



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2022-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	14-11-2022 09:00 CET	Termin:	2022 HØST
Sluttdato:	01-12-2022 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MKS591 1 O 2022 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	420
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	14981
----------------------	-------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	1
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Ja, Pasienters erfaringer og opplevelser av egenbehandling hjemme etter dagkirurgi

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 av ovariale cyster.

Patients' experiences with self-treatment at home after day surgical ovarian cyst removal.

Linda Mæland, kandidatnummer 420

Master i klinisk sjukepleie - Operasjonssjukepleie
Høgskulen på Vestlandet, Campus Bergen
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Ord: 14 981

Veileder Grethe M. Dåvøy
01.12.22

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært givende og lærerikt, men tidvis krevende. Rekrutteringsprosessen av informanter til studien ble mer tidkrevende og uforutsigbar enn forventet, som en følge av Covid-19 pandemien og nedstenging av dagkirurgi for en periode vinteren 2022.

Kvinnehelse er et tema jeg de siste årene har fått et økt engasjement for, hvilket også var utslagsgivende for hvilken pasientgruppe jeg ønsket å gjøre en studie på. Som en følge av personlige forhold ble masteroppgaven utsatt noen år. Fra å skulle gjøre en studie på kvinner operert dagkirurgisk for urinlekkasje (TVT) ble det endret til kvinner operert for ovariale cyster. Urininkontinens er tradisjonelt en mer tabubelagt diagnose, men der er det likevel noen likhetstrekk; Begge diagnoser er kvinnesykdommer, som for de fleste er ukjent. Arbeidet med oppgaven har vært lærerikt samt gitt meg muligheten til å fordype meg i en pasientgruppe og en problemstilling, noe det er lite rom for i en travel arbeidshverdag i en operasjonsavdeling. Funnene mine belyser viktige problemstillinger for denne pasientgruppen, og håpet mitt er at denne studien kan bidra til en bedre rekonvalesens hjemme for disse kvinnene.

Det er flere som fortjener en stor takk for at dette prosjektet ble slutført. Først og fremst ønsker jeg å takke min veileder Grethe M. Dåvøy for å ha hatt klokketro på meg gjennom hele prosessen og bidratt med gode råd og innspill. Videre ønsker jeg å rette en stor takk til personalet ved sykehuset pasientene ble rekruttert fra. Uten deres velvillighet og innsats i rekrutteringen ville jeg ikke hatt noen informanter til studien. Alle informantene i dette prosjektet, som har bidratt med innholdsrike og betydningsfulle data, fortjener også en stor takk. Uten dem hadde det ikke blitt noen studie. Jeg ønsker også å takke min samboer. Uten hans støtte og hjelp til tekniske utfordringer, samt tilrettelegging på hjemmebane, ville det vært vanskelig å komme i mål. Til slutt vil jeg avrunde med en takk til prosjektledelsen for at de har satt i gang dette viktige prosjektet med fokus på dagkirurgiske pasienters erfaringer med egenbehandling, og at jeg fikk være med å bidra til dette gjennom denne masteroppgaven.

Sammendrag

Bakgrunn: Det har skjedd en global økning i dagkirurgi de siste tiårene. Et kort sykehusopphold resulterer i korte møter mellom sykepleier og pasient. Skiftet fra inneliggende til egenbehandling hjemme medfører en ansvarsoverføring av preoperative forberedelser og postoperativ pleie og omsorg til pasientene selv og deres pårørende. Flere medisinske aspekter ved rehabilitering hjemme etter dagkirurgi er undersøkt, men det er fremdeles mangel på kunnskap om hvordan pasienter klarer seg hjemme etter dagkirurgi.

Formål: Hensikten med studien er å få innsikt i pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgisk behandling av ovariale cyster. Formålet er å få innsikt i hva som erfarer som generelle og spesielle problemer med det å være dagkirurgisk pasient.

Teoretisk fundament: Florence Nightingales tanker om hvordan pasienter helbredes vil bli brukt som et sykepleieteoretisk grunnlag. Nightingale har en holistisk tilnærming til pasientbehandling og gir interessante tanker om hva sykepleie er og ikke er.

Metode: Kvalitativ studie med 7 semistrukturerte dybdeintervju av dagkirurgiske pasienter med søkelys på hvordan de opplevde å ha ansvar for sin egen rekonvalesens etter dagkirurgisk behandling av ovariale cyster. Systematisk tekstkondensering (STC) ble benyttet til å analysere datamaterialet.

Resultater: Smerter og andre postoperative plager som kvalme, nedsatt appetitt, fatigue og obstipasjon var gjennomgående temaer. Mangel på informasjon bidrog til usikkerhet og gjorde vurderinger av egen helsetilstand og egenbehandlingen utfordrende. Å ta imot hjelp og støtte fra pårørende var vanskelig. Helsefaglig støtte i det postoperative forløpet var et savn.

Konklusjon: Informasjonen fra sykehuset var mangelfull, hvilket medførte at informantene tok avgjørelser etter beste evne. Studien belyser at helsepersonell har begrenset innsikt i hva pasientene har behov for etter hjemkomst, og informasjonen pasientene mottar har rom for forbedringer.

Nøkkelord: dagkirurgi, laparoskopisk gynekologisk kirurgi, ovariale cyster, pasienterfaringer, pasientoppfatninger/forventninger, angst, smertebehandling, egenomsorg, egenbehandling og pårørendes omsorgsbyrde

Abstract

Background: A global increase in day surgery has taken place over the last decades. Minimal hospital stays result in limited time between nurses and patients. The shift from inpatient care to self-care at home places various demands on patients and their relatives during the recovery process. Several medical aspects related to recovery at home after day surgery have been investigated, but there is a lack of knowledge on how patients cope at home.

Aim: To explore patients' experiences of self-treatment at home after day surgical ovarian cysts removal. The aim is to gain insight into general and specific issues experienced after day surgery.

Theoretical foundation: Florence Nightingale's thoughts on how patients heal will be used as a theoretical foundation. Nightingale has a holistic approach to patient care and provides interesting thoughts about what to be defined as care and not

Method: A qualitative study where the objective is to investigate, by using semi-structured interviews, how 7 patients experienced having to oversee their own care after day surgical treatment of ovarian cysts. Systematic text condensation (STC) was used to analyze the material.

Results: Pain and other postoperative symptoms such as nausea, reduced appetite, fatigue and constipation were a consistent finding. Lack of information led to uncertainty and made assessments of one's own state of health and self-treatment challenging. Accepting help and support from relatives were difficult. Lack of healthcare support in the post-operative period was missing.

Conclusion: The information issued by the hospital contained major shortcomings, which led to the informants' making decisions to the best of their ability. The study highlights that healthcare personnel have limited insight into what the patients need after being discharged, and the information must be improved.

Key words: day surgery/ambulatory surgery/outpatient surgery, laparoscopic gynecological surgery, ovarian cyst removal, patient experience/expectations, patient perception, anxiety, pain management, self-care, self-treatment and caregiver burden

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Relevans for operasjonssykepleie	2
2	Bakgrunn	3
2.1	Begrepsavklaringer	3
2.1.1	Dagkirurgi	3
2.1.2	Egenbehandling og egenomsorg	4
2.1.3	ADL	5
2.1.4	Ovariale cyster	5
2.2	Det kirurgiske inngrepet	7
2.2.1	Laparoskopisk behandling av ovarial cyste	7
2.2.2	Operasjonsdagen	8
2.2.3	Postoperativt	8
2.3	Tidligere forskning	10
2.3.1	Grad av postoperative symptomer	10
2.3.2	Gynekologiske dagkirurgiske pasienters erfaringer	11
2.3.3	Psykisk helse	12
2.3.4	Informasjon	12
3	Prosjektets teoretiske perspektiv	14
3.1	Florence Nightingales tanker om sykepleie	14
3.2	Hva er en god sykepleier?	16
4	Avgrensning og problemstilling	17
5	Metode	18
5.1	Valg av metodisk tilnærming	18
5.2	Utvalg	18
5.3	Rekruttering	19
5.4	Intervjuguide	20
5.5	Datasamling	21
5.5.1	Forberedelse	21
5.5.2	Gjennomføring av intervju	22
5.5.3	Transkripsjon	24
6	Analyse	25
6.1	Helhetsinntrykk	25

6.2	Identifisere meningsbærende enheter.....	26
6.3	Kondensering – å abstrahere meningsinnhold	27
6.4	Syntese og sammenfatning.....	27
7	Etiske vurderinger	29
7.1	Godkjenninger.....	29
7.2	Samtykke	30
7.3	Etiske forhold ved datainnsamlingen	30
8	Presentasjon av funn.....	32
8.1	Informasjon – ingen fikk for mye informasjon.....	32
8.1.1	Forberedelser til kirurgi.....	32
8.1.2	Informasjonens avgjørende betydning for mestring i tiden hjemme.....	33
8.1.3	Informantenes opplevelse av kommunikasjonen med helsevesenet	34
8.2	Endret familiedynamikk som følge av dagkirurgi.....	35
8.2.1	Økt hjelpebehov – vegring mot å erkjenne dette	35
8.2.2	Økt arbeidsbyrde på pårørende	37
8.2.3	Å være småbarnsmor etter dagkirurgi	37
8.3	Egenbehandling – et postoperativt forløp på eget ansvar	38
8.3.1	Uventet sterke smerter	38
8.3.2	Sårstell – mer krevende enn først antatt	39
8.3.3	Svimmelhet, kvalme og obstipasjon – hva er et normalt postoperativt forløp?	40
9	Diskusjon.....	42
9.1	Diskusjon av studiens funn	42
9.2	Metodediskusjon	50
10	Konklusjon og oppsummering	53
11	Implikasjoner for praksis og videre forskning	54
	Referanser.....	55
	Vedlegg I Informasjonsskriv	62
	Vedlegg II Samtykkeskjema.....	64
	Vedlegg III Intervjuguide	65
	Vedlegg IV Tillatelse REK.....	66
	Vedlegg V Godkjenning NSD	71
	Vedlegg VI Informasjonsbrev fra sykehuset ved innkallelse til operasjon	74
	Vedlegg VII Informasjon til dagkirurgisk pas. v/hjemreise.....	79

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg ble introdusert til forskningsprosjektet «Pasienters erfaringer og opplevelser av egenbehandling hjemme etter dagkirurgi», dagkirurgiprojektet, som springer ut av forskningsgruppen Pasientopplevelser og pasientsikkerhet ved akutt og/eller kritisk sykdom, POPS, under masterutdanningen i operasjonssykepleie. Dagkirurgiprojektet har et longitudinelt mixed metode design, som benytter en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder. Dagkirurgiprojektet, som min studie er en del av, har pågått over flere år. Det er gjennomført kvalitative intervjuer med dagkirurgiske pasienter innenfor ulike disipliner samt en spørreskjemaundersøkelse med fokus på stress, mestring, sosial støtte og psykiske aspekter med innsamling av bakgrunnsvariabler (Cristin, 2022).

Min interesse for dagkirurgiske pasienters rekonvalesens oppstod som følge av flere års erfaring med inneliggende kirurgiske pasienter i kombinasjon med økt kunnskap om kirurgi under masterutdanningen. Erfaringen min med å gi postoperativ pleie og omsorg til kirurgiske pasienter har gitt meg en grunnleggende forståelse av hvorledes komplikasjoner kan oppstå ved manglende håndtering av symptomer som eksempelvis smerter, kvalme og annet ubehag. I egenskap av å være sykepleier har jeg blitt møtt med mye usikkerhet og spørsmål hos kirurgiske pasienter både privat og i jobbsammenheng. Kombinert med personlige erfaringer fra familie, venner og bekjente som har gjennomgått dagkirurgi vekket prosjektet min nysgjerrighet.

Å arbeide som operasjonssykepleier har gitt meg erfaring med den peroperative fasen med økt fokus på forebygging av infeksjoner, leiringsskader og det operasjonstekniske i forbindelse med kirurgien. Som sykepleier har en gjerne et større søkelys på pasientens opplevelse og velbefinnende som operasjonspasient, i tillegg til det kirurgiske resultatet. Et godt kirurgisk resultat er ikke nødvendigvis korrelert med at pasienten totalt sett har hatt en god opplevelse av det kirurgiske inngrepet. Kirurgiske inngrep påfører pasientene ulik grad av belastning. I og med at dagkirurgi blir stadig mer utbredt, tenker jeg økt kunnskap basert

på pasientenes perspektiv er vesentlig for å kunne videreutvikle helsetjenestene til dagkirurgiske pasienter. Kvinnehelse har vært nedprioritert forskningsmessig (Folkehelseinstituttet, 2022). Derfor hadde jeg et ønske om å gjøre en studie der kvinners opplevelser og erfaringer var i fokus, og derav valget av gynekologisk inngrep.

1.2 Relevans for operasjonssykepleie

Tradisjonelt sett har pre- og postoperativ pleie og omsorg vært en sykepleieroppgave, men vi har beveget oss fra færre inneliggende pasienter til større grad av dagkirurgisk behandling. Dette har medført en ansvarsoverføring av preoperative forberedelser og postoperativ pleie og omsorg til pasientene selv og deres pårørende. Med en stadig økende andel av kirurgi organisert som dagkirurgi, oppstår det et behov for å få økt kunnskap om hvordan pasienter som har fått operert bort ovariale cyster dagkirurgisk opplever å ivareta sin egenomsorg og være sin egen behandler i tiden etter hjemkomst, med fravær av helsefaglig kompetanse og omsorg.

Dagkirurgi har hatt en rask utvikling, men det påpekes at sykepleien ikke nødvendigvis har hatt den samme utviklingen (Flanagan, 2009). Den postoperative sykepleien er nærmest fraværende i dagkirurgiske forløp. Normalt sett opphører en operasjonssykepleiers ansvar for den kirurgiske pasienten ved overlevering til overvåkningsenheten, men med endringer i de kirurgiske forløpene kan en stille spørsmål om operasjonssykepleierens rolle bør utvides og endres. Som faggruppe besitter operasjonssykepleierne en unik kunnskap om det operasjonstekniske og ikke minst om forebygging av skader, komplikasjoner og infeksjoner.

Med dette håper jeg å få en utvidet forståelse for sykepleie til dagkirurgiske pasienter med fokus på operasjonssykepleierens rolle i både behandlingsforløpet og informasjonsarbeidet. Denne kunnskapen er interessant ut fra en operasjonssykepleiers ståsted, da en stadig større andel av kirurgien foregår i en dagkirurgisk setting. Kunnskap om hvordan pasientene opplever og erfarer dagkirurgi både pre-, per- og postoperativt kan gjøre oss bedre egnet til å imøtekomme pasientenes behov og forhåpentligvis optimalisere det dagkirurgiske tilbudet for denne pasientgruppen.

2 Bakgrunn

2.1 Begrepsavklaringer

2.1.1 Dagkirurgi

I denne studien brukes definisjonen på dagkirurgi gitt av International Association for Ambulatory Surgery (2003, s. 49): «Prosedyrer [ikke poliklinisk] som krever profesjonell observasjon og/eller behandling i kortere eller lengre tid etter at prosedyren er avsluttet, hvor pasienten skrives inn og ut i løpet av samme arbeidsdag (evt. inkludert kveldsskift, men ikke overnatting)».

En stadig økende andel kirurgi blir organisert som dagkirurgi, som følge av fremskritt innenfor kirurgien, nye anestesimetoder samt et endret syn på rehabilitering (Meld.St.11 (2015-2016), s. 26; Verma et al., 2011). Denne utviklingen er muliggjort ved at en har gått fra åpne operasjoner til mer skånsomme teknikker som kikkhullskirurgi, robotteknologi og intervensjoner med bruk av bildediagnostikk (Meld.St.11 (2015-2016), s. 26). Dette har gjort kirurgi mindre traumatisk og forkortet rekonvalesensen betraktelig. Dagkirurgi er en økende trend, ikke bare i Norge, men også på verdensbasis. Tall fra Samdata viser at i 2021 utgjorde dagkirurgi 72,6% av all elektiv kirurgi i Norge (Helsedirektoratet, 2022).

Dagkirurgi blir ansett for å være trygt og kostnadseffektivt (Castoro et al., 2007), og tilbyr en rekke fordeler både for pasientene og helsevesenet. Forkortede sykehusopphold og tidligere mobilisering reduserer risikoen for sykehuservervede infeksjoner og venøse blodpropper (Bailey et al., 2019). Den rivende utviklingen innenfor dagkirurgi de siste tiårene har vært ønsket, og offentlig finansieringspolitikk i sykehusene har skapt et insentiv for helsevesenet til å øke andelen dagkirurgiske prosedyrer for å redusere ventekøer, kostnader og frigjøre sengeplasser (Meld.St.7 (2019-2020), s. 40; Verma et al., 2011).

Den postoperative rekonvalesensen starter umiddelbart etter at anestesian og kirurgien er avsluttet, og har blitt definert av Allvin et al. (2007, s. 557, min oversettelse) som: «(...) en energikrevende prosess for å oppnå et normalt nivå av fysiske, psykologiske, sosiale og habituelle funksjoner man hadde forut for det kirurgiske inngrepet». Den postoperative

rekonvalesensen er videre beskrevet av Nilsson et al. (2020, s. 8, min oversettelse) som en «dynamisk og individuell prosess som fører til en opplevelse av en ny stabil tilstand». Pasienter som tidligere var inneliggende i flere dager blir nå utskrevet få timer etter at inngrepet er avsluttet. Postoperativ pleie og omsorg i rekonvalesensen blir nå utført av pasientene selv og deres pårørende.

Flere studier demonstrer høy andel av pasienttilfredshet hos dagkirurgiske pasienter (Bazzurini et al., 2022; Jun & Oh, 2017; Lemos et al., 2009; Mitchell, 2015). Dagkirurgi blir ansett som et rasjonelt valg ved at det gir raske og effektive pasientforløp, hvilket innebærer en mindre inngripen i deres dagligliv (Mottram, 2011a). Flertallet foretrekker å ha rekonvalesensen hjemme i velkjente omgivelser med familie og venner (Evans et al., 2019; Jun & Oh, 2017).

