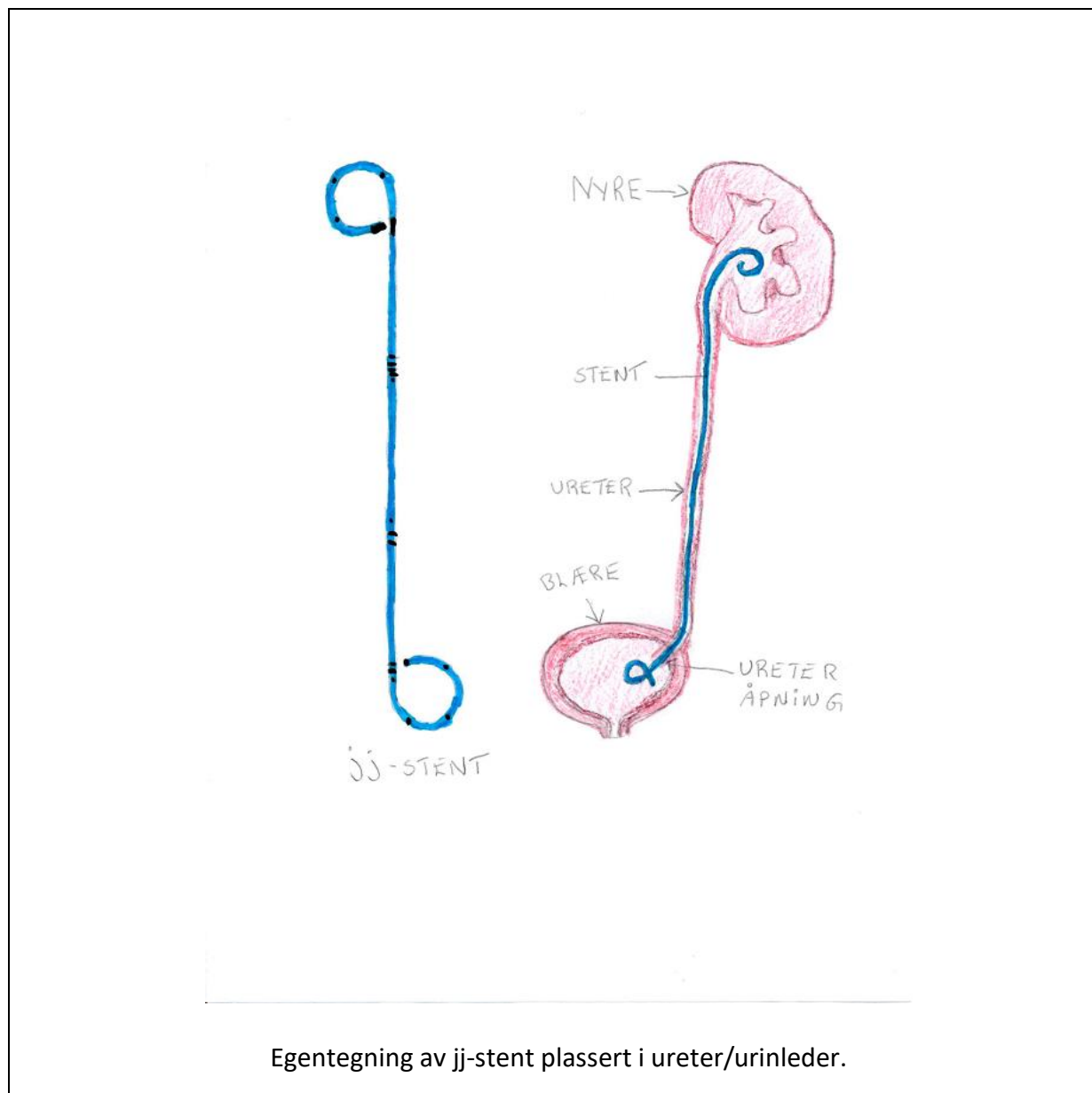
Egenomsorg defineres som den enkeltes håndtering av svikt i psykisk eller fysisk helse. En må kunne ivareta seg selv, gjennom sykdomsbehandling og tiltak og være i stand til å kunne søke kunnskap og hjelp dersom det er behov for det. Egenomsorg betyr også at man på egenhånd forebygger sykdom og fremmer sin egen helse (NDLA, 2021).

Egenbehandling er definert av WHO som; *“the ability of individuals , families and communities to promote health, prevent disease, maintain health, and cope with illness and disability with or without the support of a health-care provider”*. (WHO, 2019)

JJ-stent er et mykt plastrør som kan legges inn i urinlederen, for eksempel etter nyresteinsbehandling for å holde urinleder åpen og sikre urinpassasjen. Endene er buet som en J og forhindrer at stenten glir inn i blæren eller nyret (Helse Stavanger, 2019).

JJ-stent vil i oppgaven omtales som jj-stent/kateter eller bare stent.

1.6 JJ-stent tegning



1.6 Oppgavens oppbygging

Vår oppgave er delt inn i åtte deler.

Vi starter første del med en introduksjon der vi forteller hvorfor vi valgte dette temaet. Vi introduserer videre studiens formål og forskningsspørsmål. Samtidig viser vi til hvor relevant denne studien er. Vi redegjør også vår teoretiske forankring, samt noen avklaringer av begreper som går igjen i oppgaven. Til slutt i introduksjonsdelen har vi en oversikt over oppgavens oppbygging.

I andre del presenteres teorigrunnlaget og tidligere forskning som blir det faglige bakteppet som danner grunnlaget for hva nyrestein og URS inngrep er, og som åpner opp forståelsen for hva pasienter går igjennom.

I tredje del viser vi til vår forforståelse, metode- hvordan vi har planlagt og gjennomført vår forskning, etiske vurderinger samt hvordan vi har analysert og kommet frem til våre funn.

Våre funn blir presentert i fjerde del og i del fem blir funnene drøftet. Vi fremlegger en konklusjon i del seks og implikasjoner for praksis og videre forskning i del syv.

Del åtte er avslutningsdelen av oppgaven der vi har tatt med formidling, fremdriftsplanen, samarbeidspartnere, teknisk oppsett, brukermedvirkning og til slutt referanseliste og vedlegg.

2.0 Teorigrunnlaget og tidligere forskning

2.1 Nyrestein

Nyrestein er konkret/stein som blir dannet ved utfelling av salter i urinen og kan legge seg som grus eller større steiner i nyrebekkenet eller vandre ned i urinlederen. Det skiller mellom ulike steiner. Den mest vanlige steinen er kalsium-steiner. En annen type stein er infeksjons-steiner som dannes ved infeksjon i urinveiene. En tredje stein er urinsyrestein, som dannes i urinen ved for mye urinsyre. En fjerde stein er cystin-stein som dannes ved cystinuri (*Helsebiblioteket*, 2021). Nyrestein kan føre til en potensiell alvorlig tilstand, da infeksjon og obstruksjon kan forekomme som videre kan føre til permanent nyreskade (Kirkegård et al., 2015). Nyrestein forekommer oftest rundt 30-40 års alderen. Symptomene er ofte akutt innsettende smerter lokalisert til ene siden med kvalme og oppkast i samme seanse. Blodig urin kan også forekomme. Smertene beskrives som kolikkaktige, at bevegelse lindrer, og varighet av anfallet på rundt 15 minutter (Graugaard-Jensen & Jakobsen, 2016, s. 199–203). Ved akutte nyresteinsanfall er NSAIDS de smertestillende som gir best effekt, men i noen tilfeller må en bruke morfinpreparater (*Helsebiblioteket*, 2021).

Økt forekomst av fedme og diabetes blant befolkningen er en årsak til at nyrestein er blitt et økende problem (Spatola et al., 2016, s. 458). I Norge får ca. 10 % menn og 5% kvinner nyrestein. Ved behandling av nyrestein velger man av prinsipp den minst invasive metoden. En generell regel er at man gir behandling dersom nyrefunksjonen er i fare eller pasienten har uakseptable symptomer. Dersom nyrestein er mindre enn 5 mm avgår den som oftest spontant (Æsøy, 2022). Diagnosen stilles ved CT og klinikk. En velger type behandling ut fra hvor stor steinen er, hvor den ligger og hvor mange steiner det er. En av behandlingsmetodene er ESWL (extracorporeal shock wave lithotripsy), som ved hjelp av sjokkbølger knuser steinen(e) til grus, som deretter skylles ut med urinen. En annen metode er PCN (percutan nefrolithotripsy) der en med et skop går gjennom huden i flanken direkte inn til nyrebekkenet. Her knuser de steinene og suger grusen ut via skopet. En tredje metode er ureteroskopi, der man som nevnt tidligere går med et skop via urinveiene og henter ut steinen med en fanger eller knuser den med laser (*Helsebiblioteket*, 2021).

2.2 Ureteroskopi og pasientforløpet

2.2.1 URS-pre-operativ forberedelse

Ved innkalling til operasjon, får pasientene tilsendt informasjonsskrivet: *“Til deg som skal til operasjon”* (vedlegg 1). I informasjonsskrivet står det hvilke forberedelse pasienten må gjøre før inngrepet- dusje, faste, hvor de skal møte operasjonsdagen, kort om hva som skjer denne dagen og at de må ha noen med seg etter operasjonen og videre det første døgnet.

Pasientene i vår studie kom til pre-poliklinikk en uke før inngrepet. Onsdag og torsdag er faste operasjonsdager for URS på dette sykehuset, og det planlegges fire pasienter hver av disse dagene. Denne dagen blir det tatt blodprøver, EKG på alle over 60 år, blodtrykk måles og urinprøve sjekkes. Nødvendig informasjon blir gitt gjennom samtale med sykepleier og en lege tar inntakstjournal (sykdommer/inngrep pasienten har/har hatt og hvilke medisiner pasienten bruker). Til slutt denne dagen blir pasientene fulgt til dagkirurgen der de får informasjon fra anestesilege.

Operasjonsdagen møter de til angitt tidspunkt (0715, 0830, 1000, 1100).

2.2.2 URS per-operativt

Inngrepet utføres i spinal eller narkose. Et fleksibelt tynt instrument med kamera blir ført inn via urinrøret til urinlederen og videre til nyrebekkenet. Steinen lokaliseres og hentes ut med en slynge eller knuses med laser og skylles ut som grus. I noen tilfeller får pasienten antibiotika før inngrepet og/eller etterpå (vedlegg 2). Røntgen apparat er tilgjengelig og brukes ved behov. Noen kan oppleve å få ødemer i ureter etter inngrepet, og i disse tilfellene legges det en dobbel J stent/kateter. Dette kateteret legges for å sikre at urinen renner fritt, og går fra nyrebekkenet til blæren (NHI, 2019).

2.2.3 URS post-operativt

Etter inngrepet blir pasientene observert på postoperativ noen timer der blodtrykk, puls og oksygenmetning blir målt. Dersom pasientene har fått spinalbedøvelse, må den gå ut og pasienten må ha full bevegelse i beina før vedkommende kan dra hjem. Ved spinal legges det også inn blærekateter som fjernes når bedøvelsen går ut. Pasienten får mat og drikke etter en stund, og alle må late vannet før de kan dra hjem. Kirurgen kommer og snakker med pasientene på postoperativ før utreise og informerer de om hvordan operasjonen har gått. Pasientene får et informasjonsskriv om inngrepet, hva de kan forvente seg når de kommer hjem og hva de må følge med på/se etter (vedlegg 2).

2.2.4 Komplikasjon etter URS

Det er viktig å være observant på komplikasjoner etter URS, da det da må forebygges og behandles. 14 % blir re-innlagt grunnet komplikasjoner innen de første 3 mnd. Infeksjon, blødning/retensjon, smerter/obstruksjon og stentplager er postoperative komplikasjoner (Ulvik, 2022)

2.3 Infeksjon

2.3.1 Hva er feber?

Feber er ingen sykdom, men et symptom ved sykdomstilstand. Temperaturen kan også variere innenfor normalverdier i løpet av dagen. Gjennomsnittstemperatur hos en person er 36-37,5°C (Sand et al., 2014, s. 759). Det regnes som feber når temperaturen stiger over 38°C. Dette er kroppens sitt forsvar mot infeksjon (NHI, 2022).

2.3.2 Hva er sepsis / urosepsis?

Sepsis (blodforgiftning) kommer fra gresk og betyr forråtnelse. Det er en infeksjon som kan forårsake livstruende organsvikt (NHI, 2021).

Urosepsis er blodforgiftning som stammer fra urinveiene, en infeksjon som har utgangspunkt herfra og som går videre til blodbanen. Samme bakterie finner man da i blodet og urinen (Schøyen, 2011, s. 245–246).

Ved sepsis har man både en tilstand med bakterier og samtidig en betennelse tilstede i kroppen. Symptomer som kan vise seg er feber, høy pustefrekvens og høy puls. Tidlige symptomer kan være frostanfall, nedsatt allmenntilstand, kvalme, diare, oppkast, magesmerter og feber. Det er ikke alltid feber, og alle symptomer må ikke være tilstede for at det skal være blodforgiftning. Sepsis kan videre utvikle seg til alvorlig sepsis som betyr at kroppens organer svikter. Alvorlig sepsis kan raskt utvikle seg til septisk sjokk. Hyppigste årsaken til sepsis er bakteriell infeksjon (Pedersen & Larsen, 2016, s. 320–323).

Eldre kan ofte ha et mer diffust bilde, da de kan vise symptomer som akutt forvirring, bevisstløshet eller tretthet. Infeksjonen utløses ofte av en pågående adskilt infeksjon, som for eksempel urinveisinfeksjon. Kirurgi kan være utgangspunkt for utvikling av sepsis (NHI, 2021).

2.4 Tidligere forskning

Det er mye forskning om dagkirurgi, men mye av den omhandler statistikk og trygghet knyttet til inngrepet. Det er også forskning som sier noe om det å være dagkirurgisk pasient, men i liten grad om det ansvaret pasienten og de pårørende har med tanke på å ta hånd om seg selv som nyoperert.

Dagkirurgi er økende og etter hvert tror man at hele 75% av alle prosedyrer og kirurgiske inngrep vil bli utført på en dagkirurgisk enhet (Ræder, 2003, s. 45–50). Dagkirurgi med avtalespesialister inkludert, økte i Norge fra 68,5 % i 2016 til 70,6 % i 2020. Bare i Helse vest gikk andelen opp fra 67,9 % til 70,9 %. (*Samdata spesialisthelsetjenesten*, 2020).

