

Kvinnens opplevelse av angst og stress i forkant av operasjon

«Hvilken informasjon om operasjonsavdelingen trenger pasienter som skal gjennomføre et gynekologisk kirurgisk inngrep for å redusere pre-operativ angst»

MATS BJELKÅSEN PEDERSEN
ANDRÉ NEDLAND

Antall ord: 18907

VEILEDER

Linda Iren Mihaila Hansen

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap

Institutt for Helse- og sykepleievitenskap

Forord – André

Denne masteroppgaven er en studie som er gjennomført sammen med min studentkollega, Mats Bjelkåsen Pedersen. Vi har sammen sett på informasjonsbehovet gynekologiske pasienter har preoperativt i forbindelse med et inngrep.

Skriveprosessen har vært svært lærerik på mange områder, både med tanke på resultatene som har kommet frem, men også i hvordan man skal gå frem for å få tak i informasjon en søker. Som mannlig sykepleier har det vært svært lærerikt å få et bredere og bedre innblikk i dette temaet, og mye av lærdommen vet jeg at jeg vil ha godt utbytte av i mitt virke som operasjonssykepleier.

Jeg vil rette en stor takk til deltakerne som deltok i studien, som var villige til å stille opp på intervju og bidro med mye god data.

Takk til de ulike instanser som hjalp oss med å finne respondenter.

Jeg takker for god veiledning, gode innspill og faglige råd fra vår veileder Linda Iren Mihaila Hansen ved Universitetet i Agder.

Takk så mye til min skrivekollega og medstudent, Mats Bjelkåsen Pedersen for godt samarbeid og gode diskusjoner underveis i arbeidet.

Og sist, men ikke minst; takk til min kone, Mai Nedland, for tålmodighet, støtte og oppmuntring underveis, selv med tre små barn i hælene, mens jeg fikk jobbe i fred og ro.

Forord – Mats

Med denne masteroppgaven håper jeg og min skrive-makker André Nedland at vi kan sette fokus hva slags informasjon som gynekologiske operasjonspasienter trenger for å kunne redusere sitt angst-nivå.

Denne oppgaven har i sin helhet gitt ny kunnskap til oss forfattere. Kunnskapen til å innhente ny kunnskap for å belyse en problemstilling fra flere vinkler. Dette gir en evne til å være mer reflektiv i de valgene man foretar seg i arbeidslivet.

Det å få utforske dette temaet som menn er av viktig betydning for å skape tryggere rammer for kvinner.

Takk til deltakerne som var villige til å intervjues og være med å belyse denne problemstillingen.

Vår veileder Linda Iren Mihaila Hansen har vært en stor bidragsyter og motivatør i denne oppgaven. Hun har kommet med gode innspill og det har også bidratt til kritisk tenking i nye baner som ikke har vært belyst. Hun takkes for sitt engasjement i vår masteroppgave.

Jeg vil få takke min skrive-makker André Nedland for et flott samarbeid gjennom denne oppgaven. Han har bidratt med nye tanker som har skapt fine samtaler i tillegg til at han har vært en motivatør.

Jeg vil få rette en takk til venner og familie som har vist støtte både under skrivingen av denne masteroppgaven og ved min mormors bortgang.

En spesiell takk til Glenn Johansen som har vært pausene mine gjennom denne oppgaven.

Avslutningsvis vil jeg få rette en stor takk til min arbeidsplass, medisinsk sengepost UC (Sørlandet Sykehus HF Arendal) ved enhetsleder Liv Simonsen. Ved hjelp av henne og hennes stab har det vært mulig å sette av tid til å jobbe med denne oppgaven gjennom studieperioden.

Abstrakt:

Bakgrunn:

Kirurgiske inngrep er ofte forbundet med stress og angst. Forskning viser til at god preoperativ informasjon kan være med på å forebygge mye av denne angsten. Pasienter får ofte informasjon om selve inngrepet, men det mangler informasjon om de ikke-kirurgiske prosedyrene som pasienten gjennomgår underveis på sykehuset.

Hensikt og problemstilling:

Hensikten med studien var å få kunnskap og brukererfaringer om hva pasienter opplever er mangelfull i den preoperative informasjonsdelen.

Problemstillingen er: *«Hvilken informasjon om operasjonsavdelingen trenger pasienter som skal gjennomføre et gynekologisk kirurgisk inngrep for å redusere pre-operativ angst og stress»*

Metode:

Studien har kvalitativ design som metode. Det er gjennomført semistrukturert intervju av fem pasienter som hadde gjennomgått gynekologiske inngrep av ulik art. Datamaterialet ble analysert ved å bruke tverrgående tematisk analyse med systematisk tekstanalyse inspirert av Kirsti Malterud sin bok «Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag».

Resultater:

Pasientene opplevde å få mangelfull informasjon om de ikke-kirurgiske prosedyrene som skulle foregå i forbindelse med inngrepet. De følte seg trygge og godt ivaretatt av personalet som møtte dem på stuen.

Konklusjon:

Pasienter som skal gjennomgå gynekologiske inngrep har ofte mer behov for preoperativ informasjon om ikke-kirurgiske prosedyrer. Informasjonen om selve inngrepet og den kirurgiske delen er god, men pasienten føler selv at mye av bekymringene og angsten kunne blitt redusert om de hadde fått litt mer informasjon om ikke-kirurgiske prosedyrer. Til tross for en noe mangelfull informasjon på dette området, var pasientene i hovedsak fornøyd med operasjonen i sin helhet i etterkant.

Nøkkelord: Preoperativ, informasjon, angst, operasjonsstue, gynekologi, operasjon

Abstract

Background:

Surgical procedures are often associated with stress and anxiety. Research shows that good preoperative information can help prevent much of this anxiety. Patients often receive information about the procedure itself, but there is a lack of information about the non-surgical procedures that patients undergo during the hospital stay.

Purpose and research question:

The purpose of the study was to gain knowledge and user experiences about what patients experience is deficient in the preoperative information part.

The research question is: *"What information about the operating room do patients need to undergo a gynecological surgery to reduce pre-operative anxiety and stress?"*

Method:

The study has qualitative design as a method. A semi-structured interview was conducted of five patients who had undergone gynecological procedures of various kinds. The data material was analyzed using transversal thematic analysis with systematic text condensation inspired by Kirsti Malterud's book «Qualitative research methods for medicine and health sciences» (Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (original title)).

Findings:

The patients experienced a lack of information about the non-surgical procedures that were to take place in connection with the procedure. They felt safe and well taken care of by the staff who met them in the operating room.

Conclusion:

Patients undergoing gynecological procedures often need more preoperative information about non-surgical procedures. The information about the procedure itself and the surgical part is good, but the patient feels that much of the worries and anxiety could have been reduced if they had received a little more information about non-surgical procedures. Despite a lack of information in this area, the patients were mainly satisfied with the operation in its entirety afterwards

Keywords: Preoperative, information, anxiety, operating room, gynecology, surgery

Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Studiens formål og problemstilling	5
1.3	Organisering av oppgaven.....	7
1.4	Avgrensning	8
1.5	Pasientenes ivaretagelse	9
1.6	Tidligere forskning	10
1.7	Korte begrepsavklaringer	15
2	Teori	16
2.1	Operasjonssykepleiers ansvar og funksjonsområde	16
2.2	Pasientens integritet.....	17
2.2.1	Utrygghet og angst	17
2.2.2	Fremmedgjøring	18
2.2.3	Avhumanisering	18
2.2.4	Isolasjon	19
2.3	Angst	19
3	Metode.....	20
3.1	Kvalitativ metode og design.....	20
3.2	forforståelse	21
3.3	Fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming	23
3.4	Semistrukturert dybdeintervju	24
3.4.1	Intervjuguiden og pilotintervju.....	25
3.4.2	Utvalg og tilgang til informanter	25
3.4.3	Gjennomføring av intervjuene.....	26
3.4.4	Transkribering	27

3.5 Analyse – systematisk tekstkondensering	28
3.5.1 Et helhetsinntrykk.....	30
3.5.2 Meningsbærende enheter.....	30
3.5.3 Abstrahere innholdet i meningsbærende enheter	31
3.5.4 Betydningen i de meningsbærende enhetene	32
3.6 Forskningsetiske vurderinger	33
3.7 Validitet og reliabilitet.....	34
3.8 Språklig analyse	35
4 Resultater.....	37
4.1 “Man kikker litt i taket, litt spent på hva som skulle skje”.....	37
4.2 “Ja det var jo at en gruet seg. Det gjør vel de fleste når de vet de skal operere underlivet”	38
4.3 “Men, altså. For min del informasjon er makt”	40
4.4 “Og var bare så himla happy når det var over”	42
4.5 “Jeg syntes opplevelsen var trygg og bedre enn forventet”	42
4.6 Oppsummering av resultater	43
5 Diskusjon.....	44
5.1 Diskusjonens styrker og svakheter	44
5.2 Følelser	44
5.3 Postoperativ	45
5.4 Informasjon og forventning.....	47
6 Konklusjon	49
Referanser.....	51
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	
Vedlegg 3	

Vedlegg 4

Vedlegg 5

Vedlegg 6

Vedlegg 7

Vedlegg 8

Vedlegg 9

1 Innledning

Fordi det som er viktig for meg, er kanskje ikke så viktig for deg. Men det er kanskje kjempeviktig for noen andre også. Jeg tror at vi har et felles ønske om å få mest mulig kunnskap. Og den kunnskapen vi som brukarmedvirkere har, den er like viktig som den kunnskapen forskerne har. Som er like viktig som all annen kunnskap. For kunnskapen i seg selv, har en verdi (Vest, 2019).

Disse ordene kommer fra Gunhild Berglen, som er brukerrepresentant i Regionalt brukerutvalg, og inneholder mye av kjernen for oppgaven og er derfor fundamentet for tema i denne oppgaven.

I en verden som stadig er i utvikling er det naturlig at også mennesket utvikler seg. Dette fører til at helsevesenet må tilpasse seg både tiden, pårørende og pasienten som menneske.

Men hvordan kan vi ivareta pasientens trygghet og interesser i en tematikk som gynekologi?

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det å bli innlagt på sykehus på grunn av kritisk sykdom eller behandling vil ofte bli forbundet med utrygghet og angst (Stubberud et al., 2019, p. 24). Forskning har dokumentert at kirurgi er forbundet med økt stress og angst (Haugen et al., 2009). Det har også blitt gjort mye forskning innen pre- og postoperativ angst på et bredt felt innen kirurgi (Boker et al., 2002; Kindler et al., 2000; Scott, 2004). Denne angsten kan skyldes flere forhold, som blant annet behandlingstiltak, undersøkelser eller smertefulle og ubehagelige prosedyrer (Stubberud et al., 2019, p. 24).

Denne følelsen av angst forsterkes ofte ved at pasienten ikke har kontroll eller innsikt i sin egen situasjon på sykehuset (Stubberud et al., 2019, p. 24). Flere studier peker på nettopp frykten for det ukjente, og det å ikke ha kontroll på sin egen situasjon som en av de mest fremtredende årsakene til pre- og perioperativ angst (John, 2009; Walker, 2002).

I det dagligdagse tenker vi sjelden på at vi selv kan bli utsatt for alvorlig sykdom, men vi tenker at dette er noe som rammer andre (Stubberud et al., 2019, p. 27).

Ved å bli utsatt for kritisk sykdom eller komme i en situasjon hvor en er avhengig av behandling får mennesker ofte en opplevelse av sårbarhet og blottleggelse. Denne opplevelsen kan beskrives som en følelse av at andre har kontroll over ens liv, i stedet for en selv (Stubberud et al., 2019, p. 27).

Alt det nye som oppleves i sykehusmiljøet, fra ukjente lukter, lyder synsinntrykk, mennesker og apparater kan virke fremmedgjørende for pasienten (Stubberud et al., 2019, p. 25).

Denne opplevelsen kan beskrives som en situasjon der pasientens psykologiske tilstand og opplevelse av ens egen identitet utsettes for risiko og trussel som følge av fremmedgjøring eller mangel på kontroll (John, 2009; Stubberud et al., 2019, p. 28).

Angst er generelt akseptert som en normal reaksjon før en operasjon (Forsberg et al., 2014; Mitchell, 2008). Mange opplever også angst for det ukjente i slike situasjoner (Berntzen et al., 2018).

Det kan være flere årsaker til preoperativ angst hos pasienter før et inngrep. Trusselen om tap av livet, bekymringer for familien, tanker om fremtiden og ettertiden etter operasjonen, manglende innsikt og oversikt over egen situasjon og sykdomsbilde og manglende informasjon om selve behandlingsforløpet er blant noen av årsakene til at mange opplever angst i forbindelse med et kirurgisk inngrep (John, 2009; Stubberud et al., 2019, p. 24).

Det finnes mye god forskning, både nyere og eldre, rundt temaene preoperativ angst, hva konsekvensene kan være av dette og at god preoperativ informasjon vil kunne bidra til å redusere angst og stress i varierende grad i det perioperative forløpet til et kirurgisk inngrep (Clair et al., 2020; Ruiz Hernández et al., 2021; Salzmann et al., 2021; Tai et al., 2020; Tola et al., 2021).

Det som derimot finnes lite informasjon om i denne forbindelsen er spesifikt hva slags type informasjon den gynekologiske pasienten skulle ønske de hadde fått. Forskningen spesifiserer i liten grad dette, men forholder seg stort sett til uttrykket «informasjon», uten at det kommer tydelig fram hva som ligger i dette uttrykket. Eksempler på utdrag fra artiklene på dette kan være;

Patients can be very anxious and unsure when encountering surgical treatments perceived as 'new'. Adequate information provision, good preparation and assurances of safety were therefore highly recommended (Mitchell, 2008).

For instance, Gillies and Baldwin reported that information distributed prior to admission reduces perioperative anxiety. According to Leinonen et al., patients should

be continuously informed about what is being done and why, while in the operating department (Haugen et al., 2009).

Specifically, the reasons that generate preoperative anxiety have to do with anaesthetic and surgical technique, fear of pain, physical changes in the body, the possibility of death and everything that is unknown and creates uncertainty in the patient. That is why providing educational information in the preoperative visit about the entire surgical process is effective in reducing anxiety (Ruiz Hernández et al., 2021).

Det disse artiklene sier lite om er hva slags type informasjon det snakkes om. Er det informasjon om selve inngrepet? Informasjon om utstyret? Informasjon om personalet? Informasjon om forløpet? Informasjon om liggestilling på operasjonsbordet? Informasjon om operasjonstiden?

Dåvøy et al. skriver i boken «Operasjonssykepleie» at det til dagkirurgiske pasienter anbefales;

Preoperativ kontakt med pasienten for å gi muntlig og skriftlig undervisning og informasjon om prosedyren, detaljer om oppmøte og innleggelse ved dagkirurgen, hva pasienten kan forvente under den perioperative perioden, og eventuelle behov han har ved utskrivning og hjemreise (Dåvøy et al., 2018, p. 114).

Videre skriver Dåvøy et al. at ved preoperativ visitt hos pasienten styrket man pasientens opplevelse av å bli ivaretatt på en omsorgsfull og faglig god måte. Pasienten skulle her bli informert om hva som skulle skje inne på operasjonsstuen, de skulle få en mulighet til å informere personalet om hva som var viktige for dem, og de skulle få en mulighet til å bli inkludert og hørt i det perioperative forløpet (Dåvøy et al., 2018, p. 115).

Studien til Mordiffi et al fra 2003, «*Information Provided to Surgical Patients Versus Information Needed*» (Mordiffi et al., 2003) går noe mer i dybden på hva den kirurgiske pasienten ønsker av informasjon versus hva som faktisk blir ansett som viktig av helsepersonellet å informere om. Den avdekker et tydelig gap mellom de spesifikke informasjonsbehovene til pasientens og hva som blir gitt, og har flere årsaksforklaringer på dette. Blant annet konkluderer den med at informasjon om hva som skjer på operasjonsstuen er rangert som veldig viktig av pasientene selv, mens helsepersonellet ikke rangerer denne

informasjonen som like viktig (Mordiffi et al., 2003). Studien bekrefter behovet for en bedre kommunikasjon mellom helsepersonell og pasientgruppen, og konkluderer med at mangel på kommunikasjon og misforhold i pasienters og helsepersonells forventninger øker dette gapet ytterligere. Den uttrykker også et behov for et paradigmeskifte, med vekt på pasienten i fokus som en nødvendighet for å forbedre pasientens generelle kirurgiske opplevelse. Videre konkluderes det med at helsesektoren må følge pasientens behov og man må vedta en proaktiv tilnærming for å kunne sette pasienters interesser i høyetet (Mordiffi et al., 2003). Studien og resultatene i seg selv er svært interessant, men på grunn av studiens alder vil det likevel være interessant å se om den er representativ, i den grad det er mulig, på dagens situasjon hos pasientene som ble intervjuet i egen studie.

Med tanke på det som kommer frem av forskning og litteratur om preoperativ angst, er det viktig å merke seg hva man kan forvente av oss som operasjonssykepleiere. I «Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning», vil man i kapittel 1, som omhandler virkeområde og formål, lese følgende i § 2; Formål med utdanningen:

Kandidatene skal bidra til en bærekraftig utvikling av helsetjenesten i takt med globale, sosiale, miljømessige og teknologisk endringer. De skal kunne medvirke til innovasjon, endrings- og forbedringsarbeid og brukermedvirkning på individ- og systemnivå (Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning, 2021).

Videre står det i kapittel 2, § 5 som omhandler operasjonssykepleie som fag og profesjon – ferdigheter: “Kandidaten kan bruke personsentrert operasjonssykepleie i samsvar med lover, forskrifter, retningslinjer og rammebetingelser” (Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning, 2021).