Derimot krever dagkirurgi at pasientene tar større ansvar for sin postoperative rekonvalesens. Noen studier beskriver en ubalanse mellom ønsket om å komme raskt hjem etter operasjonen i forhold til hvilke forventninger pasienten har til rekonvalesenstiden. Rekonvalesensen ble beskrevet som mer krevende enn antatt, og flere beskrev ett savn etter sykepleiefaglig tilstedeværelse i det postoperative forløpet (Dåvøy et al., 2017; Mottram, 2011b).

2.1.2 Egenbehandling og egenomsorg

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert egenomsorg (self care) som: «Evnen til enkeltpersoner, familier og lokalsamfunn til å fremme helse, forebygge sykdom, opprettholde helse og til å håndtere sykdom og funksjonshemming med eller uten støtte fra helsepersonell» (World Health Organization, 2013, s. 15, min oversettelse). Egenomsorg forstås dermed som ivaretagelse av grunnleggende basale behov knyttet til ernæring, hvile/søvn og evne til å opprettholde god hygiene.

Egenbehandling blir av Verdens helseorganisasjon (WHO) beskrevet som evnen til å pleie seg selv under sykdom ved å utføre tiltak som å ta Paracetamol ved feber og inntak av væske for

å unngå dehydrering (World Health Organization, 2013, s. 15). Dagkirurgiprojektet definerer egenbehandling som den behandlingen helsevesenet pålegger pasientene å utøve.

Egenbehandling kan omfatte inspeksjon av operasjonssår og bandasjeskift, administrasjon av medikament(er), øvelser/aktiviteter tilknyttet operasjonsområdet samt vurdering av kroppslige symptomer som eksempelvis feber, smerter, kvalme og svimmelhet.

Egenomsorg kan sees i sammenheng med egenbehandling, da god egenomsorg fremstår som en forutsetning for god egenbehandling. Begrepene likestilles derfor i oppgaven.

2.1.3 ADL

Dagliglivets aktiviteter (ADL etter engelsk activities of daily living) er et begrep som benyttes innad i helsevesenet. ADL omfatter personlig hygiene, toalettbesøk, av- og påkledning, innkjøp og tilberedning av mat, husarbeid og omsorg for barn. For å bo alene uten tilsyn må en person fungere selvstendig med hensyn til ADL (Store medisinske leksikon, 2021).

Muligheten til å utføre ADL kan begrenses som følge av et kirurgisk inngrep.

2.1.4 Ovariale cyster

Ovariale cyster defineres som væskefylte blærer som oppstår på overflaten av eggstokkene, og er vanligvis ufarlige. Cyster kan grovt sett deles inn i normale funksjonelle cyster (follikkelcyster, corpus luteumcyster, teca lutein cyster og polycystiske ovarier) og unormale, men godartede cyster (serøse og mucinøse cystadenomer, dermoid cyster, endometrie cyster og stromalcelletumorer) (Stær-Jensen et al., 2021).

De fleste cystene betegnes som fysiologiske, og oppstår som følge av eggløsning (såkalte follikkelcyster) og forsvinner vanligvis av seg selv i løpet av noen måneder (Helsebiblioteket, 2022). Andre cyster kan skyldes overvekst av ulike cellyper i eggstokkene.

De fleste cyster på eggstokkene er benigne (godartede), og kvinner har 5-10 % livstidsrisiko for å gjennomgå kirurgi som følge av en ovarialcyste. Det skilles mellom kvinner som har gjennomgått menopause eller ikke ved vurdering av cysten, fordi hos yngre kvinner er så å si

alle cyster benigne. Risikoen for ovarial cancer er opp til 34 % hos de som blir operert. (Stær-Jensen et al., 2021).

Cyster på eggstokkene gir først symptomer når cysten er blitt så stor at den presser på omkringliggende organer i området som blære og tarm. Symptomer på en voksende cyste kan derfor være smerter i bekkenområdet, trykkfølelser, hyppig vannlating, ubehag ved samleie, økt bukromfang og oppblåsthet og endringer i menstruasjonssyklusen. Akutte smerter kan oppstå om cysten sprekker, får opphørt blodtilførsel (torkvert cyste) eller det utvikler seg infeksjon (Helsebiblioteket, 2022).

Mange cyster oppdages tilfeldig ved rutineundersøkelser som følge av manglende symptomer, mens andre oppdages som følge av at kvinnen tar kontakt med helsevesenet på bakgrunn av symptomer beskrevet ovenfor (Helsebiblioteket, 2022). Gynekologen vil foreta en gynekologisk undersøkelse, men selve cysten(e) påvises gjennom en innvendig vaginal ultralydundersøkelse. Basert på størrelse vurderes det om det kreves ny oppfølging (ultralyd eller operasjon). De tas også blodprøver (CA-125), som er en kreftmarkør ved indikasjon. Om cysten vokser eller endrer seg vil operativ fjerning av cysten(e) anbefales. Benigne ovarialcyster fjernes hovedsakelig ved laparoskopi (kikkhullskirurgi) dagkirurgisk (Stær-Jensen et al., 2021).

2.2 Det kirurgiske inngrepet

2.2.1 Laparoskopisk behandling av ovarial cyste

Laparoskopi er et kirurgisk inngrep som foregår ved at en fører instrumenter inn i bukhulen via små snitt i bukveggen. Inngrepet blir gjort i generell anestesi og det settes lokalanestesi (Marcain 5 mg/ml). Urinblæren blir vanligvis tømt forut for inngrepet og et hjelpeinstrument (uterus manipulator) settes inn i livmoren slik at en kan bevege den under inngrepet (Carzo & Viveiros, 2015, s. 435).

Det lages et lite snitt i navlen og bukhulen blir fylt med karbondioksid for å forstørre området. Laparoskopet, et kikkertinstrument med videokamera som overfører bilder til en TV-skjerm blir ført inn gjennom snittet i navlen. Via Tv-skjermen kan kirurgen inspisere eggstokkene. Det lages 2-3 små snitt nedenfor og til siden for navlen, der det føres inn trokarer, arbeidskanaler, som operatøren kan føre inn hjelpeinstrumenter gjennom (Carzo & Viveiros, 2015, s. 435-436).

Cysten blir fjernet intakt endoskopisk i en pose for å unngå utilsiktet søl i bukhulen. Større cyster blir aspirert inne i posen før fjerning (Reinsch, 2017, s. 634). Der det er aktuelt, sendes cysten til videre undersøkelser i laboratoriet for å undersøke for kreftceller. Avslutningsvis blir bekkenet inspisert for å sikre hemostase. Laparoskopet fjernes og gassen suges ut gjennom trokaren. Trokarene fjernes, og snittene lukkes med absorberbare suturer og bandasjer blir satt på. På hjelpesnittene blir det i tillegg satt på steristrips.

Hos kvinner i fertil alder vil en hvis mulig bare fjerne selve cysten og bevare resten av eggstokken og dens funksjon. Ved usikkerhet om cysten er godartet, fjernes hele eggstokken. Etter overgangsalderen er ondartede cyster vanligere, og en bør fjerne hele eggstokken (Stær-Jensen et al., 2021).

Komplikasjoner etter laparoskopi er sjeldne, men det kan forekomme sårinfeksjon, urinveisinfeksjon og blødning samt skade på indre organ som tarm og urinveier. Det er også en lav risiko for konvertering til åpen kirurgi. Etter all kirurgi er det en viss risiko for blodpropp til tross for at en gir blodfortynnende (HelseBergen, 2018).

2.2.2 Operasjonsdagen

Fra henvisning fra fastlege er mottatt, er det opp til 3 måneders venting på utredning. Etter at pasienten er vurdert av gynekolog, blir kvinnen informert og satt opp til operasjon. Ved elektronisk innkalling til operasjon er det vedlagt informasjonsskriv fra sykehuset (vedlegg VI). Informasjonsskrivene inneholder grundig informasjon om forberedelser som skal gjøres hjemme, kort om prosedyren og hva som skjer etter operasjonen. Informasjonsskrivene gir i tillegg informasjon om kontaktnummer samt hva som anses som normale smerter og smertebehandling, instruks for inspeksjon og skifte av sårbandasjer og andre forhold som en skal være oppmerksom på etter hjemreise som feber og blødning.

Alle møter fastende og nydusjet på operasjonsdagen. Sykepleier har en gjennomgang av pasientopplysningskjemaet. Det blir notert ned navn og nummer på den som skal hente pasienten samt bekreftet at man har en voksen til stede det første døgnet. Pasienten er opplyst om at kjønnsår ikke må fjernes de siste 14 dagene før operasjonen.

Operasjonsdagen får de utdelt klippemaskin på avdelingen og bytter til operasjonsklær. Sykepleier informerer om det praktiske og ledsager pasienten gjennom aktuelle forberedelser. Kirurg kommer og informerer om operasjonen, forventet postoperativt forløp og eventuell videre oppfølging. Anestesilege informerer om narkosen, smertestillende og spør om allergier og tidligere kirurgisk erfaring.

2.2.3 Postoperativt

Etter operasjonen blir pasienten overført til postoperativ overvåkning der en ligger gjennomsnittlig 4 timer før hjemreise. Før utskrivelse er det noen kriterier som må oppfylles. Pasienten må være våken og orientert, ikke ha behov for injeksjonskrevende smertelindring, mobilisert opp av sengen, spist, drukket og vært på toalettet uten anmerkninger. Kirurgen informerer pasientene muntlig om funn og hva som er gjort under operasjonen. På ordinasjon blir det administrert blodfortynnende injeksjon 2-4 timer postoperativt. Før avreise gis informasjon om bandasjeskift og smertestillende av sykepleier. Pasientene får med bandasjer til 1-2 skift. Sykepleier informerer videre om løfterestriksjoner og

anbefalinger for aktivitet i det postoperative forløpet, herunder at bevegelse avhjelper luftplager. Før avreise får pasientene med seg informasjonsskrivet «Informasjon til dagkirurgisk pas. v/hjemreise» (vedlegg VII), som inneholder informasjon om sårstell, dusjing, infeksjonstegn, smertestillende og kontaktinformasjon.

Avdelingen har som rutine at sykepleier ringer alle dagkirurgiske pasienter 1. postoperative dag. De har en fastsatt sjekklister som gjennomgås; herunder smerter, blødning, hevelse, kvalme, oppkast, svimmelhet, engstelse for å være hjemme og en opplevelse av oppholdet totalt sett. Pasientenes skåres basert på svarene. Avdekkes det alvorlige avvik kontaktes kirurg av sykepleier.

2.3 Tidligere forskning

Litteratursøket til studien er gjort i databasene Cochrane, SweMed+, Cinahl og PubMed med søkeordene: day surgery/ambulatory surgery/outpatient surgery, patient experience/expectations, patient perceptions, anxiety, pain management, self-care, self-treatment, caregiver burden, information og discharge information. Søkeordene er også benyttet på norsk. For å avgrense og konkretisere søket opp mot den aktuelle pasientgruppen er noen av søkene gjort med søkeordene gynecological surgery og ovarian cyst removal. Litteratursøket er fokusert hovedsakelig på artikler publisert etter 2010, men eldre artikler vil bli inkludert der det ikke er tilkommet ny forskning eller for å supplere nyere forskning. Referanselistene til de innhentede artiklene ble gjennomgått for å finne aktuelle artikler.

2.3.1 Grad av postoperative symptomer

De mest vanlige postoperative symptomene etter laparoskopi hos gynekologiske dagkirurgiske pasienter var abdominal- og skuldersmerter, abdominal hevelse og fatigue. Kvalme og blødning var mindre vanlig (Bazzurini et al., 2022). De fleste rapporterte smertelindringen som adekvat, men smerter var fremdeles hyppigste årsak til reinnleggelse (Bazzurini et al., 2022). Smertene er gjerne størst de første postoperative dagene for deretter å avta gradvis utover i forløpet (Cox & O'Connell, 2003).

Postoperative symptomer kan lede til bekymring og angst (Ørving et al., 2021), og smerter var en vesentlig årsak til en mer langvarig rekonvalesens (Horvath, 2003). Høyere smerteskår i det postoperative forløpet er assosiert med ung alder (Cruz et al., 2021; Manderson et al., 2007), kroniske smerter (Cruz et al., 2021), mangelfull informasjon (Manderson et al., 2007) og tidligere erfaring med kirurgi (Manderson et al., 2007). Flere pasienter fulgte ikke anbefalte smerteregimer etter hjemkomst (Older et al., 2010). Flertallet gjenopptok grunnleggende ADL-aktiviteter innen 3. postoperative dag (Cox & O'Connell, 2003; Horvath, 2003; Santos et al., 2012), men flere beskriver uventet fatigue (Ørving et al., 2021), som fremdeles er tilstede langt ut i forløpet (Cox & O'Connell, 2003).

2.3.2 Gynekologiske dagkirurgiske pasienters erfaringer

Tidligere studier har hovedsakelig studert symptomer og annet ubehag sin innvirkning på dagliglivet etter operasjonen. Dagkirurgiske pasienter rapporterer om postoperative symptomer som gir vanskeligheter med egenomsorg og egenbehandling i den postoperative rekonvalesensen. De siste tiårene har det tilkommet flere kvalitative studier som ser på dagkirurgiske pasienters erfaringer med dagkirurgi, men kun et fåtall av eldre dato med gynekologiske dagkirurgiske pasienter.

Flertallet av kvinnene i en studie fra Australia med telefonintervju gjort innen to dager etter utskrivelse, favoriserte «inn og ut»-opplevelsen dagkirurgi medførte, men fremhevet at faglig- og emosjonell støtte var begrenset (Markovic et al., 2002). Kvinnene som delte husholdning med pårørende opplevde å få tilstrekkelig hjelp i motsetning til de som bodde alene. 12 % av kvinnene i studien hadde også forpliktelser hjemme i forhold til omsorg for barn og andre familiemedlemmer, som de gjenopptok umiddelbart ved hjemkomst (Markovic et al., 2002).

I en studie fra England ble dagkirurgiske pasienter innenfor disiplinene gynekologi, urologi og generell kirurgi intervjuet 7-10 dager postoperativt. Flertallet var av den oppfatning at planleggingen av utskrivningen var godt organisert, men mange opplevde usikkerhet om hva som var et normalt postoperativt forløp. Informasjonen ble gitt på et uheldig tidspunkt, mens de fremdeles var påvirket av narkosemedisin (Gilmartin, 2007). Noen av kvinnene fremhevet økt stress som følge av fatigue og humørsvingninger, gjerne rundt huslige gjøremål. Dette påvirket negativt deres relasjoner med pårørende (Gilmartin, 2007). Et endret kroppsbilde som følge av misfarging av huden og oppblåst mage opplevdes utfordrende, og spesielt om en ikke var forberedt på det i forkant (Gilmartin, 2007).

I en tversnittstudie fra USA av gynekologiske dagkirurgiske pasienter fant de at tidligere positiv erfaring med dagkirurgi, sove i egen seng samt være sammen med familien gjorde at man foretrakk dagkirurgi. Kvinner over 65 år og de som bodde alene var mindre komfortable

med dagkirurgi (Evans et al., 2019). Imidlertid var det bare 35,7 % av de forespurte kvinnene som forventet å bli behandlet dagkirurgisk, hvilket gjenspeiler et gap mellom pasientenes oppfatninger og gjeldende praksis (Evans et al., 2019).

2.3.3 Psykisk helse

Nervøsitet og angst tilknyttet et kirurgisk inngrep er et vanlig fenomen. 85% av alle dagkirurgiske pasienter opplevde en form for angst i tilknytning til operasjonsdagen (Mitchell, 2010). Dersom det pre- og postoperative forløpet er preget av frykt, angst og usikkerhet kan det påvirke evnen til å håndtere stressfaktorer som smerter og kvalme i det postoperative forløpet.

Pasientenes psykologiske status og dens innflytelse på den postoperative rekonvalesensen er den mest oversette faktoren innenfor dagkirurgi (Aspari & Lakshman, 2017). Det var en tydelig korrelasjon mellom pasientens psykologiske status og smerteopplevelse, utvikling av kronisk smerter og hvor lang tid en brukte å komme tilbake i arbeid (Aspari & Lakshman, 2017). En annen studie demonstrerte at fysisk og psykisk dårlig helse hos dagkirurgiske pasienter gav en dårligere postoperativ rekonvalesens (Nilsson, Dahlberg, et al., 2019). Dårlig psykisk helse var signifikant høyere hos kvinner og forbundet med ung alder. Det anbefales en preoperativ screening av dagkirurgiske pasienters psykiske helse (Nilsson, Dahlberg, et al., 2019).

2.3.4 Informasjon

Flere studier har fremhevet behovet for adekvat informasjon og utskrivningsplanlegging (Cox & O'Connell, 2003; Dahlberg et al., 2018; Gilmartin, 2007; Markovic et al., 2002), og at informasjonen gitt ved utskrivelse korrelerer med hvor godt forberedt pasientene er på den postoperative rekonvalesensen (You et al., 2022). Rekonvalesensen kunne påvirkes av flere subjektive faktorer uavhengig av inngrep. Eksempelvis tilgangen på emosjonell støtte, informasjon, tilbakeslag og fremgang samt tid til å restituere. Helsepersonell har en begrenset innsikt i pasientenes erfaringer etter utskrivelse (Allvin et al., 2008). Den

postoperative fasen har blitt beskrevet som det svake leddet innenfor dagkirurgi (Berg et al., 2013) og flere pasienter følte seg overlatt til seg selv i det postoperative forløpet (Mottram, 2011b).