Ræder definerer dagkirurgi som kirurgi der pasienten møter opp, opereres og utskrives samme dag. Videre i sin forskningsartikkel og litteraturstudie skriver han at de moderne anestesiteknikkene som benyttes i dag ikke er det som setter begrensninger for om dagkirurgi kan utføres eller ikke, men at det er utfordringer i forhold til selve kirurgien eller til pasientens fysiske/mentale tilstand. Med mindre en helhetsvurdering av allmenntilstand, aktuell kirurgi og anestesi tilsier at pasienten krever innleggelse, kan alle pasienter som føler seg trygg på å komme hjem og har noen hos seg første døgnet, sendes hjem samme dag som inngrepet har funnet sted (Ræder & Nordentoft, 2010). I et moderne samfunn passer dagkirurgisk behandling bra for mange, der man raskt er tilbake til forpliktelser og daglige aktiviteter. En kvalitativ studie i 2010, så på pasienters opplevelser med dagkirurgi. De likte dagkirurgi som behandlingsmetode, og sammenlignet effektiviteten med McDonalds konseptet, der nøkkelord var hurtighet, forutsigbarhet og kontroll. McDonaldization er begrepet som i overført betydning benyttes i mange aspekter i livet, - deriblant ved dagkirurgi. Pasientene aksepterer dagkirurgi fordi den tilsvarer måten vi lever på der alt blir målt etter tid, og hovedgrunnen til at deltakerne i denne studien foretrakk dagkirurgi var nettopp at de sparte tid. En av deltakerne var villig å lyve for å få utført inngrepet dagkirurgisk, selv om kravet til å ha noen hos seg første døgnet ikke var oppfylt. Det viktigste for en annen deltaker var å få dra hjem samme dag, uansett allmenntilstand, grunnet et viktig møte (Mottram, 2011, s. 167–171). Antall dagkirurgiske inngrep øker, og formatet passer inn i folks travle hverdag, men samsvarer opplevelsen med forventningene? Konklusjonen til den deskriptive intervjustudien til Halding et al., var at informasjonen som

sykehuset ga, ikke var tilstrekkelig for pasientene slik at de kunne utføre egenbehandling hjemme på forsvarlig måte. Mange husket ikke informasjonen siden de fortsatt var sløv og medtatt etter narkosen. En annen uforutsett utfordring var hjemreisen. Studien viser også til verdien av at pasienten blir oppringt av en sykepleier, og at de setter pris på denne telefonsamtalen etter operasjonen. Det som var vanskelig var å finne ut av når det passet best å ta denne samtalen, om det var mest hensiktsmessig første postoperative dag eller etter noen dager (Halding et al., 2020). I likhet med Halding et al., sin studie viser også en kvalitetsforbedring studie i 2016, at pasienter som gjennomførte URS dagkirurgisk reduserte legevaktbesøk med 11 % som følge av en oppfølgingsamtale med sykepleier. Pasientene oppsøkte legevakt grunnet urinretensjon, blodig urin og urinveisinfeksjon, men hovedgrunnen var smerter (Tackitt et al., 2016). En kvalitativ masterstudie, gjorde funn som viste at pasientene hadde glemt mye av informasjonen, og at de ikke var forberedt på utfordringene smertene ga (Steinsund & Søviknes, 2019). Gramke et al., gjorde en tversnittstudie der hensikten var å se på postoperative smerter hos dagkirurgiske pasienter. Det utføres i økende takt dagkirurgisk virksomhet, men det er lite kunnskap om hvor mye smerter pasientene har etter at de er kommet hjem. 648 pasienter deltok i denne studien, der 3 % av dem var urologiske pasienter. VAS skala ble brukt som måleredskap på smerteintensitet. Resultatet viste at 26 % av pasientene opplevde moderat til alvorlig smerter på operasjonsdagen, 13 % andre dagen, 10 % tredje dagen og 9 % fjerde dagen. Konklusjonen var at studien bekreftet at mange pasienter ikke får tilstrekkelig smertestillende etter dagkirurgi. Studien foreslår å forbedre forståelsen til pasientene, samt å forberede smertestillende ut ifra det aktuelle inngrepet (Gramke et al., 2007). For noen kan dagkirurgi føles som «kirurgi på samlebånd» og utrygt uten profesjonell oppfølging etter inngrepet. I en kvalitativ studie utført av Dåvøy et al., ønsket man å undersøke hvordan pasienter som var operert dagkirurgisk opplevde å bli faglig ivaretatt av operasjonssykepleierne. Studien viste at pasientene var fornøyde med det dagkirurgiske tilbudet og behandlingen, og at de følte en trygghet i oppfølgingen. Likevel var det mange som ønsket at de kunne få overnatte på sykehuset der de ble observert og ivaretatt av helsepersonell med tanke på blant annet smerter (Dåvøy et al., 2017).

Det er utført flere studier for å se på dagkirurgiske URS inngrep og postoperative komplikasjoner. Salciccia et al., var en av dem som utførte en prospektiv observasjonsstudie,

som hadde til hensikt å sette søkelys på sikkerheten ved URS og ved innleggelse av JJ stent. På samme tid ønsket de å forutsi sykehusinnleggelse ved å gjøre rede for faktorer som var avgjørende for sykehusinnleggelse. Studien inkluderte 308 pasienter der 5,1 % opplevde komplikasjoner under inngrepet. Innleggelse av pasienter etter inngrepet var 9,7 % og den steinfrie raten var 94,5 %. Hovedårsak til innleggelsene var smerter, generell plage etter anestesi, samt hjertetilstander (Salciccia et al., 2019). En annen observasjonsstudie utført i 2015 inkluderte 178 dagkirurgiske URS-pasienter over en 5 årsperiode, der resultatet viste at 82 % var uten komplikasjon (Kirkegård et al., 2015). Konklusjonen til begge studiene var at URS var trygt og effektivt å utføre dagkirurgisk. Disse studiene hadde søkelys på at inngrepet kunne trygt utføres dagkirurgisk, men ikke hva som skjedde postoperativt med pasienten. En av komplikasjonene som kan oppstå etter URS er infeksjon, og dette ville Chugh et al., se nærmere på. Her ble det utført en systematisk oversikt med hensikt på å belyse infeksjonsrisiko etter URS. Studien inkluderte 24,373 pasienter, som registrerte totalt 7,9 % infeksjoner og av disse var 126 pasienter registrert med urosepsis (Chugh et al., 2020). Det kommer også frem i en retrospektiv kohortstudie utført av Sjøfjell at 10,2 % får infeksjon etter URS og at kvinner samt diabetikere er mest utsatt (Sjøfjell, 2020).

Mange av pasientene som har nyrestein opplever sterke smerter før og etter URS, der flere bruker sterke smertestillende. To retrospektive studier viser til nettopp dette. I den ene med 208 pasienter, kom det frem at pasienter med høy ASA score, lav BMI, samt yngre pasienter hadde økt risiko for opioid bruk etter URS inngrep (Kang et al., 2019). Den andre studien viste til at 1 av 16 utviklet opioidavhengighet, og konklusjonen ble at urologer burde re-evaluere opioid resept forskrivning (Tam et al., 2019). Smerter preger livskvaliteten til pasientene. En prospektiv, randomisert placebokontrollert enkeltstudie ville se på plagsomme nedre urinveissymptomer etter innsetting av JJ-stent og medikamentell behandling. 150 mannlige pasienter ble inkludert og randomisert i fem grupper. Stent plagene hadde såpass stor innvirkning på pasientenes livskvalitet at det kunne føre til tidligere fjerning av stenten enn planlagt. Konklusjonen var at anti-muskarin medisin var beste valget for å lindre symptomene til pasientene (Hekal, 2016). En kvantitativ studie utført i 2003, hadde til hensikt å se på pasienters opplevelse samt evaluering av symptomer ved innleggelse av stent og hvordan dette påvirket livskvaliteten deres. 62 pasienter ble inkludert i studien. Spørreskjema ble besvart før og etter stent. Plagsomme symptomer som

urinretensjon, blodig urin og inkontinens ble rapportert av 78 % av pasientene. Stenten ga mye plager fra urinveiene samt preget arbeidslivet og allmenntilstanden betraktelig. 80 % av pasientene beskrev smerter relatert til stenten, og 70 % sa at de trengte smertestillende for å lindre smerten. Både fysisk og psykisk helse ble preget. Det ble konkludert med et resultat som viste at stent reduserte livskvaliteten til pasienten med hele 80 % (Joshi et al., 2003).

Med tanke på dette kan det se ut som det er mer behov for oppfølging og veiledning. Dagkirurgiske pasienter kan hjemme oppleve å være uforberedt på komplikasjoner, eller kjenner seg utrygg på å ivareta seg selv. Som tidligere nevnt i studien til Halding et al., er det utfordrende å kunne si når det er "alvorlig nok" og ofte høy terskel for å ta kontakt med sykehuset (Halding et al., 2020). Med vår studie ønsker vi å sette søkelys på pasientenes opplevelse av egenbehandling og forhåpentligvis få frem ny kunnskap som er relevant og kommer de fremtidige dagkirurgiske "URS-pasientene" til gode.

3.0 Metode

Målet med dette prosjektet var å finne ut hvordan pasientene opplevde å ta vare på seg selv hjemme etter å ha fått utført URS på en dagkirurgisk avdeling. Forskningsspørsmålet i vår studie besvares best ved bruk av kvalitativ metode.

Med denne metoden fikk informantene mulighet til å beskrive den postoperative fasen. De fikk fortelle om sine opplevelser, hva de syntes var utfordrende, hvilke problemer de opplevde å ha og hvilke behov de hadde for hjelp/støtte. Kvalitativ metode egner seg godt når man ønsker å få frem pasienters opplevelser. I det kvalitative forskningsintervjuet fikk pasientene selv fortelle om deres erfaringer med dagkirurgisk behandling, og gjennom intervju og senere transkripsjon var målet å få frem ny kunnskap med rike beskrivelser (Malterud, 2017, s. 30–31). Vi ville få frem pasientens perspektiv, og slik sett fikk vi en holistisk tilnærming til opplevelsen (Polit & Beck, 2021b, s. 547).

Metoden kan ikke gi universelle svar, men belyse den postoperative fasen sett fra ulike opplevde perspektiv. Selv om det er gjort studier av pasienter som har blitt operert for nyrestein, var det lite å finne om deres erfaring med den postoperative perioden hjemme. Ved å spørre pasienter som «kjenner hvor skoen trykker» kunne dette gi svar på det vi ønsket å få svar på (Malterud, 2017, s. 31–32).

Med denne metoden var det spesielt viktig å bygge tillit, oppnå god relasjon og skape trygge rammer i møte med deltaker. Slik kunne vi oppnå å få rike og utfyllende svar (Malterud, 2017, s. 69–70). Vi måtte se betydningen av samspillet mellom deltaker og forsker, som utveksling av informasjonen og det sosiale aspektet, samt være klar over hvilke preg dette kunne ha for våre funn og tolkning av informasjonen (Malterud, 2017, s. 133).

3.1 Vår forforståelse

Vi har begge lang og bred erfaring som sykepleiere, der den ene har arbeidet på sengepost med urologiske pasienter, og den andre på dagavdeling med kirurgiske/medisinske prosedyrer. Tiltross lang erfaring vet vi lite om pasienter hjemme etter inngrepet og som

masterstudenter trer vi inn i oppgaven med stor interesse.

Det var viktig for oss i en kvalitativ studie å sette vår forforståelse til side, -være bevisst på vår tidligere erfaring og roller slik at den ikke påvirket datainnsamling og analyse (Polit & Beck, 2017, s. 508). Samtidig kan forforståelse i noen sammenhenger være nyttig. Vi har kunnskap om pasientgruppen, inngrepet og komplikasjoner som kan oppstå. Dette hjalp oss til å stille spørsmål, slik at vi kunne få frem en mer utfyllende beskrivelse av opplevelsen enn vi uten denne kunnskapen ville fått. Dersom pasienten også merket at en hadde erfaring og kunnskap på området, kunne det skape en tillit og trygghet som gjorde det lettere å dele opplevelsene sine (Malterud, 2017, s. 133–135).

3.2 Design

Kvalitativt forskningsintervju med semistrukturerte dybdeintervju var tilnærmingen som kunne gi best svar på vårt forskningsspørsmål og som gjorde det mulig å finne ny kunnskap. Gjennom å intervjuer deltakerne hjemme kunne betydningsfull informasjon også tre fram gjennom omgivelsene. Våre lyddata ble transkribert samme dag eller dagen etter, og systematisk tekstanalyse ble utført etter alle intervjuene var gjennomført og transkribert.

3.3 Utvalg

Utvalget er pasienter som har blitt operert for nyrestein med URS på samme dagkirurgiske avdeling, altså et strategisk utvalg, der pasienter kunne besvare vår problemstilling. Pasienten var også valgt ut etter at det i en periode ble spurt fortløpende pasienter som skulle til den aktuelle behandlingen, på den tiden vi skulle arbeide med masteroppgaven. Dette er hva Malterud vil kalle et tilfeldig strategisk utvalg (Malterud, 2017, s. 59). Vi satt ingen krav til at det skulle være like mange kvinner som menn i gruppene, men pasientens diagnose ble rådende i den aktuelle perioden.

Det var viktig at materialet ikke ble for stort da vi var uerfarne forskere. Å analysere materialet var en tidkrevende prosess og vi hadde ikke lang tid til fremstilling av resultatene.

Samtidig var det viktig at vi hadde et utvalg som ga nok informasjonsstyrke. Antallet som må delta i en studie bestemmes av informasjonsstyrken. Begrepet «jo flere jo bedre» stemmer ikke i kvalitative studier til utvalgsstrategien (Malterud, 2017, s. 63). Vårt mål var å rekruttere 6-8 pasienter til studien. Vi fikk hjelp av sykepleiere på urologisk poliklinikk til å rekruttere deltakere, da de var tilstede ved pre-samtalen mellom kirurg og pasient hver tirsdag. Vi kopierte opp informasjon og samtykkeskjema, samt ga de inklusjon og eksklusjonskriteriene. Sykepleierne ga aktuelle kandidater informasjonsskjemaet, de fikk tilbud om å delta, og signerte samtykkeskjema hvis de ville være med. Skjemaene hentet vi fortløpende.

Midtveis i rekrutteringen, opplevde vi at samtykkene stagnerte litt, og det var få som sa ja til å være med i studien. Vi tenkte at det kanskje kunne være litt overveldende og problematisk for aktuelle kandidater å signere på kort varsel, så vi ba sykepleierne på poliklinikken om å presisere overfor pasientene at dette ikke var et bindende samtykke og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Etter dette fikk vi flere som samtykket til å være med. To pasienter trakk seg likevel etterpå, da de var såpass usikre om de ville delta. To av deltakerne ble også ekskludert etter at de hadde samtykket da de ikke snakket norsk. Vi ringte til pasientene og presenterte oss, spurte hvordan det gikk med dem, og ytret ønske om å avtale intervjudato. Når vi hadde fått samtykke og pasienten passet til våre inklusjonskriterier, ble vedkommende kontaktet fredag, som var en til to dager etter operasjonsdagen og vi avtalte da intervjudtidspunkt (vedlegg 3 og 4).

Inklusjonskriterier våre;

- Deltakerne må ha fått utført URS på dagkirurgen.
- Pasienter over 18 år
- Pasienten må være samtykkekompetent
- Pasienten må beherske norsk muntlig og skriftlig

Eksklusjonskriterier våre;

- Pasienter som ble innlagt etter inngrepet
- Hvis inngrepet ikke ble gjennomført.