Et annet viktig punkt å huske er pasientens rettigheter i forhold til informasjon, og at denne skal være individuelt utformet og tilpasset det enkelte individ.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) slår i kapittel 3, § 3-1 fast at «Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

Videre står det i § 3-5:

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

Disse punktene ligger også til grunn for valg av tema, da vi anser brukermedvirkning og pasientens rettigheter som viktige punkter i vår utøvelse av sykepleie. Denne studien kan også forhåpentligvis bidra til en mulig endring eller forbedring inn mot individuell sykepleie på operasjonsstuen.

Det oppgaven ønsker å søke svar på er altså om hvilken spesifikk informasjon den gynekologiske pasienten selv skulle ønske de hadde fått eller visst om i forkant av inngrepet, som muligens kunne hjulpet dem i forhold til perioperativ angst, samt hvordan denne skulle blitt formidlet.

1.2 Studiens formål og problemstilling

Fra praksis har vi vært på ulike seksjoner innad i operasjonsavdelingen, ortopedi, urologi, gastrokirurgi og gynekologi for å nevne noen. Det seksjonene har til felles er at pasientene i ulik grad bærer på en form for angst og/eller stress. Vi har begge lagt merke til at angsten eller stresset ikke nødvendigvis alltid er knyttet til fremgangsmåten ved den kirurgiske prosedyren, men heller til hva som skjer på operasjonsstuen. Vår erfaring er at det er anestesisykepleiere som henter pasienten inn til operasjonsstuen, og at det er ulik praksis blant anestesisykepleierne i ivaretagelsen av pasienten idet pasienten kommer inn. Enkelte har oppmerksomheten rettet mot pasienten, mens andre begynner umiddelbart å dokumentere. Sistnevnte gjør at pasienten da blir stående, uvitende om han/hun skal legge seg på operasjonsbordet eller ikke.

Etter samtaler med flere pasienter som har gjennomgått gynekologiske inngrep, har vi inntrykk av at mange har stresset og hatt angst i forkant for hva som skal skje på sykehuset foruten de ikke-kirurgiske prosedyrene og det postoperative forløpet. Dette gjelder de små detaljene som pasienter ikke spør om ved forundersøkelsen eller hos legen, som når de skal kle av seg, skal de ligge nakne med beina i benholdere mens de enda er våkne, hvor mye blir de tildekket, og slike ting som går på verdighet og egen kroppskontroll. Studier viser ofte til preoperativ informasjon som går på effekt av inngrep, forventning av smerte, informasjon om

selve inngrepet, seksuell påvirkning og liknende (Cheung et al., 2003; Pakbaz et al., 2017).

Det vi derimot ikke kunne finne mye kunnskap og forskning på er det som går på informasjon om de ikke-kirurgiske spørsmålene.

Dette legger til en usikkerhet for pasienten som også kan være en forsterkende faktor for angst og stress ettersom pasientens fokus ikke blir avledet.

Forskning viser at det er forhold mellom stress og angst i forhold til den postoperative fasen og opplevd smerte og rekonvalesens etter utført inngrep, og at begge sistnevnte faktorer vil kunne reduseres ved forbedret preoperativ informasjon (Angioli et al., 2014).

Vi har dermed tenkt at det muligens kan være forhold i de pre-operative forberedelsene til slike inngrep som kan endres eller forbedres, for å gi pasienten bedre informasjon i forkant av inngrepet, slik at denne ekstrabelastningen kan reduseres i størst mulig grad.

Som mannlige operasjonssykepleiere føler vi også vi stiller i en rolle hvor det kan føles som en merbelastning for pasienten at det på toppen av at det er en sårbar situasjon, er mannlige personale til stede.

Med problemstillingen «*Hvilken informasjon om operasjonsavdelingen trenger pasienter som skal gjennomføre et gynekologisk kirurgisk inngrep for å redusere pre-operativ angst og stress?*», var vi ute etter å få svarene og kunnskapen direkte fra kilden, det vil si pasienter som selv hadde gjennomført et gynekologisk inngrep.

Helse Vest sitt E-læringskurs i brukermedvirkning i helseforskning (Vest, 2019) viser til flere gode punkter for hvorfor det er relevant og essensielt at brukere selv skal spille en viktig rolle i forskningen for forbedring av helsetilbud inn mot de aktuelle pasientgruppene.

Gunhild Berglen, som er brukerrepresentant i Regionalt brukerutvalg (RBU) og er RBU sin representant inn i USAM (samarbeidsorgan mellom Helse Nord og universitetene i Nord-Norge) sier blant annet i kurset:

Vi lurte nemlig ofte på andre ting enn de som sitter på den andre siden av pasientbordet. De som sitter ved datamaskinen. Og som har andre spørsmål enn det vi har. Vi er opptatt av andre ting å finne. Og vi har kanskje lyst til å gå på andre slags turer for å finne de. Noen ganger så tror jeg det, at det man leter etter, det finner man. Og det man ikke leter etter, det visste man ikke at man burde ha funnet. Og den ideen om at det er forskjell på hvilke spørsmål vi stiller oss, avhengig av hvem vi er, den tror

jeg er viktig å ha med seg når man er forsker. Fordi det som er viktig for meg, er kanskje ikke så viktig for deg. Men det er kanskje kjempeviktig for noen andre også. Jeg tror at vi har et felles ønske om å få mest mulig kunnskap. Og den kunnskapen vi som brukermedvirkere har, den er like viktig som den kunnskapen forskerne har. Som er like viktig som all annen kunnskap. For kunnskapen i seg selv, har en verdi (Vest, 2019).

Regjeringen la i 2014 ut en strategi/plan med navn HO21, hvor målet blant annet er «å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester (Regjeringen.no, 2014).

I denne strategien står det blant annet:

Brukermedvirkning og brukerstyring i forsknings- og innovasjonsprosesser handler om å la de som kjenner behovene være med å sette agendaen. I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) vektlegges brukermedvirkning i forskning og innovasjon for å sikre kvalitet og relevans. God kvalitet på tjenestene forutsetter at brukernes erfaringer og synspunkter tas med i utviklingen og anvendelsen av kunnskap. Brukermedvirkning kan bidra til økt «treffsikkerhet» i utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud, men pasienter/brukere er i dag i for liten grad delaktige i utformingen av helsetjenestene. Det er behov for tiltak som bidrar til at brukermedvirkning blir en naturlig og integrert del i alle ledd i forsknings- og innovasjonsprosessen (Regjeringen.no, 2014).

Både det Gunhild sier og det som fremkommer i strategien HelseOmsorg21 er mye av bakgrunnen til at vi har valgt å gå for en pasientrettet studie, nettopp for å få den kunnskapen pasienten selv sitter inne med, og ikke risikere å finne de svarene en selv tror er de riktige og mest hensiktsmessige.

1.3 Organisering av oppgaven

Denne oppgaven er strukturert etter IMRAD-modellen. Presentert som Introduksjon – Metode – Resultater – Diskusjon. Helt avslutningsvis vil det også være et konklusjonkapittel.

Introduksjonen er ment for å vekke interessen hos leseren og beskriver derfor litt introduksjons-teori, bakgrunn for valget av temaet, litt begrepsavklaringer og avgrensning, før en går over til den tyngre teorien.

Metode-delen beskriver fremgangsmåten for denne oppgaven ned til detalj slik at resultatene er etterprøvbare.

Etterfulgt kommer resultat-delen hvor resultatene blir presentert før en går over til diskusjon, hvor resultater og teori blir gjennomgått.

1.4 Avgrensning

Angst og stress oppleves ulikt på det enkelte individ. Hvordan en pasient reagerer på det å bli syk, har sammenheng med den psykososiale reaksjonen og behovet pasienten har i en slik tilstand. Dette kan variere fra time til time og fra dag til dag (Stubberud, 2019, s. 23). Noen opplever ikke angst dette i det hele tatt, mens for andre kan det føles som en trussel på livet, avhengig av pasientens følelser, hvordan denne klarer å mestre pasientrollen, hvordan sykepleier klarer å ivareta pasientens behov og flere andre faktorer (Stubberud, 2019, s. 23).

Stubberud beskriver i boken “Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom” (Stubberud, 2019) en fremtredende faktor for årsak til angst og stress hos pasienter, sårbarhet; *Denne opplevelsen kan beskrives som en situasjon der pasienten psykologiske tilstand og opplevelse av ens egen identitet utsettes for risiko og trussel som følge av fremmedgjøring eller mangel på kontroll*” (Stubberud, 2019, s. 28).

Det ble derfor vurdert til at gynekologiske operasjonspasienter i høyere grad vil kunne kjenne på disse følelsene. Denne påstanden underbygges av Priya og Roach sin artikkel om abdominal hysterektomi. “Å gjennomføre en abdominal hysterektomi kan være traumatisk grunnet for kvinner flest, er livmoren et viktig symbolsk organ for kvinnelighet” (Priya & Roach, 2013). De skriver videre at de abdominale hysterektomi pasientene erfarer signifikant fysisk og psykisk belastning. Dette arter seg som frykt og angst for det post-operative resultatet, post-operative smerter, seksual aktiviteten og begrensninger i daglige gjøremål. (Priya & Roach, 2013).

Selv om artikkelen til Priya og Roach spesifikt omhandler abdominal hysterektomi, viser forskning at angst er en stor faktor hos kvinner som skal gjennomgå gynekologiske inngrep generelt, på grunn av de sensitive og emosjonelle aspektene rundt denne type inngrep (Carr et al., 2006).

Konkret er derfor oppgaven avgrenset til å omhandle angst og/eller stress hos pasienter som har gjennomgått et gynekologisk kirurgisk inngrep.

I valget mellom å intervju helsepersonell eller pasienter faller det seg naturlig å velge pasienter som informantgruppe, da man ønsker subjektive data direkte fra pasienten.

Med gynekologisk kirurgisk inngrep menes det i generell sammenheng, da det tenkes at en ytterligere avgrensning på spesifikk type inngrep vil kunne gi for lite respondenter. Det er også vurdert at å gjennomføre oppgaven med generell tolkning av gynekologisk inngrep vil gi respondenter som har opplevd liten til ingen grad av angst og/eller stress. Disse pasientene er tenkt at kan gi god informasjon om hva som fungerte bra med den pre-operative informasjonen og det de opplevde inne på operasjonsstuen.

Pasientene vil bestå av kvinner, transpersoner eller kvinner som identifiserer seg som menn eller annet.

Det ble valgt å gjennomføre datainnsamling ved flere ulike sykehus.

1.5 Pasientenes ivaretagelse

Det settes strenge krav til å gjennomføre datainnsamling fra pasienter, på grunn av konfidensialitet, anonymitet, behandling av sensitive opplysninger og ivaretagelse av forskningssubjektens integritet. Dette innebærer søknad(er) til Regional Etisk Komité (fra nå av kalt REK), Fakultets Etisk Komité (fra nå av kalt FEK), vurdering fra Norsk senter for forskningsdata (fra nå av kalt NSD) og helseforetakene (sykehusene). Alle disse instansene er viktige i prosessen med å kvalitetssikre pasientens ivaretagelse både i forhold til anonymitet av deltakerne, utforming av spørsmål i intervjuguiden, informasjonsskriv og samtykkeskjema. Det var en meget lærerik prosess å gjennomføre søknader til de ulike instanser, og i løpet prosessen ble det gitt god veiledning fra de nevnte instanser for å oppnå gode spørsmål og informasjonsskriv.

Alle søknader ble behandlet og godkjent av samtlige nødvendige instanser før datasamling ble påbegynt (Vedlegg 7, vedlegg 8 og vedlegg 9).

Gjennom datainnsamling, arbeidet med oppgaven og prosjektbeskrivelsen som ble sendt ut til de ovennevnte søkeinstansene, er det lagt stor vekt på ivaretagelsen av pasientene. Pasientene skal kunne delta et intervju uten at dette får konsekvens for sin behandling. Pasientene skal også være trygge på at intervjuerne som også er skribentene for denne oppgaven, skal ivareta opplysningene som de kommer med og ikke bruke disse opplysningene som er blitt gitt til annet formål enn til denne oppgaven.

Dette får de informasjon om i informasjonsskrivet som de har fått i forkant av intervju (Vedlegg 1).

I møte med pasientene ble informasjonsskrivet gjennomgått muntlig, og rettighetene ble på nytt presisert. Spørsmål som pasienten hadde i forkant, ble besvart og det blir igjen påpekt at intervjuene og oppgaven ikke vil få konsekvens for pasientens avsluttede eller eventuelle pågående behandling.

1.6 Tidligere forskning

Flere tidligere studier på ulike inngrep har vist at pre-operativ angst er et stort problem og har betydning for den post-operative fasen (Bounif et al., 2021; Eberhart et al., 2020; Ruiz Hernández et al., 2021; Salzmann et al., 2021).

Nedenfor presenteres noen sammendrag av et utvalg av artiklene som har blitt brukt og som har vært kilde til tanker rundt temaet. Disse er valgt på bakgrunn av at de inneholder relevans for oppgaven. De inneholder temaer som behov for informasjon, hvordan informasjonen har blitt formidlet, kommunikasjon, konsekvenser av effektivisering, målbarhet av informasjonstype og mengde. Det er også valgt studier hvor det er brukt ulike typer forskning. Kvantitativ og kvalitativ har ulike tilnærming til datainnsamling og metode.

Der hvor kvantitativ metode består av konkrete tall som gir bredt overblikk i form av generelle punkter, er kvalitativ mer utdypende og beskrivende, og gir dermed en bedre forståelse av implikasjonene av tallene. Det var derfor ønskelig å se om begge typer forskning hadde oppnådd de samme type resultatene innenfor tematikken oppgaven omhandler, altså om kvantitative studier bekrefter de kvalitative studiene og omvendt.

Gobbo et al. sine forskningsresultater i en fokusgruppetudie blant pasienter som skulle gjennomføre enten abdominalt eller gynekologisk inngrep viser blant annet at det er et stort forbedringspotensiale i å gi pasienter mer omfattende og forståelig informasjon. Studien peker også på fem andre relevante systematiske studier som belyser viktige faktorer som kan påvirke pasientenes subjektive opplevelse og tilfredsstillelse gjennom det perioperative forløpet. Blant disse var blant annet viktigheten av individuell opplæring og informasjon, samt forbedret kommunikasjonsferdigheter, faktorer som ble belyst. Samme studie kunne også vise til rapporter basert på pasientmapper som viser påvirkning på opplevelsen til pasienter som hadde gjennomgått hånd- og håndleddskirurgi, Pasientopplevelsen til denne gruppen var også assosiert med usikkerhet, trygghet fra personalet, ensomhet og nettopp mangel på informasjon (Gobbo et al., 2020).

Hughes sin litteraturstudie «Effekten av preoperativ informasjon gitt til pasienter som kommer til operasjon», viser i sin konklusjon til at det er mange bevis på at preoperativ informasjon kan redusere pasientenes angst for operasjon. Hun mener også at det kan være hensiktsmessig å gi denne informasjonen før pasienten ankommer sykehuset, da de mest sannsynlig vil ha mer nytte av informasjonen før de begynner å føle angst og stress på selve operasjonsdagen (Hughes, 2002). Selv om studien til Hughes er 20 år gammel og inneholder referanser helt tilbake til 1966, bekrefter alle disse studiene at god preoperativ informasjon er en positiv faktor i forhold til angst og stress det perioperative forløpet, og kan være med på å redusere rekonvalesens og smerter postoperativt (Hughes, 2002).

En annen studie, «Reduserer økt pasientforståelse preoperativ angst før kirurgi i fordøyelsessystemet?» (Bounif et al., 2021), som er en prospektiv og komparativ studie, slår analysen av litteraturen fast flere punkter som samsvarer med tidligere nevnt forskning. Man ser at graden av samsvar mellom informasjonen gitt muntlig av kirurgen og informasjonen som blir husket av pasienten varierer fra 15 til 50 %. Den medisinske informasjonen er uklar eller ufullstendig, og de potensielle konsekvensene er mange. Man ser at mangelen på forståelig informasjon kan medføre økende preoperativ angst, som igjen kan påvirke aspekter ved pasientforløpet negativt. Blant annet ser man økt anestesiforbruk som medfører kvalme og oppkast, samt økte postoperative smerter. Samlet så fører dette til lengre sykehusopphold og rekonvalesensperioder ifølge rapporteringer fra studien (Bounif et al., 2021).

Pasientgruppen i studien ble delt inn i to grupper, hvor den ene fikk standard oppfølging, mens den andre fikk en ekstra konsultasjon hvor pasienten fikk ekstra informasjon og oppfølging én uke i forkant av inngrepet. Ved å benytte en VAS-A, som er en visuell analog skala for angst, fikk studien bekreftet sammenhengen mellom grad av assimilert informasjon og pasientens preoperative angst. Gruppen som fikk ekstra informasjon og oppfølging viste seg ifølge VAS-A skalaen å være betydelig mindre engstelig enn standardgruppen (Bounif et al., 2021).

Flere studier peker på, som Bounif et al. også viser til gjennom bruk av VAS-A skala, at det er målbare forskjeller på pasienter som har mottatt utvidet informasjon, mot pasienter som har mottatt standard informasjon.

Ng et al. sin studie «Effekten av preoperativ informasjon for å lindre angst hos pasienter med oral kirurgi» (oversatt), har ved bruk av Depression Anxiety Stress Scales (DASS) målt

effekten av god preoperativ informasjon på 192 individuelle pasienter. 90 kvinner og 102 menn deltok i studien, og konklusjonen er at bruk av god preoperativ informasjon om restitusjonsprosessen fører til betydelig angstreduksjon hos alle pasienter som gjennomgår kirurgiske/invasive prosedyrer med lokalbedøvelse (Ng et al., 2004).