Det er ofte en betydelig avstand mellom det helsepersonell antar pasientene forstår, og det de faktisk har forstått (Safeer & Keenan, 2005). Kapasiteten til pasientene til å ta inn over seg gitt informasjon, kan påvirkes av emosjonelt stress i forbindelse med kirurgien (Pathak et al., 2012) og den enkeltes evne samt ønske om å vite (Dåvøy et al., 2017). Lav helsekompetanse innvirket negativt på den postoperative rekonvalesensen (Hälleberg Nyman et al., 2018). Dersom pasienter forventes å innta en aktiv rolle i sitt eget postoperative forløp har de behov for kontinuerlig støtte både per- og postoperativt (Allvin et al., 2008). Utilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å løse problemer som oppstod hjemme medførte at pasientene ikke inntok den aktive rollen dagkirurgi forutsetter for å ivareta sin egenbehandling (Halding et al., 2021). Det er viktig for dagkirurgiske pasienter å føle seg trygge, beroliget og anerkjent, fordi dette økte mestringsfølelsen og mulighetene for selv å gjøre forbedrende tiltak i det postoperative forløpet (Dahlberg et al., 2018).

Informasjonen må ta utgangspunkt i hva pasientene opplever som problematisk samt være realistisk. For å sikre en vellykket rekonvalesens er det essensielt at pasientene får kunnskap om hva egenbehandling innebærer og en forståelse av hva som er et normalt postoperativt forløp for den spesifikke kirurgiske prosedyren (Berg et al., 2013). Sykepleiernes kontakt med de dagkirurgiske pasientene er både kort og intens. Dette får betydning for kommunikasjonen, men terapeutiske relasjoner kunne bli utviklet i en dagkirurgisk setting (Mottram, 2009).

I en stadig mer teknologisk hverdag har flere studier undersøkt om helseteknologi kan være et hjelpemiddel etter utskrivning. En e-helse-intervensjon resulterte i en raskere tilbakevending til arbeid, høyere livskvalitet og mindre smerter under rekonvalesensen hos kvinnene i studien (Vonk Noordegraaf et al., 2014). Bruk av en mobil applikasjon til evaluering av symptom samt kontakt motvirket følelsen av å være alene og forbedret omsorgen i det postoperative forløpet (Dahlberg et al., 2018).

3 Prosjektets teoretiske perspektiv

I dette kapittelet presenteres prosjektets teoretiske perspektiv. Jeg har tatt utgangspunkt i Florence Nightingales tanker om hvordan pasienter heles som prosjektets teoretiske forankring. Deler av hennes anbefalinger fremstår utdaterte, men hovedlinjene er like relevante i dag.

Den teoretiske referanserammen til prosjektet, og Nightingales tanker om hva sykepleie er vil benyttes som bakteppe for drøfting av problemstilling og resultat for å sette funnene i en større sammenheng (Malterud, 2017, s. 36).

3.1 Florence Nightingales tanker om sykepleie

Nightingale var den første til å sette ord på hva sykepleie er og hva sykepleiefokuset skal være. Hun så nødvendigheten av kunnskap i møte med de syke og skrev ned sine erfaringer, som danner grunnlaget for den moderne kunnskapsbaserte sykepleien.

Nightingale (2010, s. 32) anså hygiene og forbedring av sanitære forhold som fundamentalt for bevaring av god helse og mangel på dette som et hinder for å utøve sykepleie. Bakterier var ikke kjent på 1800-tallet, men sammenhengen mellom renhet og helse var kjent, som en følge av Semmelweis dokumentasjon av betydningen av håndvask (Hafstad, 2021).

Forebygging av sykdom var selve hjørnesteinen i utøvelse av sykepleie og Nightingale (2010, s. 137) skriver: «Alle sykepleiersker må passe på å vaske hendene sine mange ganger om dagen.». Hun skriver også om viktigheten av renhet i hjemmet samt god drenering for avløp som viktige hygieniske forebyggende tiltak.

«Sykepleie er å sette pasienten i den best mulige tilstand slik at Naturen kan virke på ham» (Nightingale 1859, s. 75 sitert i Karoliussen, 2011, s. 32). Nightingale beskriver sykepleie som noe mer enn å «gi medisiner og dele ut grøtomslag», og setter søkelys på naturens helbredelsesprosess. Sykepleie er å understøtte den gjenoppbyggende prosessen gjennom «riktig utnyttelse av frisk luft, lys, varme, renslighet, ro og riktig sammensetning av kosthold – alt uten at pasientens livskrefter blir mer belastet enn nødvendig» (Nightingale, 2010, s.

32). En pasients symptomer har ikke nødvendigvis sammenheng med sykdommen i seg selv, men oppstår som følge av fraværet av sykepleie. Manglende kunnskap eller oppmerksomhet kan føre til smerte, lidelse eller at hele prosessen stanser og gi like mye plager som sykdommen selv (Nightingale, 2010, s. 31). Disse universale, fundamentale behovene beskrevet av Nightingale er like dagsaktuelle i dagens utøvelse av sykepleierket.

Nightingale skiller mellom sykdom og rekonvalesens og hevder rekonvalesens er å reparere kroppen etter at en har blitt påført en skade (Nightingale, 2010, s. 188). Rekonvalesenter trenger pleie og kvaliteten på pleien er avgjørende for god helse senere i livet. Hun beskriver at fattige må forlate sykehusene lenge før de er klar til å vende tilbake til sine daglige gjøremål, og stiller spørsmål ved hva som venter dem ved hjemkomst. Tilfellet er ofte en overbelastet husholdning hvor de blir en ytterligere belastning for sin familie (Nightingale, 2010, s. 191).

Nightingale var forut for sin tid og mente at pasientens fysiske- og psykiske helse måtte sees i sammenheng (Nightingale, 2010, s. 98-99). Hun fokuserte på at vi pleier en syk pasient og at kjernen i all sykepleie er den syke selv, og vektlegger deres erfaringer i forbindelse med sykdom. Nightingale hadde en holistisk tilnærming til utøvelse av sykepleie med fokus på forebygging gjennom observasjoner, tilrettelegging av miljøet rundt pasienten samt gjennom informasjon til både pasienter og pårørende. Hun anså dette som essensielt for pasienters tilheling.

3.2 Hva er en god sykepleier?

Sykepleierens observasjonskompetanse, det vi i dag betegner som det «kliniske blikket», er essensielt for å utøve god sykepleie. Forutsetningen for god observasjon var kunnskap. Å lære sykepleie krevde både en teoretisk og praktisk tilnærming (Nightingale, 2010, s. 170). Det viktigste å lære en sykepleier var hva de skal observere og hvordan de skal observere. Hvilke symptomer er klinisk relevante og hvilke symptomer som tyder på bedring eller forverring av sykdommen. Like viktig var det å observere og reflektere rundt symptomer som skyldes forsømmelse i pleien og behandlingen (Nightingale, 2010, s. 149). Nightingale oppfordrer sykepleieren til å tenke selv gjennom betegnelsen «intelligent lydighet» (Nightingale, 2010, s. 183). Sykepleietiltakene skulle være begrunnet og Nightingale tok således til orde for en faktabasert sykepleie (Nightingale, 2010, s. 149).

Sykepleierens evne til å observere pasienters symptomer med et ønske om å lære og utvikle seg videre basert på tidligere erfaringer var essensielt (Nightingale, 2010, s. 180-181). Kunnskapen og observasjonene skulle sykepleieren bruke til å forebygge utvikling av komplikasjoner hos de kirurgiske pasientene (Nightingale, 2010, s. 170). Sykepleierens jobb er å identifisere pasientens behov selv om pasienten ikke klarer å meddele dette selv (Nightingale, 2010, s. 160). Nightingale påpeker at folk flest ikke evner å tilstrekkelig observere sykdomstegn på et menneske slik en erfaren sykepleier kan (Nightingale, 2010, s. 184). Sykepleie er en spesialitet og hun argumenterer dermed mot oppfatningen av at allmenheten kunne stelle syke (Nightingale, 2010, s. 32).

Nightingale påpeker at sykepleieren har en viktig funksjon i å beskytte pasienten i samhandling med miljøet og pårørende. Pårørende kommer ofte med velmenende råd og med anbefalinger som ikke evner å gi håp, men påfører mer uro og lidelse for pasientene. (Nightingale, 2010, s. 143). Nightingale (2010, s. 189) vektlegger sykepleierens pedagogiske funksjon der hun skriver: «Sykepleierne må derfor lede ham i tråd med sin egen erfaring. Hun har en stor fordel, at hun har sett hvordan hele sykdomsbildet har forløpt fra farepunktet og frem til helbredelsen.» Dette er i tråd med dagens sykepleie der det kreves at sykepleieren innehar ferdigheter knyttet til det å kunne informere og undervise både pasienter og pårørende slik at de kan mestre situasjonen de står i.

4 Avgrensning og problemstilling

Denne studien vil inngå som en del av dagkirurgiprojektet og vil følgelig avgrenses av prosjektets føringer ved valg av metode, intervjuguide og pasientgruppe. Studiens hensikt er å få en økt forståelse for hvordan pasienter som har fått fjernet ovariale cyster gjennom kikkhullskirurgi i dagkirurgisk regi opplever å være sin egen behandler i tiden etter hjemkomst. Tidligere forskning har i liten grad studert hvilke erfaringer denne gruppen har med å gjennomføre den postoperative rekonvalesensen hjemme.

Med bakgrunn i dette utledes følgende problemstilling:

Hvilke opplevelser og erfaringer har pasienter med egenbehandling hjemme etter dagkirurgisk behandling av ovariale cyster.

5 Metode

I dette kapittelet vil valg av metode samt min forskningsprosess presenteres. Jeg vil forsøke å vise min tilnærming til prosjektet rent metodisk.

5.1 Valg av metodisk tilnærming

Forskningsspørsmålet er bestemmende for metoden. Kvalitativ studie med individuelle dybdeintervju ble derfor valgt som metodisk tilnærming for å belyse forskningsspørsmålet. I forskningen er det relevant å fremme informantenes egne erfaringer og opplevelser av det å være dagkirurgisk pasient med søkelys på egenbehandling. Jeg har valgt å bruke et semistrukturert dybdeintervju for å sikre at informantene blir stilt tilnærmet de samme spørsmålene, samtidig som det åpner for å kunne stille spørsmål med utgangspunkt i informantenes beskrivelser og utsagn for videre utdyping og forklaring.

5.2 Utvalg

Utvalget består av pasienter som har fått gjennomført fjerning av cyster i et dagkirurgisk forløp på et universitetssykehus i Norge i perioden mars-august 2022. Jeg har gjort et tilfeldig strategisk utvalg for å belyse problemstillingen på en best mulig måte (Malterud, 2017, s. 58). Variasjon innenfor den aktuelle pasientgruppen var ønskelig, men ble tilfeldig da en ikke kunne selektere pasienter ut fra variabler som alder, sivilstatus, etnisk opprinnelse, sosial status mv. Utvalget var likevel strategisk ved at det omfattet pasienter operert for ovariale cyster innenfor en gitt periode.

Hensikten og formålet med studien er ledende for hvor stort et utvalg skal være. Til denne studien planlegges det å ha 6 informanter, gitt at dette er en masteroppgave med begrenset omfang. Dette anses tilstrekkelig da studien er spisset og med et presist omfang, samt at innhenting av data fra et større antall informanter fort kan bli overveldende og vanskelig å analysere (Polit & Beck, 2017, s.497).

Inklusjonskriterier til studien:

1. Pasienter som har gjennomgått den aktuelle kirurgiske prosedyren, fjerning av ovariale cyste(r), dagkirurgisk
2. Pasienter >18 år
3. Samtykkekompetent
4. Behersker norsk muntlig og skriftlig

Forutsetningen at en behersker skriftlig og muntlig norsk kan utelukke pasienter med annen etnisitet. Pasienter som blir overført til sengepost som en følge av at dagkirurgisk avdeling stenger kl. 17 vil også kunne bli inkludert i studien dersom de utskrives senere samme dag. Pasienter som blir re-innlagt eller utskrives påfølgende dag vil heller ikke utelukkes, fordi deres erfaringer med håndtering av utvikling av komplikasjoner er ønskelige. Disse vil da komme i tillegg til de planlagte 6 informantene.

5.3 Rekruttering

For å rekruttere informanter ble det opprettet kontakt med klinikkdirektør på den aktuelle dagkirurgiske enheten, som godkjente igangsetting av prosjekt. Det ble avholdt et møte på sykehuset med kontaktperson og veileder. Før igangsetting av rekruttering ble kontaktpersonen og personalet på den dagkirurgiske avdelingen ble gjort kjent med prosjektet samt inklusjons- og eksklusjonskriterier for studien.

Av praktiske hensyn ble det avtalt at aktuelle kandidater til studien skulle få muntlig informasjon og forespørsel om deltagelse i studien på operasjonsdagen av det dagkirurgiske personalet. Dersom en ønsket å delta, fikk en overlevert en konvolutt med et informasjonsskriv med forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet (vedlegg I) samt et samtykkeskjema (vedlegg II), som ble signert. Det var initialt avtalt at avdelingen skulle sende meg samtykkende kandidaters navn og telefonnummer slik at jeg kunne ta kontakt med dem. Dette ble, som følge av personvern hensyn, endret tidlig i forløpet av rekrutteringen til at jeg mottok en SMS om at de hadde en kandidat, og jeg deretter fysisk

hentet samtykkeskjemaet med kontaktinformasjon om den aktuelle kandidaten på avdelingen.

Pasientene som hadde undertegnet samtykkeskjema ble oppringt 1. postoperative dag. Under telefonsamtalen ble kandidatene på nytt informert om hensikten med studien og de fikk en ny forespørsel om de fremdeles ønsket å delta og om muligheten til å trekke samtykket tilbake. Kandidater, som hadde samtykket til deltagelse, men ikke svarte på telefonoppringningen fikk tilsendt en SMS om hvem jeg var og hvorfor jeg hadde ringt dem med et ønske om at de tok kontakt. Ved positivt svar, ble tidspunkt for intervju avtalt. Informantene ble oppført på en liste med kodenøkkel der navnet ble erstattet med en kode for å sikre anonymisering videre i prosjektet.

5.4 Intervjuguide

Intervjuguiden som ble benyttet under intervjuene var på forhånd utarbeidet av dagkirurgiprojektet og kan sees under vedlegg III. En intervjuguide er et hjelpemiddel for forskeren til å holde fokus på de tema som skal utforskes, slik at en får de dataene en er ute etter (Malterud, 2017, s. 133).

Intervjuguiden (vedlegg III) er delt opp i 4 tema for å gi informanten mulighet til å snakke så fritt som mulig. Da hensikten med studien er å få mer kunnskap om hvordan pasienten opplever det dagkirurgiske forløpet fokuseres temaene i intervjuguiden rundt forberedelser til operasjonen, det første døgnet inkludert hjemreise, behov for hjelp og støtte og en beskrivelse av hvilken egenbehandling vedkommende har blitt anbefalt å utføre og hvordan de har utført denne etter hjemkomst.

Under hvert tema er det listet opp aktuelle stikkord, som er ment som støtte til intervjueren samt å kunne peile informanten inn på de temaene det ønskes å samle data om. Intervjuet vil følgelig avrundes med et spørsmål om det er noe som informanten synes er viktig som vi ikke har snakket om og som hun ønsker å tilføye.

Det er imidlertid viktig å ikke bli for lojal mot intervjuguiden, men være åpen for nye fokus og eventuelt revidere den underveis (Malterud, 2017, s. 133-134). En søker kunnskap og innsikt i noe en ikke vet og dermed må en være lydhør og endre fokus ut fra informantenes erfaringer. På bakgrunn av tilkommet data fra informantene ble det underveis utarbeidet tilleggspunkter, som supplement til den opprinnelige intervjuguiden:

- Har tidligere erfaring med kirurgi påvirket graden av forberedelser til dette inngrepet?
- Kan du fortelle litt om hvordan rollen som partner/mor ble påvirket?
- Hvilke tanker hun hadde gjort om at kroppen hadde endret seg fysisk etter inngrepet?
- Hvordan hun opplevde å selv skulle regulere balansen mellom hvile og aktivitet etter inngrepet?
- Hvordan har det vært å gå på toalettet etter operasjonen?

I tillegg utarbeidet jeg noen konkrete tilleggsspørsmål i intervjuguiden der informantene gjerne svarte litt kort på de åpne spørsmålene, for å forsøke å stimulere til mer fyldige beretninger.

Videre ble informantenes karakteristika samlet inn. Med karakteristika mener jeg alder, sivilstatus, om informanten er alene- eller samboende, utdanning/yrke og et ja/nei spørsmål om tidligere dagkirurgisk behandling (dersom ja bes det om antall).

5.5 Datasamling

5.5.1 Forberedelse

Før oppstart av hvert intervju gikk jeg grundig gjennom intervjuguiden. Alle intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og utstyret ble kontrollert før hvert intervju for å sikre at det fungerte. Jeg benyttet alltid to lydopptakere for å unngå at materiale gikk tapt dersom tekniske problemer. På dagen for intervjuene ble det avsatt god tid i forkant, slik at jeg møtte opp presis til avtalt tid med informantene.

5.5.2 Gjennomføring av intervju

Ved valg av lokalisasjon bør en velge et sted med en rolig setting med færrest mulig miljømessige distraksjoner. I og med at hensikten med prosjektet er å undersøke hvordan pasientene opplever å ha ansvar for egenbehandling og -omsorg, så kort tid etter kirurgi, vil det bidra til studien å observere hvordan informantene fungerer i en hjemmesituasjon. Informantene ble informert per telefon om at jeg ønsket å gjøre intervjuet hjemme, men at dersom de ønsket å gjøre det utenfor hjemmet så kunne jeg skaffe et egnet lokale på Høgskulen.