3.4 Datainnsamling

Individuelle dybdeintervju er datainnsamlingsmetoden vi har brukt. Dybdeinnsikt i den erfarte opplevelsen var vårt mål, og med denne metoden var det dermed mulig å få rike, fylldige og detaljerte beskrivelser. Vi prøvde så langt som mulig å stille åpne spørsmål for at informantene selv skulle komme med sine meninger uten å ha blitt ledet av oss. Vi hadde en intervjuguide som underveis ble en støtte og samtidig veiledet oss under intervjuet til å ha rett fokus. Denne intervjuformen er hovedsakelig ute etter at deltakere skal snakke fritt, derfor oppmuntret vi til det (Polit & Beck, 2021a, s. 515).

Vi fikk undervisning og opplæring i hvordan vi best kunne utføre et intervju før vi startet datainnsamlingsprosessen og gjennomførte pilot intervju. Dette var viktig å kunne noe om for å prøve å få informantene til å gi oss en best mulig beskrivelse av det de hadde erfart og opplevd (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 151).

Fredag formiddag etter operasjonsdag ringte vi pasienten. To av pasientene tok ikke telefonen, så vi sendte en melding som vi fikk svar på etter kort tid (vedlegg 5). Vi avtalte med informantene når og hvor intervjuet skulle foregå, samt prioriterte pasientens ønsker så langt som mulig.

Vi avtalte på forhånd hvem som skulle intervju og hvem som var observatør. Den som var observatør, tok feltnotater. Vi fordelte dette fra starten, slik at vi intervjuet annenhver deltaker og ringte selv til den vi skulle intervju. Det er en forutsetning for et godt intervju at informantene føler seg ivaretatt i trygge omgivelser og vi ønsket derfor å intervju kandidatene i hjemmet (Malterud, 2017, s. 69–70). Vi intervjuet fem av pasientene hjemme på den 4. og 5. dag etter operasjonen, men to av pasientene ble intervjuet på den 13. og den 15. dagen. På grunn av juleferie og helligdager ble ikke samtykket deres oppdaget før i

romjulen da en av pasientene selv tok kontakt med hovedprosjektleder. Vedkommende ville gjerne delta i studien, og med denne interessen for prosjektet ønsket vi at vedkommende ble inkludert. Leder av hovedstudien godkjente dette, til tross for at det var gått litt tid siden operasjon. Fem informanter tok imot oss i hjemmet, mens to ble intervjuet via teams fra grupperom på HVL. En på grunn av lang reisevei og den andre hadde ikke anledning til å ta imot oss i hjemmet.

I intervjuet startet vi med å presentere oss som sykepleiere i masterutdanning og at vi hadde lang erfaring som sykepleiere. Vi takket også for at de tok imot oss i hjemmet og at de sa ja til å være med i vår studie. Vi ønsket å opprette et tillitsforhold til informantene. For å skape dette tillitsforholdet var det viktig å vise respekt og legge til rette for trygge rammer i intervjusituasjonen. Vi signaliserte til pasientene at vi ønsket å være alene med dem når intervjuet pågikk, og tilstrebet rolige omgivelser uten forstyrrelser fra radio og tv slik at alle hadde fokus på intervjuet og samtalen. Vi hadde tro på at en trygg og god stemning kunne ha stor betydning for den samling av data som fant sted i et slikt forskningsintervju, der informanten delte sine erfaringer. Vi måtte være nøytrale, ydmyke og signalisere vennlighet og forståelse. For at det ikke skulle oppstå en skjev maktbalanse mellom den som intervjuet og informanten, måtte vi passe på at våre antrekk var rett for anledningen, samt hadde bevissthet rundt vår egen adferd (Polit & Beck, 2021a, s. 511).

En intervjuguide med noen spørsmål og stikkord, fungerte som en støtte og hjalp oss å huske på det vi ønsket å innhente data om (vedlegg 6). Det var samtidig viktig at intervjuguiden ikke ble for detaljert, men heller fungerte som en mal. I intervjusituasjonen var vi fokusert, men samtidig åpen, og det var krevende for oss uerfarne forskere å styre samtalen samtidig som vi skulle være fleksible (Malterud, 2017, s. 134). Ikke alle deltakere var like pratsomme, og vi måtte derfor hjelpe de litt i gang med å fortelle om det aktuelle, mens noen pratet helt fritt og sporet gjerne av før de selv eller vi innhentet de tilbake til tema.

Vi hadde hver vår lydopptaker med til intervjuet, og deltakerne ble informert om at det var for å være sikker på at materialet ble sikret og hadde god kvalitet. Vi måtte lytte aktivt og være ettertenksomme i spørsmålsformuleringen, slik at vi fikk betingelsesløse svar fra deltaker. I noen tilfeller kunne dette være utfordrende, men samtidig har vi lang erfaring med å lytte og samtale med pasienter, og følte praten gikk lett både før og etter selve

intervjuet (Malterud, 2017, s. 133–135). Med intervjuet friskt i minnet, transkriberte vi samme dag eller dagen etterpå.

3.5 Intervjuguiden

Intervjuguiden som vi har brukt er utarbeidet av hovedprosjektet POPS (vedlegg 6).

Før vi startet intervjuet fikk deltakerne en kode, som vi presenterte i starten av båndopptaket.

Det semistrukturerte intervjuet inneholdt følgende tema i intervjuguiden:

1. Forberedelser til operasjonen
2. Det første døgnet
3. Behov for hjelp og støtte
4. Hvordan en har forstått og utført egenbehandling

Vi startet i det første tema å spørre hvordan deltaker hadde forberedt seg til operasjonen. Vi brukte noen av delspørsmålene, som for eksempel om de søkte etter noe mer informasjon gjennom internett eller forhørte seg med noen? Ble det planlagt å ha ekstra mat i hus, vasket de huset på forhånd eller organiserte noen form for hjelp de første dagene. Vi var ute etter å finne ut av hvor mye og hvilken innsats de hadde lagt i forberedelser.

I det andre temaet ønsket vi å vite hvordan det hadde gått det første døgnet. Vi ønsket at de begynte å beskrive opplevelsene allerede fra postoperativ avdeling. Vi kom gjerne med tilleggsspørsmål hvis det var behov for mer utdypende detaljer, men her fortalte mange mer fritt. Vi spurte mer spesifikt om hvordan hjemreisen gikk, om de hadde noe ubehag eller smerter, kunne utføre daglige aktiviteter, om de fikk i seg mat/drikke samt nok hvile og søvn. Vi lurte også på om de kjente på noe stress før eller etter inngrepet.

Det tredje temaet var viktig i forhold til vår problemstilling. Hvordan opplevde de sin egen allmenntilstand? - hadde de behov for hjelp? - og hvem hadde de rundt seg som kunne hjelpe? Vi ønsket at de skulle fortelle om sine utfordringer, om det var noen uforutsette

hendelser og eventuelt hva som skjedde og hvordan de løste det. Det som pasienten ikke kom innom, og som var viktig å få avklart, spurte vi mer direkte om, som for eksempel resept og håndtering av smertestillende. Vi spurte også om de hadde hatt kontakt med helsevesenet og eventuelt hvem.

Det fjerde temaet handlet om hvordan pasientene klarte å ivareta seg selv, hvordan de hadde forstått informasjonen som var gitt og hvordan de klarte å følge anbefalingene. Vi spurte noen oppfølgende spørsmål angående administrasjon av smertestillende og observasjoner av egen helsetilstand som for eksempel om de skulle være bevisst på noe blødning eller infeksjon. Her måtte vi utdype for deltakerne hva vi la i egenbehandling og anbefaling.

Alle intervju ble tatt opp på bånd, transkribert, deretter anonymisert og lagt på en forskningsserver.

3.6 Ethiske vurderinger

De etiske prinsippene som enhver forsker må forholde seg blir fremstilt i Helsinkideklarasjonen. Det var medisinsk forskning på mennesker som førte til at deklarasjonen ble utarbeidet av World Medical Association (Malterud, 2017, s. 211).

I vårt prosjekt vil de forskningsetiske retningslinjer og lover være førende. Vi har tatt hensyn til den enkeltes integritet og velferd, sikret deltakerens konfidensialitet og hatt hederlige hensikter. Vi anonymiserte derfor personlige data, som vi lagret på HVL sin forskningsserver, og dette materialet vil slettes når hovedprosjektet er ferdigstilt. Alle informanter måtte gi et presist, skriftlig, informert og frivillig samtykke (vedlegg 4). Det var viktig å presisere at de når som helst kunne trekke sitt bidrag fra studien (*Forskningsetikkloven*, 2017).

Prosjektet er etter de forskningsetiske retningslinjer søknadspliktig, og det er derfor søkt godkjenning fra Regionale komiteer for medisinske og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Malterud, 2017, s. 218). Hovedprosjektet, som inkluderer vårt delprosjekt, har fått godkjenning (Vedlegg 7 og 8).

3.7 Analyse

Vi har gjennomført analysen ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC) slik den er beskrevet av Malterud (Malterud, 2017, s. 97–116).

Denne analysemetoden består av 4 trinn der vårt råmateriale har vært lydopptak og feltnotater. Lydopptak ble fortløpende transkribert til tekst, og deretter startet vi prosessen med å gjennomgå teksten systematisk. Med kritisk refleksjon ville vi lettere finne svakheter ved materialet, og kunne skille ut det som ikke var aktuelt for vår problemstilling (Malterud, 2017, s. 79–80).

3.7.1 Trinn 1: Helhetsinntrykket

I det første trinnet dannet vi oss et helhetsinntrykk av alle intervjuene. Her var det viktig at vi hadde problemstillingen nær, slik at den var en rød tråd gjennom hele prosessen og vi var bevisste på vår teoretiske ramme (Malterud, 2017, s. 99). Vi leste nøye gjennom det transkriberte tekstmaterialet hver for oss og deretter sammen flere ganger. Vi leste grundig gjennom hver linje i teksten for å danne oss et helhetsinntrykk. Til slutt summerte vi våre inntrykk, og formidlet et helhetsinntrykk. Nå kunne vi skimte våre temaer.

De helhetsinntrykk vi satt igjen med etter ha lest all tekst flere ganger var:

Smerter, blødning, aktivitet, infeksjon, feber, hjelp/klare seg selv, informasjon, utfordringer, lite hjelp, stent, enkel operasjon, fit for fight, egenbehandling, tilsyn/hjelp, redd for infeksjon, alene første døgn, forventninger før/etter, paracet på lur, hvor dårlig/hvor høy feber før ta kontakt, resept ikke klar, hyppig vannlating, svie/ubehag ved vannlating, mer smerter enn forventet, usammenhengende søvn, ubeskrivelige stent-smerter, hjelp til det meste, sykemelding, sengeliggende, smertestillende, ubehagelig å mase etter smertestillende, hjelpeløs pårørende, frostanfall, uggen følelse, redusert, kontakt med helsevesenet, narkose, og lite behov for hjelp.

3.7.2 Trinn 2: De meningsbærende enhetene

I trinn to bruker vi de foreløpige temaene til å finne de meningsbærende enhetene, ved å systematisk gå gjennom materialet linje for linje. Neste steg var koding som betyr å systematisk gruppere de meningsbærende enhetene. Vi valgte å kode manuelt.

Vi gikk gjennom hver linje, all tekst, markerte de ulike tema i ulike farger, slik at det steg fram hva som kunne gi svar rundt vår problemstilling. Ved slik systematisering og identifisering, fikk vi kodet våre meningsbærende enheter. Resten av materialet som ikke inneholdt meningsbærende enheter ble lagt til side. Innenfor hver kode samlet vi tekst med felles betydning. Kodene vi fant var forberedelse/informasjon, hjemreise, ubehag/smerter, søvn/daglige aktiviteter, infeksjon/feber, blødning, være alene-hvem og hvor mye hjelp, utfordringer og egenomsorg.

Det er viktig å arbeide frem og tilbake i råmaterialet for å være sikker på at kodene er rett definert. Vi så samtidig at dette ble for mange koder og vi måtte igjen gå nøye gjennom materialet. Vi så også gjennom vår prosjektlogg som hjalp med ettertanken av vår læring angående datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 104). Nå samlet vi de aktuelle koder under hver deltaker, og fanget opp hva som beskrev mangfoldet. Her så vi at smerter, blødning, egenomsorg, infeksjon, utfordringer, søvn/daglige aktiviteter var det som alle hadde en opplevelse/erfaring med.

Nå tenkte vi at vi hadde våre endelige koder og var klare til å gå til neste trinn.

3.7.3 Trinn 3: Kondensering

I det tredje trinnet startet vi å abstrahere informasjonen, og fant da ut at det fortsatt var for mange kodegrupper. Vi arbeidet oss gjennom teksten nok en gang, og fant de aktuelle tre kodene som inneholdt meningsbærende enheter som ble smerter, egenomsorg og utfordringer. Vi måtte føre inn flere meningsbærende enheter under samme kode, dette fordi det ikke var nok materiale til å danne egen kode alene. Det var viktig at det ikke ble for mange koder, da funnene skal tre tydelig fram (Malterud, 2017, s. 104–105).

For å få frem hovedaspektet gikk vi nå videre til å velge subgrupper, som får frem det mest aktuelle og fremtredende data. Under hver av disse kodene dannet vi derfor 2-3 subgrupper, som ga grunnlaget for tekstkondenseringen. Det er også her viktig å beholde oversikten, og ikke lage for mange subgrupper. Etter å ha dannet subgruppene, kunne vi gå videre til å lage det kunstige sitat-altså kondenseringen, som skulle gjenspeile mangfoldet, og som er signaturen til STC metoden (Malterud, 2017, s. 106).

Subgruppene som kom under koden smerter ble; «*Ubehag og smerter som kom og gikk*», «*Stent og smerter*», og «*Hvor er resepten*»?

Subgruppene under egenomsorg ble; «*Tilsyn*» og «*Anbefaling og informasjon*».

Subgruppene under utfordringer ble; «*Infeksjon-feber nok?*», «*Stenten*» og «*Blødning*».

I hver subgruppe gjennomgår vi de meningsbærende enhetene, for å kunne danne oss et kondensat. Vi brukte også gull sitater, som var direkte sitat/gullkorn fra informantenes utsagn og som ga en god beskrivelse av mangfoldet (Malterud, 2017, s. 108).

Et eksempel på gullsitat vi brukte var; «*det var jo forespeilet en sånn liten enkel operasjon da, men kjentes kanskje ikke sånn ut nå da*». Her representerte dette gullsitatet flere beskrivelser fra våre informanter, om hva de så for seg etterpå når det tross alt var dagkirurgi, men tiden etter var ikke helt slik de forventet.

Hver kode fikk sammenfattet et kondensat som skulle få fram hovedbudskapet, som kunne representere alle deltakere og deres beskrivelser. Kondensatet ble videre vårt arbeidsredskap i siste trinn av analysen (Malterud, 2017, s. 107).

3.7.4 Trinn 4: Syntese

I siste trinnet sammenfattet vi de ulike meninger, beskrivelser og fortolkninger fra kondensatene. Det var viktig å vise til generelle beskrivelser, som vi kunne dele med andre. Samtidig passet vi på at det var deltakernes stemmer som fortalte og ikke gikk utenfor fortolkerens rammer, for å kunne vise til et reelt grunnlag.

Videre trakk vi sammen våre koder og kondensater, formet en sammenfatning av teksten som beskrev våre funn og som viste fram våre resultater. En analytisk tekst for hver gruppe. Her brukte vi også flere gullsitater for å få fram essensen av våre funn, men samtidig passet på at vi ikke brukte for mange, som kunne få analysen til å virke uoversiktlig (Malterud, 2017, s. 106).