Studien til Angioli et al. som omhandler effekten av å gi pasienter verbal eller skriftlig preoperativ informasjon til gynekologiske onkologi-pasienter viser til effekten av å gi tilstrekkelig og forståelig informasjon i forkant av operasjonen. For å måle tilfredsheten av preoperativ informasjon ble 190 pasienter bedt om å fylle ut spørreskjema som omhandler livskvalitet, QLQ-C30 (versjon 3.0), samt informasjonsspørreskjema EORTC QLQ-INFO 25. Funnene i studien støtter bruken av preoperativ informasjonsbrosjyre for å forberede pasienter for en kirurgisk prosedyre. Resultatene viser til at en pasient som har fått tilstrekkelig informasjon har kortere rekonvalesens, reduserte postoperative komplikasjoner og redusert bruk av smertestillende postoperativt (Angioli et al., 2014).

Den viser også til andre studier som peker på at pasienter glemmer halvparten av informasjonen de har fått muntlig fem minutter etter at de har fått den, og husker kun 20% av det de ble fortalt i ettertid. Samtidig viser Angioli et al. til andre studier at ved å tilføre skriftlig informasjon vil pasienten huske 50% mer av preoperativ informasjon som blir gitt. Dette vil dermed kunne redusere pasientens angst og stress og samtidig kunne forhindre kommunikasjonsproblemer mellom pasient og helsepersonalet i det perioperative forløpet (Angioli et al., 2014). Studien påpeker samtidig at skriftlig informasjon aldri kan erstatte én-til-én samtale mellom pasienten og helsepersonalet, men den er en verdifull hjelp til pasienter i å forstå hva som skal skje med dem underveis i det perioperative forløpet.

I studien til Chan, et al, ble det benyttet virtual reality (VR) for å redusere angst og stress preoperativt. De målte pasientenes stressnivå ved å bruke Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). De hadde 110 pasienter i alderen 24 til 59 år gamle, hvorav 2 pasienter valgte å trekke seg (Chan et al., 2020). Resultatene viser at i pre-intervensjonen hadde pasientene en HADS score på 7,2 +- 3,3. Post-intervensjon ga en score på 4,6 +- 3,0. Videre hadde de også pre-intervensjon score på 4,7 +- 3,3, hvor det på post-intervensjon ble redusert til 2,9 +- 2,5 (Chan et al., 2020).

VR simulatoren var innstilt på et program "Relax VR", et program som fokuserte på pusteøvelser, rolig musikk og avslappende naturomgivelser.

Denne studien trekkes ned da den fokuserer på rolige naturomgivelser. Denne studien ønsker å se om det er direkte faktorer fra operasjonsstuen som kan gjøres med. Studien til Chan, et al tas likevel med da den kan være av betydning for konklusjonen.

I studien til Pakbaz tar de for seg informasjonen til gynekologiske pasienter. De fokuserer også på det seksuelle livet i etterkant. Studien ser på kvaliteten av informasjonen. De trekker blant annet frem seksuell aktivitet i etterkant av hysterektomi. De viser at det i enkelte studier er det ikke vist noen negativ relasjon knyttet til seksuell aktivitet, hysterektomi og urininkontinens. I andre studier viser det til at det er negative effekter med seksualiteten relatert til urininkontinens (Pakbaz et al., 2017). Imidlertid har operasjoner for urininkontinens vist seg gunstig på seksualiteten. Det er derimot få studier som går inn på gastrointestinale operasjoner med samme tematikk (Pakbaz, et al. 2017).

I en annen studie tar man for seg kognitiv intervensjon i kombinasjon med informasjon (Cheung et al., 2003). Studien ble gjennomført med en intervensjons gruppe og en kontrollgruppe. Kontrollgruppen fikk kun informasjon om utfall og risiko ved operasjonen. Intervensjons gruppen fikk kognitiv intervensjon som distraksjon og muligheten til å snakke om de opplevde følelsene (Cheung, et al. 2003). I analysedelen så de på angstnivå og behovet for smertestillende post-operativt. Resultatene viste til at intervensjonsgruppen hadde lavere angstnivå og var mer tilfreds enn det kontrollgruppen hadde. Det var ingen endring i på behovet for smertestillende post-operativt (Cheung, et al. 2003).

Studien til Mordiffi et al. har gått i dybden på problemstillingen «Informasjon gitt til kirurgiske pasienter versus Informasjonsbehov».

Denne studien er den som nærmest undersøker problemstillingen til egen studie, og inneholder flere interessante funn.

Her ble respondentene delt inn i tre grupper; pasienter, sykepleiere og kirurger. Det ble ved bruk av semi-strukturerte intervjuer av disse tre gruppene utarbeidet spørreskjemaer til bruk i studien inn mot de respektive informantgruppene. I studien var det fokus på 5 aspekter ved den preoperative informasjonen som ble gitt og mottatt:

- Detaljer i forhold til selve prosedyren
- Preoperative forberedelser
- Operasjonsstuens struktur/miljø
- Postoperative forventninger

- Detaljer om anestesi (Mordiffi et al., 2003).

Studien fikk ved å bruke de utarbeidede spørreskjemaene informasjon om de ulike gruppens syn på viktigheten av informasjon som ble gitt i forhold til de fem aspektene som var fokus. Målet med spørreskjemaene var å fastslå pasientenes forståelse av informasjonen som ble gitt av helsepersonellet. Man ønsket også å se på årsakene til at pasientene mottar utilstrekkelig informasjon, samt vurdere pasienters og helsepersonells tilfredshet med kommunikasjonen. Man endte opp med 67 besvarte spørreskjemaer fra pasienter, 167 besvarte spørreskjemaer fra sykepleiere og 73 besvarte spørreskjemaer fra kirurger.

Samtlige av de tre gruppene rangerte informasjon om detaljer om anestesi som den med høyest prioritering. Alle tre gruppene rangerte så viktigheten av detaljer i forhold til selve prosedyren som nest viktigst. Deretter rangerte pasientgruppen informasjon om operasjonsstuens struktur/miljø til den tredje viktigste, mens sykepleiere rangerte denne som nummer fem, altså minst viktig, og kirurger rangerte informasjon om operasjonsstuens struktur/miljø til fjerde viktigst av de fem.

Flertallet av sykepleierne mente de gav tilstrekkelig informasjon om preoperative forberedelser og postoperative forventninger, men at de gav utilstrekkelig informasjon på de resterende områdene. Kirurger mente de gav tilstrekkelig informasjon på samtlige områder. Alle tre gruppene mente at den beste form for informasjon var muntlig informasjon og muntlig informasjon med bruk av bilder.

73,1 % av pasientene forstod mer enn halvparten av informasjonen som ble gitt av sykepleiere og 79,1 % av pasientene forstod mer enn halvparten av informasjonen som ble gitt av kirurgene.

Både sykepleiere og kirurger mente de gjorde en innsats for å gjøre seg forstått av pasientene. Et område som mangler er å be pasienter om å gjenta sin forståelse av informasjon.

Både mangel på tid med pasienten og stramme tidsplaner gjorde at sykepleiere og kirurger ikke fikk møtt informasjonsbehovet til enkelte pasienter (Mordiffi et al., 2003).

Artikkelen peker på et interessant tema, nemlig at veldig mange artikler om temaet diskuterer viktigheten av å gi preoperativ informasjon, men veldig få snakker om de spesifikke aspektene ved den preoperative informasjonen og viktighetene av disse. Det er ofte sykepleierne som bestemmer mengden og type informasjon, basert på deres egen oppfatning av hva som er viktig eller ikke, og ikke hva pasienten tenker er viktig. Dermed samsvarer ikke type og mengde informasjon gitt av helsepersonell i særlig grad med informasjon pasientene opplever som viktig (Mordiffi et al., 2003).

Det blir forslått å gi helsepersonell opplæring i forhold til kommunikasjon med denne pasientgruppen, hvor man har mer fokus på informasjon i forhold til anestesi og operasjonsstuens struktur og miljø. Opplæringen må først være rettet mot å endre tankegangen til helsepersonell fra en styrende tilnærming til en mer gjensidig tilnærming til kommunikasjonsprosessen med pasienten (Mordiffi et al., 2003).

En artikkel fra Pritchard (John, 2009) beskriver blant annet problematikken i forhold til den kirurgiske pasienten, preoperativ angst, og konsekvensene av mer og mer effektivisering på operasjonsstuen. Den beskriver, som i liknende forskning, de ulike konsekvensene av preoperativ angst, og hvordan begrenset informasjon kan være en av årsakene til økt angst i forbindelse med et kirurgisk inngrep.

Samtidig påpeker den at én av årsakene til begrenset informasjon er det økende kravet om å effektivisere helsetjenesten. Man skal redusere ventetider, redusere liggetid, krav om reduksjon i smittetall, og alt dette kommer til den prisen at helsepersonell tilbringer mindre og mindre tid sammen med selve pasienten. Dette reduserer helsepersonalets muligheter til å opprette en god relasjon til pasienten, som igjen kan føre til at man ikke alltid klarer å identifisere pasientens ønsker eller klarer å lese pasientens tegn på angst.

Artikkelen slår i konklusjonen likevel fast at helsepersonell har en plikt til å sørge for at pasienten er så forberedt som mulig til inngrepet, og at de derfor må benytte enhver mulighet til å sikre at pasienten ikke bare er fysisk, men psykisk skikket for hele det perioperative forløpet (John, 2009).

1.7 Korte begrepsavklaringer

Gynekologiske inngrep - Med gynekologiske inngrep menes kirurgiske vaginale intervensjoner som blir gjennomført inne på operasjonsstuen.

Generell anestesi - Full narkose hvor pasienten blir dypt sedert og intubert.

Pre-operative forberedelser / ikke-kirurgiske forberedelser - De forberedelsene som blir gjennomført mens pasienten er til stede og våken inne på operasjonsstuen. Dette omtaler alle de forberedelsene som blir gjort direkte eller indirekte med pasienten. Med indirekte menes da medisinsk teknisk utstyr.

Angst/stress - I gjennomgang av engelsk forskningslitteratur ser vi har at det engelske ordet "anxiety" blir brukt om både angst og stress, og har derfor valgt å bruke begge uttrykkene i oppgavens problemstilling og tittel.

2 Teori

2.1 Operasjonssykepleiers ansvar og funksjonsområde

Operasjonssykepleier er en profesjon som bygger på en bachelorutdanning i sykepleie, eller tilsvarende og norsk autorisasjon som sykepleier (Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning, 2021).

En operasjonssykepleier skal ha utdanning og kompetanse til å yte selvstendig helsehjelp, og ha ansvar for både direkte og indirekte arbeid mot pasienter (Dåvøy et al., 2018, p. 29).

Ansvaret er både juridisk og moralsk, ved at denne juridisk skal påse at pasienten får den helsehjelpen han har krav på og sikre at dette gjøres etter de retningslinjene og kravene som er satt i forbindelse med kirurgiske inngrep. Moralsk ansvar ligger i å sørge for at pasienten føler seg trygg ved å møte ham på sine egne premisser, gi pasientmedvirkning, og samarbeide med pasienten så langt det er mulig for å gi ham trygghet og respekt i behandlingen som blir gitt (Dåvøy et al., 2018, p. 29).

Det er i denne oppgaven fokus på angst og preoperativ angst hos pasienter i en sårbar situasjon. En av de viktige oppgavene operasjonssykepleier har er å ivareta pasientens psykososiale behov. Studier viser at preoperativ angst øker ved preoperativ venting og lite informasjon (Dåvøy et al., 2018), og en av oppgavene til operasjonssykepleier blir da å sørge for så god informasjon og trygging som mulig.

Utdannings- og forskningsdepartementet skriver blant annet i sin rammeplan for operasjonssykepleiere:

Operasjonssykepleieren fremmer helse og lindrer lidelse ved å redusere stress og angst og begrense omfanget og styrken i de belastninger pasienten utsettes for.

Operasjonssykepleieren medvirker til en faglig forsvarlig prioritering i operasjonsplanleggingen. Pasientens situasjon stiller store krav til operasjonssykepleierens evne til kontaktetablering og omsorg og krever en bevisst verdiforankring, forståelse og varhet. Kunnskap og refleksjon innenfor sykepleie, etikk, psykologi, pedagogikk og ledelse ligger til grunn for denne kompetansen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Operasjonssykepleier må da jobbe for å redusere angst og stress ved å sørge for at pasienten føler seg sett og har medbestemmelsesrett over det som foregår på operasjonsstuen. God informasjon i forkant vil kunne føre til en reduksjon i følelsen av angst, noe som også vil være gunstig for den postoperative fasen og rehabiliteringen (Dåvøy et al., 2018, p. 113).

2.2 Pasientens integritet.

For at man skal kunne ivareta pasientens psykososiale behov, må sykepleieren prøve å forstå hvordan pasienten opplever å være syk (Stubberud, 2019, s.23). De psykososiale konsekvensene som pasienten kan gjennomgå ved en akutt og/eller kritisk sykdom, har sammenheng med hvordan pasientens evne til å mestre pasientrollen, opplevelsen av pasientrollen, pasientens følelser og hvordan sykepleieren kan tilfredsstille pasientens psykososiale behov (Stubberud, 2019, s.23). De ting som spiller inn er blant annet alvorlighetsgraden av sykdom eller skade, alder og kjønn, om behandlingen kommer akutt eller elektivt, pasientens tidligere erfaring, pasientens personlighet og utdanning, emosjonelle og kognitive faktorer og om pasienten har en psykisk lidelse (Stubberud, 2019, s.23). Det kan være nyttig å forstå sykdoms- og rehabiliteringsprosessen ved sykdom og skadesom faser preget av usikkerhet. Forhold som sykehusets rutiner, pasientens sansninger og sykdomsforståelse og eksistensielle mening kan føre til at pasienten opplever flertydelighet og manglende forutsigbarhet. Med sykehusets rutiner menes sykehusets ukjente omgivelser, prosedyrer, og rutiner. Med pasientens sansninger menes hans eller hennes usikkerhet om hvilke symptomer, smerter og ubehag som er vanlig og dermed forventet ved sykdom, skade, undersøkelser og behandling (Stubberud, 2019, s.23). Pasientopplevelser ved sykdom, skade eller behandling er individuelle, men også en sammenfatning av beskrivelser som er gjort i studier og pasienthistorier og viser blant annet opplevelse av utrygghet og angst, sårbarhet, fremmedgjøring, avhumanisering og isolasjon som fellestrekk (Stubberud, 2019, s.24). Dersom man ikke kan ivareta pasientens fysiske og psykiske behov kan pasienten oppleve svekket integritet.

2.2.1 Utrygghet og angst

Angst er en normal og nødvendig reaksjon på en situasjon der det foreligger umiddelbar fare for fysisk eller psykisk skade, og kan også beskrives som frykt. Slik angst kan skyldes smertefulle og ubehagelige prosedyrer, undersøkelser og behandlinger. Det kan oppleves som skremmende. Smerte og ubehag kan oppleves meningsløst og belastende, og opplevelsen kan

forsterkes ved at pasienten ikke har innsikt eller oversikt i situasjonen. Dette gjelder særlig for kritisk syke pasienter. De opplever da angst i de ukjente situasjonene (Stubberud, 2019, s.24). Pasienten kan oppleve og ikke være informert om sykdommen, om hva som skal skje ved ulike behandlingstiltak, eller om behandlingsforløpet generelt. Manglende innsikt eller forståelse for egen situasjon kan gi vrangforestillinger om hva som feiler ham eller henne (Stubberud, 2019, s.24).

Kritisk syke kan bli utrygge av å være omgitt av mye teknisk utstyr. Pasienten kan bli redd for at utstyret som han eller hun vet holder livsnødvendige funksjoner i gang, skal svikte. Dette kan over tid skape et avhengighetsforhold til utstyret, og pasienten kan da oppleve utrygghet når dette utstyret skal avennes eller fjernes (Stubberud, 2019, s.25).

2.2.2 Fremmedgjøring

Pasienten kan oppleve seg som fremmedgjort fordi situasjonen er totalt annerledes enn det pasienten til daglig er vant med. Det kan skyldes det ukjente miljøet inne på et sykehus eller det å ikke være orientert for tid og sted. Sykdom, skade, smerter og behandlingstiltak kan også være årsaker til at pasienten opplever en kroppslig fremmedgjøring og et endret kroppsbilde (Stubberud, 2019, S.25).

Omgivelsene rundt pasienten kan virke fremmedgjørende med ukjente lukter, sanseinntrykk, lyder, mennesker og vaner. I observasjonsavdelinger eller intensivavdelinger er miljøet ofte hektisk med mye støy fra alarmer, apparater, personal og med-pasienter. Det kan i tillegg være en liten forskjell på døgnet med tanke på lysforholdene og aktivitetsnivå. Pasientens tilværelse og døgnrytme endres til å følge avdelingens rutiner (Stubberud, 2019, s.25).

2.2.3 Avhumanisering

Pasienten opplever seg mer som et objekt enn som et menneske når vi snakker om avhumanisering. Denne følelsen kan oppstå når pasienten opplever at hans eller hennes verdighet, autonomi og integritet er redusert eller truet (Stubberud, 2019, s.26). Pasienten kan oppleve sin integritet truet fordi maskiner av ulike slag overtar for livsnødvendige prosesser, mens pasienten selv opplever situasjonen som helhetlig. Det er bare i nære og intime forhold at andre mennesker har adgang til å noens kropp (Stubberud, 2019, s.26). Derfor kan en som er akutt og/eller kritisk syk oppleve at grenser brytes når helsepersonell gir seg selv adgang til pasientens kropp, fordi det er nødvendig.