Ved å avholde intervjuet hjemme hos informanten må en være oppmerksom på at det kan oppstå distraksjoner, eksempelvis dersom barn er til stede kan det gi bakgrunnsstøy på lydopptaket. Dette gjør transkriberingen mer krevende i etterkant (Polit & Beck, 2017, s. 508). Jeg ba derfor informantene om å velge et tidspunkt for intervju da det var rolig hjemme.

Informantene fikk selv velge dag og tidspunkt for intervju. Den eneste begrensningen som ble lagt var at intervjuet skulle foregå mellom 3. og 7. postoperative dag i tråd med dagkirurgiprosjektets retningslinjer. Det er formålstjenlig at intervjuet gjøres allerede noen dager etter operasjonen da pasientene fremdeles har operasjonsdagen friskt i minnet, men eventuelle sterke opplevelser har blitt fordøyd og mer nyansert. Jeg søkte å tilstrebe at intervjuet ikke ble gjort før tidligst 4. til 5. postoperative dag. Da erfarte jeg at informantene da hadde rukket å hente seg noe inn etter operasjonen og et større energioverskudd til intervjuet. Jeg gjennomførte totalt 7 intervju. 6 intervju i eget hjem og 1 intervju ble gjennomført på et kontor på Høgskulen.

I forkant av intervjuet ble dagkirurgiprosjektet, studiens hensikt samt samtykkeskjema gjennomgått på nytt med informanten for å sikre meg at vedkommende var kjent med studiens innhold og omfang. Informanten ble på nytt informert om at hun har rett til å trekke seg dersom hun ønsker dette uten at det får noen konsekvenser. Dersom pasienten føler seg komfortabel og fortrolig nok med intervjueren og omgivelsene, vil dette kunne gjenspeile seg i de erfaringene som deles og hvor beskrivende de er (Polit & Beck, 2017s.

510). Jeg søkte å opparbeide meg tillit ved å småprate litt før intervjuet startet. Jeg opplevde at alle hadde et ønske om å bidra med sine erfaringer, men at det var mer varierende hvor detaljrike de var i sine fremstillinger.

Å opparbeide seg tillit, lytte og gjøre gode observasjoner er avhengig av intervjuerens dyktighet og erfaringer (Malterud, 2017, s. 69). For meg var rollen som intervjuer ny, men gjennom flere års erfaring som sykepleier har jeg opparbeidet meg erfaring med kommunikasjon med pasienter, som vil komme godt med i intervjusituasjonen. Før igangsetting av prosjektet hadde jeg mottatt veiledning samt gjennomført et testintervju, men opplevde likevel den nye situasjonen som intervjuer som krevende. Jeg reflekterte etter hvert intervju over hva jeg kunne gjort bedre eller annerledes, og utviklet meg i rollen som intervjuer.

Det ble brukt lydopptak under intervjuet. Mange kan oppleve opptaksutstyret som nærgående og bli nervøse. En ulempe med lydopptak er at man ikke fanger opp den non-verbale kommunikasjonen som skjer gjennom en samtale. Utfyllende notater anses derfor som ønskelig, men det er viktig å sikre seg at intervjuerens fulle oppmerksomhet er på samtalen. Å ta notater underveis kan påvirke denne. (Malterud, 2017, s. 74). Siden jeg er en uerfaren forsker og planlegger å gjennomføre prosjektet alene tok jeg sikte på å ta korte notater umiddelbart før og etter intervjuet for å unngå å bli distraheret fra samtalen.

I informasjonsskrivet var det også opplyst om at man ville bli forespurt om å fylle ut en spørreskjemapakke fra hovedprosjektet, som jeg tok med meg til intervjuet. Å velge å ikke svare på denne utelukket ikke muligheten til å delta i studien. Der informantene ønsket det, assisterte jeg ved utfylling eller ventet, mens de fylte ut på egenhånd. Alle ønsket å fylle denne ut, mens jeg var til stede, selv om de fikk tilbud om å ettersende. Avslutningsvis takket jeg informantene for at de hadde tatt seg tid til å delta og dele av sine erfaringer som dagkirurgisk pasient.

5.5.3 Transkripsjon

Lydopptaket ble overført til tekst gjennom transkribering. Transkriberingen av intervjuet ble gjort umiddelbart, enten samme dag eller påfølgende dag, av meg for å sikre en mest mulig korrekt gjengivelse. Transkriberingen ble gjort ordrett fra intervjuet. Jeg brukte dataprogrammet Word til denne jobben. Gjennom transkriberingen ble teksten anonymisert ved at den fikk en kode samt at alle personopplysninger, adresser og stedsnavn ble utelatt fra teksten. Tanker/refleksjoner og notater jeg hadde gjort ble skrevet under det transkriberte intervjuet.

Lydopptak og transkribert materiale ble gjennomgått flere ganger for å sikre pålitelighet og gyldighet (Kvale & Brinkmann, 2015, s.211-212). Jeg benyttet også prosessen med transkribering som læring til å forbedre min intervjueteknikk samt starte analyseprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207). Under datainnsamlingen ble materialet kryptert etter transkriberingen for å sikre forsvarlig oppbevaring frem til de anonymiserte dataene ble overført til forskningsserver på Høgskulen på Vestlandet for langtidslagring. Lydopptak ble slettet fra lydopptaker etter transkriberingen. Dette er det informert om i informasjonsskriv til informantene (vedlegg I).

6 Analyse

Analysen skjer fortløpende og er en kontinuerlig prosess i kvalitativ forskning. Analyse består i å stille spørsmål til det innsamlede empiriske materialet (Malterud, 2017, s. 83). Jeg har fått viktige innspill og bidrag fra min veileder, for å sikre korrekt utførelse samt kvaliteten på arbeidet. En prosjektlogg har blitt ført underveis der jeg noterte meg viktig korrespondanse i prosjektet, tanker og refleksjoner, drøftelser av ulike veivalg og praktiske samt etiske utfordringer knyttet til prosjektet.

Til denne studien er analysemodellen systematisk tekstkondensering (STC) valgt. Det er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse som går over fire trinn (Malterud, 2017, s. 97). Analysemodellen anbefaler å få et helhetsinntrykk av datamaterialet, identifisere meningsbærende enheter, abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene og til slutt sammenfatte betydningen av dette.

6.1 Helhetsinntrykk

Hele materialet mitt ble gjennomlest flere ganger for å skaffe meg en oversikt samt notere ned foreløpige temaer og stikkord fra hvert intervju. Jeg søkte å sette min forforståelse og den teoretiske referanserammen til side slik at jeg var åpen for erfaringene informantene formidlet. Problemstillingen min var imidlertid i bakhodet under gjennomlesningen, og jeg så etter fellestrekk og ulikheter hos informantene i denne prosessen. Etter gjennomgang av materialet satte jeg opp 8 foreløpige temaer basert på de oppsummerte stikkordene, som jeg ga midlertidige navn (Malterud, 2017, s. 99)

- Forberedelser til operasjon
- Informantenes informasjonsbehov
- Kontakt med helsevesenet
- Tidligere kirurgisk erfaring
- Endring av familiedynamikken – nedsatt funksjonsnivå og behovet for hjelp og støtte
- Uventet sterke smerter
- Usikkerhet knyttet til egenbehandling

- Manglende kunnskap til vurdering av egen helsetilstand

6.2 Identifisere meningsbærende enheter

Materialet ble gjennomgått på nytt for å finne meningsbærende enheter, som ble sortert under de foreløpige temaene, hvilket var starten på prosessen med å systematisere dem; selve kodingen. Kodingen innebærer en systematisk dekontekstualisering, der jeg tok deler av teksten i datamaterialet ut av sin sammenheng, for deretter senere å lese dem i sammenheng med beslektede tekstelementer i lys av de teoretiske perspektivene (Malterud, 2017, s. 104).

Kodeprosessen ble gjort i tekstprogrammet Word der aktuelle tekstbiter ble markert med farger, og klippet ut og limt inn under de foreløpige kodene. Jeg hadde opprinnelig sortert smerter, postoperative komplikasjoner, sårstell, løfterestriksjoner og bevegelse/aktivitet inn under fellesbetegnelsen egenbehandling, men valgte å kode disse selvstendig under dette trinnet for bedre oversikt, hvilket gjorde at jeg totalt hadde 15 temaer. Underveis ble småbarnsmødre og hjemreise lagt til som egne koder, men senere forkastet. Kodene ble justert etter hvert som prosessen gikk fremover, og det har vært en del frem og tilbake, og blitt gjort nye vurderinger. Valgene som ble tatt her ble notert fortløpende i prosjektloggen.

Til slutt ble de foreløpige teamene sammenslått og omgjort til kodene:

- Forberedelser til kirurgi
- Informasjonsbehov
- Endret familiedynamikk
- Egenbehandling

De foreløpige kodene ble drøftet med veileder for å få litt nye synspunkt, og endret til:

- Informasjonsbehov
- Endret familiedynamikk
- Egenbehandling

6.3 Kondensering – å abstrahere meningsinnhold

Nå ble kun de meningsbærende enhetene som var identifisert og foreløpig kodet brukt videre, og resten av materialet lagt til side. De meningsbærende enhetene under hver kodegruppe ble her sammenfattet, og delt videre inn i subgrupper. Det ble gjort vurderinger underveis om de meningsbærende enhetene skulle flyttes til andre subgrupper eller forkastes. Mine kodegrupper med subgrupper var nå:

- Informasjonsbehov
 - Forberedelser til kirurgi
 - Informasjonsbehov
 - Opplevelse av kommunikasjonen
- Endret familiedynamikk
 - Hjelpebehov
 - Økt arbeidsbyrde for pårørende
 - Småbarnsmødre
- Egenbehandling
 - Forståelse og håndtering av smerter
 - Sårstell
 - Forståelse og håndtering av postoperative symptomer som kvalme, obstipasjon og svimmelhet

Det ble skrevet en generaliserende tekst, kondensat, fra hver subgruppe basert på summen av informantenes stemmer. Teksten ble omskrevet fra dialekt til bokmål for å ytterligere forebygge identifisering av informantene, men søkt holdt så tekstnær som mulig. Gullsitater ble benyttet for å belyse kondensatet der jeg fant aktuelle.

6.4 Syntese og sammenfatning

Etter å ha gjennomgått kodegruppene med veileder satt jeg igjen med tre hovedfunn basert på kodegruppene presentert ovenfor. Det ble utformet en analytisk tekst til hvert hovedfunn

der jeg ønsket å formidle fellestrekk, men samtidig få frem variasjonene i informantenes utsagn illustrert med «gullsitater». Jeg tolket materialet i samråd med veileder for å vurdere om tolkningene var en gyldig beskrivelse av datamaterialet de var hentet ut fra, og hvordan dette kunne bidra med ny kunnskap. Det ble utarbeidet overskrifter til kodene, som sammenfattes og ga en pekepinn på funnene mine (Malterud, 2017, s. 108-110).

Helt til slutt ble alle intervjuene gjennomgått for å utfordre mine funn og vurdere om det fantes informanter som motsa de presenterte funnene samt sikre meg at alle informantene medvirket i resultatet. Dette er viktig for å validere resultatet og sikre resultatets overførbarhet (Malterud, 2017, s. 110).

7 Etiske vurderinger

7.1 Godkjenninger

For prosjekter som omfattes av helseforskningsloven må det søkes Regional Komite for medisinsk forskningsetikk, REK, om godkjenning. Av helseforskningsloven (2008) § 2 fremgår det at dens virkeområde gjelder for «helsefaglig forskning på mennesker». Prosjektet vil innebære innsamling av data som gjelder mennesker gjennom intervju, og det må følgelig foreligge en godkjenning før pasienter kan involveres i prosjektet.

I og med at studien inngår som en del av et allerede pågående forskningsprosjekt var aktuelle tillatelser fremskaffet av prosjektets ledelse. Prosjektet er søkt og godkjent av REK med søknadsnummer 31134 (vedlegg IV).

Prosjektet behandler personopplysninger og det er derfor også søkt og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), med referansenummer 298519 (vedlegg V). Lydbånd fra intervjuene ble kryptert med passord, og oppbevart på et sted kun tilgjengelig for forsker under datainnsamlingen for deretter å bli slettet. Det ble dobbelkontrollert at lydopptakene var slettet fra lydopptaker før den ble returnert. Som beskrevet i metodekapittelet blir informantene anonymisert i den transkriberte teksten og gitt en kode. Lydbånd og transkripter har gjennom hele prosjektet vært lagret og behandlet separert.

Samtykkeskjema, kodenøkkelskjema og spørreskjema har blitt oppbevart nedlåst under datainnsamlingen for deretter å bli overført til hovedprosjektet for videre sikker oppbevaring. Etter endt studie vil også transkripter og dokumenter tilknyttet disse, destrueres fra forskers PC. Når datasamlingen var gjennomført ble de anonymiserte dataene i transkriptene overført til hovedprosjektet for videre forskning, og lagret på en sikret forskningsserver, på Høgskulen på Vestlandet. Dette er det informert om i informasjonsskriv til informantene (vedlegg I). Informasjonsskriv og samtykkeskjema er også vurdert til å følge gjeldende lovverk av NSD.

Innsending av prosjektet til klinikk ble gjort av veileder i tråd med Høgskulen sine retningslinjer. Prosjektet ble videre godkjent av avdelings- og klinikkledelse. Assisterende

avdelingsleder ved den aktuelle dagkirurgiske enheten ble oppnevnt som forskers kontaktpunkt før igangsetting av rekruttering av pasienter. Prosjektstart: 01.01.22. Prosjektlutt: 01.12.22.

7.2 Samtykke

Et sentralt krav ved all forskning som inkluderer mennesker er at det foreligger et frivillig og informert samtykke, jf. Helseforskningsloven (2008) § 13. Dette innebærer at informanten ikke skal ha vært under noe press til å delta samt at de er klar over muligheten til å trekke seg når som helst under prosjektet. Under metodekapittelet er det beskrevet hvordan rekrutteringen til studien ble gjort og at selve rekrutteringen ble gjort av personale på den dagkirurgiske avdelingen for å unngå at informanten ble utsatt for unødig press til å delta i studien.

7.3 Etske forhold ved datainnsamlingen

Helsinkideklarasjonen fastslår etiske prinsipper for all medisinsk og helsefaglig forskning som omfatter mennesker (World Medical Association, 2022). Forskerens integritet er avgjørende for de etiske avgjørelsene som blir tatt underveis i prosjektet. I sin søken etter ny kunnskap står man under et intervju i spenning mellom informantens og samfunnets interesse. Det kan lett oppstå en ubalanse i maktrelasjonen mellom forsker og informant i informantens disfavør (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 110). Noen temaer kan oppleves som ubehagelige for informanten, og en balanserer på en knivsegg gjennom ens søken etter ny kunnskap ved at en kan presse informanten til å dele informasjon som oppleves belastende.

Innledningsvis før intervjustart presiserte jeg for informantene at dersom de hadde behov for en pause eller det var tema de ikke ønsket å snakke om, så var det helt opp til dem. Ved å legge intervjuet til tidligst 4. postoperative dag forsøkte jeg videre å ta hensyn til at informantene kan være reduserte, både fysisk og psykisk, som en følge av inngrepet. Intervjuet kan adressere vanskelige tema uten videre oppfølging, og det er viktig å være bevisst på at informantene kan være i en mer sårbar situasjon som en følge av dette.

Dagkirurgiprojektet er tilknyttet en psykolog med erfaring innen traumebehandling, som det kunne formidles kontakt med dersom jeg opplevde forhold hos informantene som gav grunn til bekymring.

Artikkel 24 i Helsinkideklarasjonen statuerer at innsamlet data vedrørende pasienter og deres livssituasjon skal behandles konfidensielt og en er pliktig til å sørge for at dataene anonymiseres slik at det ikke skal være mulig å identifisere og plassere pasientene som informanter i studien (World Medical Association, 2022). Informantene i studien ble informert om at all informasjon som kunne bidra til identifisering ville anonymiseres eller utelates fra den transkriberte teksten. Under en slik studie kan det fremkomme opplysninger av mer sensitiv karakter om informantene, og jeg fant det derfor viktig å forsikre informantene om deres anonymitet i forskningsprosjektet ved å poengtere at navn, stedsnavn etc. ikke ville bli brukt videre. Videre besluttet jeg at dersom jeg gjenkjente noen av informantene som ble rekruttert til studien ville de ikke bli inkludert da jeg anså at det kunne påvirke fremstillingen av datamaterialet i studien.

Som en følge av studiens preg samt at forskeren er operasjonssykepleier kan det medføre at informantene forventer at jeg innehar et medisinsk ansvar for dem (Malterud, 2017, s. 213). Det var derfor viktig å trekke et skille mellom forskerrollen og min rolle som helsepersonell i dette prosjektet. Jeg fant det ikke etisk riktig å ignorere helsespørsmål av hensyn til min rolle som operasjonssykepleier, men også fordi dette etter mitt syn kunne innebære et tillitsbrudd hos informantene. Jeg avtalte der det fremkom spørsmål fra informantene at disse ville bli søkt besvart i etterkant ved å gi veiledning eller oppfordre til kontakt med den dagkirurgiske avdelingen.

8 Presentasjon av funn

Under dette kapittelet vil studiens funn presenteres. Informantene består av 7 kvinner i alderen 21 år til 52 år med flertallet i aldersgruppen 20-35 år. Tre av informantene hadde barn, hvorav to hadde små barn. Noen av informantene var single og en av informantene bodde alene. Informanten som bodde alene, hadde gjort en avtale med sin søster. Tre av informantene hadde helsefaglig bakgrunn.

Datamaterialet er omfattende og ikke alt blir presentert. Hovedfunnene er analysert frem i 3 hovedkategorier, der informasjon eller mangel på informasjon ble den dominerende overskriften tett etterfulgt av postoperative smerter og behov for hjelp og støtte.