Vi så at vi fortsatt hadde for mange koder, og gikk tilbake i teksten for å sammenfatte de aktuelle kodene. Her kom vi fram til våre kategorier som; "smerter", "egenbehandling og egenomsorg", "informasjon og anbefaling", "tilsyn", "infeksjon/feber" og "blødning".

Smerter hadde først tre subgrupper, smerter med stent, smerter uten stent og resept utfordringen. Under arbeidet så vi at det var hensiktsmessig å slå sammen smerter med og uten stent til ett tema.

Til slutt i vår analyse satt vi igjen med våre endelige temaer;

"Smerter"

"Hvor er resepten?"

"Hvis du får feber, må varselklokkene ringe"

"Blødning var jo forventet "

"Tilstrekkelig informasjon og forsvarlig egenvurdering"

"Tilsynet ble en telefonsamtale unna"

Vi satt sammen materialet igjen og skrev en analytisk tekst som representerte våre resultater av analysen (Malterud, 2017, s. 97–111).

3.8 Metodediskusjon

Når vi intervjuet URS-pasientene, var formålet å få frem gode beskrivelser og egenskaper ved det å være dagkirurgisk pasient. Den kvalitative metodens fordel er at den kan avdekke behov, utfordringer og problemstillinger pasientene selv opplever at de har. På den måten kan kunnskap utvikles og pasienttilbudet utbedres. Ved å intervju URS-pasienter ønsket vi å få en dypere og bredere forståelse av hvordan de hadde det hjemme i den postoperative fasen. Metoden gir ingen universelle svar og vi har kun analyse av 7 pasienters perspektiv, men til tross for et lavt antall deltakere har kvalitative studier vist å frembringe ny kunnskap som er gjenkjennbart i store deler av den studerte populasjonen.

Når vi intervjuet, var måten vi stilte spørsmål på av betydning. Vi formulerte spørsmål på den måten som: Hva er?, Hva betyr? eller Hvordan foregår noe? - i stedet for spørsmål som man kan få direkte svar på. Det er denne type spørsmål som åpner for forståelse og som kan gi ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 30–32).

I et kvalitativt forskningsintervju samarbeider man nært deltakeren. Intervjuet kan være en trygg situasjon der det kan være lettere for noen å dele sensitive tanker, men kan også være vanskelig hvis deltaker føler seg ukomfortabel med forsker eller i situasjonen. Vi opplevde varierende usikkerhet i begynnelsen av intervjuet, men at de etterhvert åpnet seg og vi oppnådde deres tillit. Vår forforståelse kan sette begrensninger da vi begge er vant til å se pasientene på sykehus og ikke i hjemmet. De kan oppleves friskere i sitt eget tøy og i eget hjem. Vi opplevde at vi klarte å se forbi dette, slik at vi oppnådde denne tilliten som var viktig for at pasienten skulle åpne seg.

Intervjuguiden var en god støtte for oss som uerfarne intervjuere, men den kunne samtidig være styrende hvis man kun forholdt seg til den. De ferdige spørsmålene var generelle, og kunne være vanskelig både for intervjuer og for pasientene til å få fram andre spørsmål og svar. Man måtte være åpen for å vinkle spørsmål rettet mot den enkeltes opplevelse. Vi var opptatt av oppfølgingsspørsmål når informantene kom med viktige synspunkt, men som ferske intervjuere kunne vi sikkert vært enda mer «på». Guiden var likevel lett å håndtere, der vi kunne spore av og innhente oss igjen, slik at man holdt flyten samtidig som man klarte å holde en rød tråd. Etterhvert som man blir kjent med guiden, utvidet man sin innsikt og vi

visste hvilke spørsmål som ledet til frie beskrivelser om det aktuelle tema.

Vi ytret ønske om å intervju pasientene hjemme, men de fikk også valget mellom HVL, eller annet passende sted. To av informantene våre valgte Teams, av nødvendige årsaker og fem av våre informanter ble intervjuet hjemme. Gjennom båndopptak og feltnotater, samlet vi vårt råmateriale. Vi opplevde at det var stor fordel å intervju dem hjemme, da vi ikke hadde fått det samme inntrykket om vi hadde gjennomført alle intervjuene på Teams. Feltnotatene ble likevel lite brukt i funndelen, her dominerte den transkriberte teksten.

Det kvalitative forskningsintervju er krevende tidsmessig, og det kan være utfordrende å trekke ut den viktigste kunnskapen fra tekstmaterialet (Malterud, 2017, s. 137–138). Selv om vi erfarte at vi fikk mye informasjon via det transkriberte materialet, er vi ydmyke i forhold til at det kanskje er punkter vi har oversett. Funnene gav mening og mange av dem liknet andre informanternes svar. Våre funn ble validert ved at vi gikk gjennom råmaterialet til slutt. Ved å validere det vi har gjort kunne vi si noe om at dette hadde gyldighet for den gruppen vi intervjuet (Malterud, 2017, s. 110). Selv om det er vanskelig i kvalitativ metode og generalisere, så kan det se ut som det er mange fellestrekk som igjen kan knytte funn sammen.

Vi opplevde metoden som god til å besvare vår problemstilling.

4.0 Funn

Våre funn kommer fra beskrivelser fra fem menn og to kvinner, i alderen 39 til 77 år og operasjonene har vært utført fra november til januar. Avstand fra pasientens hjemsted til sykehus varierte fra 20-60 minutter. Fem av pasientene var gift eller hadde samboer, mens to pasienter bodde alene. Tre av pasientene var i lønnet arbeid, mens fire var gått av med pensjon.

Informantene i denne studien har gjennomgått dagkirurgi for å fjerne nyrestein. Noen av dem hadde vært gjennom tilsvarende inngrep før. Hvordan de planla den postoperative perioden hjemme varierte fra person til person. Selv om alle ble intervjuet etter samme intervjuguide, ble funnene i denne studien knyttet til det som opptok informantene mest, smerter. Likevel planla pasientene både reise til og fra sykehuset, samt dusjing slik de ble informert om å gjøre, men de svarte at de i liten grad gjorde noen forberedelser i forhold til renhold i huset, matinnkjøp og liknende. Informantene fortalte at de ikke hadde behov for å søke etter mer informasjon om inngrepet, verken gjennom bøker eller internett.

Hjemreisen etter kirurgi skjer etter cirka to timer. Ingen av informantene uttrykte det som problematisk, selv om tiden etter inngrepet og til de reiste hjem var kort. Den postoperative utfordringen oppsto først etter hjemkomst. Da kjente gjerne pasienten at virkningen av smertestillende gikk ut og at smertene begynte å øke i varierende grad. Om de fikk stent eller ikke, var avgjørende for intensiteten i smertene.

Det kommer også frem utfordringer som er knyttet til pasientens egenomsorg, som å håndtere administrering av smertestillende og gjøre vurderinger av egen allmenntilstand i forhold til infeksjon eller blødning. Det er også ulike oppfatninger av informasjon og anbefaling som er gitt og ulike løsninger på det å være alene det første døgnet.

4.1 Smerter

Alle som vi intervjuet hadde postoperative smerter i større eller mindre grad, og det første døgnet var spesielt i forhold til smerter. Det som er fremtredende, er forskjellen i beskrivelsen av smerter for de som har fått innlagt stent og de som ikke fikk.

Alle pasientene er gjennom informasjonsskrivet informert om at de kan kjenne svie ved vannlating de første gangene de later vannet. De som ikke får innlagt stent kan oppleve ubehag og smerter fra nyreregionen. Pasientene blir forklart i skrivet at dette skyldes hevelse i urinlederen etter operasjonen, som igjen kan gjøre at passasjen fra nyret til blæren går tregere. Noen hadde hatt stent i forkant av inngrepet og opplevde at smertene postoperativt ikke var så store fordi stenten var fjernet (vedlegg 2).

Smertene oppleves likevel ulikt. De uten stent opplevde lettere smerter som kom og gikk, og klarte seg med "vanlige" smertestillende som Paracet og Ibux. Noen beskriver smertene som ømhet i ryggen, smerter i siden eller i lysken og svie/ubehag ved vannlating. Andre snakker om smerter av mer intensiv art og nærmest som nye nyresteinsanfall. Informantene forteller at ubehaget og smertene varte i opptil to dager etter inngrepet.

Spesielt de som får innlagt stent kan kjenne stikninger og ubehag i blæren, samt press i nyret på den siden de er operert. Dette er de informert om i informasjonsskrivet (vedlegg 2). Alle disse symptomene kommer frem i varierende grad i våre informanternes beskrivelser. De opplevde smerter av en annen karakter. Med stenten var smertene for mange ubeskrivelig og konstant. *"Man følte at man gikk litt sånn ut av seg selv", "fordi du har så vondt og du vil kaste opp"*.

Mange opplevde å være underinformert om smerter. *"Var jo forespeilet at det skulle være en sånn liten enkel operasjon, kjennes kanskje ikke sånn ut nå."* Som en annen sa; *"følte meg lurt av kirurgen, da jeg ble forespeilet at det skulle lugge litt i nyren, men det kjentes heller ut som noen fysisk prøvde å dra nyren ut av kroppen min"*.

Flere av de som hadde fått innlagt stent var fortsatt preget av smerter da vi gjorde intervjuet 5-7 dager etter inngrepet. En av dem trodde at en ukes sykemelding var nok, men følte selv at sykemelding burde vart så lenge stenten lå inne. Her var det ingen forståelse fra legens

side om at stenten var et problem, da han ville at pasienten selv skulle bestemme hvor lenge "han ville være sykemeldt".

Alle utenom en pasient hadde hatt nyrestein før. Av de som hadde vært operert før var det 5 av 6 som hadde erfaring med stent. Innleggelse av stent hadde satt dype spor. To av pasientene som ikke hadde fått innlagt stent denne gangen, men som har hatt det tidligere, klarte ikke å la være å fortelle om disse opplevelsene fordi smertene hadde vært så intense. De med tidligere stent erfaring beskrev varigheten av smerter i opptil flere uker, og for noen forsvant ikke smerten før stenten var ute. *"De andre gangene med stent har vært forferdelig for å si det rett ut". "Første gang med stent var smerten helt ubeskrivelig. Kom meg ikke hjem og måtte legges inn på sykehuset"*.

Smertene kunne være uutholdelige og gjøre pasientene sengeliggende. Flere hadde fast tilholdssted i sofaen fordi de der fant en stilling som lindret smertene og de fikk hvile. Nattesøvnen ble ofte avbrutt på grunn av hyppig vannlating, som følge av plager med stent og økt trykk i blæren. Det var i tillegg utfordrende å late vannet, noe som må gjøres ofte når en skulle drikke rikelig, og som en informant sa: *"Det var en prøvelse"*. Daglige gjøremål ble vanskelig, og en ble derfor i større grad avhengig av å ha noen rundt seg, som kunne hjelpe. *"Det var litt mer styr med den stenten, man ble liksom helt avhengig av smertestillende når en fikk den stenten, og det var en befrielse når den var ute"*. Uvissheten om hvor vondt det skulle være og hvor lenge de sterke smertene skulle vare, gjorde det ikke noe lettere.

De med stent uttrykte tydelig at de hadde behov for sterkere smertestillende og et regime de kunne forholde seg til. Det var bare en av informantene som fikk retningslinjer på hvor mye og ofte han burde ta smertestillende. *"De sa at du kunne ta en gang mer enn på pakken, sånn at du kan ta hver sjetten time ... så 4 ganger da ..."* Samtidig uttrykte noen skepsis til å ta sterkere smertestillende og sa at *"det hadde vært greit med litt mindre smerter, men jeg vil ikke helt gå på sånn trekantmedisin heller..."*.

Smerter etter kirurgisk behandling for nyrestein, beskrives som utfordrende, særlig de første dagene etter inngrepet. Denne utfordringen fikk en dobbel betydning, både fordi pasientene skulle administrere smertestillende og de skulle administrere noe som virket. Som en av informantene beskrev om smertestillende, *"det spørres hvor mye du klarer å ta- men det gjør fortsatt ganske vondt"*. *"Du putter det jo ikke i deg bare for å putte i deg"*. En annen pasient

beskriver også at etter masing på smertestillende, så gir en litt opp og tenker da- *“jaja du har bare vondt”*.

4.2 Hvor er resepten?

I informasjonsskrivet til pasientene står det *“dersom du har fått resept på smertestillende tabletter, eller stikkpiller før utreise, kan du bruke disse”* (vedlegg 2). Det er kirurgen da som i hvert enkelt tilfelle avgjør - ut fra forventet postoperativt forløp, hvem som skal få resept eller ikke. Ingen av pasientene i denne studien fikk med seg resept på smertestillende. Flere hadde fått beskjed om at de skulle få det, men da de kom på apoteket og skulle hente ut resepten var den ikke lagt inn. *“Apoteket prøvde å kontakte legen, men de har vel glemt å skrive resepten”*, sa en frustrert informant. En av pasientene ble spurt om han ønsket resept, men takket nei fordi han hadde ulike smertestillende tabletter hjemme etter annet inngrep. Informantene sier at Paracet og Ibox ble den smertestillende kombinasjonen som ble brukt. For mange var dette ikke nok, men det var det de fikk tak i.

Alle - utenom en hadde behov for å ta smertestillende hjemme. En av informantene beskriver en tidligere opplevelse på et annet sykehus, som hadde satt dype spor og i dette tilfellet måtte det kjempes hardt for å få reseptbelagte smertestillende. Pasienten følte det ubehagelig å måtte *“mase”* for å få smertestillende, og til slutt var det pasientens mor som måtte ringe og kreve at det ble skrevet ut en resept. *“Med stent var jeg helt avhengig av smertestillende, og jeg kjente veldig på det...når du ikke er vant til å ta noen ting...og jeg kjente at de holdt igjen på det”*.

En av pasientene fikk med seg to *“løspakket”* tabletter med sterkere smertestillende til det første døgnet i tillegg til medisiner som skulle roe blæren ned. Denne pasienten opplevde god smertelindring og uttrykte at det begynte å komme seg dagen etter operasjonen, men ikke helt bra før den andre dagen etter inngrepet.

I informasjonsskrivet pasientene mottar før inngrepet står det ikke noe om at de bør kjøpe inn smertestillende som de kan ha i hus etter inngrepet (vedlegg 1). Det ble nevnt at det hadde vært fint å få en anbefaling før hjemreisen, å vite hva man kan lindre seg med hvis

man fikk behov. *“De kunne kanskje sagt at hvis du kjenner noe, så kan du ta noe smertestillende, det hadde vært en fordel hvis de hadde sagt det der og da.”*

4.3 Hvis du får feber, må varselklokkene ringe

Alle pasientene som blir operert med URS blir bedt om å følge med på temperaturstigning, med tanke på risiko for infeksjon og videre faren for utvikling av sepsis. Dette er en av grunnene til at de skal ha tilsyn det første døgnet etter inngrepet.

Som de sa, *“hvis feber, så skulle en bare ringe sykebilen, det var ikke noe å diskutere”* eller *“Feber måtte taes alvorlig. Det var det som kunne være farlig”*.