2.2.4 Isolasjon

Som regel har mennesker til det daglige kjente miljøer med støtteressursene (familie, venner og andre) vel plassert. Det er likevel når mennesker blir akutt og/eller kritisk syke at man kan oppleve å føle seg isolert. Pasientene blir da flyttet ut av sitt kjente miljø og får dermed brudd på sine støtteressurser (Stubberud, 2019, s.27). Avhengig av skade og/eller behandlingsutstyr kan det være vanskelig for pasienten å uttrykke seg, ivareta jeg-et, eller ta imot besøk fra støtteressursene. Problemene med å uttrykke seg kan bli så utfordrende at pasienten velger å gi opp, til tross for at pasienten har mye som ønskes formidlet (Stubberud, 2019, s.27).

2.3 Angst

Angstlidelser blir av Helsenorge beskrevet som en samlebetegnelse hvor hovedsymptomet er angst, som blir beskrevet som irrasjonell frykt (Helsedirektoratet, 2022). Videre er angst preget av en rekke symptomer som; tretthet, uro, hodepine, kvalme, nummenhet i hender og føtter, problemer med å svelge, pustevansker, konsentrasjonsvansker, skjelvninger og rykninger, irritabilitet, svetting, rastløshet, søvnløshet/søvnproblemer, svimmelhet, hjertebank, redd for å dø og trishet (Helsedirektoratet, 2022).

Angst og/eller stress er en naturlig reaksjon hos mennesker i møte med det nye, ukjente (Dåvøy et al., 2018, p. 101). Sykehus er en hovedarena som i stor grad utfordrer disse følelsene, enten som pasient eller som pårørende. Operasjonsavdelingen og operasjonsstuen er en arena hvor det arbeides raskt og effektivt. Her er også det aller meste nytt og ukjent for pasienten.

Angst kan ifølge Dåvøy et.al deles inn i tre nivåer:

- Mild angst er en forventet reaksjon på sykdom og kirurgiske undersøkelser eller behandling. Pasienten har god evne til hensiktsmessig mestring.
- Ved moderat angst vil pasientens evne til hensiktsmessig mestring være redusert, fordi han har redusert evne til å formidle behov og motta informasjon.
- Ved sterk angst er pasienten ute av stand til å ta imot informasjon, og han har svært dårlig evne til hensiktsmessig mestring (Dåvøy et al., 2018, p. 101).

3 Metode

3.1 Kvalitativ metode og design

Det ble i studien valgt å gå for en kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk og hermeneutisk fokus. Ved å bruke kvalitativ metode, kan man få frem nyanser, mangfold og subjektive erfaringer i datamaterialet som blir samlet inn (Malterud, 2017, p. 30). Kvalitative metoder brukes for å få frem menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2017, p. 31). Det er forståelse som er målet med kvalitativ metode, og ikke en forklaring på et fenomen. Man søker etter forståelse i et ukjent terreng, eller hvor man i fenomenet i liten grad har satt ord på det som skjer eller fenomenet i liten grad er definert eller beskrevet (Malterud, 2017, p. 32).

Det ble valgt en fenomenologisk inspirert tilnærming til studien, fordi man her søker å få en økt forståelse og innsikt i folks livsverden, og forsøker å søke etter den dypere meningen i det enkelte menneskets erfaringer (Johannessen et al., 2016, p. 171).

Ved å bruke fenomenologisk tilnærming må man søke etter å utarbeide en problemstilling som er formulert slik at det er erfaringene til menneskene som skal studeres, og ber disse om å beskrive sine erfaringer (Johannessen et al., 2016, p. 172). Det er ved å bruke en slik fenomenologisk tilnærming til informantene og problemstillingen at man sitter igjen med et datagrunnlag som inneholder et grunnlag for analysen (Johannessen et al., 2016, p. 172).

Det ble valgt å bruke semistrukturerte intervjuer til datainnsamling da man ønsket utdypende kunnskaper og erfaringer om pasienters forhold til angst og engstelse. Denne typen intervju benyttes ofte når vi ønsker å gi intervjuobjektet (her pasienten) rom og tid til å dele sine kunnskaper, erfaringer og opplevelser i trygge omgivelser (Malterud, 2017).

Det kunne vært aktuelt å ha gjennomført fokusgrupper for å se hvordan pasientene hadde samhandlet, delt erfaringer og synspunkter i en gruppe (Malterud, 2017). Det ble imidlertid konkludert med at fokusgrupper ville vært en begrensning for pasientene da dette er et nokså identitetstruende tema, og man risikerte at enkelte av pasientenes erfaringer og opplevelser ikke ville kommet frem i en gruppesetting.

3.2 forforståelse

Malterud beskriver forforståelsen følgende:

Forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Innholdet i denne ryggsekken påvirker hele veien måten vi samler, leser og tolker våre data på. Dette er en bagasje som i beste fall kan gi næring og styrke til prosjektet og fungere som en matpakke, men som i verste fall kan bli en tung bær som gjør at vi bør avbryte reisen fordi alt handler om det vi bærer med oss, og ikke om det vi ser langs veien. Denne bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv, og av den teoretiske referanserammen slik denne ser ut ved prosjektets innledning (Malterud, 2017, s.44-45).

Edmund Husserl sin filosofi og metode er vanligvis regnet som en filosofisk tradisjon som førte til begrepet fenomenologi (Hovd, 2009).

Husserl mente at for å kunne ha forståelse av et menneskes subjektive erfaring og bevisshet, må man som forsker sette all sin tidligere kunnskap og forforståelse til side, uavhengig av kontekst, for «*derved å rette kritisk oppmerksomhet mot den aktuelle subjektive erfaring i lys av individets livsverden*» (Malterud, 2017, p. 28).

Husserl påpeker også at menneskelig erfaring er «*kjennetegnet ved en direkte opplevelse av helhetlige, meningsbærende fenomener - og det er dette som er utgangspunkt for kunnskap*» (Thomassen, 2006, p. 83).

Dermed blir fenomenologi noe som er direkte gitt i erfaring fra det subjektive mennesket, uten at man legger til eller trekker fra noe basert på egen forforståelse av fenomenet (Wifstad, 2018, p. 105).

Ifølge Husserl skulle man ikke ta med seg verken antakelser eller fordommer i søken etter fenomenene som utforskes, noe som i praksis er lettere sagt enn gjort.

Vi møter nemlig alle verdenen og fenomener med en forforståelse basert på egen kunnskap og erfaringer som vi bruker på å tolke det som skjer rundt oss. Dette skjer ofte ubevisst, og som forskere er det derfor viktig at man er bevisst denne forforståelsen i sin søken etter kunnskap, slik at denne i minst mulig grad blir overført i forståelsen av et fenomen (Johannessen et al., 2016, pp. 34-35)

Siden man alltid vil møte andre mennesker og tekst, altså fenomener med en viss form for forforståelse, basert på egne erfaringer og sin egen livsverden, er det viktig at forskeren prøver å forstå sitt eget tolkningsmønster, og forsøker å sette dette til side så godt det lar seg

gjøre. Dette for å forstå verdenen slik den konkret oppleves og erfares fra pasientens subjektive perspektiv i forbindelse med det kirurgiske inngrepet.

Forskeren kan gjerne sette av tid i forkant av datainnsamlingen for å identifisere sitt forhold til inngangen av kunnskapen (Malterud, 2017, s.46). Dette bør skrives ned og hentes frem ved ulike ledd av prosjektets faser.

Hva er min erfaring om det emnet jeg nå skal se nærmere på? Hvordan gjør dette min posisjon som forsker annerledes enn for forskere med et annet erfaringsgrunnlag? Hva er mine forventninger om hva jeg kommer til å finne? Hvorfor er det akkurat dette jeg venter å finne? Hva er mitt faglige perspektiv og ståsted når jeg nå skal søke kunnskap om dette temaet? Hva ville vært annerledes for en forsker med annen faglig bakgrunn enn meg selv? Hva er min teoretiske referanseramme før prosjektet starter – hvilke modeller, hvilket begrepsapparat og hvilke forskningstradisjoner styrer min måte å tenke om dette på? Og hva ville vært annerledes om jeg hadde lest annen litteratur eller støttet meg til en annen metodetradisjon ved prosjektstart (Malterud, 2017, s.46)?

Ved å stadig gjøre seg selvbevisst på disse spørsmålene, kan man unngå at prosjektets datainnsamling, resultatdel og drøfting ikke lar seg styre av forforståelsen. Dette tillater at man kan finne nye svar på spørsmål som aldri ble stilt, eller uventede svar på spørsmål som ble stilt.

Vi som forskere har med oss en forforståelse. Denne forforståelsen baseres blant annet på bakgrunnen og erfaringene vi som forskere har tilegnet oss som enkeltmennesker og fagpersoner (Johannessen et al., 2016, p. 35). Begge oss forfattere av denne studien har en grunnleggende sykepleierkompetanse. Denne har lært oss om mennesker som befinner seg i ulike kriser og hvordan man kan håndtere dem. Vår sykepleierkompetanse har bragt oss til ulike kanter hvor faget ytes. Den ene av oss på medisinsk sengepost og da i stor grad av terminale pasienter, men også pasienter med angst knyttet til KOLS eller annen alvorlig sykdom. Den andre fra saksbehandlingstjeneste med flyktninger som trenger hjelp for å få etablert seg. Dette gir oss ulike erfaringer med å håndtere pasienters/brukerens angst og bekymringer. Dette gir oss også en noe ulik forforståelse.

I dette studiet har vi fått en ny forståelse for å håndtere angst og stress på. En forståelse som er unik for operasjonsstuen og som ikke nødvendigvis kan benyttes i andre sammenhenger.

3.3 Fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming

Fenomenologien søker etter menneskers opplevelser og tolkninger av livserfaringer, og søker etter å finne essensen av dette hos det enkelte mennesket. Man søker å finne en dypere mening og forståelse av meningen i opplevelsen til den man ønsker å få informasjon fra (Polit & Beck, 2018, p. 49).

Man er i fenomenologisk metode opptatt av innholdet i datamaterialet, det vil si hva intervjuobjektet forteller i et intervju. Datamaterialet blir så fortolket av forskeren, og forsøker å forstå den dypere meningen med erfaringen til det enkelte mennesket (Johannessen et al., 2016, p. 173).

Ved å bruke semistrukturerte intervjuer vil man kunne få informasjon fra intervjupersonens egne perspektiver, og intervjuet kan likne en normal samtale i dagliglivet. Forskjellen er at man har et profesjonelt formål, og man sirkler seg inn bestemte temaer for samtalen for å fange opp intervjupersonens opplevelsesinnhold av dette temaet eller hendelsesforløpet (Kvale et al., 2015, p. 46).

Siden oppgaven søker å finne mer ut av hvordan den enkelte pasienten opplevde hendelsesforløpet og situasjonen de var i, og få en forståelse og meningsinnhold, egner dette studiet seg til å ha et fenomenologisk perspektiv.

Hermeneutikk handler om tolkninger av meninger, og at beskrivelsen av disse meningene vil være farget av en forforståelse hos mottaker av innholdet. Man forsøker å distansere så mye som mulig fra egne erfaringer og kompetanse innen temaet som omhandles, og søker etter den subjektive erfaringen hos det individuelle individ (Malterud, 2017, p. 28).

Forforståelse kan bygge på egne og individuelle erfaringer, men vi forstår også basert på fordommer som er mer generelle og allment akseptert.

Siden vi som studenter ikke har mye erfaring med preoperativ angst hos pasienter i fokusgruppen, vil en i intervjurunden og i fortolkningen av teksten og meningsinnholdet ha liten forforståelse innen temaet. Det er viktig med kunnskap om temaet når en skal gjennomføre et kvalitativt intervju, og kvaliteten på intervjuet avhenger om den som leder intervjuet har kunnskap og ferdigheter nok til å stille gode nok oppfølgingsspørsmål til at det blir relevant for forskningen (Kvale et al., 2015, p. 84). Det har derfor vært fokus på å finne informasjon og få en forståelse om temaene preoperativ angst, samt student forskning som omhandler dette temaet, samtidig som en har liten klinisk erfaring selv. Tanken er at det i dette studiet kan være en fordel med lite klinisk erfaring, siden en da vil kunne fange den subjektive erfaringen hos den enkelte uten å være altfor mye farget av egne erfaringer og forforståelser.

Intervju er en del av en forskers metode, og man må hele tiden ta valg som baseres på etiske hensyn og veie dette opp mot vitenskapelige hensyn. Man må gjøre vurderinger for mulige konsekvenser for intervjuobjektet, som for eksempel stressopplevelse og endret selvbilde, og verdien av dette satt opp mot verdien for forskningen. Hvis man som forsker oppfatter motsetninger med hva som blir sagt under intervjuet, versus det som blir uttrykt non-verbalt, må man gjøre en avveining om man ønsker å gå i dybden på dette, eller av etiske grunner velge å ikke følge det opp, og dermed risikere å miste verdifull informasjon (Kvale et al., 2015, p. 96).

I intervjuene med informantene, var det derfor viktig å hele tiden være obs på at intervjusituasjonen kunne bli farget av at vi som mannlige forskere skulle intervju kvinnelige pasienter om et tema som for mange kan være sensitivt og personlig. En hadde derfor fokus på egen forforståelse av dette i intervjusettingen. Under hele forskningsprosessen forsøkte man å gjøre situasjonen så trygg og tillitsvekkende som mulig, slik at svarene under intervjuene ville være likt om det var kvinnelige forskere som ledet intervjuet. Det var bevissthet på at vår forforståelse av situasjonen som gynekologisk pasient ville være annerledes for oss som menn enn det som er tilfelle for kvinner som gjennomgår et slikt inngrep. Derfor var det viktig å være aktive lyttere og ikke lede informantene i den retningen man trodde var svaret, men stille åpne spørsmål og guide dem gjennom intervjuguiden og prøve å se på med nye øyne hva som ble formidlet.

3.4 Semistrukturert dybdeintervju

Det ble i denne undersøkelsen valgt å bruke semistrukturert dybdeintervju, hvor man utformet en intervjuguide (Vedlegg 2). En semistrukturert intervjuguide gir muligheten til å gjennomføre et dynamisk intervju, hvor tematikken for intervjuet ble valgt og man satte opp spørsmål som kunne belyse problemstillingen til oppgaven. Et intervju spørsmål må ta hensyn både til tematisk og dynamisk dimensjon, hvor den tematiske dimensjonen henspiller til produksjon av kunnskap, mens dynamisk dimensjon henspiller til den interpersonlige relasjonen i intervjuet (Kvale et al., 2015, p. 162). At semistrukturert intervju ble valgt gjorde også at en kunne utforme temaspørsmål og mulige ledespørsmål uten å bli bundet til en bestemt rekkefølge, samt at en hadde muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål om en følte det var behov for utdypning eller oppklaring fra intervjuobjektet. Slike dybdeintervjuer brukes gjerne når man ønsker å gi deltakerne tid og rom for overveielser og å hente frem erfaringer som trenger trygghet og ettertanke for å deles (Malterud, 2017, p. 133). Intervjuet blir mer som en dialog mellom oss og deltaker, hvor man ønsker å få et innblikk i deltakerens

opplevelse og synspunkt på tematikken oppgavens problemstilling (Johannessen et al., 2016, p. 145).

3.4.1 Intervjuguiden og pilotintervju

Spørsmålene i intervjuguiden ble utformet basert på tidligere forskning og teori, samt egen erfaring.

Etter at det hadde blitt jobbet en del med utforming av spørsmålene, ble det satt opp et pilotintervju med en frivillig deltaker for å teste om formuleringene og utformingen på spørsmålene var lette å forstå. For at ikke spørsmålene skulle bli formulert for teoretisk som rene forskningsspørsmål, var det viktig at dette pilotintervjuet ble kjørt for å finne et uttrykk på spørsmålene som var mer uttrykt i deltakerens dagligspråk. Man søker etter å oversette de akademiske forskningsspørsmålene til et mer avslappet dagligspråk for å få en mer avslappet og naturlig flyt i intervjuet (Kvale et al., 2015, p. 164). Det var også fokus på at spørsmålene i intervjuguiden ikke ble for ledende, og dermed innskrenket besvarelsene til deltakerne. Denne prosessen ble utført med god veiledning fra veileder, samt REK, og resultatet ble ansett som gode spørsmål som ikke var altfor ledende. Det var derimot noen mer ledende spørsmål inn mot tematikken om det skulle bli nødvendig å pensle fokus tilbake på problemstillingen vår for oppgaven.

3.4.2 Utvalg og tilgang til informanter

For å få validitet på innholdet i intervjuene er det viktig at man i kvalitative intervjuer ikke trekker fra et tilfeldig utvalg, men finner informanter som kan belyse problemstillingen på en fyldig og måte og fra flere sider (Johannessen et al., 2016, p. 113).

Det var i denne masteroppgaven interessant å møte de pasienter som har vært til et gynekologisk inngrep, uavhengig av hvordan de identifiserte seg.

På grunn av lang søkeprosess for godkjenninger på studien og begrenset med tid til å gjennomføre den, ble det valgt å benytte kun 3 ulike sykehus for datainnsamling.

Det ble opprettet kontakt med de aktuelle sykehusene, og det ble sendt ut et informasjonsskriv som omhandlet studien med et medfølgende samtykkeskjema (Vedlegg 1). Det ble avtalt med de ulike avdelingslederne at de respektive avdelingene selv kunne gjøre vurderinger på hvem som var aktuelle for å bli spurt om å delta i studien, basert på infoskrivet som var utformet og sendt ut. Så ville den aktuelle kandidat få utlevert infoskriv og samtykkeskjema, med beskjed om at denne enten kunne underskrives på sykehuset og leveres til personalet til avdelingen,

eller det kunne ettersende etter at deltaker var utskrevet og hjemme. Når kontakten så var opprettet med aktuell kandidat, ble tidspunkt og sted for intervju avtalt og gjennomført. Det viste seg dessverre at rekrutteringen av pasienter var vanskeligere enn først antatt. Det ble sendt henvendelse til flere av sykehusenes somatiske avdelinger, lektposter, pasienthotell, kirurgiske poliklinikker og gynekologiske poliklinikker. Flere av disse var det ingen respons fra, mens noen gav respons. Dette ble forstått at bunn i den pågående Covid-19 pandemien, som førte til en del omprioriteringer av arbeidsoppgaver og annen fokus enn det man har i mer normale settinger. I løpet av rekrutteringsperioden ble det rekruttert til sammen 5 pasienter som hadde gjennomført et gynekologisk inngrep til intervju.