8.1 Informasjon – ingen fikk for mye informasjon

8.1.1 Forberedelser til kirurgi

Som mennesker er vi ulike, hvilket empirien tydelig viser. Noen informanter mente informasjonen som ble gitt var tilstrekkelig, mens det fleste opplevde svakheter både i den muntlige og skriftlige informasjonen. Å håndtere den pre- og postoperative fasen på en best mulig måte var avhengig av å gjøre ting rett. En informant uttalte «Jeg ville liksom ikke gjøre noe feil». Der tidligere kirurgisk erfaring skapte ro og forutsigbarhet i forberedelsene hos en informant opplevde en annen informant et økt kontrollbehov, som følge av tidligere negativ erfaring. Bagasjen vi har med oss kan påvirke situasjonen en står i, både i positiv og negativ grad.

Det kan tilsynelatende virke som dagkirurgi forbindes med noe som er lett, fordi man får dra hjem samme dag. Helsevesenet bidrar til denne forestillingen gjennom å formidle at det er snakk om et mindre inngrep. Det skaper en forventning om at når en kommer hjem, så er alt i orden igjen. En informant uttaler: «For min del har de første dagene vært litt tunge». Det foreligger et misforhold mellom forventningene og realiteten, selv om de har fått tilbud om 1-2 ukers sykemelding. Rekonvalesensen oppleves mer krevende og langvarig enn først antatt.

Selv om noen informanter hadde gjort forberedelser som matinnkjøp, rengjøring og medisiner på forhånd, så lot majoriteten pårørende ta ansvar for dette. Ingen bemerket det hygieniske aspektet med rene klær, håndklær og sengetøy. Flertallet uttrykte i ettertid at de skulle ønsket at de hadde gjort flere forberedelser, spesielt med tanke på tiden etter operasjonen. Hjemmet var ikke tilrettelagt for en rekonvalesens, fordi fokuset hadde vært på selve inngrepet. Flere ble overasket over den drastiske endringen i funksjonsnivå de opplevde når den postoperative rekonvalesensen startet hjemme. Utsagnet til en informant illustrerer dette tydelig: «Jeg gikk inn på sykehuset helt mobil og ut av sykehuset litt mer immobil».

Resepter på smertestillende ble først formidlet etter operasjonen. Dette blir i mindre grad problematisert, men flere forteller at de har fått hjelp av pårørende til å hente ut medisiner på apoteket. En av kvinnene angret på at hun ikke hadde ordnet fullmakt til å hente ut medisiner, fordi når hun var kommet hjem «kunne jo ikke mannen min gå fra meg».

8.1.2 Informasjonens avgjørende betydning for mestring i tiden hjemme

Informasjonen som ble formidlet på oppvåkningen, mens de fremdeles var påvirket av medisiner fra narkosen ble oppfattet ulikt. Det var til dels store forskjeller i informantenes evne til å ta til seg denne informasjonen. Noen opplevde seg som klar i hodet, mens andre betegnet seg som «sosete» og «blurry». Flere opplevde informasjonen som mangelfull, og var glad de hadde fått noe skriftlig de kunne støtte seg på i etterkant.

Ingen av informantene uttrykte at de fikk for mye informasjon. Selv de med helsefaglig bakgrunn hadde behov for informasjon. Informantene formidlet et savn av at muntlig informasjon ble etterfulgt av skriftlig informasjon og en informant sier at «det er veldig lett å glemme det. De kan si ting til meg, men det går sånn halvveis inn, fordi det er mye å tenke på». For mange er dette inngrepet deres første møte med kirurgi og det oppleves som overveldende. Dette begrenser kapasiteten en har til å ta til seg ny informasjon og skapte stress og engstelse i det pre- og postoperative forløpet. Informasjonsbehovet var stort hos denne gruppen, og en informant uttrykte et behov for at informasjonen i større grad skulle

berolige henne. Flere «googlet» i et forsøkt på å tilfredsstille informasjonsbehovet sitt, uten å få svar. Informasjonen, både den muntlige og den skriftlige, kom til kort hos disse.

Tydlig kommunikasjon er avgjørende for en felles virkelighetsbeskrivelse. Uklare begreper kan bidra til feilbehandling. Informasjon om løfterestriksjoner ble hovedsakelig formidlet muntlig til informantene. Flertallet av informantene var klar over at de ikke skulle løfte tungt, men beskrivelsene av hva som er tungt varierer i alt fra 1-2 kg til 10 kg. På tross av god etterlevelse, skaper uklar kommunikasjon variasjoner. Småbarnsmødrene fant løftrestriksjonene praktisk vanskelig å overholde når de kom hjem.

Flertallet er kjent med at bevegelse er gunstig og at man kan gjenoppta normal aktivitet, men skal unngå hard trening. Dette er nevnt i innkallingsbrevet (Vedlegg VI), men i skrivet de får med seg hjem fra overvåkingen (Vedlegg VII) står det om aktivitet: «Følg de anbefalinger legen har gitt». Empirien viser at etterlevelsen hos informantene varierer. Flere prioriterer å gå turer og bevege seg, mens andre prioriterer å hvile og en informant sier: «Jeg merket ikke sånn egentlig at bevegelse hjalp så veldig på de trykksmertene for å være helt ærlig.». Hun hadde kunnskapen om at bevegelse avhjelper luftplager forårsaket av gassen, men beveger seg ikke nok til å få effekt.

Andre vegrer seg for å bevege seg som følge av smertene det medfører og husker ikke eller mener å ikke ha mottatt noe informasjon om hvile og aktivitet i den postoperative fasen. Det kjennes instinktivt tryggest ut å avstå fra handlinger som fremprovoserer smerte. Hvile fremstår som et trygt alternativ. Selv de som har fått informasjon er i den oppfatning av at den kunne vært mer konkret, og diffuse begreper fra helsepersonell gjør det vanskelig for informantene, ved at de på egenhånd uten erfaring, skal avgjøre hva som er en god balanse mellom hvile og aktivitet i den postoperative fasen.

8.1.3 Informantenes opplevelse av kommunikasjonen med helsevesenet

Flertallet innehar en positiv innstilling til dagkirurgi da det å kunne få være hjemme i vante omgivelser trumfer ambivalensen flere kjenner på ved å dra hjem så kort tid etter inngrepet. En av informantene opplevde at tiden på sykehuset ble for kort. Fra sykehusets side var hun

klarert for utreise, men hun kjente seg ikke mentalt klar, som følge av uventet informasjon fra kirurgen om bifunn. Hun satt med følelsen av at de bare ville ha henne ut og uttrykte følelsen av at: «Kanskje man måtte fake det litt mer for å kunne være der lenger». Presset med å dra hjem så kort tid etter inngrepet synes hun var kjipt.

Kort reisevei og mulighet til å ta kontakt 24/7 gir trygghet hos informantene om at dette skal gå bra. Den oppsøkende telefonsamtalen fra helsevesenet dagen etter operasjonen trekkes frem som positiv, og minsker følelsen av å være overlatt til seg selv hos flere. Den gav muligheten til å ta opp spørsmål og bekymringer, og flere opplevde å få god hjelp. En av informantene fikk derimot ikke denne telefonsamtalen.

Hos flere melder spørsmålene seg først senere i det postoperative forløpet. På tross av at flere informanter uttrykker at de opplever en lav terskel for å ta kontakt med sykehuset gjør likevel få dette, selv om de har spørsmål knyttet til om symptomer de opplever er å anse som normale eller ikke. Smerter synes å være en gyldig grunn for informantene til å ta kontakt.

8.2 Endret familiedynamikk som følge av dagkirurgi

Informantene har etter inngrepet en nedsatt evne til å utføre dagliglivets aktiviteter, hvilket omfatter å ivareta seg selv, matlaging, husarbeid og utøve omsorg for barn. Dette innebærer en endring i familiedynamikken. Årsaken til informantenes hjelpebehov fremstod todelt; noen var sterkt smertepreget, mens andre var fysisk redusert med et stort søvnbehov.

8.2.1 Økt hjelpebehov – vegring mot å erkjenne dette

Det stilles krav om at en skal ha følge hjem og en ansvarlig voksen hos seg det første døgnet etter inngrepet. Empirien viser at det var store variasjoner i informantens behov for hjelp og støtte etter at de var kommet hjem. Alle hadde et praktisk hjelpebehov det første døgnet, men flere også utover dette og en informant sa det slik: «Jeg var 100% hjelpetrengende».

Hun hadde som følge av sterke smerter problemer med å ivareta basale behov som egen hygiene, lage mat og toalettbesøk.

Noen informanter er i god form postoperativt og måtte aktivt arbeide med å begrense seg selv for å klare å ta det med ro etter operasjonen, og en informant sa at hun tenkte «det er litte grann kjedelig» å være nyoperert. At noe har endret seg blir likevel tydelig gjennom beskrivelsene ved at alle gjøremål tar mer mye mer tid, og bruken av uttrykkene «litt hjelpeløs», «fungerer litt på halv maskin» og «rasjonering av energien».

Flere beskrev et økt søvnbehov i tiden etter operasjonen. De hadde sovet tvers gjennom første natten og våknet i samme stilling som de la seg i dagen etter. Informantene gav uttrykk for å være mer slitne og utmattet etter operasjonen enn forventet. Ikke alle var forberedt på hvilken påkjenning kirurgi kunne være for kroppen. Det påvirket i ulik grad og de kjente alle på behovet for ro og hvile. Empirien viser at flere er plaget med tretthet og utmattelse fremdeles på intervjudtidspunktet, som i gjennomsnitt var 5. postoperative dag.

Samtlige, bortsett fra en informant, uttrykte at gjøremål som matlaging og husarbeid ble ivaretatt av pårørende det første døgnet. Flere hadde en høy terskel for å be om eller ta imot hjelp fra familiemedlemmer og venner. En informant oppsummerte det slik: «Jeg ville gjerne gjøre det selv, fordi jeg vil ikke være til bry for andre. (...) Jeg skjønner at de vil hjelpe, men det er jo selvfølgelig vanskelig å be om hjelp når det er noe jeg tenker jeg kan klare selv.» Dette synes å springe ut av frykten for å bli en byrde samt at det er vanskelig å tre inn i rollen som rekonvalesent hjemme. De ønsker å klare seg selv, som før operasjonen. Dette gjorde at majoriteten forsøkte å gjøre oppgaver i hjemmet de ikke var fysisk i stand til, men ble forhindret av ulike postoperative plager.

Alle informantene hadde et familiært eller et sosialt støttenettverk rundt seg. Dette ble fremhevet som viktig i den postoperative rekonvalesensen hjemme. Flere stiller seg undrende til hvordan det skulle gått om de hadde bodd alene, fordi det å ha noen i nærheten gir trygghet dersom det skulle oppstå noe. Å bli sett av pårørende og få anerkjennelse var viktig emosjonell støtte. Flere hadde behov for trøst og omsorg i tiden

etterpå. Det er tydelig at informantene ville hatt et større behov for hjelp fra helsevesenet om de hadde manglet disse ressursene.

8.2.2 Økt arbeidsbyrde på pårørende

Dagkirurgi medfører en økt arbeidsbyrde for de pårørende. Å være pasient i tillegg til å være rekonvalesent hjemme medfører at rollene i husholdningen byttes om. Alle informantene beskrev elementer av dårlig samvittighet og indre konflikt i forhold til at dette medførte en økt arbeidsbyrde på den resterende husholdningen. En informant uttrykte at hun merket ektefellen var «stresset og litt sliten av å skulle få til all logistikken». Det var ikke bare enkelt å tillate seg å være rekonvalesent i en overbelastet husholdning, og flere forsøkte å presse seg selv til å bidra med det de kunne.

Informantene kjenner på en hjelpeløshet. Den nedsatte allmenntilstanden sammenholdt med fysiske restriksjoner bidrog til å skape frustrasjon hos noen av informantene, spesielt i forhold til huslige gjøremål. En informant uttrykte: «Jeg er en som kanskje kan bli litt sånn stresset når det er litt rotete.». Mange av informantene hadde hovedansvaret i hjemmet. En av kvinnene uttrykte at hun skulle ønsket partner hadde bidratt mer hjemme. Ulike terskler for gjøremål som rydding og rengjøring skapte midlertidig stress i relasjonen deres. For flere var trivsel og muligheten til å slappe av, sterkt knyttet sammen med hvor ryddig og rent det var i omgivelsene rundt dem.

8.2.3 Å være småbarnsmor etter dagkirurgi

For småbarnsmødrene bød den postoperative rekonvalesensen hjemme på noen ekstra utfordringer gjennom erkjennelsen av at de ikke var i stand til å ivareta barnet sitt. De hadde mobilisert familie til barnepass i tiden etterpå, men kjente på en sårbarhet i å måtte holde avstand til barna, fordi de ikke hadde forståelse eller evnet å ta hensyn til at mor var nyoperert. En av mødrene beskriver at hun måtte ligge helt stille inne på soverommet slik at barnet ikke var klar over at hun var hjemme. Dette utgjorde en ekstra belastning i det postoperative forløpet.

8.3 Egenbehandling – et postoperativt forløp på eget ansvar

Empirien viser at postoperative plager som smerter og ubehag, kvalme, svimmelhet og obstipasjon var gjennomgående tema alle informantene preges av i varierende grad. Informantene hadde ulik forståelse av hvilken egenbehandling de var pålagt å gjennomføre i den postoperative rekonvalesensen hjemme, på tross av at alle har gjennomgått samme prosedyre og skal ha mottatt tilnærmet samme informasjon.

8.3.1 Uventet sterke smerter

Smerter er noe informantene er både opptatt av og oppmerksom på, men som preget dem i ulik grad. Noen informanter fortalte om få eller lite smerter, mens andre opplevde at smertene var til hinder for dem. Smertene oppstod spesielt i forbindelse med bevegelse, eksempelvis å komme seg inn og ut av sengen, finne en god liggestilling og bøye seg ned.

Flertallet ble overrasket over intensiteten i smertene de opplevde. Spesielt smertene i nakke- og skulderpartiet forårsaket av gassen var sterkere enn de forventet, og en informant beskrev intensiteten slik: «Det gikk ikke å bare konsentrere seg om noe annet liksom. Det var bare sånn overveldende.». Skuldert smertene ble beskrevet som skarpe, stikkende og verkende av informantene. Noen beskrev luftsmertene som et trykk i brystet, som gjorde det vanskelig å puste. Dette opplevdes så skremmende at de valgte å ta kontakt med sykehuset.

Smertene i magen var mer tolererbare, men det ble gitt ulike beskrivelser av smertene. Noen opplevde det som å være litt «sprengt» i magen som følge av oppblåstheten, mens andre beskrev det som ømhet relatert til sårene. Det var ikke alltid så lett å forstå hva som forårsaket ubehaget en kjente på. Majoriteten av informantene tok smertestillende jevnlig de tre første dagene. Empirien viser at smertene avtok etter 3-4 dager og at informantene klarte å gjenoppta daglige aktiviteter.

Alle informantene ble hentet av pårørende og flere gav uttrykk for ubehag under transporten, spesielt i forbindelse med fartshumper. Kort reisevei var en lettelse og gjorde

kjøreturen tolererbar. For en informant var hjemreisen en strabasiøs og forferdelig opplevelse. På tross av kort vei, måtte de stoppe «for da begynte jeg å kaste opp». Hun var kvalm, kaldsvettet og utslitt ved hjemkomst etter bilturen.

Et interessant funn var hvordan ulik tilnærming og håndtering av smertene knyttet til luftplager ble forstått og håndtert av informantene. Det empiriske materialet viser at informantene har ulike kunnskap om tiltak for å avhjelpe luft smerter. Flertallet hadde fått informasjon om luftsmertene som kunne oppstå etter inngrepet og var i stor grad forberedt på dette. En informant sier det slik: «Jeg var litt opptatt av at jeg var nødt til å gå litt, gå det av meg.»

Noen hevdet at de ikke kunne huske å ha mottatt noen informasjon om at bevegelse kunne avhjelpe luft smerter og er redd for å fremprovosere smerter med bevegelse. De velger å hvile. Andre velger imidlertid å prioritere hvile på tross av at de har fått informasjon og besitter denne kunnskapen. Ut ifra det empiriske materialet kommer det tydelig frem at de informantene som velger hvile fremfor bevegelse, får et tyngre og mer krevende forløp med vedvarende smerter, utmattelse, kvalme, nedsatt appetitt og etter hvert obstipasjonsplager.

8.3.2 Sårstell – mer krevende enn først antatt

Alle informantene hadde fått skriftlig og muntlig informasjon om sårstell og uttrykte å ha god kontroll på bandasjeskift. Sårskift ble av flere informanter mer emosjonelt utfordrende enn antatt, spesielt det første sårskiftet ble beskrevet som en uventet barriere de måtte forsere. Noen av informantene med helsefaglig bakgrunn, ble spesielt overrasket over reaksjonen sin. «Jeg trodde ikke at det å skifte de der bandasjene skulle påvirke meg, men den første gangen jeg skulle gjør det blei jeg veldig svimmel og kvalm». Pårørende måtte trå til og assistere informantene. Noen beskrev imidlertid at bandasjeskiftet hadde gått bedre enn forventet.

Det er vanlig å få med seg bandasjer, men en av informantene hadde ikke fått dette, hvilket skapte problem hjemme: «Så jeg har jo pakket meg selv inn i plastfolie når jeg skulle dusje»

for å unngå å gjøre bandasje våte. Denne informanten hadde ikke byttet bandasjer etter operasjonen.

8.3.3 Svimmelhet, kvalme og obstipasjon – hva er et normalt postoperativt forløp?

Det empiriske materialet viser at majoriteten av informantene hadde spørsmål om helt ordinære postoperative plager som svimmelhet, kvalme og obstipasjon. Flere så ikke sammenheng mellom symptomene de opplevde og inngrepet. De uttrykker usikkerhet rundt hva som er normale postoperative symptomer i forhold til det de kjenner på.