I skriveet står det at de skal ta kontakt med sykehuset ved temperatur 38,4° C eller over (vedlegg 2). Temperatur på 38,4°C er et konkret tall, men pasientene synes likevel det er vanskelig å vurdere dette, og de spør seg selv hva er egentlig nok feber og når er de dårlig nok til å ta kontakt. Informantenes erfaring med sin egen almenntilstand beskrives ulikt, - hva som er forventet etter inngrepet og når de bør kontakte en lege. Temperaturstigning ble ikke beskrevet som et problem for de fleste av informantene, men for en ble det en utfordring. Vedkommende fikk frysninger og skjelvninger, men opplevde ikke at temperaturen var så høy at det var *“fare på ferde”*, og koblet det derfor ikke til *“høy feber”*. Dagen etter hadde ikke pasienten frostanfall, men følte seg uggen i kroppen og målte temperatur til 38,6°C. Siden informanten *“bare”* hadde feber og ikke kjente smerter eller samtidig flere av de symptomer som sto på informasjonsskrivet, så var det ikke behov for å ta kontakt med helsevesenet. Informanten valgte derfor bare å *“ta en paracet”*. Denne pasienten gikk samtidig på antibiotika før og etter inngrepet.

En annen pasient erfarte å få et anfall hjemme operasjonsdagen, med feber og smerter. Denne pasienten tok kontakt med legevakten og ble tatt imot av en turnuslege, men opplevde ikke dette betryggende. *“Der møtte jeg en sånn turnus som ikke visste hvordan et nyrestein- inngrep ble gjort en gang...”*. Informanten fikk tatt blodprøver og avkrefet infeksjon, men opplevde ikke å få annen hjelp.

“Hvor høy feber og hvor dårlig skal du være før du tar kontakt?”, var det flere som undret seg over. Det var den vurderingen av seg selv, som var den store utfordringen med å bli operert dagkirurgisk uttrykte flere. Flere av informantene gav også uttrykk for at både legevaktslege og fastlege ikke kunne svare på spørsmål knyttet til deres situasjon i forhold til det kirurgiske inngrepet. Noen pasienter selvmedisinerte seg “noen ekstra dager med antibiotika” for å være på den sikre siden i forhold til infeksjon. Noen av informantene uttrykte også at den pågående pandemien har vært en medvirkende årsak til at de ville unngå å oppsøke legevakt. Som en av informantene uttrykte om legevakten “*der står det jo store skilt, at gå ikke her hvis du ikke dør*”.

Ingen av våre informanter opplevde infeksjon eller sepsis, men flere tok både paracet og antibiotika.

4.4 Blødning var jo forventet

Pasientene er gjennom informasjonsskrivet informert om at det kan forekomme blod i urinen etter inngrepet, og alle opplevde dette i varierende grad (vedlegg 2). Største forskjellen var også her mellom de som har fått stent og de som ikke fikk innlagt stent.

De som ikke fikk innlagt stent opplevde å ha litt rosafarget urin eller lettere blødning de første par dagene ved vannlating. De som hadde lest informasjonsskrivet var forberedt på dette, men for noen opplevdes det likevel ubehagelig.

Samtlige av de som fikk innlagt stent under inngrepet sier at de blør mye etterpå og i opptil en uke. Ingen av dem var forberedt på at det skal skulle blø så mye, de var forespeilet “*litt blødning*” i noen dager, og de følte usikkerhet i forhold til hvor lenge det skulle blø og hva er litt/mye blødning? Samtidig var det ingen som uttrykte at de var bekymret for blødningen, og de resonerte seg frem til at det sikkert var normalt. De erfarne pasientene var bevisst fargen på urinen og tok det med fatning.

Rikelig drikke for å få en god gjennomskylling, var spesielt viktig for de som blødde mye. Det er et paradoks at de pasientene som fikk innlagt stent, og fikk beskjed om å drikke rikelig, var de som drakk minst. For selv om de også blødde mest, var smertene ved vannlating så store

at de automatisk begrenset væskeinntaket. For som en sa *“det var så ekstremt vondt å late vannet, at å drikke mye det gjorde jeg ikke”*.

4.5 Tilstrekkelig informasjon og forsvarlig egenvurdering?

Nyrestein er for mange et residiverende problem. De fleste av pasientene (6/7) vi intervjuet hadde vært gjennom lignende inngrep før og hadde erfaring med smerter i forbindelse med nyresteinsanfall, ulike kateter og smerter etter inngrepet.

Pasientene fortalte at de fikk god informasjon, - skriftlig og muntlig både før og etter operasjonen. De beskriver likevel ulikt hvordan de behandlet og mottok informasjonsskrivet. Noen la det i skuffen, andre leste den nøye og beskrev at de ville ikke klart seg uten denne informasjonen. På skrivet står det et nummer de kan ringe til, men dersom de har behov for ytterligere sjekk må de gå gjennom legevakt. Noen av pasientene hadde behov for å benytte seg av dette. Flere vurderte å ta kontakt, men var redd de ikke var syke nok, og ville ikke belaste helsevesenet. Når ikke alt gikk på skinner, og de hadde behov for hjelp, kom informasjonen til kort. Informasjonen viste seg ofte å ikke være konkret nok. Den faglige *“synsingen”* mangler og pasientene klarte ikke å bedømme sin egen tilstand. For *“ufaglærte”* var det vanskelig å si om dette var for mye smerter, for mye blødning, eller tegn på infeksjon.

Flere av informantene uttrykte at det var en type distinksjon mellom det de fikk av informasjon både fra helsevesenet, på nettet og de reelle forholdene de kom hjem til i den postoperative fasen. En pasient beskriver; *«at du leser på internett at dette er dagkirurgi, du skal på en måte være ”fit for fight” kort tid etterpå, men ender opp med din første sykemelding, fordi stenten gjorde deg sengeliggende»*. De beskriver likevel at dagkirurgi, informasjonen og anbefalingene som trygt og de føler seg godt ivaretatt. De synes også det er godt å kunne være hjemme, *“slenge seg på sofaen”* men at det er vanskelig å vurdere seg selv, og terskelen for å ta kontakt er ulik.

4.6 Tilsynet ble en telefonsamtale unna

Et av kravene til det å bli operert dagkirurgisk er muligheten til å ha kontinuerlig tilsyn av pårørende det første døgnet. Den hjelpen, eller det tilsynet våre informanter fikk var svært varierende. Et av funnene våre er at dette var ikke alltid like lett for alle pasientene å ordne. Pårørende eller nettverk hadde kanskje andre forpliktelser og ansvar det ikke var så lett å komme fra. Ingen hadde faglig bistand, men noen av pårørende stilte opp etter beste evne. For noen pårørende ble det frustrerende å ikke kunne bedømme smerter og infeksjon, og lege/legevakt ble kontaktet.

For de som bor alene blir nærmeste pårørende kanskje en kamerat. Andre bor sammen med nær familie og har dem rundt seg, men selv det kan være utfordrende. Det viste seg at pårørende også kunne være syke, eller at de ble beordret på jobb. To av pasientene var helt alene det første døgnet, selv om de visste at det var et krav å ha noen hos seg. Andre var delvis alene i perioder. Kontinuerlig tilsyn ble for noen en telefonsamtale unna; *“Vi avtalte å ringes hvis det var noe”*. Da var det jo bare å ringe hvis det skulle være noe. Det opplevdes ikke som farlig eller utrygt å gjøre det på denne måten uttrykte disse pasientene, selv om de hadde ubehag og vondt. Den ene tok sterkere smertestillende som var utlevert fra operasjonsavdelingen, og den andre ringte til sykehuset for å høre hva som kunne hjelpe mot smerter, mens den tredje som var delvis alene hadde smertestillende liggende hjemme.

Å ha pårørende hjemme er ikke ensbetydende med å få hjelp. En av informantene hadde en kone som brukte krykker. Hun kunne ikke hente ved, så det måtte vår informant ta seg av. Denne pasienten tok turen til fastlegen for en ekstra sjekk, i redsel for å bli dårlig og få infeksjon. For flere av informantene var de pårørende til uvurderlig hjelp. Når smerter og ubehag oversteg det som var forventet, ble flere av de pårørende aktive når det gjaldt å ta kontakt med helsevesenet, slik at pasientene kunne få hjelp, enten til kontroller eller mer smertestillende medisiner.

En av de som var alene hadde spurt kirurgen om det var greit å være alene. *“Kirurgen sa det var ok å være alene det første døgnet, men sykepleieren sa nei”*. Pasientene var trygge på at når inngrepet ble utført dagkirurgisk, så var det også trygt å komme hjem. Som en informant sa; *“siden det nå er en dagkirurgi, så tenker de vel at det er greit å komme hjem”*. Man hadde

ikke blitt sendt hjem hvis ikke". Det var en blanding av trygghet og usikkerhet i luften med å bli sendt hjem like etter inngrepet. Alle informantene var likevel fornøyd med å bli operert dagkirurgisk, og glade for å komme hjem til seg selv, selv de som måtte klare seg alene.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil vi drøfte studiens viktigste funn og se dette i relasjon til teori og tidligere forskning. Vi vil også se dette i sammenheng med erfaring fra post.

5.1 Smerter

Det var påfallende i vår studie at ingen snakket om hjemreisen som et problem knyttet til det med smerter, spesielt fordi smerter etter hjemkomst var et hovedfunn. I en studie knyttet til dagkirurgi og hjemreiser beskrives hjemreiser som utfordrende for de sårbare pasientene så kort tid etter inngrepet (Halding et al., 2020). Flere av disse informantene hadde flere timer i bil. De fleste av våre informanter hadde under en times biltur hjem, og vi tror at det er av betydning, samtidig som de smertestillende medisinene de fikk på sykehuset fortsatt hadde effekt.

Smerter etter fjerning av stein i urinveiene, URS, dominerte de svarene vi fikk i intervju samtale. Selv om noen syntes det gikk greit, var det andre som uttrykte at smertene nesten var uutholdelige. Det var disse som hadde fått innlagt stent/JJ-kateter. Det er ikke vanlig i kvalitativ metode å sammenlikne grupper, men i vårt materiale så var smerter med og uten stent helt klar. Noen sa også at det gikk greit denne gangen fordi de ikke hadde fått stent, men de refererte til forrige inngrep der stenten *“nesten hadde tatt knekken på dem”*. Det er kjent at mange pasienter er veldig sensitive for JJ kateter, både i form av hyppig vannlating og smerter. Noen må til og med fjerne kateteret på grunn av smertene (Hekal, 2016). I vår studie beskriver informantene egne erfaringer med smerter etter hjemkomst og dette er det ikke skrevet mye om. Derimot er det gjort studier som sier at selv om mange har smerter i forbindelse med JJ-kateter, anses inngrepet som trygt og effektivt (Salciccia et al., 2019). At inngrepet er trygt beskriver også informantene, men det er vondt. Ifølge sykepleierne på postoperativ er det mange av pasientene som har fått stent som ringer til avdelingen når de er kommet hjem fordi de har mye smerter. En del av de får også fremskyndet timen til fjerning av stent fordi det er for smertefullt å ha den inneliggende. Studien til Hekal viser til resultater der livskvaliteten etter stentinnleggelse er betydelig

nedsatt og at stenten ofte blir fjernet tidligere av den grunn (Hekal, 2016). En eldre rapport av Joshi et al., viser også til et resultat der 80 % relaterer dårligere livskvalitet grunnet j - stenten (Joshi et al., 2003).

Pasienter som blir operert for fjerning av stein bør drikke rikelig for å få en god gjennomskyll av urinveiene. Dette gjelder spesielt for de som har fått stent og som kan blø en del etter inngrepet. Dette ble vanskelig for informantene fordi dette økte både vannlatingstrang og smerter. Selv om de hadde fått informasjon om dette var fokuset heller på å redusere smerter. Nightingale var opptatt av å ta vare på hele mennesket, og å sørge for at pasienten fikk hjelp til å gjøre de rette tingene for å bli frisk (Nightingale, 1984). Hadde det vært noen rundt dem den første tiden, kunne det kanskje blitt gitt både smertestillende og væske i et forhold som gjorde nytte. Det kunne se ut som pasientene ikke helt klarte å ta hånd om "hele seg", de valgte å finne en best mulig stilling i sofaen, og der ble de sittende. Den faglige vurderingen forsvant.

Når informantene snakket om smerter, snakket de også om smertestillende medikamenter. Dette ble brukt av alle det første døgnet, for andre i mye lenger tid. I et av skrivene står det at informantene ikke skal ta mer smertestillende enn det som var angitt på pakken. Noen får derimot beskjed om at de kan ta litt mer. Det som denne studien viser, er at dette med smertestillende er svært uavklart. Funnene våre viser at en av informantene fikk med seg sterkere medikamenter til det første døgnet. Vedkommende var svært fornøyd og beskrev smertesituasjonen som overkommelig. Han hadde lite smerter andre postoperative dag, og senere ingenting. De andre 6 informantene fikk ulik informasjon om hvordan de skulle forholde seg til bruken av smertestillende. Noen fikk beskjed om at de skulle få resept, andre fikk beskjed om å klare seg med paracet og ibux. Det viste seg også at de som skulle få resept ikke fikk dette når de kom på apoteket, men noen sa at de hadde heldigvis medisiner hjemme. I samtale med avdelingen, viser det seg at noen kirurger skriver ut resepter, andre gjør det ikke. Gramke et al., konkluderer med at det er mange som opereres dagkirurgisk som ikke får tilstrekkelig postoperativ smertelindring (Gramke et al., 2007). Det er vanlig å ha ubehag og smerter etter URS inngrepet. I en studie av Tackitt et al., kommer det frem at hovedårsaken til at pasientene tok kontakt med legevakt var smerter (Tackitt et al., 2016). I flere tilfeller kunne kanskje kirurgen ha forutsett hvem som kommer til å ha smerter etter inngrepet.

Vi opplever at flere av pasientene kunne trenge sterkere smertestillende, for eksempel det første døgnet, som alle beskrev som det verste. Dette bør informeres videre til avdelingen. Om avdelingen ikke skal skrive ut resepter, bør det komme klart frem i informasjonsskrivet at de ikke får resept og at de selv må kjøpe inn reseptfrie smertestillende før operasjonen. Kanskje bør det også være slik at avdelingen kunne sendt med en døgndose med sterkere medikamenter til det første døgnet eller at de kunne fått hentet en slik pakke på apoteket. Det kan selvsagt være pasienter som har brukt smertestillende lenge, og at man er engstelig for avhengighet, men vi tror at god smertelindring første døgn er viktig. Informantene gav tydelig uttrykk for dette. De med stent bør kanskje få individuell resept, knyttet til å imøtekomme deres smerter. Dette kan for eksempel løses slik Tackitt et al, beskriver i sin artikkel. De konkluderte med at forekomsten av legevaktbesøk ble redusert med 11% ved at pasienter som hadde gjennomgått URS inngrep ble oppringt hjemme. Her kunne sykehuspersonell diskutere situasjonen med den enkelte pasient (Tackitt et al., 2016).