Under planleggingen i prosjektbeskrivelsen ble det gjort vurderinger på når det var mest hensiktsmessig å intervju pasientene. Det ble vurdert til at pasientene ville sitte på en del erfaringer og tanker i etterkant av operasjonen, og en valgte derfor å ha fokus på denne gruppen som allerede hadde gjennomgått et inngrep.

Tanken var også å intervju pasienter i forkant av inngrepet, men operasjonssykepleierstudenter sitter på en del kunnskaper om hva som foregår på en operasjonsstue, og en ville risikere å havne i et etisk dilemma under intervjuet om pasienten viste seg å ha mange ubesvarte spørsmål og bekymringer som en i utgangspunktet kunne gitt svar på der og da.

Det ble vurdert til at dette ville kunne endre på svarene som ble gitt underveis i intervjuene på en slik måte at intervjuene ikke hadde vært valide fordi det kunne bli gitt en utilsiktet intervensjon før eller under intervjuet. Det ble derfor besluttet å velge bort denne gruppen som ikke hadde vært inne til inngrep enda, og hadde da som kriterier at deltakeren skulle ha gjennomført inngrep før selve intervjuet.

3.4.3 Gjennomføring av intervjuene

Ved semistrukturert intervju er det viktig at intervjuet ikke blir lagt opp i en fast form og med fastlåste spørsmål, men heller bruke intervjuguiden som verktøy for å få en samtale hvor hvert enkelt intervju gjennomføres som en individuell samtale ut fra deltakerens individuelle forskjeller og livssituasjoner (Johannessen et al., 2016, p. 148).

Har man ønske om å fange opp fyldige og detaljerte beskrivelser fra deltakeren som omfatter blant annet forståelse, følelser, erfaringer, oppfatninger og refleksjoner, er det viktig å bruke én-til-én intervjuer. Dette er også hensiktsmessig når det er snakk om temaer som kan være sårbare, intime eller personlige (Johannessen et al., 2016, p. 146).

Det ble derfor valgt å gjennomføre intervjuene i én-til-én form av flere årsaker. Siden en ønsket at intervjuene skulle gjennomføres ansikt til ansikt, og ikke via digitale medier eller telefon, var det praktisk hensiktsmessig at den av intervjuerne som bodde nærmest aktuelle kandidat utførte intervjuet. Det ble også vurdert til at med et sårbart tema som ligger i problemstillingen, ønsket man ikke å være to menn under intervjuet. Dette da det var usikkert om kunne medføre at deltakeren ville føle det vanskeligere å være helt åpen om eventuelle intime temaer, fremfor å kun være én til stede. En ønsket også muligheten til å lese deltakerens kroppsspråk på best mulig måte, for om mulig avdekke reaksjoner eller følelser til deltakeren underveis, og ansikt til ansikt var derfor det mest hensiktsmessige valget. Deltaker fikk selv velge tid og sted for intervjuet, og deltakernes ønsker ble i samtlige intervjuer etterkommet.

Intervjuet ble startet med en presentasjon, samt informasjon om hensikten med studien. Deretter ble informasjonsskrivet gjennomgått sammen, for å sikre at det ikke var misforståelser og at deltaker var informert om rettigheter og muligheter til å trekke seg når som helst.

Det ble informert om at det ble gjort opptak, hvordan disse skulle bli oppbevart, og om prosessen med sletting av opptakene etter at studien var avsluttet.

Det at lydopptak ble valgt gjorde at en kunne holde samtalen så naturlig som mulig uten avbrytelser eller skrivepauser. Man ønsket at intervjuobjektene skulle holde på de følelsene som blir nevnt, og lydopptak var derfor det mest naturlige valg for begge parter.

Intervjuguiden ble benyttet under intervjuet, men det var mulighet til å endre rekkefølgen og spørsmål underveis, samt stille oppfølgingsspørsmål, avhengig av hva deltakeren kom med av opplysninger i løpet av intervjuet.

3.4.4 Transkribering

Når man skal skriftliggjøre en samtale, er formålet å fange det opp i en form som klarer å meddele det deltakeren ønsket å formidle på en best mulig måte (Malterud, 2017, p. 78). Det naturlige talespråket er ofte mer oppstykket og uformelt enn skriftspråket, og man kan også lett miste den non-verbale kommunikasjonen som forgår under selve intervjuet hvis man skriver ordrett av hva som blir sagt underveis (Malterud, 2017, p. 78).

Samtidig må man passe på risikoen for latterliggjøring av deltakeren om man tilstreber en mest mulig ordrett transkribering av intervjuet. En setning som kan høres presis og sammenhengende ut i konteksten den blir sagt under intervjuet, kan fort virke motsatt når den blir skrevet ut ordrett i tekstform i etterkant (Malterud, 2017, p. 78). Det vil derfor være

hensiktsmessig å gjøre noen forsiktige endringer eller redigeringer underveis når en foretar transkriberingen av et intervju eller samtale, noe som i engelskspråklig litteratur gjerne kalles «slightly modified verbatim mode» (Malterud, 2017, p. 78).

Det er også hensiktsmessig at den som selv har gjennomført intervjuene er den som transkriberer materialet, siden denne gjerne husker momenter som kan oppklare uklarheter, eller om det skulle være punkter hvor det er vanskelig å høre det som blir sagt (Malterud, 2017, p. 79).

Intervjuene ble transkribert fortløpende etter hvert som de ble gjennomført, slik at de enda var friskt i minne når de ble transkribert. Deretter ble intervjuene gjennomhørt mens den transkriberte teksten ble lest for å være forsikret om at alt hadde blitt med. Det ble valgt å ikke skrive teksten direkte på den dialekten som ble snakket av deltakeren, men heller skrive dette inn som skriftspråk, i i dette tilfelle bokmål, istedenfor talespråk. Dette ble gjort både av praktiske hensyn, men også for å ytterligere anonymisere den enkelte deltaker, da disse hadde ulike dialekter.

Intervjuobjektene sine navn ble ført i en separat liste, hvor en kodet intervjuobjektens intervjuer i tekstform. Dette ble gjort for å beholde anonymiteten til de transkriberte tekstene, samtidig som at intervjuobjektene skulle ha mulighet til å trekke seg fra studien uten å måtte huske på egen kode.

3.5 Analyse – systematisk tekstkondensering

I studien ble det valgt å foreta en induktiv tverrgående analyse med systematisk tekstkondensering. I denne type analyse sammenfattes informasjon fra mange forskjellige deltakere, i motsetning til langsgående analyse hvor man følger et enkelt eller flere forløp over tid (Malterud, 2017, pp. 92-93). Denne type analyse passer da bra i forhold til den type informasjon som ble samlet inn, hvor man ikke følger forløp over tid, men sammenfatter informasjon fra flere informanter uten noe tidsforløp over lengre tid involvert. En slik systematisk gjennomgang av datamateriale gjennom flere ledd er viktig når en skal utvikle vitenskapelig kunnskap, og sikres ved at en sammenholder det med de teoretiske perspektiver og overveielser om relevans, validitet og refleksivitet (Malterud, 2017, p. 100).

I systematisk tekstkondensering settes egne erfaringer til side for å ikke overdøve deltakernes stemmer, og denne holdningen er beslektet med det som i fenomenologien blir kalt «bracketing» (Malterud, 2017, p. 116). Selv om det finnes enkelte forskjeller på fenomenologisk metode og systematisk tekstkondensering, deler disse likevel flere

fellestrekk. Blant annet så søker man i begge en beskrivelse av de mest relevante sidene av fenomenet man undersøker, og beskriver disse så nøyaktig og omhyggelig som mulig, deriblant relasjoner til andre fenomener (Malterud, 2017, p. 116). Et annet fellestrekk er at man i begge former deler oppfatningen av at den subjektive erfaringen fra deltakerens opplevelse er gyldig kunnskap (Malterud, 2017, p. 116).

I systematisk tekstkondensering går man ikke bredt ut med et stort antall koder eller tema, men starter med et begrenset antall og utvider deretter med kodegrupper. Det er derfor viktig med en gjentakende og fleksibel analyseprosess, hvor man er åpen for å se mønstre man ikke så innledningsvis i prosessen (Malterud, 2017, p. 96).

Man skal i løpet av en systematisk tekstkondensering søke etter å finne meningsbærende enheter, for så å hele tiden vurdere om de er relevante i forhold til oppgavens problemstilling eller ikke, og til slutt nede opp med en sammenfattet tekst av de gjenværende meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, pp. 101-108).

Ut fra de meningsbærende enhetene lager man i systematisk tekstkondensering et kondensat. Det er dette som skiller denne form for analyse fra andre analysemetoder, og hvis man velger å droppe denne delen vil det være misvisende å kalle metoden for systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017, p. 106).

Et kondensat er et kunstig sitat basert på de meningsbærende enhetene i den aktuelle subgruppen en har kommet frem til under analyseprosessen. Man slår sammen disse meningsbærende enhetene som sier omtrent det samme til en frisk tekst som oppsummerer innholdet til samtlige meningsbærende enheter. Det er disse kunstige sitatene man skal bruke som utgangspunkt for resultatpresentasjon i analyseprosessens siste trinn (Malterud, 2017, p. 107).

Analysemetoden systematisk tekstkondensering gjennomføres i 4 trinn.(Malterud, 2017, p. 98) Disse 4 trinnene er:

1. Å få et helhetsinntrykk.
2. Å identifisere meningsdannende enheter.
3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene.
4. Å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017, p. 98).

I de påfølgende avsnittene vil det redegjøres for hva som er gjort i disse forskjellige trinnene i denne studien.

3.5.1 Et helhetsinntrykk

I første trinn skal man danne seg et helhetsbilde. Man ser på den innsamlede datamengden i et fugleperspektiv og finner temaer som representerer problemstillingen (Malterud, 2017, p. 99). Det er viktig at en i dette trinnet hele tiden jobber med å legge til side forforståelsen sin og se på dataene i et lekmannsperspektiv (Malterud, 2017, p. 99). Man setter også sin teoretiske referanseramme i parentes, slik at en best mulig kan stille seg åpen for de inntrykkene som det innsamlede materialet kan formidle (Malterud, 2017, p. 99). Man skal bli kjent med innholdet i den innsamlede dataen, og helheten er viktigere enn detaljene. Deretter skal man se etter hvilke foreløpige temaer som omtaler problemstillingen en kan begynne å anta i teksten (Malterud, 2017, p. 99).

Det er viktig i denne delen at en aktivt motstår fristelsen til å begynne med å systematisere teksten, men fokuserer på å lese teksten gjennom flere ganger og lærer seg innholdet, slik at en kan begynne å se de foreløpige temaene. Det er her viktig at en ikke går bredt ut i første omgang, men setter søkelys på mellom fire til åtte temaer som begynner å vekke vår interesse (Malterud, 2017, p. 99).

Det ble 28 sider med transkribert tekst fra intervjuene som hadde blitt gjennomført. Disse ble lest tre til fire ganger hver for seg. Underveis ble foreløpige temaer notert etter hvert som en hadde lest intervjuene noen ganger. Deretter ble disse notatene sammenliknet med hverandre. Så ble hvert intervju gjennomgått og en diskuterte seg frem til hvilke temaer begge mente var de mest fremtredende. Disse temaene var; Forventninger, Informasjon er trygghet, Følelser, Postoperativ, Trygging.

3.5.2 Meningsbærende enheter

I trinn to av analysedelen skal man søke gjennom hele teksten etter meningsbærende enheter (Malterud, 2017, p. 101). En meningsbærende enhet er deler av teksten som på en eller annen måte belyser eller gir kunnskap om problemstillingen vi har som utgangspunkt i studien (Malterud, 2017, p. 101). Disse meningsbærende enhetene trenger ikke være hele setninger, men korte eller lange deler av teksten, og det er bedre å ta med for mye enn for lite når en ser etter disse enhetene. Basert på de foreløpige temaene som allerede ble etablert i trinn 1, kan man så begynne å kode de ulike meningsbærende enhetene under de ulike foreløpige temaene som er satt opp. Disse temaene er kun foreløpig, og etter hvert som man analyserer teksten og finner de meningsbærende enhetene, vil det ofte være aktuelt å gå tilbake og endre de ulike temaene, eventuelt justere dem i forhold til nye funn som vil kunne dukke opp underveis (Malterud, 2017, p. 101). Denne formen for analyse kalles koding, og har som mål å

identifisere og sortere alle meningsbærende enheter i teksten (Malterud, 2017, p. 101). Det er viktig å hele tiden tenke seg at kodegruppene er dynamiske, og det ofte kan være behov for justering av disse ettersom materialet vil gi nye innspill og idéer underveis (Malterud, 2017, p. 102).

Etter hvert som analyseringen og kodingen gjennomføres vil en ved å se på problemstillingen, forforståelsen og teoretisk referanseramme gjerne sortere bort elementer som skiller seg ut fra de andre enhetene (Malterud, 2017, p. 102). Det kan også være at det dukker opp nye temaer i teksten som en ikke hadde med fra starten av. Det er da viktig å gå tilbake i teksten for å se etter nye meningsbærende enheter som kan tas med videre i tekstanalysen (Malterud, 2017, p. 103).

Man kan også velge å kode en meningsbærende enhet under flere ulike kodegrupper om dette skulle være hensiktsmessig i forhold til analysen. Skulle det derimot vise seg at det blir veldig mange dobbelt- eller trippelkodinger, må man gå tilbake i teksten og se på om kodingen ikke har vært presise nok, eller om det er behov for å endre selve kodegruppene (Malterud, 2017, p. 104).

Denne form for koding innebærer en systematisk dekontekstualisering, hvor man henter ut deler av en tekst, for deretter å sette den i sammenheng med beslektede tekstelementer med den teoretiske rammen i bakgrunnen (Malterud, 2017, p. 104). For at man skal kunne vurdere disse dekontekstualiserte enhetene mot det helhetlige datamaterialet vi hadde i utgangspunktet, er det viktig at man har en transkribert totalversjon av datamaterialet som verken er kodet eller dekontekstualisert (Malterud, 2017, p. 104).

Det ble benyttet tekstanalyseprogrammet Nvivo til denne delen av analysen, hvor hele teksten ble lagt inn som et helhetlig dokument og de meningsbærende enhetene ble linket opp mot de ulike kodegruppene underveis. Dette var en dynamisk prosess hvor en endret kodene noe underveis hvordette ble ansett som mer hensiktsmessig, samt lagt undergrupper for de ulike kodingene. Dette gjorde at man hele tiden hadde hele dokumentet tilgjengelig, samtidig som en hadde god oversikt over både de ulike temaene og de meningsbærende enhetene som ble kodet til de ulike temaer.

3.5.3 Abstrahere innholdet i meningsbærende enheter

I tredje trinn skal en sette sammen informasjonen man sorterte i trinn to av analysen, og dette gjøres ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017, p. 105). Man skal her systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som ble kodet sammen i trinn to av analysen (Malterud, 2017, p. 105). Man legger

til side de delene av materialet hvor vi ikke har funnet meningsbærende enheter, og fokuserer på materialet som har blitt kodet til de ulike kodegruppene (Malterud, 2017, p. 105). Det vil også her kunne oppdages at enkelte av kodegruppene inneholder få eller begrenset med meningsbærende enheter. Det vil da være hensiktsmessig å gå tilbake for å se om de skal være under andre kodegrupper, eller om de muligens ikke skal høre til under de meningsbærende enhetene i det hele tatt. Samtidig kan enkelte av kodegruppene ha så mye innhold i seg at de må vurderes om de skal deles opp i ulike undergrupper av kodegrupper. Man må likevel være obs på at en ikke deler dette opp i altfor mange hovedgrupper, med tanke på at man i presentasjonen skal kunne vise til noen tydelige hovedfunn (Malterud, 2017, p. 105). Man skal nå se på kodegruppene for å se på hva materialet gir, og om nødvendig sortere materialet i noen få subgrupper slik beskrevet ovenfor.

Hvilke subgrupper en fester seg ved blir preget av det perspektivet en leser materialet ut fra (Malterud, 2017, p. 106). Man tolker teksten ut fra vårt faglige ståsted og perspektiv, og her kommer da også forforståelsen med i prosessen (Malterud, 2017, p. 106).

Man har nå kommet til den delen av analyseprosessen hvor en skal lage kondensater av de ulike kodegruppene og subgruppene. Et kondensat er en gjenfortelling av de sammenslåtte dataene fra de meningsbærende enhetene i en mer generell form (Malterud, 2017, pp. 106-107). Gjenfortellingen skal være et sitat som samlet sier det som de ulike deltakerne mener, bruker jeg-form, og være en sum av det fenomenet som deltakerne beskriver i de enkelte kodegruppene og subgruppene (Malterud, 2017, p. 107). Dette kondensatet skal så brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjonen senere i prosessen fjerde og siste trinn (Malterud, 2017, p. 107). Kondensatene ble laget for hver av de ulike gruppene, og samtidig vurderte en de ulike meningsbærende enhetene for relevans i forhold til kondensatet. Da denne delen var ferdigstilt og en så seg fornøyd med kondensatene, gikk en over til neste del av analyseprosessen.