Mange har smerter i forbindelse med toalettbesøk de første dagene, og en informant sa: «Du får jo ikke så veldig lyst å presse og stramme magemusklene». Ingen av informantene hadde fått informasjon om obstipasjon, og for noen av informantene ble dette en stor plage da de ikke hadde hatt avføring på nærmere en uke. Andre syntes å være klar over at obstipasjon kunne være en bivirkning av smertestillende, men kun en informant hadde gjort tiltak mot obstipasjon, og uttalte: «Jeg har på eget initiativ tatt Movicol for å slippe det.». Denne informanten hadde helsefaglig bakgrunn.

Flere av informantene er plaget med nedsatt appetitt, og en informant sier: «Jeg tvang i meg det jeg klarte». Informantene har ulike forklaringer på årsaken til manglende matlyst, men flere uttrykte at de var kvalme. Oppblåsthet og smertestillende ble trukket frem som alternative forklaringer på den nedsatte appetitten. Kvalmen oppstod ofte i forbindelse med fysisk anstrengelse, og var forbigående. En informant beskrev den som tiltagende utover i det postoperative forløpet.

Svimmelhet var fremtredende hos noen informanter, hvilket skapte vanskeligheter med å ivareta seg selv hjemme. Dusjing var spesielt problematisk. En dusjet ikke uten at pårørende var informert og hjemme, mens en annen utsatte det i flere dager og måtte ha en stol i dusjen. En var så svimmel at hun ikke kunne gå på toalettet uten følge.

Informantene uttrykte takknemlighet for at jeg hadde anledning til å gi råd eller betrygge dem om at egenbehandlingen de hadde gjort var korrekt. Dette ble gjort etter i etterkant av intervjuene, men poengterer at informantene var i et behov for sykepleiefaglig støtte i det postoperative forløpet, noe jeg erfarte de ikke selv alltid var innforstått med.

9 Diskusjon

Under dette kapittelet vil et utvalg av studiens funn drøftes opp mot problemstillingen sammenholdt med tidligere forskning og Nightingales perspektiver på sykepleie. Derneft vil det blir foretatt en drøftelse av metoden og dens styrker og svakheter.

9.1 Diskusjon av studiens funn

Det var stor variasjon i smerter hos informantene. Noen karakteriserer det postoperative forløpet som kurant i henhold til smerter, mens andre uttrykker smertene som større og mer plagsomme enn forventet. Pasientene får utskrevet en smertepakke med kombinasjonen paracetamol og ibux/voltaren fra sykehuset, hvilket tyder på en oppfatning fra helsevesenet om at laparoskopi ikke er forbundet med store postoperative smerter. Dette er en gjeldende oppfatning i forskningen, men Cruz et al. (2021) fant i en tverrsnittstudie hos inneliggende pasienter at laparoskopisk kirurgisk behandling for ovarialcyste var et av inngrepene forbundet med høyest smerteskår 1. postoperative dag. Smertebildet som beskrives i denne studien sammenfaller med Horvath (2003) og Cox og O'Connell (2003) sine funn, og det interessante er at det virker som lite har skjedd i hvordan man forebygger og håndterer postoperative smerter i rekonvalesensen. Dette kan henge sammen med at den begrensede kontakten i det postoperative forløpet gjør at helsevesenet ikke besitter kunnskapen om hva pasientene erfarer av symptomer og komplikasjoner. Det foreligger ikke noen arena for å dele disse erfaringene i det dagkirurgiske forløpet.

Mitt inntrykk er at det foreligger en forskjell i hvordan smerter forstås og håndteres av de yngre vs. eldre kvinnene i studien. De yngre kvinnene var mer plaget med smerter og det kan virke som kvinnene i studien med lengre livserfaring hadde en større tålegrense og annen tilnærming til smertene. De så på smertene som noe naturlig og forbigående, noe du måtte arbeide deg gjennom. Som følge av utvalgets størrelse er det vanskelig å trekke noen sikre slutninger om dette. Imidlertid er ung alder i flere studier beskrevet som en individuell risikofaktor for høyere smerteskår (Cruz et al., 2021; Manderson et al., 2007).

Hvilke forventinger en har, kan også spille en rolle for smerteopplevelsen. Det var en forventning hos flere av informantene om at dagkirurgi skulle være en enkel sak, men den postoperative fasen bød på flere utfordringer enn de hadde innstilt seg på. Kanskje medførte den manglende forståelsen av hva et kirurgisk inngrep kan medføre en forverring av den postoperative situasjonen for informantene. Forskning har vist at mangelfull informasjon var assosiert med høyere smerteskår (Manderson et al., 2007). Det du ikke forstår fullt ut skaper frykt for at noe er galt.

Alle er de i behov av hjelp og støtte postoperativt i ulik grad. Muligheten til å være rekonvalesent er i stor grad bestemmende av den enkeltes livssituasjon og hvilke ressurser de har tilgjengelig til å mobilisere. I Norge blir stadig flere aleneboende og over 1 million nordmenn bor alene (Statistisk sentralbyrå, 2022). Dette skaper et skille mellom ressurssterke pasienter og ressursvake pasienter. Nightingale (2010, s. 191) tar opp denne tematikken allerede på 1800-tallet, og stiller spørsmål ved klokskapen i å sende rekonvalesenter hjem umiddelbart etter kirurgi. Hennes bekymringer sentrerte seg rundt at fattige kom hjem til overbelastede husholdninger der de vil utgjøre en ekstra byrde, og det ikke var rom for å ta det med ro. Studien synliggjør at denne tematikken fremdeles er høyst aktuell og at det er store variasjoner i hva kvinnene i studien kommer hjem til. Kvinner kjenner på og tar ofte et større ansvar for arbeidsoppgaver tilknyttet hjemmet. Dette bidrar til å skape midlertidig stress for kvinnene selv, men også i deres relasjoner under rekonvalesensen. For småbarnsmødrene spesielt er ikke hjemmet en arena hvor det er tilrettelagt for at en skal kunne ta det med ro for å komme seg etter operasjonen. De tar derfor egne vurderinger på hva som er forsvarlig i forhold til gitte restriksjoner.

Dette kan tyde på at når en kommer hjem så trer en, bevisst eller ubevisst, ut av pasientrollen. Hjelpetbehovet skaper dårlig samvittighet og stress hos flere av informantene, fordi de har en oppfatning av at de skal bidra på lik linje som før i husholdningen. Det kan virke som informantene kjenner på en forventning om at dette er noe de skal håndtere på egenhånd. Mitt inntrykk er at det oppleves som at det å be om hjelp er å vise svakhet. Å være hjelpetrengende harmonerer dårlig med samfunnets gjeldende oppfatning der selvstendighet og uavhengighet er satt i høysetet i motsetning til avhengighet og hjelpeløshet, som i større eller mindre grad preger det postoperative forløpet. Dette kan

rokke ved informantenes selvfølelse og medføre vanskeligheter med å erkjenne eget hjelpebehov. Bekymringene til Nightingale om fattige, gjør seg i dag gjeldende hos de dagkirurgiske pasientene i studien gjennom deres bekymringer og frustrasjoner av å utgjøre en byrde for sine nærmeste.

Informasjon eller mangel på informasjon kommer tydelig frem i studien. Tidligere forskning har synliggjort at informasjonen er avgjørende for hvor godt forberedt de dagkirurgiske pasientene er på den postoperative rekonvalesensen hjemme (You et al., 2022). Videre vil jeg derfor drøfte hvordan informantene opplevde kommunikasjonen, fordi det er mitt inntrykk at dette påvirker evnen til å ivareta sin egenomsorg postoperativt. Om det er fordi informantene ikke forstod informasjonen som ble formidlet eller om det har sammenheng med at de postoperative plagene setter dem litt på sidelinjen i forhold til hvordan de bedømmer sin egen situasjon, er usikkert.

Informasjonen synes å være tilstrekkelig frem til informantene kommer hjem. Først da oppdager de kunnskapshullene og det er tydelig at det er mye informantene er usikre på. De forsøker å google, men erfarer at internett ikke er en god kilde til å besvare deres spørsmål. Det kan også se ut som informantene har fått en informasjon de ikke har forstått dybden av. Sykepleiefaglig informasjon gitt i skriftlig eller muntlig form på overvåkingen, kan fremstå som noe annet enn det informantene faktisk trenger hjemme med kun støtte av ufaglærte pårørende.

Informantene i denne studien går rundt med mye usikkerhet og bekymringer knyttet til om det de opplever er normalt eller ikke, sett i forhold til inngrepet de har gjennomgått. Tidligere forskning viser at uforutsette problemer påvirker negativt og gir en nedsatt livskvalitet i den postoperative fasen (Nilsson, Jaensson, et al., 2019). Jeg ser også, som forskningen viser, at det er en betydelig avstand mellom hva helsepersonell antar pasientene har forstått og det de faktisk har forstått (Safeer & Keenan, 2005). Informasjon er ikke gitt før den er forstått. Studiens resultater viser dette tydelig med hensyn til hvordan informantene håndterer sine luft smerter i forhold til bevegelse og aktivitet i den postoperative fasen.

Essensiell informasjon blir formidlet muntlig kort tid etter oppvåkning fra narkose og denne blir ikke etterfulgt av skriftlig informasjon. Forskning sier at rundt 25% av muntlig informasjon gitt blir korrekt hørt, tolket og husket (Sandberg et al., 2012). Tidspunktet informasjonen gis er avgjørende, og mens man fremdeles er påvirket av narkosemedisiner fremstår som et mindre gunstig tidspunkt for flere. Å gjennomgå et kirurgisk inngrep er forbundet med stress for de fleste og forskning viser at emosjonelt stress kan påvirke evnen til å ta inn over seg informasjonen gitt (Pathak et al., 2012).

Mangel på skriftlighet i kommunikasjonen er et tydelig savn og behovet og manglene i informasjonen som formidles tydeliggjøres etter min mening i hvordan informantene i studien håndterer de ulike aspektene med det postoperative forløpet. Informasjon som gjelder dusjing og sårstell formidles tydelig med skriftlige instruksjoner. Informantene har kontroll, føler seg trygge og mestrer dette aspektet av egenbehandlingen. På den andre siden fremkommer informasjon om løfterestriksjoner og bevegelse muntlig, og i mer generelle termer, hvilket bidrar til forvirring. Nightingale (2010, s. 76) påpeker at å ikke vite hva som skal gjøres er grobunn for frykt og usikkerhet, og kan skape mer lidelse og stoppe kroppens gjenoppbyggende prosess.

Studien synliggjør svakheter i sykehusets informasjonsarbeid og viser at det er rom for forbedring i både hvordan informasjonen formidles, men også i innholdet som formidles. Skrivet pasientene får med seg fra overvåkningen er noe de støtter seg tungt på, men her er det rom for forbedring. Den postoperative rekonvalesensen kan forbedres gjennom å inkludere informasjon om luft smerter og bevegelse, ernæring, kvalme, hygiene, vannlating, obstipasjon og fatigue. Disse symptomene er plagsomme og kan forlenge det postoperative forløpet. Hvordan kan man forvente at pasientene skal ivareta sin egenbehandling om de ikke settes i stand til å tolke og forstå helt ordinære postoperative symptomer?

Basert på Nightingales tanker om hva som fremmer helbredelse kan man undre seg over om det dagkirurgiske forløpet med fravær av sykepleierkompetanse i det postoperative forløpet har negative konsekvenser for rekonvalesensen. Informantene synes å ha begrenset innsikt i hva som fremmer tilheling etter kirurgi, hvilket synliggjøres rundt deres håndtering av vanlige postoperative symptomer. Nedsatt appetitt er vanlig, men det er ingen kartlegging

av underliggende årsaker. At så mange var plaget med obstipasjonsproblematikk var mer overraskende, men kanskje ikke uventet. Avføringsplager er gjerne ikke noe man snakker med familie og kjente om. Mye av den tidligere forskningen som er gjort konsentrerer seg rundt de første dagene, mens obstipasjon gjerne ikke gjør seg gjeldende før litt ut i forløpet. Forebygging og behandling av postoperative plager er kjernen av sykepleie til kirurgiske pasienter, men fraværet av sykepleie i de dagkirurgiske forløpene gjør at denne viktige kunnskapen ser ut til å ha falt bort.

Dahl (2020, s. 46) skriver i sin masteroppgave at regjeringens holdning til dagkirurgi ikke nødvendigvis er at det er til pasientens beste, men at det er utsiktene til effektivisering og besparelser som er det dominerende i argumentasjonen. Dette synliggjøres ved at de dagkirurgiske forløpene i dag fremstår rimelig standardiserte uten rom for individuell tilpasning. Sykepleie har i helsevesenet blitt en salderingspost i budsjettene, og i dagkirurgi ser jeg en tydelig innsparing gjennom fraværet av sykepleie i det postoperative forløpet. Funnene i studien tyder på at denne innsparingen ikke er i pasientenes beste interesse, og at mangel på helsefaglig støtte medfører for noen et forlenget postoperativt forløp med mer smerter og andre påfølgende postoperative plager.

Styresmaktene referer til pasientenes helsetjeneste der de har en målsetning om at pasienter og helsepersonell skal være likeverdige partnere i behandlingen (Meld.St.11 (2015-2016), s. 28). Denne målsetningen forutsetter godt informerte pasienter. Dagkirurgi fordrer en ansvarsoverføring av den postoperative rekonvalesensen fra helsevesenet til pasientene og deres pårørende, men jeg stiller meg undrende til om informantene er bevisst denne ansvarsoverføringen. Det kan diskuteres om helsevesenet anser sin oppgave som fullført når pasienten har fått utført inngrepet og er utskrevet noen timer etterpå. Denne sondringen tydeliggjøres i informasjonen som formidles. Det gis detaljert skriftlige instruksjoner om forberedelser og selve operasjonen, mens ansvaret for håndteringen av det postoperative forløpet blir i mer eller mindre grad overlatt til pasientene selv.

Nightingale (2010, s. 32) argumenterte mot at vanlige folk kunne stelle syke, fordi de ikke hadde en sykepleiers observasjonskunnskap. Informantene planlegger ut ifra beste evne og gjør alt de blir bedt om, men det ser ikke ut som de tenker på rekonvalesensen på samme

måte som en sykepleier. Under en rekonvalesens skal en legge til rette for at kroppen skal heles. Det virker som at det forutsettes at pasientene skal besitte en kunnskap og en forståelse de ikke har. Slik jeg forstår dem forsøker de etter beste evne å ivareta seg selv, men forstår ikke rekkevidden, og finner på mer eller mindre kloke løsninger på problemer de blir stilt ovenfor. Dette gjenspeiler at det foreligger en avstand mellom pasientene og helsepersonellet. Helsepersonell besitter ikke kunnskapen om hva pasientene erfarer som problemer hjemme og klarer dermed heller ikke tilstrekkelig å forberede dem. Med fremveksten av dagkirurgi medfører det en sterk reduksjon i helsepersonell med erfaring fra postoperativ pleie og omsorg utover 1. postoperative dag. Det kan stilles spørsmål om dagens sykepleiere faktisk besitter kunnskap om det postoperative forløpet. Pasientene har ikke kunnskap og de får heller ikke kunnskapen til å ivareta sin egenomsorg i tilstrekkelig grad hjemme.

Det er store forskjeller i befolkningens helsekompetanse og særlig informantene uten helsefaglig bakgrunn uttrykker stor usikkerhet i forhold til hvordan de skal håndtere ulike postoperative symptomer. Dette bidrar til å skape sårbare grupper, som er redde for å skade det som er «reparert», men det kan også virke som de ikke forstår hva som er et normalt postoperativt forløp. Informantene beskriver en kropp som «ikke spiller på lag» med dem. Når forståelsen ikke er helt til stede kommer usikkerheten, noe også Berg et al. (2013) bekrefter. Uventede problemer påvirker rekonvalesensen negativt, og jeg ser at manglende kunnskap, spesielt om luft smerter, bidrar til flere av informantene i frykt for å fremprovosere smerter velger hvile fremfor bevegelse.

Nightingale (2010, s. 31) hevder at manglende kunnskap eller oppmerksomhet kan føre til smerte, lidelse eller at hele prosessen stanser og gir like mye plager som sykdommen selv. Funnene i studien belyser denne problematikken der flere av informantene etter min mening får et mer smertefullt og langvarig forløp. Det spesielle med å være dagkirurgisk pasient er at man går inn i prosessen og overlates til seg selv hjemme når omsorgsbyrden er på sitt høyeste, hvilket kan bidra til at informantene opplever rekonvalesensperioden overveldende. Det er viktig å formidle realistiske forventinger, slik at de er i stand til å vurdere hva som er normale problemer og komplikasjoner etter inngrepet samtidig som de settes i stand til å forebygge og håndtere problemene som oppstår.

Når det gjelder utfordringene informantene møtte på hjemme, anbefales det at sykepleierne spiller en større rolle i informasjonsarbeidet, og det gis mer tilpasset skriftlig materiell basert på hva pasientene erfarer som problemer i den postoperative fasen. Den postoperative rekonvalesensen kan forbedres også gjennom å adressere alder, mental status, tidligere kirurgisk erfaring og helsekompetanse, da disse synes å ha en negativ effekt på hvordan informantene opplever det postoperative forløpet. Gjennom å identifisere disse faktorene preoperativt, kan helsepersonell tilpasse informasjonen og tilby helsefaglig støtte til utsatte pasienter.

Den rutinemessige telefonsamtalen 1. postoperative er et positivt tiltak som bidrar til trygghet hos informantene. Flere symptomer og plager oppstod gjerne først litt ut i forløpet og mange fikk spørsmål senere. Pasientgruppen i denne studien står i en særstilling ved at de har tilgang til å opprette kontakt med helsevesenet 24/7, men de benytter seg likevel ikke av dette tilbudet. Informantene uttrykker en lav terskel for å ta kontakt, men på tross av plager og ubesvarte spørsmål gjør de likevel ikke det. Kun smerter oppleves som en gyldig grunn for å nettopp ta dette steget. Det er en forventning fra helsevesenet om at pasientene tar kontakt, og når de ikke gjør det tolker sykehuset det som at pasientene har et komplikasjonsfritt postoperativt forløp hjemme. Tidligere forskning på dagkirurgiske pasienter har imidlertid beskrevet en høy terskel for å ta kontakt (Dåvøy et al., 2017) og at komplikasjonsfrekvensen var høyere enn det kirurgen var kjent med (Skaansar & Hofoss, 2004).