5.2 Hvor er resepten?

Som nevnt under avsnittet om smerter var flere lovet resept, men fikk det ikke. Denne misforståelsen gjaldt flere. Når de kom på apoteket, var det ikke resept der. En opplevde at farmasøyten prøvde å få kontakt med legen på avdelingen. Spesielt når det var lagt inn stent var ikke vanlige reseptfrie smertestillende nok. Er det da slik at dagkirurgiske URS pasienter skal klare seg uten reseptpliktige smertestillende hjemme? Denne type misforståelse må våre funn prøve å rette opp i så snart som mulig.

Når det gjelder informasjonsskrivet kan det virke som at pasientene ikke kommer til å oppleve særlige smerter, da det står *"Dersom du har fått innlagt JJ- stent, så kan det også hende at du opplever litt press i nyret på den siden du er operert"* (vedlegg 2). Pasientene ser da ikke for seg at det skal være særlig vondt etterpå. Det står også i informasjonsskrivet at de i noen tilfeller vil få resept hvis kirurgen ser at det vil være behov for det. Med tanke på dette kan forventningene en har til smerter være urealistiske. Når det står slik i skrivet og det ikke skrives ut resept, vil det på ene siden være naturlig å tenke at en i liten grad kommer til å oppleve smerter, men på den andre siden kan man bli utrygg og redd for at det

er noe gale hvis smertene tiltar.

Noen av pasientene ble spurt om de ønsket resept. En av informantene takket nei, fordi han hadde forskjellige smertestillende hjemme relatert til annet helseproblem og tenkte han skulle klare seg med det. Men hvordan kan pasientene selv vite om de trenger resept eller ikke? En del har vært gjennom samme inngrep tidligere, og tenker kanskje at de vet hva de går til og takker ja eller nei utfra tidligere erfaring, men det betyr ikke at det blir på samme måte denne gang. Andre kan føle seg i fin form når de blir spurt. De er kanskje fortsatt smertedekket postoperativt og tenker at det skal rekke med paracet og ibux. De sier derfor nei til resept fordi dette er noe de ofte har hjemme.

Det er tydelig at informantene ikke på forhånd kan forstå hvordan smerter skal oppleves med bakgrunn i informasjonsskrivet. Studien til Dåvøy et al., viser til funn der pasientene etter dagkirurgisk ØNH inngrep kunne tenkt seg sykehusopphold grunnet smerter og behov for helsepersonell (Dåvøy et al., 2017). En masterstudie utført av Steinsund & Søviknes, viser til resultater der pasienten ikke var forberedt på smertene etter korsbånd inngrep, og det konkluderes med at det ikke er de beste forhold for rekonvalesens (Steinsund & Søviknes, 2019).

Imidlertid kan en jo spørre om dette er en form for politikk? At helsevesenet vil at pasientene skal klare seg uten sterkere smertestillende? I studien til Kang et al., ville de se på URS pasienters behov for smertestillende (Kang et al., 2019). Resultatet viste at mange pasienter med nyrestein gikk på smertestillende før inngrepet og at det var en større risiko for videre opioidbruk etterpå. Studien av Tam et al., påpeker også mer avhengighet etter URS behandling (Tam et al., 2019). Det var da anbefalt at legene tenkte seg om og revurderte reseptforskrivning. Er det grunnet økt fare for avhengighet at de er mer restriktive med resept? Slik vi ser det ut fra intervjuene, - bør alle som har fått innlagt stent få resept på sterkere smertestillende, for eksempel til 1. og 2. døgn.

5.3 Hvis du får feber, må varselklokkene ringe

Selv om informantene hadde fått ulike anbefalinger knyttet til tegn de skulle observere i den postoperative perioden hjemme, var det utfordrende. Frostanfall, dårlig allmenntilstand, temperatur 38,6°C var ikke nok hos en av våre informanter, da det ikke var kombinert med smerter. Det som likevel går igjen i intervjuene er at *“feber måtte taes alvorlig for det var det som kunne være farlig”*. I studien av Halding et al, kommer det også frem at det er vanskelig for pasienter å vite når det er *“alvorlig nok”* til å ta kontakt med helsepersonell (Halding et al., 2020).

Flere av våre informanter gikk på antibiotika, - før og etter inngrepet, og de fleste tok paracet på grunn av ømhet/ubehag eller smerter. Kan febernedsettende kamuflere sykdomsfølelsen og symptomer som f.eks. temperaturstigning ved infeksjon? Det er ikke lett å vurdere når man ifølge skrivet kan tolke det dit hen at man skal ha alle symptomer samtidig for at det skal være nødvendig å ta kontakt med sykehus eller lege. Det virket likevel tilfeldig hvordan våre informanter tenkte rundt dette med feber og infeksjon. Noen hadde stort fokus på temperaturen, om den var høy nok til å ta kontakt med helsevesenet, mens andre tenkte at høy temperatur måtte være kombinert med andre symptomer for å ta kontakt. Ingen av våre informanter hadde utviklet infeksjon på intervjutidspunktet.

Ved innlagte pasienter på sengepost ville sykepleier fulgt tett med observasjoner etter frostanfall og gjennomført hyppige vitale målinger. Lege hadde blitt kontaktet, det ville blitt tatt blodkultur, eventuelt med påfølgende behandling. Florence beskriver at det er slik god sykepleie utføres, med nødvendige observasjoner og rapporteringer til lege (Nightingale, 1997).

En systematisk oversikt av Chugh et al., viser til at urosepsis ble målt hos 126 av 24,373 pasienter i deres studie (Chugh et al., 2020). Det viser da at pasientene bør være observant på infeksjonstegn, og kanskje få mer utfyllende informasjon om hvordan de skal forholde seg til symptomene.

Imidlertid ser en i forskning at de fleste gjennomfører URS uten større komplikasjoner, slik som i studien til Kirkegård et al., der hele 82% var uten komplikasjon (Kirkegård et al., 2015). Salciccia konkluderer i sin studie med at URS er trygt og effektivt å gjennomføre dagkirurgisk

(Salciccia et al., 2019). Likevel viser en masterstudie av Sjøfjell at 10,2% fikk infeksjoner etter URS, der 6,5 % fikk urinveisinfeksjon og 3,7 % med urosepsis (Sjøfjell, 2020). Siden pasientene skal ta vare på seg selv, være sin egen pleier og lese faresignaler, burde kanskje informasjon og retningslinjer vært tydeligere.

5.4 Blødning var jo forventet

Informantene forholdt seg til blødning på en ganske nøktern måte. Slik empirien fremstår så varierte graden av blødning, men vår erfaring er at mye blødning for en kanskje ikke ble oppfattet som mye blødning for en annen. Hvor lenge den enkelte hadde blodig urin varierte også veldig.

En av informantene mente at mengden blod var til å få panikk av hvis han ikke hadde visst bedre. Han var tydeligvis informert om at dette var normalt. En annen som synes blødningen var stor og varte lenge, gikk til fastlegen for sikkerhetsskyld, men fikk ikke annet svar enn at han måtte slå seg til ro med at blødningen var innenfor normalen. Vår erfaring er at pasientene hadde «is i magen» når det gjaldt blødning, men vi forstår godt at begreper som mye og lenge er lite konkret og gir mye usikkerhet knyttet til det å ta ansvar for egen rekonvalesens. Å blø er jo ikke et sunnhetstegn for folk flest, men her skal pasientene kunne vurdere mer enn folk flest. Det er et paradoks.

Kanskje det skulle vært en mer utfyllende informasjon rundt dette? Hvis det avviket fra normalen, så ville det vært enklere for pasient å vurdere når man burde ta kontakt. Samtidig gir blod lett farge, og det kan både se og oppleves verre enn det er. Likevel var det ingen av våre informanter som opplevde dette som utfordrende etter inngrepet, men at ved mer informasjon kunne det vært mer forutsigbart hva en skulle forvente og forholde seg til.

5.5 Tilstrekkelig informasjon og forsvarlig egenvurdering?

I denne studien kommer det fram at pasientene er ulikt forberedt på hva som venter dem etter inngrepet. Pasientene får alle et informasjonsskriv før og etter operasjonen (vedlegg 1 og 2). Informasjonen de får må det settes spørsmålstegn ved. Det er stor kontrast mellom informasjonen som blir gitt om et enkelt inngrep, og hvordan det samsvarer med opplevelsen. Her kunne kanskje pasientene med fordel ha fått utreiseskrivet før operasjon, da det blant annet her står at det i noen tilfeller kan bli aktuelt med innleggelse. Det var ikke helt sikkert at de kom hjem samme dag, selv om det var planlagt som en dagkirurgisk prosedyre.

Det kan virke som oppfattelsen av dagkirurgi er at det er enkle inngrep, der tiden etterpå også er like enkel, noe som for de fleste ikke viste seg å stemme. For oss kan det se ut som alvorlighetsgraden i denne rekonvalesenstiden er underkommunisert på flere måter og at informantene ikke helt forsto viktigheten av hvordan de skulle ta vare på seg selv. Halding et al, trekker også fram at informasjonen gitt på sykehuset ikke var tilstrekkelig og vesentlig for egenomsorg utsiktene. Etter operasjonen er mange groggy og litt sløve, og dermed mister de kanskje hele bildet av hvordan de bør ivareta seg selv hjemme (Halding et al., 2020). Når pasienten ikke helt forstår hvordan de ivaretar seg selv best, hvordan kan da den "pårørende" ivareta uten informasjon og anbefalinger? Med tanke på egenomsorgen hjemme, er det ikke alltid lett for den pårørende å stå på sidelinjen når pasienten selv ikke har kontroll. For at det kirurgiske resultatet skal bli best mulig, er det viktig at den enkelte URS pasient følger de instruksjoner som gjelder, men da må de forstå hva som gjelder, og de må kunne klare å utføre dem.

En annen side av informasjonsbehovet er kanskje når skal de skal ta kontakt. De har i skrivet et nummer de kan ringe til dersom de har spørsmål angående inngrepet. Utover dette får de beskjed om å kontakte fastlege eller legevakt dersom de har symptomer. Problemet er at det ser ut som turnusleger og fastleger i liten grad er til hjelp. Uerfarne turnusleger på legevakten kan faktisk ikke svare på pasienters problemer på samme måte som de som kjenner inngrepet. Så hvis hverken legevakt med turnusleger eller fastlegen kan svare, hvor skal de da få hjelp? Burde det heller være en som kjenner inngrepet, som ringer pasienten, som en fast oppfølging spesielt kanskje til de som har fått stent?

Empirien er klar på at våre informanter er usikre på flere ting i forhold til ansvar for egen helse knyttet til den kirurgien de har vært igjennom. Forskning viser at pasienter som blir oppringt sparer reinnleggelse. Studier viser at en telefonsamtale hjem til pasienten kunne hjelpe som en oppfølgingssamtale, slik de kanskje ville fått med en sykepleier på sengepost (Halding et al., 2020; Tackitt et al., 2016). Halding et al, påpeker også at det er vanskelig å si noe om når denne samtalen passer best inn, - første postoperative dag eller noen dager etter inngrepet (Halding et al., 2020). Noen er ikke interessert i informasjon, men viser senere at de mangler dette, som den ene informanten som ringte i forhold til ømhet i ryggen og usikkerhet i forhold til smertestillende. Anbefalingene er også å drikke rikelig. Dette var det ikke alle som klarte eller ville gjøre, da det medførte ytterligere bevegelse og svie/smerter. Kunne informasjon om å ta jevnt smertestillende, ha hjulpet til at anbefalingene ble fulgt, slik at å drikke mye ikke ble utfordrende?

En mer konkret og utfyllende informasjon kan gjøre at pasientene er mer forberedt og det blir enklere å forholde seg til egenvurdering av allmentilstanden. Så kan man tenke, er det lurt med mer detaljert informasjon? Eller kan det skremme pasientene slik at de blir redd for dagkirurgisk behandling og ønsker innleggelse i stedet?

5.6 Tilsynet ble en telefonsamtale unna

Selv om dagkirurgi baserer seg på at pasientene må ha noen hos seg det første døgnet, var det umulig å oppfylle for noen. Noen beskrev kontakten som "en telefonsamtale unna", men vi kan vel tenke at skulle en sepsis oppstå, er denne avstanden for kort. Sepsis kan oppstå på kort tid (Pedersen & Larsen, 2016, s. 319–323).

Det ansvaret informantene og de pårørende hadde for rekonvalesensperioden ble oppfattet og utført forskjellig, slik at tilsynet og hjelpen de fikk varierte. Burde det være en person med mulighet til ivaretagelse av den nyopererte, en person som kan ta de rette vurderinger for pasienten hvis han ikke er i stand til å ta de selv? Ifølge Ræder & Nordentoft anses pasienten som kandidat for dagkirurgi, så lenge man tenker at pasienten vil fungere trygt hjemme sammen med en voksen (Ræder & Nordentoft, 2010).

Noen forteller kanskje at de har tilsyn, i redsel for å ikke bli operert dagkirurgisk? I studien til Mottram fortalte ikke pasientene alltid sannheten om at de var alene, i redsel for å ikke få utført inngrepet dagkirurgisk. Pasientene satt pris på effektiviseringen av dagkirurgiske inngrep, men at det da var viktig med riktig kvalitets informasjon, for at pasientene skulle klare seg selv eller med omsorg fra pårørende (Mottram, 2011). Hvis de ikke har et nettverk, har de da et valg? Det står bare i skrivet at du skal ha noen hos deg den første natten. Man tenker at man skal være fit for fight etter et dagkirurgisk inngrep, så det kan vel ikke være så farlig å være alene?

6.0 Konklusjon

Pasientene vi har intervjuet i denne studien er alle enig om at URS er egnet som dagkirurgi og de synes det var godt å komme hjem til seg selv etter operasjonen. På spørsmål var de også fornøyd med informasjonen de fikk før og etter inngrepet. Likevel kommer det frem i funnene våre at informasjonen de har fått er utilstrekkelig og ikke alltid samsvarer med opplevelsene de har når de kommer hjem.

Smerter er en utfordring som oppstår og som informantene ikke er forberedt på i den grad. De føler seg underinformert om plagene, spesielt de som har fått innlagt stent.

En bedre beskrivelse i informasjonsskrivet av hvordan smertene kan oppleves vil kunne være mer betryggende for pasienten enn å lure på om det er normalt å kjenne slike smerter eller om de bør ta kontakt med sykehuset/helsevesenet. I forbindelse med smerter uttrykkes det også frustrasjon over manglende resept på smertestillende og et regime de kan følge for å klare sine daglige aktiviteter og utføre anbefalingene de får for en best mulig rekonvalesens. Selv med et lite utvalg informanter mener vi at pasienter som får innlagt JJ-stent må vurderes for sterkere smertestillende første og eventuelt andre postoperative døgn.

I funnene våre kom det også frem at to av informantene var alene første døgnet. Siden de følte seg i såpass god form når de kom hjem og hadde avtale med en pårørende/venn om å ringe dersom det skulle oppstå noe, synes de det var trygt å gjøre det på denne måten. Her oppleves også informasjonen pasienten får å være utydelig, og det burde kanskje understrekes hvor viktig det er å ha en hos seg det første døgnet spesielt med tanke på infeksjon og urosepsis når vi vet hvor fort det kan oppstå og hvor dårlig pasienten raskt kan bli. Det burde vurderes om det skal stå at den de har hos seg bør være en voksen.