3.5.4 Betydningen i de meningsbærende enhetene

I det fjerde trinnet av analysen skal man sette sammen bitene som man i de tidligere trinnene plukket fra hverandre. Dette kalles rekontekstualisering (Malterud, 2017, p. 108).

Her er det viktig at forskeren tar ansvar for sin fortolkning og formidler sammenfatningen på en lojal måte overfor deltakernes stemmer, samtidig som man gir leseren innsikt og tillit til prosessen (Malterud, 2017, p. 108).

Man skal bruke kondensatene man laget i trinn tre av analysen til å lage en analytisk tekst for hver kodegruppe og subgruppe. Man legger også gjerne med sitater fra deltakerne som illustrerer og konkretiserer hovedfunnene (Malterud, 2017, p. 108).

I denne fjerde delen av prosessen skrives avsnittene i tredjeperson, siden det er vår rolle å gjenfortelle på vegne av andre slik at det blir ny kunnskap. Man skaper en analytisk distanse som minner en om at en skal ta ansvar for sine tolkninger (Malterud, 2017, p. 109).

Man bruker eksempler og sitater i den nye teksten for å illustrere nyanser, men det er den analytiske teksten som representerer de nye beskrivelsene man har kommet frem til. Denne analytiske teksten skal tydelig bære bud om at det er fellestrekk med variasjoner fra flere historier som er sammenfattet, og ikke bare en rekke av enkeltstående historier (Malterud, 2017, p. 109).

Så blir en overskrift konstruert til den analytiske teksten som sammenfatter funnene en har gjort. Disse overskriftene skal ikke si noe om hva en har undersøkt, men hva en har funnet. Det er da viktig å finne et godt og treffende navn som kan representere innholdet og det viktigste nye som presenteres i det påfølgende avsnittet (Malterud, 2017, p. 110).

Når en så nærmer seg slutten av fjerde og siste trinn, skal man validere funnene man har gjort. De analytiske tekstene og navnene på resultatkategoriene skal settes opp mot den sammenhengen de ble hentet ut fra (Malterud, 2017, p. 110). De opprinnelige utskriftene av intervjuene skal leses gjennom og aktivt utfordre resultatene opp mot den opprinnelige teksten for å se om det finnes data som motsier de konklusjonene man har kommet frem til i resultatet (Malterud, 2017, p. 110).

Etter at dette var gjennomført, ble det laget til egne avsnitt for hver av subgruppene og hentet ut et utvalg av sitater fra de meningsbærende enhetene og disse ble gitt et navn som representerer innholdet i avsnittet i resultatdelen.

3.6 Forskningsetiske vurderinger

Siden en skulle intervju pasienter var det viktig at det ble søkt til de riktige instanser, samt at intervjuobjektene fikk all den informasjon de skulle ha i forkant for å sikre at det ikke var misforståelser i noen ledd av studien. Det er viktig at intervjuobjektene selv velger om de skal delta, og at de blir informert om muligheten til å trekke seg til enhver tid underveis.

Informert samtykke ble gjennomgått og underskrevet av samtlige intervjuobjekter i forkant av selve intervjuet. I det informerte samtykket finnes informasjon om studiens hensikt og formål, at det er frivillig å delta, og at de kan trekke seg fra studien når som helst (Kvale et al., 2015, p. 104).

Det ble utlevert et informasjonsskriv som ble delt ut på forhånd for å sørge for at intervjuobjektet forstod formålet og hensikt før de gav tilbakemelding på om de kunne tenke seg å delta i studien (Vedlegg 1).

Det ble også i forkant av selve intervjuet gitt både skriftlig og muntlig gjennomgang av informasjonsskrivet og informert samtykke.

Siden intervjuobjektene var pasienter ble det søkt om godkjenning fra REK, som ble godkjent (Vedlegg 7).

Det ble også søkt om godkjenning fra Personvernombudet ved de aktuelle sykehusene, og disse ble også godkjent. Sykehusene hadde imidlertid utarbeidet en forenklet søknadsprosess som gjorde at godkjenning ble gitt over mail. Det betød at vi ikke fikk noen signert godkjenning i retur. Det er derfor ikke lagt ved noe godkjenning av oppgaven i denne studien.

3.7 Validitet og reliabilitet

Reliabilitet i kvalitativ forskning handler om forskerens konsistens og troverdighet. Man stiller seg spørsmålet om resultatet kan reproduseres om det gjennomføres på et senere tidspunkt av andre forskere (Johannessen et al., 2016, p. 231).

Man ser i reliabilitet på hvordan datamaterialet er samlet inn, hva som blir brukt av data og måten materialet har blitt bearbeidet på. Det er likevel ikke mulig å stille like stort krav til reliabilitet i en kvalitativ studie som i en kvantitativ studie, da det alltid vil være individuelle forskjeller på forskeren som intervjuer. Dette fordi alle har ulik tilnærming til dataen, ulik bakgrunn og forforståelse og tolker da også både intervjuobjektet og den innsamlede dataen på noe ulik måte (Johannessen et al., 2016, pp. 231-232).

Intern validitet i kvalitative studier handler om i hvilken grad fremgangsmåte og funn reflekterer problemstillingen til studien, og om disse faktisk representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2016, p. 232). Man kan styrke en funns troverdighet ved å tilbakeføre funnene til informantene eller andre kompetente personer for å få en bekreftelse på at disse stemmer med deres oppfatning og tolkning (Johannessen et al., 2016, p. 232).

Ekstern validitet handler om overførbarhet, og om forskningsprosjektet kan overføres til liknende prosjekter. Man søker i kvalitative studier overførbarhet, i motsetning til kvantitative studier som søker generalisering. Det handler i Kvalitative studier da om en kan overføre funn som kan overføres til andre og liknende fenomener (Johannessen et al., 2016, pp. 232-233).

Kvalitativ forskning skal være et resultat av selve forskningen, og ikke forskerens subjektive holdninger. Det forventes med andre ord at forskningen skal være utført objektivt. For å sørge for bekræftbarhet er det viktig at man i studien kan vise til fremgangsmåten i studien og hvilke

valg som er tatt, slik at muligheten for at andre forskere kan gjenta studien på tilsvarende måte i størst mulig grad (Johannessen et al., 2016, p. 234). Forskerens egne fortolkninger, fordommer eller oppfatninger som kan påvirke tilnærmingen i studien bør klargjøres i størst mulig grad, samt om disse fortolkningene eventuelt støttes av informantene for å styrke bekreftbarheten i studien (Johannessen et al., 2016, p. 234). Beslutninger som blir tatt underveis, som sier noe om hvilke avveininger og avgjørelser i studiens forløp er viktig å belyse, slik at leseren kan følge disse gjennom hele prosessen av studien (Johannessen et al., 2016, p. 234).

Vi kan i studien vise til god reliabilitet, da vi har fulgt de forskningsetiske prinsippene ved at samtykker har blitt innhentet, anonymisering er gjennomført, og alle søknader og etiske retningslinjer er fulgt opp.

Validiteten er ivaretatt ved at vi har undersøkt det som var hensikten med studien, samt ved å bruke riktig metode for å belyse problemstillingen.

Vi har i tillegg benyttet oss av FHI sin anbefalte sjekkliste for vurdering av forskningsartikler som ligger på helsebiblioteket sine hjemmesider (Dysthe, 2016) (Vedlegg 6).

Vi har gjennom beskrivelse av forforståelse ivaretatt bekreftbarhet, samt beskrevet hvilke vurderinger som er tatt.

3.8 Språklig analyse

Når oppgavens datasamling skulle analyseres måtte det vurderes om det lå latente eller manifest budskap i dataen, samt vurdere informantens bruk av stemmeleie og kroppsspråk i forhold til det som ble uttrykt muntlig. Det var også viktig å skille mellom hva informanten oppgav som egne meninger, og hva som ble tolket som informantens synspunkter om hva andre kunne mene om temaer som ble diskutert.

Det finnes flere måter å analysere datamateriale etter et intervju, som blant annet narrativ analyse, konversasjonsanalyse eller diskursanalyse (Kvale et al., 2015, pp. 248-257). Man legger da til grunn for at det ligger noe mer bakenforliggende enn det som blir sagt i klartekst av informanten, altså man leter etter den egentlige meningen av hva som blir sagt, og ikke nødvendigvis hva som blir sagt direkte.

Basert på temaet til problemstillingen og settingen under selve intervjuet, ble det vurdert til at informantene ikke ville ha noe grunnlag for å ikke være åpne og direkte om det som ble snakket om, og heller ikke tilbakeholde informasjon som ble etterspurt. Dette siden man på forhånd av intervjuet hadde gjennomgått tematikk om hva som skulle bli snakket om, formålet med studien, samt at det ikke ville være noen negative konsekvenser for

informantene uavhengig av hva som kom frem under intervjuet siden alt ville bli anonymisert. Informantene var tydelige på at dette var noe de selv ønsket å være med på, og de uttrykte full forståelse for at intervjuet var av frivillig art.

Det ble vurdert til at man tolket informantens kroppsspråk underveis i intervjuet, og om det var noen grunn til å vurdere at det som ble sagt hadde noen underliggende meninger basert på kroppsspråk, skulle dette noteres. Det ble sett etter tegn på nervøsitet og usikkerhet hos informanten for å vurdere om temaet som ble diskutert kunne gjøre at informanten ikke ønsket å være helt åpen, eller holde tilbake informasjon. Kjennetegn som uro, rastløshet, dårlig øyekontakt, flakkende blick og nervøs fikling er tegn på nervøsitet og angst (Dåvøy et al., 2018, p. 109; Kennair, 2009), og dette var tegn som ville bli notert om det dukket opp underveis i intervjuet.

Det ble derfor ikke brukt noen bestemte analytiske prosedyrer for å fortolke dataene, men heller bygget på generell lesning av intervjutekstene kombinert med tolkning av kroppsspråk som kunne avsløre om informanten på noe tidspunkt viste ubehag eller stress under intervjuet.

4 Resultater

I denne delen vil resultatene fra den empiriske undersøkelsen bli presentert. Etter gjennomført analyse, ble dataene sortert ned til fem hovedtema som dreier seg om forventinger, følelser, informasjon, trygging og postoperativ. Videre ble det funnet undertemaer under hvert av disse hovedtemaene.

I første underkapittel vil det være snakk om forventinger. I underkapittel to vil en ta for seg følelsene. Det tredje underkapittelet omhandler informasjon. I underkapittel fire snakkes det om funnene i postoperativ og i det femte og siste underkapittelet snakkes det om trygging, før man tar en oppsummering.

4.1 “Man kikker litt i taket, litt spent på hva som skulle skje”

Enkelte av deltakerne forklarte at de enten hadde gjennomgått en operasjons av en eller annen art tidligere eller at de hadde en bakgrunn som helsepersonell. Dette gjorde at disse hadde litt bakgrunnsinformasjon og dermed også forventninger om hva som ville møte dem når de ble hentet inn på stuen. Et enkelttilfelle beskrev også at vedkommende hadde fått ganske god informasjon i forkant om hva som ville skje. Med det hadde vedkommende forventninger om hva hun ville bli møtt med.

Imidlertid var det også deltakere som ikke hadde slike forutsetninger i forkant av operasjon. Disse deltakerne beskriver at informasjon om det som skjedde inne på stuen var helt fraværende noe som ikke ga dem noen forventninger om hva som ville skje i de minuttene hvor pasienten var våken før operasjonsstart.

“Jeg visste jeg skulle i narkose. Men jeg visste ikke på hvilket tidspunkt jeg fikk den, eller når jeg skulle bli kledd av og lagt klar. Hehe... så det hadde jeg ikke så mye detaljer om”.

Deltakerne beskriver at store deler av forløpet var helt ukjent for dem, fra de ble hentet til de ble lagt i narkose og den postoperative tiden. De forklarte at de hadde fokus på mye ukjent utstyr og instrumenter som var inne på stuen.

“Og så var det det at det var veldig lyst. Og så var det veldig mye maskiner, altså ting oppi taket. Altså masse ting som jeg lurte på hva de skulle bruke på meg, av det som er der”.

Det som opptok fokuset mest til deltakerne våre var spørsmålet de stilte seg selv, om de skulle ligge blottlagt/naken og sårbare på operasjonsbordet frem til de fikk sove. Dette var en ting deltakerne tenkte mye på i negativ favør. Enkelte deltakere som fikk generell anestesi (narkose) var også bekymret for om de ville overleve anestesian.

Alle deltakerne ga uttrykk for tillit til operasjonsteamet som pasienten møtte på. Dette ble begrunnet med en forventning om at det er kvalifisert personell som er inne på stuen. Deltakerne beskriver også teamet som dyktige nok til at de fremstår trygge i sitt fag, slik at de fagspesifikt og helhetlig kunne ivareta pasienten, noe som førte til avslappelse blant deltakerne.

“Man stoler jo litt sånt blindt på helsepersonellet ofte da. Bare, okei, gjør det dere vil. Hehe... , og så satser vi på at det går bra”.

“Og da blir man jo ekstra betrygget når det er trygge mennesker og de er så rolige og du merker at det er litt sånn god stemning på stua. Man ser jo at de har gjort dette flere ganger før, og ja, det er liksom rutine for de som er på jobb”.

Flere deltakere var imidlertid undrende til hvorfor de ikke møtte på operatør inne på stuen. Deltakerne hadde en forventning om at operatør ville være klar inne på stuen når pasienten kom inn. Dette ble gjengitt som en usikkerhet for deltakerne, men de opplevde trygghet i det øvrige operasjonsteamet som var til stede uten å ha møtt på dem tidligere.

“Men man tenker jo kanskje at man kommer til å treffe personen som skal operere deg før du sovner inn inne på stuen, men det var jo ikke sånn. Så det kunne jo kanskje vært en sånn, greit å gi beskjed om det at når du kommer på stuen så treffer du ikke nødvendigvis personen som skal operere deg”.

4.2 “Ja det var jo at en gruet seg. Det gjør vel de fleste når de vet de skal operere underlivet”

Deltakerne beskrev i stor grad spenning fordi de ikke visste hva som skulle skje med dem i det øyeblikket de ble hentet til operasjon. Noen forteller at de ble overasket over hvor mange som var inne på stuen. Andre beskriver det motsatte, nemlig overraskelse over at det var få personer inne på stuen.

De fleste beskriver en utrygghet og stress ved det å ikke vite. Tingene som opptar dem på dette er blant annet hvor mange som var inne på stuen, hvor lenge de måtte ligge på operasjonsbordet nakent og hvor mange som skulle se en ligge der naken. Flere gjengir instrumenter og utstyr inne på stuen som enda et stress/usikkerhets moment.

“Altså man kan nok alltid bli litt mer forberedt på ting. Hadde de hatt tid å bare forklare hva som skjedde inne på stua, så kan det jo hende at det hadde gjort at en slappet av litt mer på forhånd”.

Imidlertid var det også enkelte deltakere med bakgrunn enten som helsepersonell eller som har gjennomgått lignende inngrep tidligere som ikke gjenga disse faktorene. Disse deltakerne forklarer at den informasjonen som de hadde innhentet fra sin bakgrunn var av stressdempende og tryggende betydning.

Alle deltakerne gjengir at gynekologisk operasjon ikke er noe de ser frem til, til tross for at de kjenner seg psykisk klare. Enkelte deltakere beskriver å ha gjennomgått flere psykiske prosesser med tanke på utfallet av operasjon i forhold til dette punktet. Flere deltakere gjengir at det å grue seg til en gynekologisk operasjon er en normal ting med tanke på de faktorene som er nevnt.

“Nei, jeg vil jo tro at de aller fleste som skal ha et slik inngrep, selv om det bare er på dagkirurgi, vil jo gå og grue seg. Jeg tror jo det er normalt. Og det gjorde jeg”.

Flere av deltakerne beskriver at de syntes det var kaldt inne på stuen og skalv en god del. Dette er også beskrevet som et stresssymptom jrf Dåvøy et al (Dåvøy et al., 2018, p. 100). Det var også deltakere som ikke kjente på noe stress knyttet til kuldefølelse. Og det var deltakere som hadde en god opplevelse. De som opplevde en god opplevelse, har gjengitt å ha vært godt forberedt på operasjon med informasjon.

Deltakerne beskriver tap av kontroll som et større stressmoment. Det trekkes igjen frem det med å ikke vite. «Hva skjer videre», «hvor lenge må jeg ligge her», «hvor mange skal se meg ligge her naken». Deltakerne forklarer at svar på disse spørsmålene ville gitt en mindre følelse av tap av kontroll. Deltakerne har imidlertid en oppfatning at selv om de kun i grove trekk vet hva som skal skje så tenker de at det vil gå greit, til tross for følelsen av tap av kontroll. De beskriver en engstelse for komplikasjoner som deltakeren ikke har kontroll over.

“Man legger jo seg selv i noen andre sine hender. Og det er jo, som kontrollfreak så er jo ikke det behagelig”.

Noen deltakere beskriver en følelse av å være som et dyr på et samleband. De opplevde å ikke kunne få tid og rom til å stille spørsmål i en trygg atmosfære. De ble merket med kryss og klargjort for operasjon, for deretter å bli ventende i uviss tid. Noen deltakere beskriver at de føler seg små inne på stuen mens de ligger på operasjonsbordet med flere fra operasjonsteamet rundt seg, særlig når det gjelder gynekologisk inngrep. Deltakerne forteller også at gynekologiske inngrep vil gi mer følelse av mindreverdighet enn andre typer inngrep.

“Det er ganske nedverdiggende å ligge der med masse folk i hvit uniform rundt seg”.