Det kan tenkes at den oppsøkende omsorgen bør utvides til en ny oppfølgende telefonsamtale for å fange opp symptomer som først oppstår senere i forløpet. Sykepleierens rolle bør utvides slik at de får en større pedagogisk funksjon gjennom å gi informasjon og veiledning til pasientene og deres pårørende for å styrke kapasiteten til å håndtere det postoperative forløpet. Forskning har vist at e-helse intervensjoner kan bidra til bedre livskvalitet i den postoperative rekonvalesensen hos dagkirurgiske pasienter. Vonk Noordegraaf et al. (2014) viste i sin randomiserte studie at en e-helse-intervensjon med tilgang til en web side med informasjon, videoer etc. resulterte i mindre smerter og bedre

livskvalitet hos kvinnene i studien. I dagens teknologiske hverdag kunne en appbasert informasjonsside fungert som et supplerende lavterskeltilbud.

9.2 Metodediskusjon

I kvalitativ forskning er troverdighet det overordnede begrepet for forskningens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. Dersom ingen svakheter med prosjektet identifiseres i valideringsprosessen bør prosessen gjentas da det vanskelig kan argumenteres for at et prosjekt i sin helhet er feilfritt (Malterud, 2017, s. 193).

Å validere vil si at man stiller spørsmål til kunnskapens gyldighet (Malterud, 2017, s. 192). Gyldigheten henspiller altså på om man har undersøkt det man skulle. Dette kan påvirkes av forskerens erfaring. Rollen som forsker er ny for meg, og det å støtte seg på veileders erfaring og kompetanse har vært viktig gjennom prosjektet. Jeg har gjennom hele prosjektet forsøkt å ha problemstillingen i fokus, og spurt meg selv om valgte begreper, teoretisk forankring og metode svarer på denne.

Nærhet til forskningsfeltet er en viktig forutsetning, men det fordrer og at man er refleksiv, hvilket vil si at forskeren er seg bevisst sin egen rolle og tolkningsramme (Malterud, 2017, s.18-21). Jeg fattet interesse for dagkirurgiprojektet i egenskap av min rolle som operasjonssykepleier, men også gjennom erfaring med sykepleie til inneliggende kirurgiske pasienter. Venner og kjente som har gjennomgått dagkirurgi har oppsøkt meg med spørsmål, hvilket ytterligere bidro til min interesse. Innledningsvis leste jeg også mye teori og forskningsartikler som omhandlet dagkirurgi for å oppnå inngående kjennskap til fagfeltet. Dette var min forforståelse, som jeg bringer med inn i prosjektet. Forskeren vil alltid i kvalitativ forskning påvirke prosessen i ulik grad (Malterud, 2017, s. 41). Å være seg dette bevisst har vært et fokus gjennom hele prosessen, men det antas at resultatene fra studien likevel influeres av mitt ståsted som sykepleier, og at en psykolog eller fysioterapeut kunne hatt et annet fokus som hadde ledet til andre resultater. Imidlertid kan det tenkes at dette ståstedet har gitt bedre forutsetninger for innsikt og forståelse av tematikken.

Pålitelighet viser forskeren ved å være konsis og nøyaktig under hele prosessen. Jeg har gitt en detaljert og tydelig fremstilling av forskningsprosessen, og de valg som er tatt. Jeg gikk inn i et pågående forskningsprosjekt, og har fulgt metoden og rammen som allerede var satt. Jeg fant metoden, semistrukturerte intervju, som hensiktsmessig da den gav meg et fast

rammeverk, men samtidig åpnet for fleksibilitet ved at jeg kunne stille oppfølgingsspørsmål. At datasamlingen foregikk over en lengre tidsperiode ga mulighet for refleksjon rundt det allerede innsamlede materialet, og bidro til å oppdage tema utover intervjuguiden.

Intervjuene ble forsøkt gjennomført i rolige omgivelser for å sikre god kvalitet på lydopptakene og korrekt transkripsjon av lyd materialet. Møtet med informantene opplevdes som positivt og alle ønsket å bidra. Intervjuprosessen opplevdes utfordrende uten tidligere erfaring med intervju eller spørreteknikk. Hvert intervju ble gjennomgått og jeg vurderte aktuelle forbedringer. Jeg fant spontane spørsmålsformuleringer spesielt vanskelig da de fort kunne bli oppfattet som ledende. I hvor stor grad dette har påvirket datamaterialet er usikkert, men jeg opplevde en positiv utvikling, og den videreutviklede intervjuguiden ble et godt verktøy. Begrepet egenbehandling krevde en utdypende forklaring samt at enkelte punkt i intervjuguiden om ommøblering hjemme og øvelser/fysioterapi ikke opplevdes relevant. Feltnotater ble gjort som et tillegg til intervjuguiden og tankene jeg gjorde meg umiddelbart og under transkriberingen opplevdes relevante videre i analyseprosessen. At jeg ikke kunne ta notater under intervjuet opplevdes ikke som en svakhet, men bidro til økt fokus og tilstedeværelse i samtalen.

Malteruds analysemodell, systematisk tekstkondensering (STC), ble anvendt for å analysere datamaterialet. Dette er min første studie og jeg har gjennomført analysen med nøyaktighet og fulgt gjeldende krav. Det kan tenkes at min kompetanse og manglende erfaring kan ha påvirket analyseprosessen og følgelig funnene som er blitt gjort i studien. Veileder gikk gjennom datamaterialet og vi diskuterte funnene opp mot hverandres. Jeg hadde avsatt god tid til analyseprosessen. Den lange modningsprosessen opplevdes positiv.

I henhold til Kvale og Brinkmann (2015, s. 321-328) reiser en forskningsprosess spørsmål om den kunnskap som produseres har noen verdi for samfunnet. Jeg anser økt kunnskap om dagkirurgiske pasienters erfaringer med egenbehandling som samfunnsmessig relevant, både for helsepersonell og pasientene. Malterud (2017, s. 22) påpeker viktigheten av å ikke gjenta andre sine funn, men at resultatene fra forskningen kan lede til ny kunnskap, som gjør at praksis kan bli endret. På noen områder er mine funn sammenfallende med funn gjort i tidligere studier, men funnene mine om smerter utfordrer den gjeldende oppfatningen om

at pasienter som har gjort en laparoskopisk prosedyre har lite smerter. Funnene viser at det foreligger mangler i informasjonen som gis, eksempelvis i forhold til obstipasjon. Dette er viktig kunnskap, og kan bidra til et bedre pasientforløp for disse pasientene.

Forskningens overførbarhet viser til om den har gyldighet utover det umiddelbare utvalget, hvilket vil si om dens resultater er relevante og kan anvendes i andre situasjoner (Polit & Beck, 2017, s.559). Ved valg av et semistrukturert intervju vil utvalget blir relativt lite for å kunne håndtere datamengden denne metoden produserer (Malterud, 2017, s.93). 6 informanter oppfylte alle inklusjonskriteriene, og 1 informant ble inkludert i tillegg til de planlagte, som følge av at pasienten ble utskrevet påfølgende dag. En svakhet er at datamaterialet inkluderte få eneboende og hovedsakelig yngre pasienter, men det inkluderte pasienter i ulike livssituasjoner. At aktuelle kandidater takket nei eller trakk seg underveis er også en svakhet.

Malterud (2017, s. 65) skriver at metning er oppnådd når datainnsamlingen ikke tilfører ny kunnskap. Det hadde vært ønskelig med flere informanter, men rekrutteringen måtte avsluttes som en følge av prosjektets omfang. Min studie har begrensinger både i forhold til antall informanter, men også ved at den kun er utført ved et enkeltstående sykehus over en kortere periode. Likevel finner jeg en rød tråd gjennom alle intervjuene og vil jeg tro flere av funnene kan være gjenkjennbare for mange.

10 Konklusjon og oppsummering

Informantene var generelt sett fornøyd med det dagkirurgiske forløpet med noen modifikasjoner. Mangel på informasjon og helsefaglig støtte i det postoperative forløpet ga grobunn til usikkerhet og bekymringer om det de kjente på var normalt eller ikke. De forsøkte etter beste evne å håndtere utfordringer som oppstod, men løsningene var gjerne basert på egne oppfatninger og i liten grad faglig begrunnet. Hjemmesituasjonen er avgjørende for muligheten til å være rekonvalesent, og studien viser at det dagkirurgiske forløpet i stor grad favoriserer ressurssterke pasienter. Det er rom for forbedring i informasjonsarbeidet og behovet for helsefaglig støtte er tydelig. Studien synliggjør at den postoperative fasen er nedprioritert og at helsepersonell mangler kunnskap om hva pasientene er i behov av hjemme etter operasjonen.

11 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Avslutningsvis håper jeg resultatene fra prosjektet kan bidra til økt forståelse for både helsepersonell og pasienter som skal gjennomgå dagkirurgi. Resultatene ønsker jeg å formidle gjennom undervisning av personell som jobber med den aktuelle pasientgruppen jeg har forsket på.

En stor andel dagkirurgi utføres i privat regi. Forskning som studerer forskjeller mellom offentlig og privat praksis, kunne vært interessant med henblikk på informasjonsstrategi og manglende døgnåpen kontakt. Pårørendes erfaringer og opplevelser med dagkirurgi er et tema som er mindre belyst i dagens forskning. Dagkirurgi forutsetter at pasienten har pårørende, men antall eneboende er økende i dagens samfunn, hvilket skaper utfordringer og er interessant å studere videre.

Referanser

- Allvin, R., Berg, K., Idvall, E. & Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 57(5), 552-558. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04156.x>
- Allvin, R., Ehnfors, M., Rawal, N. & Idvall, E. (2008). Experiences of the postoperative recovery process: an interview study. *Open Nurs J*, 2(1), 1-7. <https://doi.org/10.2174/1874434600802010001>
- Aspari, A. R. & Lakshman, K. (2017). Effects of Pre-operative Psychological Status on Post-operative Recovery: A Prospective Study. *World J Surg*, 42(1), 12-18. <https://doi.org/10.1007/s00268-017-4169-2>
- Bailey, C. R., Ahuja, M., Bartholomew, K., Bew, S., Forbes, L., Lipp, A., Montgomery, J., Russon, K., Potparic, O. & Stocker, M. (2019). Guidelines for day-case surgery 2019: Guidelines from the Association of Anaesthetists and the British Association of Day Surgery. *Anaesthesia*, 74(6), 778-792. <https://doi.org/10.1111/anae.14639>
- Bazzurini, L., Manfredi, G., Roldán, E. T., Peiretti, M., Basso, S., Preti, E., Garbi, A., Franchi, D., Zanagnolo, V., Ceppi, L. & Landoni, F. (2022). Same-day discharge protocol for laparoscopic treatment of adnexal disease: management and acceptance. *Minim Invasive Ther Allied Technol*, 31(3), 426-434. <https://doi.org/10.1080/13645706.2020.1814342>
- Berg, K., Årestedt, K. & Kjellgren, K. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study. *Int J Nurs Stud*, 50(12), 1630-1638. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.002>
- Carzo, S. A. & Viveiros, J. H. (2015). Gynecologic and Obstetric Surgery. I J. C. Rothrock (Red.), *Alexander's care of the patient in surgery* (15. utg., s. 405-460). Elsevier Mosby.
- Castoro, C., Bertinato, L., Baccaglioni, U., Drace, C. A. & McKee, M. (2007). *Policy brief: Day surgery: Making it happen*. International Association for Ambulatory Surgery. Hentet 08. januar 2022 fra https://www.iaas-med.com/files/historical/day_surgery_making_it_happen.pdf
- Cox, H. & O'Connell, B. (2003). Recovery from gynaecological day surgery: are we underestimating the process. *Ambulatory surgery*, 10(3), 114-121. [https://doi.org/10.1016/S0966-6532\(03\)00007-6](https://doi.org/10.1016/S0966-6532(03)00007-6)

- Cristin. (2022, 12. september). *Pasienters erfaringer og opplevelser av egenbehandling hjemme etter dagkirurgi*. Current Research Information System in Norway. Hentet 18. november fra <https://app.cristin.no/projects/show.jsf?id=532425>
- Cruz, J. J., Kather, A., Nicolaus, K., Rengsberger, M., Mothes, A. R., Schleussner, E., Meissner, W. & Runnebaum, I. B. (2021). Acute postoperative pain in 23 procedures of gynaecological surgery analysed in a prospective open registry study on risk factors and consequences for the patient. *Sci Rep*, 11(1), 22148. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01597-5>
- Dahl, M. B. (2020). *Dagkirurgi - en helsepolitisk effektiviseringsstrategi? En praxeologisk registrantanalyse av statlige føringer for dagkirurgi, 1995-2020* [Masteroppgave, Høgskulen på Vestlandet]. HVL Open. <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/2666964/Dahl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dahlberg, K., Jaensson, M., Nilsson, U., Eriksson, M. & Odencrants, S. (2018). Holding It Together-Patients' Perspectives on Postoperative Recovery When Using an e-Assessed Follow-Up: Qualitative Study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 6(5), e10387. <https://doi.org/10.2196/10387>
- 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(4), 315-326. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-05>
- Evans, S., Myers, E. M. & Vilasagar, S. (2019). Patient perceptions of same-day discharge after minimally invasive gynecologic and pelvic reconstructive surgery. *Am J Obstet Gynecol*, 221(6), 621.e621-621.e627. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.06.046>
- Flanagan, J. (2009). Postoperative Telephone Calls: Timing Is Everything. *AORN J*, 90(1), 41-51. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.04.001>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 18. mai). *Kvinnehelse: Framleis store kunnskapshol*. Folkehelseinstituttet. Hentet 21. november fra <https://www.fhi.no/nyheter/2022/kvinnehelse-framleis-store-kunnskapshol/>
- Gilmartin, J. (2007). Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *J Clin Nurs*, 16(6), 1109-1117. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01548.x>
- Hafstad, A. (2021). *Tilbake til Semmelweis: Vask hendene!* Sykepleien. Hentet 16. november fra <https://sykepleien.no/meninger/2021/04/tilbake-til-semmelweis-vask-hendene>

- Halding, A. G., Hovland, G., Johansen, V. A., Eide, P. H. & Kringeland, T. Å. (2021). A planned but vulnerable pathway towards self-management following day surgery. Orthopaedic patients' experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*, 35(4), 1114-1122. <https://doi.org/10.1111/scs.12926>
- HelseBergen. (2018, 29. mai). *Gynekologi og geynekologisk kreft. Fjerning av cyste på eggstokk*. Haukeland universitetssjukehus. Hentet 16. november fra <https://helsebergen.no/behandlinger/fjerning-av-cyste-pa-eggstokk>
- Helsebiblioteket. (2022, 03. mars). *Cyster på eggstokkene*. BMJ Best Practice. Hentet 16. november fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/alle-brosjyrer/cyster-pa-eggstokkene>
- Helsedirektoratet. (2022, 22. september). *Kirurgi etter bosted - somatikk*. Helsedirektoratet. Hentet 27. november fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/somatikk/kirurgi-etter-bosted--somatikk>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningslov>
- Horvath, K. J. (2003). Postoperative recovery at home after ambulatory gynecologic laparoscopic surgery. *J Perianesth Nurs*, 18(5), 324-334. [https://doi.org/10.1016/S1089-9472\(03\)00181-3](https://doi.org/10.1016/S1089-9472(03)00181-3)
- Hälleberg Nyman, M., Nilsson, U., Dahlberg, K. & Jaensson, M. (2018). Association Between Functional Health Literacy and Postoperative Recovery, Health Care Contacts, and Health-Related Quality of Life Among Patients Undergoing Day Surgery: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*, 153(8), 738-745. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.0672>
- International Association for Ambulatory Surgery. (2003). *Ambulatory (day) surgery Suggested interantional terminogogy and definitions*. International Association for Ambulatory Surgery. Hentet 2. januar fra https://www.iaas-med.com/files/historical/IAAS_definitions.pdf
- Jun, E.-Y. & Oh, H. (2017). Patient Needs and Satisfaction With Nursing Care After Day Surgery Based on a Patient-Centered Care Framework. *Clin Nurs Res*, 26(3), 301-317. <https://doi.org/10.1177/1054773816633656>
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - en ny forståelse. Sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling* (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lemos, P., Pinto, A., Morais, G. M. D., Pereira, J. M. D., Loureiro, R. M. D., Teixeira, S. M. D. & Nunes, C. S. P. (2009). Patient satisfaction following day surgery. *J Clin Anesth*, 21(3), 200-205. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2008.08.016>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Manderson, L., Bandyopadhyay, M. & Markovic, M. (2007). Women's perspectives of pain following day surgery in Australia. *Aust J Adv Nurs*, 24(4), 19-23.
- Markovic, M., Bandyopadhyay, M., Vu, T. & Manderson, L. (2002). Gynaecological day surgery and quality of care. *Aust Health Rev*, 25(3), 52-59. <https://doi.org/10.1071/ah020052a>
- Meld.St.7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>
- Meld.St.11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- Mitchell, M. (2010). General anaesthesia and day-case patient anxiety. *J Adv Nurs*, 66(5), 1059-1071. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05266.x>
- Mitchell, M. (2015). Home recovery following day surgery: a patient perspective. *J Clin Nurs*, 24(3-4), 415-427. <https://doi.org/10.1111/jocn.12615>
- Mottram, A. (2009). Therapeutic relationships in day surgery: a grounded theory study. *J Clin Nurs*, 18(20), 2830-2837. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02853.x>
- Mottram, A. (2011a). "Like a trip to McDonalds": A grounded theory study of patient experiences of day surgery. *Int J Nurs Stud*, 48(2), 165-174. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.007>