Informantene våre er fornøyd med dagkirurgi og URS som dagkirurgisk inngrep.

7.0 Implikasjon for praksis og videre forskning

Studien vår viser at det kunne vært mer forskning på URS og smerter, der man sammenlignet smerteopplevelsen med og uten stent. Med noen justeringer og grep i forhold til informasjonen som gis og oppfølging av pasienten hjemme, spesielt med tanke på smertestillende, vil denne pasientgruppen kanskje få en bedre og tryggere rekonvalesenstid.

Det kunne kanskje også vært mer søkelys på hvem som er tilsynet det første døgnet etter dagkirurgisk inngrep, og tydeligere informasjon om hvorfor de ikke skal være alene.

8.0 Avslutning

8.1 Fremdriftsplan

Gjørsmål	2021 Mai	2021 Aug- Sept	2021 Okt- Nov	2021/2022 Des-Jan	2022 Feb- Mars	2022 April- Mai
Innlevering prosjektplan	x					
Opplæring intervju		x				
Rekruttering av respondenter		x	x	x		
Søknad REK	Godkjent					
Datainnsamling			x	x		
Transkribering			x	x		
Analysing			x	x		
Ferdigstille masteroppgave					x	
Innlevering Masteroppgave						x

8.2 Formidling

Denne masteroppgaven vil bli presentert som en monografi. Funnene i denne oppgaven vil først og fremst bli presentert i avdelinger der pasienter blir operert for URS. Vi ønsker også å formidle funnene i en artikkel. Hovedprosjektet vil motta våre data etter innlevering av masteroppgaven. Datamaterialet vil bli brukt i hovedprosjektet sin større analyse som ser på tvers av de ulike inngrepene til de dagkirurgiske pasientenes opplevelser og erfaringer.

8.3 Samarbeidspartnere

Dette enkeltstående delprosjektet er et samarbeid mellom to masterstudenter, kandidat 405 og 459. Der er ingen andre samarbeidspartnere eller økonomiske forpliktelser i forhold til dette prosjektet.

Vår veileder i oppgaven har vært Grethe M. Dåvøy, høyskolelektor på Høgskolen på Vestlandet.

8.4 Teknisk oppsett

Vi har utformet denne oppgaven etter HVL sine tekniske retningslinjer for oppgaveskriving. Våre siteringer og referanseliste følger APA 7th som stil og vi har brukt hjelpemidlet Zotero til hjelp ved håndtering av referanser.

8.5 Brukermedvirkning

To brukerrepresentanter er rekruttert av hovedprosjektet, som vi er en del av. Å se forskning fra pasientperspektivet har stor betydning for studier og prosjekt. Deres meninger, syn på studien, og oppfatning er viktige bidrag.

Referanseliste

- Chugh, S., Pietropaolo, A., Montanari, E., Sarica, K., & Somani, B. K. (2020). Predictors of Urinary Infections and Urosepsis After Uteroscopy for Stone Disease: A Systematic Review from EAU Section of Urolithiasis (EULIS). *Current Urology Reports*, 21(4), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11934-020-0969-2>
- Dåvøy, G. M., & Eide, P. H. (2018). *Operasjonssykepleie* (Hansen, Ingeborg, Red.; 2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Dåvøy, G. M., Martinsen, K. M., & Eide, P. H. (2017). En dans på torneroser: Pasienters opplevelser av ivaretagelse i et dagkirurgisk forløp-en kvalitativ undersøkelse. *Nordisk sygeplejeforskning*, 7(04), 315–326. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-05>
- Forskningsetikkloven*. (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23?q=forskningsetikk>
- Gramke, H.-F., de Rijke, J. M., van Kleef, M., Raps, F., Kessels, A. G. H., Peters, M. L., Sommer, M., & Marcus, M. A. E. (2007). The Prevalence of Postoperative Pain in a Cross-sectional Group of Patients After Day-case Surgery in a University Hospital. *The Clinical Journal of Pain*, 23(6), 543–548. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318074c970>
- Graugaard-Jensen, C., & Jakobsen, H. (2016). Urologi. I T. V. Schroeder, S. Schulze, J. Hilsted, & L. Gøtzsche (Red.), *Basisbog i medicin og kirurgi* (6. utg.). Munksgaard.
- Halding, A.-G., Hovland, G., Johansen, V. A., Eide, P. H., & Kringeland, T. Å. (2020). A planned but vulnerable pathway towards self-management following day surgery. Orthopaedic patients' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, n/a(n/a), Article n/a. <https://doi.org/10.1111/scs.12926>
- Hekal, I. A. (2016). Drug treatment of bothersome lower urinary tract symptoms after ureteric JJ-stent insertion: A contemporary, comparative, prospective, randomised placebo-controlled study, single-centre experience. *Arab Journal of Urology*, 14(4), 262–268. <https://doi.org/10.1016/j.aju.2016.08.004>
- Helse Stavanger*. (2019, august 7). Stent i en eller begge urinlederne. <https://helsestavanger.no/behandlinger/stent-i-en-eller-begge-urinlederne>
- Helsebiblioteket*. (2021, april 20). Nyrestein. <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/nyrer-og-urinveier/nyrestein>
- Helsedirektoratet*. (2020). Bruk av tjenester i somatikken: Kirurgi. <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/0166ac16-efe4-472d-9016-fe3af2cfd20e?e=false&vo=viewonly>

- Joshi, H. B., Stainthorpe, A., MacDONAGH, R. P., Keeley, F. X., & Timoney, A. G. (2003). Indwelling Ureteral Stents: Evaluation of Symptoms, Quality of Life and Utility. *Journal of Urology*, 169(3), 1065–1069. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000048980.33855.90>
- Kang, C., Shu, X., Herrell, S. D., Miller, N. L., & Hsi, R. S. (2019). Opiate Exposure and Predictors of Increased Opiate Use After Ureterscopy. *Journal of Endourology*, 33(6), 480–485. <https://doi.org/10.1089/end.2018.0796>
- Kirkegård, J., Ryhammer, A. M., Larsen, U. T., & Borre, M. (2015). Outpatient endoscopic treatment of ureteric stones: Five years' experience in a self-contained outpatient surgery unit. *Scandinavian journal of urology*, 49(5), 395–399. MEDLINE. <https://doi.org/10.3109/21681805.2015.1011688>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). Tematisering og design av en intervjuundersøkelse. I T. M. Anderssen & J. Rygge (Overs.), *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., s. 134–155). Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: En innføring*. Universitetsforlaget.
- Mathisen, J. (1993). Florence Nightingale—Den moderne sykepleies mester. I *Sykepleiehistorie* (s. 138–166). Universitetsforlaget.
- Mottram, A. (2011). “Like a trip to McDonalds”: A grounded theory study of patient experiences of day surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2), 165–174. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.007>
- Nasjonal Digital Læringsarena*. (2021, mars 26). Omsorg og egenomsorg - Helsefremmende arbeid. <https://ndla.no/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:1:ed2d993f-1220-4b12-8463-5369bc59f84f/topic:1:f1399c62-88c8-4031-afb0-1d707f6162d9/resource:ba459e1b-1aba-405c-8443-e7023dae6cec?msclkid=98ad1531cf8911ec8b0f77df18800116>
- Nightingale, F. (1984). *Håndbok i sykepleie hva det er og hva det ikke er*. Ad Notam Gyldendal.
- Nightingale, F. (1997). Hva er en sykepleierske? I V. Skretkovicz (Red.), *Notater om sykepleie revidert med tillegg* (s. 179–185). Universitetsforlaget.
- Norsk Helseinformatikk*. (2019, november 8). Nyrestein - ureterorenoskopi. <https://nhi.no/sykdommer/kirurgi/behandlingar/nyrestein-ureterorenoskopi/>
- Norsk Helseinformatikk*. (2020, juli 16). Dagkirurgi, forberedelser. <https://nhi.no/sykdommer/kirurgi/anestesi/dagkirurgi-forberedelser/?msclkid=b162c3b7cf8811ec87b928eb815b29fe>
- Norsk Helseinformatikk*. (2021, august 12). Blodforgiftning (sepsis). <https://nhi.no/sykdommer/infeksjoner/bakteriesykdommer/blodforgiftning-sepsis/>

- Norsk Helseinformatikk. (2022, april 1). Feber. <https://nhi.no/forstehjelp/medisinske-problemer/feber/>
- Pedersen, C., & Larsen, C. S. (2016). Infektionssygdome. I T. V. Schroeder, S. Schulze, J. Hilsted, & L. Gøtzsche (Red.), *Basisbog i medicin og kirurgi* (6. utg., s. 319–354). Munksgaard.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). Data Collection in Qualitative Research. I *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (Tenth edition, international edition, s. 506–529). Wolters Kluwer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021a). Data collection in Qualitative Research. I *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (Eleventh edition, international edition, s. 510–533). Wolters Kluwer.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021b). Qualitative Data Analysis. I *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition, s. 534–567). Wolters Kluwer.
- Ræder, J. (2003). *Ambulatory (Day) Surgery: Suggested international terminology and definitions* (s. 45–50). International Association for Ambulatory Surgery. https://www.iaas-med.com/files/historical/IAAS_definitions.pdf
- Ræder, J., & Nordentoft, J. (2010). Dagkirurgi og anestesi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0341>
- Salciccia, S., Sciarra, A., Pierella, F., Leoncini, P. P., Vitullo, P., Polese, M., Maggi, M., Perugia, G., Di Marco, P., & Ricciuti, G. P. (2019). Predictors of Hospitalization After Ureteroscopy Plus Elective Double-J Stent as an Outpatient Procedure. *Urologia Internationalis*, 102(2), 167–174. <https://doi.org/10.1159/000494358>
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Toverud, K. C. (2014). Temperaturreguleringen. I *Menneskets fysiologi* (2. utg., s. 737–760). Gyldendal akademisk.
- Schøyen, R. (2011). Bakterier og bakterieinfeksjoner. I *Mikroorganismer og sykdom. Lærebok i mikrobiologi og infeksjonssykdommer for helsepersonell* (9. utg., s. 209–293). Gyldendal akademisk.
- Sjåfjell, T. (2020). *Jakten på nyresteinene-En studie av postoperative infeksjoner etter ureterorenoskopisk litotripsi* [Master's Thesis, UiT Norges arktiske universitet]. <https://hdl.handle.net/10037/21011>
- Spatola, L., Angelini, C., Badalamenti, S., Maringhini, S., & Gambaro, G. (2016). *Kidney stones diseases and glycaemic statuses: Focus on the latest clinical evidences* | SpringerLink. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00240-016-0956-8>
- Steinsund, L., & Søviknes, I. (2019). *Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling etter dagkirurgisk behandling av korsbåndsskade*. Høgskulen på Vestlandet. <http://hdl.handle.net/11250/2602136>

- Tackitt, H. M., Eaton, S. H., & Lentz, A. C. (2016). *Nurse-Initiated Telephone Follow Up after Ureteroscopic Stone Surgery.*: EBSCOhost.
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=2be46511-5713-4685-bfe3-9877560859f6%40sdc-v-sessmgr03>
- Tam, C. A., Dauw, C. A., Ghani, K. R., Gunaseelan, V., Kim, T., Leavitt, D. A., Raisky, J., Yan, P. L., & Hollingsworth, J. M. (2019). New Persistent Opioid Use After Outpatient Ureteroscopy for Upper Tract Stone Treatment. *Urology*, *134*, 103–108.
<https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.08.042>
- Ulvik, Ø. (2022). *Komplikasjoner til steinbehandling*. HB/Helse Bergen/Nyremedisin.
<https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=SwnhvyyvA>
- Vidhammer, E. S. (2015). *Definisjoner om postoperative komplikasjoner kan redde liv | Klinisk institutt 1 | UiB*. <https://www.uib.no/k1/84798/definisjoner-om-postoperative-komplikasjoner-kan-redde-liv?msclkid=2e7da75acf8911ec87c5a24768cfcb2d>
- World Health Organization*. (2019). Self-Care Can Be an Effective Part of National Health Systems. <https://www.who.int/news/item/02-04-2019-self-care-can-be-an-effective-part-of-national-health-systems>
- Xu, Y., Lu, Y., Li, J., Luo, S., Liu, Y., Jia, Z., Chen, P., Guo, Y., Zhao, Q., Ma, X., & Jia, S. (2014). A meta-analysis of the efficacy of ureteroscopic lithotripsy and extracorporeal shock wave lithotripsy on ureteral calculi. *Acta Cirurgica Brasileira*, *29*(5), 346–352.
<https://doi.org/10.1590/s0102-86502014000500010>
- Æsøy, M. S. (2022). *Steinkirurgi*. HB/Helse Bergen/Nyremedisin.
<https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=GQK4VRuG>

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjon til deg som skal til operasjon



HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

INFORMASJON TIL DEG SOM SKAL TIL OPERASJON

VELKOMMEN TIL KIRURGISK KLINIKK

Vi ønsker at du skal vere best mogleg orientert om det som skal skje med deg under opphaldet, og håper derfor du tar deg tid til å lese denne informasjonen.

Program for pre-poliklinikk

1. Møt i laboratoriet (2.etg) for blodprøvetaking før timen
2. På urologisk poliklinikk vil ein sjukepleiar måle ditt blodtrykk, ta i mot urinprøve og gi deg nødvendig informasjon. EKG blir tatt på alle over 60 år.
3. Ein lege vil undersøke deg og ta opp journal, samt informere deg om den planlagde operasjonen. Du får spørsmål om noverande og tidlegare sjukdomar, og kva medisinar du bruker. Det er fint om du har skreve ei liste over faste medisinar på førehand
4. Pasientar som har diabetes må avtale med legen korleis dei skal regulera blodsukkeret siste døgnet før operasjonen
5. Anestesilegen vil informere deg om kva bedøving du skal få. Dette skjer på dagkirurgen, og du vil bli fulgt dit av ein sjukepleiar

Overnatting og reise

Skal du opererast på Dagkirurgisk avdeling, må du sjølv organisere med transport heim etter operasjonen. Du må også ha nokon hos deg etter operasjon og første natta etter operasjonen.

Pasientar som pga. lang reiseveg eller manglande kollektivtilbod må ha overnatting ved reise til eller frå sjukehuset, **må sjølv bestille overnatting og betale**. For meir informasjon om kva som skal til for å få dekkta utgiftene, kan du ringe Pasientreiser på telefon 05515, eller lese på www.helsenorge.no/rettigheter/pasientreiser.

Helsepersonell har teieplikt

Helsepersonell kan ikkje gi informasjon om helsetilstanden din til pårørende utan at du har gitt ditt samtykke. Når helsetilstanden din gjer deg istand til det, ønskjer vi at du sjølv informerer pårørende om helsa di. Kvar pasient bør ha ein pårørende som er hovudkontakt for helsepersonell. Vi treng namn og nummer.

Verdisaker

Som pasient er du sjølv ansvarleg for verdisakene dine, så ta med minst mogleg til sjukehuset. La ringar og smykke ligge heime. Ved behov kan vi låse verdisakene dine inne.