4.3 “Men, altså. For min del informasjon er makt”

Deltakerne beskriver en følelse av å ikke ha kontroll på hva som skulle skje underveis i prosessen på selve operasjonsdagen. Dette gjorde at de ikke slappet av og følte seg bortkomne. De skulle gjerne hatt mer informasjon om hva som skulle skje i forkant av inngrepet, samt under og etter operasjonen. Hvis litt kort og grei informasjon om hva som skulle skje på disse forskjellige punktene hadde vært tilgjengelig for pasientene, kunne de lest dette på forhånd og vært mer forberedt på hva som ventet dem. Dette ville gjort at de fikk en mer følelse av kontroll, og dermed også kunne slappe litt mer av underveis.

“Det er nok noe med at hvis en har informasjon og vet hva en kan se for seg, så blir en nok litt mer roligere, i den grad det går an da”.

Deltakerne beskriver at de gjerne skulle hatt mer informasjon om hva som skulle skje i løpet av operasjonsdagen, hvem som kom til å snakke med dem, og dersom det ikke var helsepersonell som kunne gi dem informasjon, så kunne de gjerne hatt noe skriftlig som enkelt forklarte dem hva som kom til å skje underveis. Gjerne informasjon om rekkefølgen på det som kom til å skje, hvilke instrumenter som kom til å bli brukt, hvem som kom til å være på operasjonsstuen når en kom inn, og gjerne også hvem som *ikke* er der før narkosen settes. Flere uttrykte overraskelse over at ikke kirurgen var til stede i operasjonssalen ved ankomst, men at det stort sett kun var personale de ikke hadde møtt før.

Den ene deltakeren som også har jobbet som helsepersonell på sykehus gir tydelig uttrykk for at den informasjonen hun hadde tilegnet seg fra tiden hun jobbet på sykehuset var med på å gjøre situasjonen og opplevelsen bedre og tryggere for henne i forbindelse med inngrepet.

“Tenkte ikke over at, åh dette skulle jeg gjerne hatt litt informasjon om på forhånd. Men når jeg ser i ettertid så tenker jeg at det kunne ha hjulpet meg til å ikke gruet meg så, og ikke vært så overrasket når jeg kom inn i det rommet da, med alle de maskinene og alle folkene og alt”.

De fleste deltakerne uttrykker at manglende eller dårlig informasjon var med på å øke stresset i forbindelse med inngrepet. De fikk ikke vite noe om hva som ventet dem inne på operasjonsstuen, bortsett fra hvordan selve inngrepet skulle gjennomføres. Praktisk informasjon om hvordan de skulle ligge før narkosen ble satt, om de skulle ligge nakne og eventuelt hvor lenge, hva slags utstyr som skulle bli brukt og hvem som kom til å møte dem på operasjonssalen gjorde at stress og bekymring økte mens de ventet på å bli trillet inn på stuen. Flere av deltakerne opplevde også at legesamtalen i forkant av inngrepet samme dag, hvor de fikk kryss på kroppen, ble lite effektiv siden de hadde mange tanker i hodet og ikke fikk stilt noen av spørsmålene de hadde. Dette var både fordi de ikke følte det var særlig med tid til det, men også fordi de ikke fikk med seg alt legen informerte om, ettersom de var stresset. De opplevde heller ikke at det var mye informasjon å få fra personalet som jobbet på preoperativ avdeling, siden de ikke visste så mye om hva som skulle skje i det de ble trillet inn på operasjonsstuen.

“Altså, en trenger jo så mye informasjon som det er mulig å gi. At når du kommer, så blir du bedt om å gå på badet. Da skifter du til kjortel, eller skjorte, eller hva det heter. Du må kanskje beregne noe ventetid. Det hadde vært greit å bli informert om at du må sitte på et venterom med mange andre. Ta med deg telefon eller hva som helst. Og også at når det er din tur, eller også det at legen kommer inn og spør deg noen spørsmål og så får du et kryss på hånda. Og det betyr at da er du klar til operasjon. Og at når du blir trillet inn, så blir du møtt av den og den. Men vi gir deg narkose veldig fort, og så etterpå så... trenger egentlig ikke så mye”.

Deltakerne uttrykker noe interesse for informasjonen om hva operasjonen går ut på. Imidlertid sier flertallet at de har størst nytteverdi av informasjon om det som foregår inne på stuen før

de legges i narkose. Det for å kunne forberede seg på hva som vil skje med dem i forkant av narkose.

“Hva som skjer når jeg er i narkose har ikke så mye å si. Men jeg trenger å vite hva jeg skal forberede meg på mens jeg er våken”.

4.4 “Og var bare så himla happy når det var over”

Deltakerne gav uttrykk for at de i tiden i forkant av operasjonen var bekymret for at operasjonen skulle være vellykket, og om de kom til å ha mye smerter i etterkant. Samtidig gav de uttrykk for at operasjonen hadde vært en god opplevelse i etterkant, siden den hadde vært vellykket og at inngrepet ble gjennomført uten komplikasjoner. Samtidig var de lettet over å ikke lenger måtte tenke på det å ligge blottlagt på stuen.

“Og så er det jo det at en er redd for at det ikke skal være vellykket og at det skal være smertefullt, og ja, det var vel stort sett det”.

4.5 “Jeg syntes opplevelsen var trygg og bedre enn forventet”

Deltakerne gav uttrykk for at de følte seg mer trygge og komfortable når de visste hva som ventet dem. De av deltakerne som følte de hadde fått en del informasjon i forkant, følte seg trygge i situasjonen selv om de ikke visste hvem som var i rommet. De hadde fått noe informasjon om hvilken medisin de skulle få, hvordan denne ville kjennes, hvordan prosedyren var på operasjonsstuen og hva som kom til å skje der før narkosen ble satt. Dette gjorde at de følte de hadde mer kontroll på situasjonen, og bedre kunne forberede seg mentalt på neste steg. Flere gav uttrykk for at dersom de hadde fått informasjon om de ulike momentene som ventet dem på stuen, så hadde ikke dette vært ytterligere en stressfaktor å forholde seg til i tillegg til stress og bekymring for selve operasjonen. Det kunne gjerne vært informasjon på et ark som de kunne lest på forhånd, med helt enkle steg, og dette ville hjulpet i forhold til stressmomenter med å ikke vite noe i det hele tatt.

“Så hadde jeg fått litt mer detaljert, steg for steg hva som skulle skje fra dørene åpnet seg, og hvor mange som var til stede, og ja. Så hadde jeg sikkert følt meg litte grann mer betrygget, vil jeg tro”.

Deltakerne gav uttrykk for at de ble ivaretatt når de først ankom stuen. De ble møtt på en god måte av et hyggelig personale der som gav dem en trygg opplevelse til tross for at de ikke hadde fått mye informasjon i forkant av ankomst til stuen. Personalet på stuen informerte dem underveis hva de skulle gjøre, og hvorfor ting ble gjort, noe som var med på å skape en trygghet for dem og redusere stress.

“Men jeg ble jo møtt av veldig hyggelige operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere”.

De ble møtt på en profesjonell og hyggelig måte, noe som skapte trygghet for pasienten. De fikk øyekontakt med personalet og føler at de ble sett, og ikke bare var et «kjøttstykke» på bordet. Deltakerne følte seg godt ivaretatt ved at både anesthesi og operasjonssykepleiere snakket til dem på en rolig og betryggende måte, og forklarte sin rolle og hva de skulle gjøre før narkosen ble satt. De følte på en god stemning på stuen, noe som var med på å skape trygghet og følelse av erfaring hos personalet.

“De var veldig sånn trygge i sin rolle. Så merka det var ganske viktig, for min del da. At de virka erfarne. Det er jo ikke sikkert de var det, men de utstrålte i hvert fall med trygghet og, ja, behagelige mennesker. Det er jo ganske viktig”.

4.6 Oppsummering av resultater

Resultatene i denne studien har vist effektene ved å være velinformert og det å ikke være velinformert. Vi ser at de pasientene som har blitt godt informert om hva som vil skje inne på stuen før operasjonsstart føler seg vesentlig tryggere og mindre stresset. De pasientene som ikke har vært informert gir tydelig uttrykk for stress og usikkerhet. Vi ser i intervjuene at det skiller mellom gynekologiske operasjoner og andre typer operasjoner. Våre pasienter som ikke har vært velinformerte har opplevd det som følelsesmessig truende av det å ikke vite hva som skal skje i det neste sekundet.

Pasientene våre gir klart uttrykk for hva slags informasjon de ønsker, og dette blir beskrevet i detalj. Pasientene syntes det er fint å vite hva operasjonen går ut på, men ønsker et større fokus på den informasjonen om det som skjer i forkant av narkose. De var også tydelige på at denne typen informasjon ville ha reduserende effekt på stressnivået deres.

Alle som ikke var velinformerte ga uttrykk for trygghet hos operasjonsteamet når de omsider fikk møtes.

5 Diskusjon

I dette siste forskningsleddet skal det sammenfattes den tidligere forskningen som er funnet og det som er funnene i denne oppgaven (Malterud, 2017, p. 117). I dette kapitlet vil funnene i denne oppgaven knyttes opp mot eksisterende forskning og litteratur. I denne oppgaven har hensikten vært å undersøke hva slags informasjon gynekologiske pasienter trenger i forkant av inngrepet. I selve problemstillingen spør vi etter informasjonen om operasjonsavdelingen.

Diskusjonskapitlet er bygd opp tilsvarende likt til resultatkapitlet, det skal legges merke til at neste underkapittel tar for seg styrker og svakheter. Det vil trekkes inn litt nye momenter som ikke har vært nevnt tidligere i oppgaven. Dette for å belyse at hele problemstillingen i det kliniske, må ses helhetlig og ikke isolert sett med kun fokus på informasjon.

Delen som omhandler trygging har vi valgt å ekskludere, da vi ser at dette indirekte kommer frem i de andre emnene.

5.1 Diskusjonens styrker og svakheter

Denne oppgaven bygger seg på resultatene som stammer fra 5 pasienter. Forskning som er funnet for øvrig tar for seg flere pasienter enn det vi tar for oss. Det lave antallet pasienter vi har fått rekruttert er en svakhet for oppgavens validitet som helhet. Imidlertid støtter forskningen opp om at det er et behov for informasjon. Forskningen sier derimot ikke hva, men at det er behov for mer informasjon generelt som slik sett styrker oppgaven. Våre resultater presenterer blant annet frem hva slags informasjon som er ønskelig blant denne pasientgruppen. Noe som ses unikt, sammenlignet med forskning som ellers er funnet. Dette er den eneste studien som sier deskriptivt hva slags informasjon som trengs.

Denne diskusjonen er hovedsakelig bygget på forskningen og pensumlitteratur som er funnet. Dette er også grunnet det lave antallet pasienter i denne studien. Men siden studien vår er unik ved at den taler noe om hva slags informasjon vil man i en liten grad også oppleve at diskusjonen bygger på resultatene gjort.

5.2 Følelser

Pasientene i denne oppgaven beskriver å ha kjent på kuldefølelse. Det er kun dette som blir beskrevet i vår oppgave. Det er grunn til å tro at med flere rekrutterte pasienter så ville en trolig fått flere følelser.

Hvis pasienten i vår oppgave beskriver kulde, hvilke andre følelser eller sanser kjenner de også på? Er disse følelsene eller sansene med på å skape angst?

Pensumlitteraturen beskriver at operasjonssykepleieren må forklare og veilede operasjonspasienten i hva han eller hun kommer til å oppleve via sansene sine. Dette kan være hva pasienten vil høre, se, lukte og føle under gjennomføringen av kirurgisk prosedyre eller behandling (Dåvøy et al., 2018, p. 116). Operasjonssykepleieren som har til ansvar å forklare dette til pasienten må derfor være kjent med sanseintrykk som en kan oppleve. Etter hvert som autonomien i faget sitter så blir de ulike sanseintrykkene ikke like godt presentert. I pensumlitteraturen står det at sensorisk informasjon kan tre frem som lukten av noe svidd grunnet diatermi, opplevelsen av kulde grunnet desinfeksjon av operasjonsfelt, lyden av boring eller saging (Dåvøy et al., 2018, p. 116).

Videre må pasientene informeres om hvordan operasjonsstuen er innredet. Det er fordi noen pasienter kan bli engstelige av alt det medisinske utstyret (Dåvøy et al., 2018, p. 226). Over på lydnivå og støy er det viktig med ro og minst mulig støy. Høy lyd og støy kan skape dårlig kommunikasjon og samhandling mellom operasjonssykepleier og kirurg og/eller operasjonssykepleier og pasient (Dåvøy et al., 2018, p. 116). Men hvordan kan vi gi denne informasjonen til pasientene? Basert på egen erfaring er ikke operasjonssykepleieren til stede for å hente pasienten, verken ved dagkirurgisk, elektiv inneliggende eller ved akutt operasjoner. Så informasjonen må formidles på en annen måte. Walker sin studie viser at informasjonen bør gis muntlig sammen med skriftlig informasjon. Det vil føre til at pasienten husker mest mulig av informasjonen. Andre vanlige informasjons måter er preoperativ visitt av enten anestesilege eller kirurg, videoinnspilling eller brosjyrer (Walker, 2002). I Ollat sin studie er det også nevnt at muntlig informasjon er den mest tillitsvekkende måten å formidle informasjonen på (Ollat, 2021). Kanskje må denne informasjonen gjennomgås muntlig for at pasienten skal forstå den enklere? Kan man undervise sykepleiere på dagkirurgiske avdelinger, sengeposter eller lettposter/pasienthotell om dette slik at disse kan overta formidlingen? Det er spørsmål som burde ses videre på i nye studier.

5.3 Postoperativ

I den postoperative fasen sier våre pasienter at de hadde en positiv opplevelse totalt sett og at utfallet var i positiv favør. Det var en pasient som gjenga litt om det postoperative utfallet kunne forløpe og ende. Denne pasienten opplevde at det hun ble informert om ikke helt samsvarte med realiteten. En nordisk studie som tok for seg pasienter i Finland, Island og Sverige, gjengir at pasientene er blitt informert om utfall som viser seg å ikke samsvare med

det faktiske utfallet (Ingadottir et al., 2014). Videre skriver de at det var klar sammenheng i oppfølgingen pasienten hadde med helsevesenet under innleggelsen og det postoperative forløpet (Ingadottir et al., 2014). I denne oppgaven er det en blanding av dagkirurgiske og inneliggende pasienter. Det er ikke sett på forskjellene mellom dem. Likhetene mellom dagkirurgisk og inneliggende peroperativ behandling, postoperativt. Er tiden som foregår på postoperativ avdeling og dagkirurgisk avdeling. Disse 2 avdelingene er utformet nokså likt. Avdelingene blir også i større grad utformet som intensivavdelinger, dette grunnet kapasitetsproblemer (Stubberud et al., 2019, p. 22). Overføringen fra disse avdelingene kan oppleves som positivt, da overføringen kan tolkes som et skritt på bedringens vei. Men det kan også oppleves negativt fordi pasienten ikke er tilstrekkelig forberedt på det som skal skje (Stubberud et al., 2019, p. 168). Kan opplevelsene som Stubberud skriver om overføres til denne oppgaven? Hvis en ser på siste setning så nevner Stubberud at pasienten ikke er tilstrekkelig forberedt på det som skal skje. Dette er usikkerhet skrevet på en annen måte. Usikkerhet gir utrygghet og tap av kontroll. Resultatene i denne oppgaven sier at tap av kontroll er en stressøkende byrde. Dermed vil en kunne si at Stubberud sin tekst som i kontekst omhandler overføring fra intensivavdeling til sengepost, kan overføres til denne oppgaven.

En studie som tar for seg hypnose i forkant av hysterektomi viser at hypnose kan være effektiv i forhold til å redusere angst blant pasientgruppen (Sourzac et al., 2021). Vi har ingen tidligere erfaringer med bruk av hypnose ved operasjon. Det var heller ikke mulig å finne annen konkret forskning som sier noe om dette. Det finnes imidlertid forskning som fokuserer på bruk av ulike teknikker og hjelpemidler for å få pasienten til å slappe av, som har vist reduksjon postoperativt stress og komplikasjoner. Som nevnt innledningsvis brukte man virtual reality (VR) i studien til Chan et al, for å redusere angst og stress pre-operativt. I denne studien ble VR kombinert med pusteteknikker og rolig musikk (Chan et al., 2020). Felles for Sourzac og Chan sine studier er det at begge har fokus på pre-operativ intervensjon ved hjelp av teknikker og ikke i form av informasjon slik denne oppgaven tar for seg. Slik som denne oppgaven tyder på, er det en klar relasjon mellom den mottatte informasjon og angst. Det reiser seg et nytt forskningsspørsmål. Hvordan vil effekten være både pre- og postoperativt om en kombinerer både informasjon og teknikker/hjelpemidler?

5.4 Informasjon og forventning

Det må imidlertid tas hensyn til at det er flere generasjonsskifter. Du har den 90 år gamle pasienten som ikke er kjent med dagens teknologi og du har den 15 år gamle pasienten som er oppvokst med det.

Pensumlitteraturen beskriver at hele 98% ønsker å bli informert (Dåvøy et al., 2018, p. 113). Videre står det skrevet at 81% ønsket å få råd, slik at de selv kunne fatte et valg. Hele 92% ønsket å få informasjon om eventuelle komplikasjoner (Dåvøy et al., 2018, p. 113). Så når vi snakker om at kirurgiske pasienter er en uensartet gruppe å informere, betyr det at vi må tilpasse informasjonen slik at den når mottakeren (Dåvøy et al., 2018, p. 114). Til det må en bruke ulike informasjonskanaler som skriftlig informasjon, muntlig informasjon og digital informasjon (Dåvøy et al., 2018, p. 114).

Det er lett å tenke seg til at den 90 år gamle pasienten vil i større grad oppleve det utfordrende å skulle motta informasjon digitalt sammenlignet med den 15 år gamle pasienten.