- Mottram, A. (2011b). 'They are marvellous with you whilst you are in but the aftercare is rubbish': a grounded theory study of patients' and their carers' experiences after discharge following day surgery. *J Clin Nurs*, 20(21-22), 3143-3151. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03763.x>
- Nightingale, F. (2010). *Notater om sykepleie (Revidert med tillegg)* (S. Mellbye, Overs.; V. Skretkowicz, Red.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Nilsson, U., Dahlberg, K. & Jaensson, M. (2019). Low Preoperative Mental and Physical Health is Associated with Poorer Postoperative Recovery in Patients Undergoing Day Surgery: A Secondary Analysis from a Randomized Controlled Study. *World J Surg*, 43(8), 1949-1956. <https://doi.org/10.1007/s00268-019-04995-z>
- Nilsson, U., Jaensson, M., Dahlberg, K. & Hugelius, K. (2019). Postoperative Recovery After General and Regional Anesthesia in Patients Undergoing Day Surgery: A Mixed Methods Study. *J Perianesth Nurs*, 34(3), 517-528. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.08.003>
- Nilsson, U., Jaensson, M., Hugelius, K., Arakelian, E. & Dahlberg, K. (2020). A journey to a new stable state—further development of the postoperative recovery concept from day surgical perspective: a qualitative study. *BMJ Open*, 10(9), e037755-e037755. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037755> (Original research)
- Older, C. G., Carr, E. C. J. & Layzell, M. (2010). Making sense of patients' use of analgesics following day case surgery. *J Adv Nurs*, 66(3), 511-521. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05222.x>
- Pathak, S., Odumosu, M., Peja, S., McIntyre, K. & Selo-Ojeme, D. (2012). Consent for gynaecological procedure: what do women understand and remember? *Arch Gynecol Obstet*, 287(1), 59-63. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2518-9>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.
- Reinsch, C. S. (2017). Laparoscopic Ovarian Cystectomy. I D. Shoupe (Red.), *Handbook of Gynecology*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-17798-4>
- Safeer, R. S. & Keenan, J. (2005). Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician*, 1;72(3), 463-468. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16100861/>

- Sandberg, E. H., Sharma, R. & Sandberg, W. S. (2012). Deficits in Retention for Verbally Presented Medical Information. *Anesthesiology*, 117(4), 772-779.
<https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31826a4b02>
- Santos, R., Gomes, A., Almeida, M. & Coelho, S. (2012). Impact of ambulatory surgery in the daily life of patients and their caregivers. *Ambulatory surgery*, 18(2), 39-41.
<https://www.iaas-med.com/files/Journal/18.2/18.2SANTOS.pdf>
- Skaansar, K. & Hofoss, D. (2004). Complications in ear-nose-throat day surgery. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 124(8), 1121-1123.
- Statistisk sentralbyrå. (2022, 28. juni). *Familier og husholdninger*. Statistisk sentralbyrå. Hentet 13. november fra <https://www.ssb.no/befolkning/barn-familier-og-husholdninger/statistikk/familier-og-husholdninger>
- Store medisinske leksikon. (2021, 7. november). *ADL*. Store medisinske leksikon. Hentet 14. juli fra <https://sml.snl.no/ADL>
- Stær-Jensen, J., Ekerhovd, E., Olsen, I. P. & Nordlie, K. (2021). *Benigne ovarialcyster. Veileder i gynekologi*. Norsk Gynekologisk Forening.
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/benigne-ovarialcyster/>
- Verma, R., Alladi, R., Jackson, I., Johnston, I., Kumar, C., Page, R., Smith, I., Stocker, M., Tickner, C., Williams, S. & Young, R. (2011). Day case and short stay surgery: 2. *Anaesthesia*, 66(5), 417-434. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2011.06651.x>
- Vonk Noordegraaf, A., Anema, J. R., van Mechelen, W., Knol, D. L., van Baal, W. M., van Kesteren, P. J. M., Brölmann, H. A. M. & Huirne, J. A. F. (2014). A personalised eHealth programme reduces the duration until return to work after gynaecological surgery: results of a multicentre randomised trial. *BJOG*, 121(9), 1127-1135.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12661>
- World Health Organization. (2013). *Self care for health: a handbook for community health workers & volunteers*. World Health Organization Regional Office for South-East Asia.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Medical Association. (2022, 6 september). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. World Medical Association. Hentet 16. november fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

You, H., Lei, A., Li, X., Liao, X. & Chang, J. (2022). Discharge teaching, patient-reported discharge readiness and postsurgical outcomes in gynecologic patients undergoing day surgery: a generalized estimating equation. *BMC Surg*, 22(1), 166-166. <https://doi.org/10.1186/s12893-022-01607-x>

Ørving, L. B., Klaskov, N., Taaning, A. C., Leed, S., Callesen, T. & Thomsen, T. (2021). Postoperative Symptoms Experienced by Patients after Gynecologic and Urogynecologic Outpatient Surgery – A Qualitative Study. *Ambulatory Surgery*, 27(4), 69-74. <https://www.iaas-med.com/files/Journal/Volume27/27.4/6.%20AMB%20SURG%2027.4-ORVING.pdf>

Vedlegg I Informasjonsskriv



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 spørreskjema basert 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 intervju deg i forhold til hvordan det har vært å være deg etter det kirurgiske inngrepet, og hvordan du har opplevd rekonvalesenttiden. Selve intervjuet kan foregå hjemme hos deg eller på et egnet kontor hos oss avhengig av hva du føler er best for deg. Her er det du som bestemmer. Intervjuet varer fra 30-60 minutter og vil bli tatt opp på bånd. 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 svarkonvolutt 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 viderefordre til prosjektledelsen.

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

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

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

DER ER FRIVILLIG Å DELTA

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

DITT PERSONVERN

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

Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på eget område på en lukket forskningsserver, der kun prosjektleder har tilgang. Alt datamateriale vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende 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,
å slettet personopplysninger om deg,
å 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 II 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 III 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 IV Tillatelse REK



Region: Saksbehandler:

REK vest Ingvild Haaland

venke agnes johansen

Telefon:

Vår dato: Vår referanse:

17.02.2020 31134

Deres referanse:

31134 Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet **Søker:** venke agnes johansen

Søkers beskrivelse av formål:

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

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

Mål

Få innsikt i:

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

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

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

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

REKs vurdering

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

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

Vurdering

Søknaden ble først behandlet i møtet 11.09.2019.

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

Komiteen ba om tilbakemelding på følgende:

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

Svar fra prosjektleder i tilbakemelding mottatt 07.11.2019:

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

Ang. prosjektleder skriver prosjektleder:

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

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

Ang. revidert protokoll:

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

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

Ang. prosedyre for rekruttering av informanter:

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

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

Angående beredskap:

Det oppgis at «Alle med-forskerne (masterstudentene) er spesialsykepleiere i enten anestesi, intensiv eller operasjonssykepleie og har minimum 2 års erfaring fra klinisk sykepleie. Med-forskerne skal primært sett ha et forskerperspektiv i en 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.»

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

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

Ang. revidering av informasjonsskriv oppgis det at:

· «Informasjonsskrivet er revidert med tanke på navn på personvernombud. · Det er og tydeliggjort hvilken informasjon som skal samles inn.

· Når det gjelder beredskap ønsker prosjektet å følge retningslinjene til behandlingsstedet. Men det presiseres at masterstudentene er spesialsykepleiere og at prosjektleder vil ta kontakt hvis en skårer høyt på spørreskjema.»

Komiteen anser beredskapen som tilfredsstillende.

Vedtak

Godkjent med vilkår

REK vest godkjenner prosjektet med følgende vilkår:

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

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

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

Med vennlig hilsen

Marit Grønning Prof, dr.med. Komiteleder

Ingvild Haaland Rådgiver

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

Sluttmelding

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

Søknad om å foreta vesentlige endringer

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

Klageadgang

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

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

Vedlegg V Godkjenning NSD

21.1.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi

Referansenummer

298519

Registrert

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

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

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

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

15.11.2019 - 15.11.2023

Status

18.12.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

18.12.2019 - Vurdert

BAKGRUNN

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

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

VURDERING AV BEHOV FOR DPIA

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

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

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

LOVLIG GRUNNLAG FOR UTVALGET

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

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

LOVLIG GRUNNLAG FOR TREDJEPERSONER

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

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

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

UTVALGETS RETTIGHETER

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

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

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

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

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

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

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

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

TREDJEPERSONERS RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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

Vedlegg VI Informasjonsbrev fra sykehuset ved innkallelse til operasjon

Informasjon til pasienter som skal til dagkirurgisk behandling

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

Ta kontakt med Inntakskontoret på telefon 55 97 42 46 dersom noen av disse punktene gjelder deg:

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

FORBEREDELSE 14 DAGER FØR OPERASJON

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

SLIK FORBEREDER DU DEG DAGEN FØR OPERASJON

Les gjennom pasientopplysningsskjemaet bakerst i dette brevet. Når du kommer til sykehuset skal du fylle ut skjemaet. Du trenger ikke å printe det ut selv.

Faste:

Inntil 6 timer før anestesistart/operasjon kan du spise det du ønsker og drikke melk
Inntil 2 timer før anestesistart/operasjon kan du drikke vann, saft, juice, brus, te, svart kaffe og bruke tobakk/snus.

OPERASJONSDAGEN

Medisiner: Ta med oversikt over medisinene du bruker og ta med deg dine faste medisiner. Når du kommer få du beskjed av legen hvilke av dine faste medisiner du ikke skal ta denne dagen.

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

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

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

ETTER OPERASJONEN

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

Betaling:

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

PASIENTOPPLYSNINGSSKJEMA

I forbindelse med forestående operasjon ber vi deg lese gjennom dette skjemaet og fylle det ut når du kommer til sykehuset:

Navn	Personnummer
Høyde	Vekt
Tlf privat + arbeid	
Nærmeste pårørende	Tlf privat + arbeid
Fastlege	NAV-kontor
Arbeidsgiver	Yrke/stillingsprosent

- Kan vi kontakte deg dagen etter behandlingen? ____ - _____
- Jeg bekrefter at en person kan være hos meg etter operasjonen og til neste morgen.

- Jeg bekrefter at en person henter meg på Dagkirurgisk avdeling etter operasjonen.

Navn på person som henter:
Telefonnummer:

Til deg som skal få utført kikkhullskirurgi

VELKOMMEN TIL BEHANDLING VED SEKSJON FOR GENERELL GYNEKOLOGI

KVA ER KIKKHULLSKIRURGI (LAPAROSKOPI)?

Inngrepet blir utført i full narkose. Først blir det pumpa inn gass slik at magen blir oppblåst. Deretter set kirurgen instrument inn i magen via små snitt i huden. Instrumenta har diameter som ein finger. I ei lita opning ved navlen blir det sett inn eit tynt kamera. På denne måten får legen oversikt over dei indre organa slik at ein kan operere utan å måtte opne magen. Ein sjeldan gong blir inngrepet vanskelegare enn venta, og då kan det vere naudsynt å gå over til open operasjon som inneber eit lengre hudsnitt på magen.

FASTE

Du skal faste frå klokka 24.00 kvelden før operasjonen. Det betyr at du ikkje kan ete mat, drops eller tygge tyggegummi. Du kan gjerne drikke vatn, saft eller buljong, røyke og bruke snus inntil klokka 06.00 sjølve operasjonsdagen. Du kan pusse tennene med tannkrem.

HYGIENE

Du må dusje med vanlig såpe og vaske navlen godt om morgonen den dagen du skal bli operert. Om du vaskar håret denne dagen, må det være tørt før oppmøte i avdelinga. Du skal heller ikkje bruke bodylotion, ansiktskrem, sminke, kontaktlinser eller ha på deg neglelakk (inkl. geleneglelakk), smykke/piercing eller klokke. Kjønnshår må ikkje fjernast dei siste 14 dagane før operasjonen. Du får utdelt en klippemaskin for å fjerne hår i operasjonsfeltet når du kjem til avdelinga.

VERDISAKER

Sjukehuset kan ikkje ta på seg ansvaret for verdisaker og vi rår deg derfor til å ta med deg minst mogleg verdisaker når du kjem til oss.

KLEDE

Hugs å ta med deg lette og ledige klede og innesko til å bruke etter operasjonen.

KVA SKJER OPERASJONSDAGEN?

- Operasjonen går føre seg på operasjonsavdelingen i 2 etg. på Kvinneklinikken.
- Etter operasjonen blir du liggande på oppvåkningsavdelingen i nokre timar, før du blir kjørt i seng tilbake til sengeposten.

KVA SKJER ETTER OPERASJONEN?

- Du må rekne med å ha litt vondt etter operasjonen. Nokre pasientar får skuldersmerter og smerter i mellomgolvet på grunn av gassen som blir brukt til å blåse opp magen under operasjonen. Om du får slike smerter vil dei minke etter nokre dagar. Det hjelper å halde seg i bevegelse. Det kan òg vere lurt å ha Paracetamol liggande heime til bruk ved behov. Du får resept på Ibux eller Voltaren ved utreise. Det kan du bruke i tillegg til Paracet.
- Litt feberstigning første kvelden og natta er ikkje uvanleg. Dette er naturleg og treng ikkje vere teikn på komplikasjonar.

- Du som røyker må vere oppmerksom på at det kan gjere deg uvel etter inngrepet. Du bør vente med å røyke til du er komt heim.
- Operasjonen etterlet 4-5 små snitt på magen, kvar på ca. 1-2 cm. Desse snitta blir anten sydd igjen med tråd som løyser seg opp av seg sjølv, eller teipa saman. Det blir lagt bandasje over. Bandasjen skal berre skiftast dersom du blør gjennom eller den blir fuktig (t.d. ved dusjing). Du kan fjerne bandasjane etter ei veke. Det kan kome litt blod eller heving ved hudopningane. Dette er ikkje farleg.
- Blod kan kome frå skjeden dei første dagane. Du bør unngå å bruke tampong.
- Etter eitt døgn kan du dusje. Karbad og basseng bør du unngå til såra har grodd. Du skal ikkje ha samleie før 2 veker etter operasjonen.

Sjukemelding i 7-14 dagar frå og med operasjonsdagen er vanleg. Du kan bevege deg inntil smertegrensa frå første dag etter operasjonen. Unngå hard trening i 3-4 veker etter operasjonen. Ta kontakt direkte med oss inntil 14 døgn etter operasjonen dersom det oppstår komplikasjonar.

DU BØR KONTAKTE OSS DERSOM:

- du har feber over 38 grader som ikkje går over i løpet av to dagar
- du har sterke magesmerter som ikkje blir lindra når du tek smertestillande tablettar
- såret ser raudt og hovent ut
- bandasjen er gjennomblødd fleire gongar om dagen
- blod/væske frå skjeden aukar


VENNLEG HELSING

Gynekologisk avdeling

Telefon: 55 97 42 00

www.helse-bergen.no/kk

Vedlegg VII Informasjon til dagkirurgisk pas. v/hjemreise

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	Informasjon til dagkirurgisk pas. v/hjemreise	
Kategori: Fagprosedyrer - Annet - Annet 3		Gyldig frem til 03.01.2021/03.01.2023
Organisatorisk plassering: HVRHF - Helse Bergen HF - Kirurgisk overvakningsklinikk		Revisjon: 2.04
Godkjenner: Margun Toftevåg		Prosedyra
Dok. ansvarlig: Roald Skår		Dok. ID: D40581

Informasjon til deg som har vært pasient ved Dagkirurgisk avd. på KK.

Operasjonssår etter kirurgisk inngrep eller operert vaginalt:

Husk! Vask hendene godt før og etter sårskift. God hygiene er viktig.
Bandasje skiftes etter **48 timer** eller hvis den er fuktig av blod eller vann.
La det være lav terskel for å skifte bind.

Karbad må du vente med til stingene er fjernet og såret er helt grodd.
Har du sting fjernes disse etter 14 dager hos egen lege. Har du ikke sting som skal fjernes, men som løsner av seg selv, skal tapen/stripsen stå på i 14 dager.

Dusje:

Etter to dager, la såret lufttørke, og legg på ny tørr bandasje.
Viktig å holde såret tørt og rent.

Aktivitet:

Følg de anbefalinger legen har gitt.

OBS infeksjonstegn:

Rødhet, hevelse, smerter, temperaturstigning (feberfølelse):
Da må du ta kontakt med sykehuset på tlf: 55 97 42 00

Jfr. tilsendt brosjyre.

Medikamenter: Følg legens anbefalinger.

Du har fått Paracetol 1 gram hos oss, sist kl.: (anbefalt hv 6 time)

Du har fått Dichlophenac (Voltaren) 50 mg hos oss, sist kl.: (anbefalt hv 8 time) NB!
Taes med mat.

Resepten du har fått er sendt som e-resept og hentes på apoteket. Husk! Se pakningsvedlegg og ordinasjoner som legen har gitt. Sykemelding etter avtale med lege hvis aktuelt.

Ved spørsmål etter hjemkomst og hvis det oppstår problemer, kan du i løpet av de første 7 - 10 dager ringe/ta kontakt med Dagkirurgisk KK eller Gynekologisk avdeling.

Torsdag, onsdag og fredag mellom kl. 08.00 - 16.00:
Dagkirurgisk KK tlf. 55 97 42 92.

Mandag, tirsdag + helg, hele døgnet:

Gynekologisk avd, tlf. 55 97 42 00 frem til kl. 22, evt. 55 97 50 00 etter kl. 22.
Eller du må kontakte fastlegen, evt. Legevakt.

Vi ønsker deg God bedring.

Hilsen Dagkirurgisk KK.