Førebuing til operasjon


Du må faste frå midnatt, før operasjonen (kl.24.00). Det betyr at du ikkje skal ete, røyke, bruke snus, pastillar eller tyggegummi. Etter kl. 24 kan du drikke klare væsker som vatn, te, kaffi og tynn saft (ikkje mjølk). Du kan drikke klare væsker fram til kl. 06 operasjonsdagen. Du skal vere nydusja, kveld eller morgon før operasjonen, sjå neste avsnitt.

Operasjonsdagen

- Du møter til Dagkirurgisk avdeling i 2. etg SYD, Sentralblokka, til avtalt tid.
- Vær forberedt på ventetid, då det er mange som er til operasjon same dag, og operasjonstid er individuelt, og tider kan derfor variere av ulike grunnar.
- Du skal vere fastande som nevnt over.
- Du skal vere nydusja og ha vaska håret, og du skal vere utan smykker, ringar, øyredobber, neglelakk, sminke og hudkrem.
- Rett før du skal til operasjon er det viktig at du tissar, slik at urinblæra er tom.
- Du vil få ei perifer venekanyle (eit tynt plastrør) i ei blodåre på handa. Denne blir brukt til å gi deg medisinar og væske etter behov, under operasjonen.
- Når du er ferdig operert, blir du overvaka ei tid etterpå. Skal du på toalettet, ver vennleg å gi beskjed til personale slik at du ikkje er aleine når du skal ut av senga etter bedøvinga.
- Du vil få mat og drikke etter ei stund, og skal ha vore på toalettet, før du får reise heim.
- Legen informerer deg om korleis operasjonen har gått, etter at du har vakna opp etter bedøvinga.

Ved spørsmål, ta kontakt med Dagkirurgisk avdeling tlf. 55970452 eller Urologisk poliklinikk 55970065

Vedlegg 2: Informasjon til deg som er operert med ureteroskopi

 HELSE BERGEN <small>Haukeland universitetssykehus</small>	Ureteroskopi
Kategori: I	Gyldig fra/til: 24.06.2021/24.06.2022
Organisatorisk plassering: HVRHF/Helse Bergen HF/Kirurgisk serviceklinikk/Dagkirurgisk seksjon (DKS)	Versjon: 1.0B
Godkjerner: Panglinan, Ryan V	Informasjon
Dok. ansvarlig: Risa, Ingun Stokkeland	Dok.id: D30574

Til deg som er operert med ureteroskopi ved Haukeland Universitetssykehus

Om operasjonen:

Ureteroskopi er en «kikkert-operasjon» hvor et tynt kamera føres inn i urinrøret og videre opp gjennom urinlederen til nyrebekkenet. Ureteroskopi brukes i diagnostikk og behandling av nyrestein, urinlederstein, små svulster i urinveiene, trange partier i urinlederen og ved blod i urinen.

Ureteroskopi utføres i spinalbedøvelse eller i narkose. Pasienter med høy risiko for å utvikle infeksjon under og etter operasjonen får antibiotika i forbindelse med operasjonen og evt. etterpå. Dette avgjøres av kirurgen.

Etter ureteroskopien vil enkelte pasienter få innlagt et kateter til nyret. Om det er behov for det bestemmes av kirurgen under operasjonen. Et JJ-kateter er et tynt, mykt rør med en krøll i begge ender. Den ene enden ligger i nyrebekkenet, mens den andre enden ligger i blæren. Kateteret sørger for at urinen renner fritt fra nyret og ned til blæren. Kateteret fjernes som regel etter 1-4 uker. Det fjernes enten i lokalbedøvelse ved cystoskopi (kikkertundersøkelse til blæren) på urologisk poliklinikk, eller ved at pasienten selv trekker det ut ved hjelp av en snor som henger ut av urinrøret. Dette er normalt ikke smertefullt, men kan nok oppleves som litt ubehagelig.

Etter prosedyren:

Når du er ferdig operert blir du observert i noen timer og du vil få snakke med kirurgen som opererte deg. Dersom du ble operert i spinalbedøvelse vil du bli værende til bedøvelsen har gått ut og blærekateteret er fjernet. Du kan reise hjem når kirurgen har snakket med deg noen timer etter operasjonen. Dersom kirurgen finner det nødvendig med ytterligere observasjon, vil du bli innlagt på Urologisk Avdeling. Som regel vil du da kunne utskrives neste dag.

Når du kommer hjem:

Det er normalt å svi ved vannlating de første gangene du er på toalettet etter en ureteroskopi. Dersom du har fått innlagt JJ-kateter kan det også hende at du opplever litt press i nyret på den siden du er operert. Dette er ufarlig og skyldes at noe urin presses oppover mot nyret langs kateteret når blæren trekker seg sammen under vannlatingen. Noen kan også kjenne stikninger og ubehag i blæren. Det skyldes at kateteret irriterer blæreslimhinnen. Blod i urinen kan forekomme de første dagene etter operasjonen. Det er en fordel å drikke rikelig for å skylle gjennom urinveiene.

Hvis du ikke har fått lagt inn en JJ-kateter kan du oppleve noe ubehag og smerter fra flanken (nyreregionen). Dette skyldes hevelse i urinlederen etter operasjonen som gjør at passasjen av urin fra nyret til blæren er noe tregere. Disse smertene er som oftest forbigående, men kan oppleves som et mildt nyrestensanfall. Dersom du har fått resept på smertestillende tabletter eller stikkpiller før utreise kan du bruke disse. Du skal ikke bruke mer smertestillende enn det som er foreskrevet på resepten.

Ureteroscopi	Versjon: 1.08
--------------	------------------

Hvis du får feber (temperatur > 38^o C), føler deg slapp og uvel, eller har vedvarende svie og ubehag ved vannlating, tyder dette på at du har fått en infeksjon. Du må da oppsøke legevakt for undersøkelse og om nødvendig starte med antibiotika behandling. Du må også oppsøke legevakt dersom du har vedvarende sterke smerter i flanken. Dette kan tyde på at urinen ikke renner normalt fra nyret og ned til blæren. Dersom det dreier seg om en alvorlig infeksjon eller sterke smerter som ikke lar seg behandle på legevakten, vil du trenge innleggelse på sykehus.

Etterkontroll:

Alle pasienter som er operert med ureteroskopi vil bli innkalt til kontroll på urologisk poliklinikk. Vanligvis vil du bli innkalt etter ca 3 måneder. I forbindelse med denne kontrollen vil det bli utført en røntgenundersøkelse (CT, ultralyd eller røntgen) for å se at behandlingen har vært vellykket.

Dersom du har spørsmål eller lurer på noe vedrørende din operasjon kan du ringe:

Telefon **55970450** mellom kl. 08:00-15:00

Telefon **55973430** (Kirurgisk avdeling post 2) etter kl. 15:00 og i helgen

Øyvind Ulvik
Overlege, urologisk avd.
Haukeland Universitetssjukehus

Peder Gjengstø
Seksjonsansvarlig overlege, urologisk avd.
Haukeland Universitetssjukehus

Legen som opererte deg heter

Sykepleieren som hadde ansvar for deg heter

Vennlig hilsen
Personalet Dagkirurgisk seksjon

Vedlegg 3: Informasjon om dagkirurgi prosjektet (POPS)



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

PASIENTERS OPPLEVELSER OG ERFARINGER AV EGENBEHANDLING HJEMME ETTER DAGKIRURGI

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

Formålet med prosjektet

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

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

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

HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA?

Prosjektet innebærer at du 3-7 dager etter dagkirurgisk behandling vil bli kontaktet og intervjuet av en eller to masterstudenter ved Høgskulen på Vestlandet. Masterstudentene er erfarne sykepleiere som studerer enten anestesi, operasjon eller intensivsykepleie. De vil intervjuer deg i forhold til hvordan det har vært å være deg etter det kirurgiske inngrepet, og hvordan du har opplevd rekonvalesenttiden. Selve intervjuet kan foregå hjemme hos deg eller på et egnet kontor hos oss avhengig av hva du føler er best for deg. Her er det du som bestemmer. Intervjuet varer fra 30-60 minutter og vil bli tatt opp på bånd. I tillegg til intervjuet vil vi be om opplysninger om alder, kjønn, hvem du bor sammen med, utdanning og sivil status.

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

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

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

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det kan oppleves belastende å delta i et intervju og besvare spørreskjema kort tid etter et kirurgisk inngrep. På den annen side kan det også oppleves godt å ha noen utenforstående å dele sine erfaringer med. Det gis ingen kompensasjon for å være med på dette forskningsprosjektet, men vi håper at du med dine erfaringer kan hjelpe oss til å få mer kunnskap om den dagkirurgiske pasienten.

DER ER FRIVILLIG Å DELTA

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet intervjuet, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte dagligleder Petrin Fird, +47 917 40 435 phe@hvl.no.

DITT PERSONVERN

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

Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på eget område på en lukket forskningsserver, der kun prosjektleder har tilgang. Alt datamateriale vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger.

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

GODKJENNING

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Høgskulen på Vestlandet ved dagligleder Petrin Eide, +47 917 40 435 phe@hvl.no.
- Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen personvernombud@hvl.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Vedlegg 4: Samtykkeskjema



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

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

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

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

Intervjuet vil finne sted hjemme hos meg, eller på et egnet kontor hvis jeg ønsker det. Det vil ikke bli gitt økonomisk godtgjørelse. Jeg er informert om at jeg vil bli kontaktet når jeg har kommet hjem for å finne et passende tidspunkt.

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

Dato for operasjon:

Navn (med blokk bokstaver)

Adresse:

Telefonnummer

Signatur:

Samtykke erklæring returneres i vedlagte frankerte konvolutt. Eller tas med til sykehuset når du skal opereres.

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

Vedlegg 5: SMS

Følgende melding ble sendt:

Sendt SMS:

Hei

Studentnavn, masterstudent i operasjonssykepleie som tar kontakt.

Vi har mottatt ditt samtykkeskjema og forstått det slik at du vil delta i vår studie.

Jeg prøvde å ringe deg i dag for å avtale intervjutidspunkt.

Vil du sende en tilbakemelding om det er ok at jeg kan få ringe tilbake ved senere anledning eller om du vil ringe tilbake til meg.

Med vennlig hilsen, Studentnavn

Svar fra pasient:

Heisann

Jeg har vært litt "groggy" i dag, men er nå oppe og går igjen. Bare ta kontakt på nytt når det passer:)

Mvh Pasient

Vedlegg 6: Intervjuguide

Dagkirurgi og hjemmesituasjon

Prosjekt dagkirurgi; INTERVJUGUIDE

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

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

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

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

Tema 2: Fortell om det første døgnet

- Hjemreisen
- Ubehag
- Søvn, ernæring
- Stress
- Mulighet til å utføre daglige aktiviteter

Tema 3: Fortell om ditt behov for hjelp og støtte

- utfordringer
- Uforutsette hendelser/hva som skjedde og hvordan det ble løst
- Hvem har hjulpet deg og hvor mye
- Kontakt med helsevesenet, avdeling, andre

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

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

Vedlegg 7: Godkjenning REK



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

Petrin Hege Eide

31134 Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter Dagkirurgi

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet

Søker: Petrin Hege Eide

Søkers beskrivelse av formål:

Prosjektet har som mål å utvikle forståelse for ulike pasientgruppers opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgisk behandling. Prosjektets er en deskriptiv- tverrsnitt studie med kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder. Utvalget består av dagkirurgiske pasientgrupper fra alle kirurgisk disipliner.

Mål

Få innsikt i:

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

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

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

REKs vurdering

Vi viser til mottatt tilbakemelding datert 07.11.2019 for ovennevnte prosjekt.

Tilbakemeldingen ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 27.11.2019. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Vurdering

Søknaden ble først behandlet i møtet 11.09.2019.

Komiteen bemerket at prosjektleder ikke har PhD, og må byttes til en som har PhD-grad, for eksempel prosjektmedarbeider Venke A. Johansen. Videre ønsket komiteen en gjennomgang av protokollen og designet av den kvantitative delen med en forbedret redegjørelse av forskningsspørsmål og hypotese. Det ble bemerket at det ikke spørres om

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

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

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

1/4

deltakerens situasjon før inngrepet, og at slik informasjon kunne ha bidratt til å forstå årsaker til uro etter inngrepet. Komiteen så det som at flere av spørsmålene i spørreskjema var veldig nærgående og ønsker tilbakemelding på om alle spørsmål er relevante og nødvendige for formålet med prosjektet. Komiteen bemerket også at pasienter bør rekrutteres via brev, ikke via telefon. Videre ble det spurt om utvidet beskrivelse av beredskapsplan, også i informasjonsskrivet, med kontaktinformasjon til beredskapsteamet (sykepleier og psykolog). Informasjonsskrivet måtte også beskrive bedre hvilken informasjon som samles inn.

Komiteen ba om tilbakemelding på følgende:

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

Svar fra prosjektleder i tilbakemelding mottatt 07.11.2019:

Ang. prosjektleder skriver prosjektleder:

«Dagkirurgi prosjektet har pr. 30.10.19 to ledere. Førsteamanuensis Venke A. Johansen og Førstelektor Petrin Eide. Petrin Eide vil fungere som daglig leder for prosjektet. Førsteamanuensis Venke A. Johansen er hovedansvarlig for forskning og etikk.»
Komiteen bemerket at prosjektleder må være en person som har PhD-kompetanse eller tilsvarende. Venke A. Johansen settes som prosjektleder.

Ang. revidert protokoll:

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

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

Ang. prosedyre for rekruttering av informanter:

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

Komiteen setter som vilkår at deltakerne ikke skal rekrutteres per telefon. Rekrutteringen

må foregå skriftlig eller når de kommer til sykehuset.

Angående beredskap:

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

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

Ang. revidering av informasjonsskriv oppgis det at:

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

Komiteen anser beredskapen som tilfredsstillende.

Vedtak

Godkjent med vilkår

REK vest godkjenner prosjektet med følgende vilkår:

Prosjektleder må byttes til person med PhD-kompetanse eller tilsvarende. Venke A. Johansen settes som prosjektleder (dette er avklart med nåværende prosjektleder). Deltakerne kan ikke rekrutteres per telefon. Rekrutteringen må foregå skriftlig eller når de kommer til sykehuset.

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

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
professor dr. med.
Komitéleder

Ingvild Haaland
rådgiver

Kopi: post@hvl.no

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

3/4

Sluttmelding

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

Søknad om å foreta vesentlige endringer

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

Klageadgang

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

4/4

Vedlegg 8: Godkjenning NSD

21.1.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi

Referansenummer

298519

Registrert

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

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

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

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

15.11.2019 - 15.11.2023

Status

18.12.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

18.12.2019 - Vurdert

BAKGRUNN

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

Det er NSD sin vurdering at behandlingen også vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet datert 18.12.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

VURDERING AV BEHOV FOR DPIA

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

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

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5d4e8fcb-ba9e-4e32-b7d2-f9166e467df>

1/3

21.1.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

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

LOVLIG GRUNNLAG FOR UTVALGET

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

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

LOVLIG GRUNNLAG FOR TREDJEPERSONER

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

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

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

UTVALGETS RETTIGHETER

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

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

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5d4e8fcb-ba8e-4e32-b7d2-f9165e467df>

2/3

21.1.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

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

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

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

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

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

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

TREDJEPERSONERS RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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