Funnene gjort i denne oppgaven gir en indikasjon på hva slags informasjon som pasientene ønsker. Indirekte så sier pasientene at de ønsker et flytskjema for hva som skjer når. Men det kan være utfordrende å til et korrekt flytskjema. En studie trekker fram at det har vært en økning i antall operasjoner. World Health Organization estimerte i 2012 at det var 312,9 millioner operasjoner, mot 226,4 millioner operasjoner i 2004 (Ruiz Hernández et al., 2021). Det er flere faktorer som kan forklare det økte antallet. Dette er faktorer som en velger å ikke gå nærmere på nå. Økt antall er en annen måte å si at operasjonsavdelingene er blitt mer effektive på. Derfor er det viktig at man kan sikre en individuell fremgangsmåte for den perioperative prosessen og preoperative angsten som kan oppstå, slik at man har bedre forutsetninger for å få et postoperativt komplikasjonsfritt forløp (Ruiz Hernández et al., 2021). Pensumlitteraturen sier at operasjonssykepleieren har et ansvar for at operasjonspasienten får informasjon om behandling, undersøkelse og komplikasjoner (Dåvøy et al., 2018, p. 114). Men hvordan kan man sikre at informasjonen som er ønsket i denne oppgaven, når frem og blir forstått? Ollat konkluderer i sin studie at informasjonsskriv i seg er helse- og omsorg (Ollat, 2021).

Videre formidles det at muntlig informasjon fortsetter å være den mest tillitsvekkende måten å motta informasjon på (Ollat, 2021). Et informasjonsskriv formet som et flytskjema kan derfor være svaret. Ved at man ved pre-operativ visitt går igjennom dette muntlig, kan man skape en forventning om hva som skal skje og dermed fjerne et usikkerhets punkt. Det er i denne oppgaven utarbeidet et utkast til et slikt informasjonsskriv (Vedlegg 3). Denne er imidlertid

ikke klinisk testet. Den er utarbeidet ut ifra de erfaringene man har om operasjonsavdelingen og den informasjonen som pasientene etterspør.

Det er tydelig at pasientene i denne studien har en forventning om hva som kommer til å skje. De beskriver også at enkelte av disse forventningene ikke ble møtt. Gobo et al skriver blant annet at pasientene mener det er stort forbedringspotensiale. Videre skrives det om faktorer som kan påvirke den subjektive tilfredsheten gjennom det perioperative forløpet. Et av disse var viktigheten av individuell informasjon og opplæring (Gobbo et al., 2020). Vi kan forstå at forventningene pasienten har i forkant av operasjonen er basert på forståelsen som pasienter har av den preoperative informasjonen.

Blant faktorer som kan påvirke den subjektive tilfredsheten var viktigheten av individuell opplæring og informasjon, samt forbedret kommunikasjonsferdigheter elementer som ble belyst. Samme studie kunne også vise til rapporter basert på pasientmapper som viser påvirkning på opplevelsen til pasienter som hadde gjennomgått hånd- og håndleddskirurgi, Pasientopplevelsen til denne gruppen var også var assosiert med usikkerhet, trygghet fra personalet, ensomhet og nettopp mangel på informasjon (Gobbo et al., 2020).

Vi kan forstå at den informasjonen som pasienten har forstått, er den forventningen pasienten har. Et eksempel på dette er den pasienten i vår studie som sier hun forventet å møte kirurg inne på operasjonsstuen, men i stedet ble møtt med helt nye ansikter. Forventningen om det ville ikke vært til stede om pasienten var informert om dette. Og dette bekrefter pasienten selv i intervjuet. Med andre ord ser vi den praktiske bekreftelsen av Gobbo et al sine funn. Gobbo et al nevner også i sin studie at pasientsopplevelsen var i sammenheng med usikkerhet, trygghet fra personalet, ensomhet og mangel på informasjon (Gobbo et al., 2020).

Som Hughes sin studie tilsier kan det være hensiktsmessig å gi informasjon om operasjonsdagen før pasienten ankommer sykehuset, fordi det mest sannsynlig kan gi best utnytte for pasienten før angsten kommer (Hughes, 2002). Idéen vil være at det er enklere å ta imot, tolke og forstå informasjonen når man ikke er stresset. I forhold til resultatene som er kommet fram i denne oppgaven er det sannsynlig å tenke at slik informasjon gitt noen dager i forkant av operasjonsdagen kan gi en bedre forstått forventning om hva som vil skje på denne dagen. Og slik det også kommer frem av resultatene så vil en forventning som blir møtt skape trygghet og kontroll for operasjonspasienten som igjen vil kunne redusere angstnivået.

6 Konklusjon

I denne oppgaven har vi undersøkt hva slags informasjon som gynekologiske pasienter har behov for, for å kunne redusere angst og stress preoperativt.

Vi ser oppsummert sett at pasientene i etterkant av operasjonen er fornøyde. Imidlertid gir de sterkt uttrykk for stress og nervøsitet knyttet til det som skjer i forkant av innledningen av narkose. Pasientene forteller at de har vanskelig for å forberede seg på det de ikke vet skal skje. Derfor etterspør de mer informasjon om det som skjer av ikke-kirurgiske forberedelser enn selve operasjonen.

Pasientene forklarer hva slags type informasjon de er ute etter. Ut ifra det pasientene har gjengitt har vi derfor laget et utkast til et informasjonsskriv (Vedlegg 3). Vi vil igjen gjøre oppmerksomme på at utkastet ikke er klinisk testet og derfor kun kan brukes som et utgangspunkt i utbedringen av et informasjonsskriv til klinisk testing. En vet derfor ikke hva effekten av dette er. Skulle en gjennomført det slik måtte en også ha hatt et samarbeid med andre avdelinger enn de vi har hatt igjennom denne oppgaven. Det ville vært interessant å ha gjennomført en intervensjonsstudie med dette eller et lignende utkast. Tidsperspektivet gjør derimot at dette blir utfordrende å gjennomføre.

I denne oppgaven har vi intervjuet 5 pasienter. Vi har ikke opplevd å få metning. Men som nevnt forteller pasientene at de er i behov av spesifikk informasjon om de forberedelsene som skjer inne på stuen.

Selv om det er vanskelig å konkludere med noe konkret i denne studien med tanke på tidsaspekt og begrensningen av informanter, er det likevel riktig å påpeke viktigheten av å alltid sjekke med pasienten om det finnes noe mer de ønsker informasjon om i forkant av inngrepet, uavhengig av informasjonsmengde som er gitt i forkant.

De yrkesetiske retningslinjer for sykepleieren påpeker også dette i sine retningslinjer; *«Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått»* (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler, 2019).

I tillegg kan det være aktuelt at operasjonssykepleieren er med å hente inn pasienten til operasjonsstuen eller har en samtale med pasienten i forkant for å skape noen forventninger om hva en kan bli møtt på. I nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanningen står det blant annet at kandidaten skal kunne medvirke til innovasjon, endrings- og forbedringsarbeid og brukermedvirkning på individ- og systemnivå (Forskrift om nasjonal

retningslinje for operasjonssykepleierutdanning, 2021). Dette betyr dermed at det er en form for lovfestet plikt å kunne bidra til ivaretagelse av pasienten på individ-nivå. For å potensielt kunne gjøre dette på en best mulig måte må en muligens endre dagens system. Dette understøtter at man kan og sannsynligvis bør benytte et slags flytskjema som informasjonsskriv, som det i denne oppgaven er laget et utkast på i forkant av operasjon (Vedlegg 3).

Vår masteroppgave bidrar med økt kunnskap om informasjonsbehov blant gynekologiske pasienter som skal til operasjon. Denne kunnskapen dekker et område i forskningen som sier noe om hva og hvilken type informasjon som trengs. Denne forskningen vil kunne være av stor post-operativ betydning for pasienten i fremtiden, da det er kjent at stress har stor påvirkning på rekonvalesens tiden. Vi vil legge til at det vil kreve mer forskning på dette området.

På grunn av begrensinger i utvalget er det vanskelig å si noe konkret om overførbarheten i studien. Det er likevel mulig å anta at man kan bruke liknende flytskjemaer som er utarbeidet i denne studien til andre type operasjoner også. Da med informasjon individuelt utarbeidet etter aktuelle inngrep.

Referanser

- Angioli, R., Plotti, F., Capriglione, S., Aloisi, A., Aloisi, M. E., Luvero, D., Miranda, A., Montera, R., Gulino, M., & Frati, P. (2014). The effects of giving patients verbal or written pre-operative information in gynecologic oncology surgery: a randomized study and the medical-legal point of view. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 177, 67-71. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.03.041>
- Berntzen, H., Bjørk, I. T., & Wøien, H. (2018). “Pain relieved, but still struggling”—Critically ill patients experiences of pain and other discomforts during analgesedation. *J Clin Nurs*, 27(1-2), e223-e234. <https://doi.org/10.1111/jocn.13920>
- Boker, A., Brownell, L., & Donen, N. (2002). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie*, 49(8), 792-798. <https://doi.org/10.1007/BF03017410>
- Bounif, C., Ducos, V., Appourchaux, E., Ferrero, P. A., Roux, A., Mathonnet, M., & Taibi, A. (2021). Does increased patient comprehension decrease preoperative anxiety before digestive surgery? *Journal of visceral surgery*. <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2021.02.009>
- Carr, E., Brockbank, K., Allen, S., & Strike, P. (2006). Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *J Clin Nurs*, 15(3), 341-352. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01285.x>
- Chan, J. J. I., Yeam, C. T., Kee, H. M., Tan, C. W., Sultana, R., Sia, A. T. H., & Sng, B. L. (2020). The use of pre-operative virtual reality to reduce anxiety in women undergoing gynecological surgeries: a prospective cohort study. *BMC Anesthesiol*, 20(1), 261-261. <https://doi.org/10.1186/s12871-020-01177-6>
- Cheung, L. H., Callaghan, P., & Chang, A. M. (2003). A controlled trial of psycho-educational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy. *Int J Nurs Stud*, 40(2), 207-216. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00080-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00080-9)

- Clair, C., Engström, Å., & Strömbäck, U. (2020). Strategies to Relieve Patients' Preoperative Anxiety Before Anesthesia: Experiences of Nurse Anesthetists. *J Perianesth Nurs*, 35(3), 314-320. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.10.008>
- Dysthe, K. (2016, 03.06.2016). *Sjekklister*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Dåvøy, G. A. M., Eide, P. H., & Hansen, I. (2018). *Operasjonssykepleie* (2. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Eberhart, L., Aust, H., Schuster, M., Sturm, T., Gehling, M., Euteneuer, F., & Rüsç, D. (2020). Preoperative anxiety in adults - A cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC Psychiatry*, 20(1), 140-140. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02552-w>
- Forsberg, A., Söderberg, S., & Engström, Å. (2014). People's experiences of suffering a lower limb fracture and undergoing surgery. *J Clin Nurs*, 23(1-2), 191-200. <https://doi.org/10.1111/jocn.12292>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for operasjonssykepleierutdanning, (2021). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-10-26-3095>
- Gobbo, M., Saldaña, R., Rodríguez, M., Jiménez, J., García-Vega, M. I., de Pedro, J. M., & Cea-Calvo, L. (2020). Patients' experience and needs during perioperative care: A focus group study. *Patient preference and adherence*, 14, 891-902. <https://doi.org/10.2147/PPA.S252670>
- Haugen, A. S., Eide, G. E., Olsen, M. V., Haukeland, B., Remme, Å. R., & Wahl, A. K. (2009). Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *J Clin Nurs*, 18(16), 2301-2310. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02792.x>

- Helsedirektoratet. (2022, 30.04.2018). *Angstlidelser*. Helsenorge. Retrieved 14.01.2022 from <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser/>
- Hovd, S. (2009, 01.06.21). *Fenomenologi*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/fenomenologi>
- Hughes, S. (2002). The effects of giving patients pre-operative information. *Nurs Stand*, 16(28), 33-37. <https://doi.org/10.7748/ns2002.03.16.28.33.c3173>
- Ingadottir, B., Johansson Stark, Å., Leino-Kilpi, H., Sigurdardottir, A. K., Valkeapää, K., & Unosson, M. (2014). The fulfilment of knowledge expectations during the perioperative period of patients undergoing knee arthroplasty - a Nordic perspective. *J Clin Nurs*, 23(19-20), 2896-2908. <https://doi.org/10.1111/jocn.12552>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Abstrakt.
- John, M. (2009). Managing anxiety in the elective surgical patient. *British journal of nursing*, 18(7), 416-419.
- Kennair, L. E. O. (2009, 11.09.19). *Nervøsitet*. <https://snl.no/nervøsitet>
- Kindler, C. H., Harms, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T., & Scheidegger, D. (2000). The Visual Analog Scale Allows Effective Measurement of Preoperative Anxiety and Detection of Patients' Anesthetic Concerns. *Anesthesia & Analgesia*, 90(3), 706-712. <https://doi.org/10.1097/00000539-200003000-00036>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Universitetsforl.

- Mitchell, M. (2008). Conscious surgery: influence of the environment on patient anxiety. *J Adv Nurs*, 64(3), 261-271. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04769.x>
- Mordiffi, S. Z., Tan, S. P., & Wong, M. K. (2003). Information Provided to Surgical Patients Versus Information Needed. *AORN J*, 77(3), 546,552,556,561-549,554,558,562. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)61249-0](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)61249-0)
- Ng, S. K. S., Chau, A. W. L., & Leung, W. K. (2004). The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dent Oral Epidemiol*, 32(3), 227-235. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00161.x>
- Ollat, D. (2021). Preoperative information: Written first? *Orthop Traumatol Surg Res*, 107(1), 102771-102771. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2020.102771>
- Pakbaz, M., Rolfsman, E., & Löfgren, M. (2017). Are women adequately informed before gynaecological surgery? *BMC Womens Health*, 17(1), 68-68. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0426-7>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), (2001). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed. ed.). Wolters Kluwer.
- Priya, P., & Roach, E. J. (2013). Effect of pre-operative instruction on anxiety among women undergoing abdominal hysterectomy. *Nurs J India*, 104(6), 245-248.
- Regjeringen.no. (2014, 25.06.2014). *HelseOmsorg21*. regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/andre-dokumenter/hod/2014/HelseOmsorg21/id764389/?q=helseomsorg21>
- Ruiz Hernández, C., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Vargas Roman, K., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic

review with meta-analysis. *J Adv Nurs*, 77(8), 3274-3285.

<https://doi.org/10.1111/jan.14827>

Salzmann, S., Rienmüller, S., Kampmann, S., Euteneuer, F., & Rüsç, D. (2021).

Preoperative anxiety and its association with patients' desire for support - an observational study in adults. *BMC Anesthesiol*, 21(1), 149-149.

<https://doi.org/10.1186/s12871-021-01361-2>

Scott, A. (2004). Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nursing in critical care*, 9(2), 72-79.

Sourzac, J., Germain, C., Frison, E., Sztark, F., Conri, V., & Floccia, M. (2021). Effect of a hypnosis session before hysterectomy on pre- and postoperative anxiety. *International journal of gynecology and obstetrics*, 155(1), 156-157.

<https://doi.org/10.1002/ijgo.13800>

Stubberud, D.-G., Sjøberg, I. L., & Eikeland, A. (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utgave. ed.). Gyldendal.

Tai, A.-L., Hsieh, H.-F., Chou, P.-L., Chen, H.-M., & Liu, Y. (2020). The Influence of Preoperative Anxiety, Optimism, and Pain Catastrophizing on Acute Postoperative Pain in Patients Undergoing Cardiac Surgery: A Cross-sectional Study. *The Journal of cardiovascular nursing*, 36(5), 454-460.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000687>

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.

Tola, Y. O., Chow, K. M., & Liang, W. (2021). Effects of non-pharmacological interventions on preoperative anxiety and postoperative pain in patients undergoing breast cancer surgery: A systematic review. *J Clin Nurs*, 30(23-24), 3369-3384.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15827>

- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005, 01.12.2005). *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*. regjeringen.no.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf
- Vest, H. (2019, 07.12.2021). *E-læringskurs i brukermedvirkning i helseforskning*. Helse Stavanger HF. <https://helse-stavanger.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helsevern-voksne/avdeling-alderspsykiatri/sesam/wiseage/e-leringskurs-i-brukermedvirkning-i-helseforskning>
- Walker, J. A. (2002). Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *British journal of nursing*, 11(8), 567-575.
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforlaget.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*. (2019). ([Rev. utg.]. ed.). Norsk sykepleierforbund.

Vil du delta i forskningsprosjektet?

Kvinnens opplevelse av angst og stress i forkant av operasjon.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å redusere angst og stress i forkant av en operasjon ved å forbedre informasjonen gitt i forkant. Det er normalt og kjent kunnskap at det å gjennomgå en operasjon kan medføre stress og angst. Du vil i dette skrivet få informasjon om prosjektet og hva det vil si for deg å delta.

Formål

I dag fungerer det slik at du i forkant får en samtale med kirurgen og eventuelt sykepleier på sengepost/pasienthotell/lettpost eller dagkirurgisk avdeling om hva selve inngrepet går ut på. I tillegg har du kanskje mottatt et informasjonsskriv om inngrepet?

Vi vet at mange som skal gjennomgå operasjoner ofte er preget av stress og angst i forkant. Mange har også sitt første møte med operasjonsavdelingen. Vi ønsker å undersøke om du føler du får den informasjonen du trenger i forkant av operasjonen.

Forskningsprosjektet er en del av en masteroppgave i masterutdanningen *Spesialsykepleie: spesialisering i operasjonssykepleie*, ved Universitet i Agder.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Agder ved masterstudentene André Nedland og Mats Bjelkåsen Pedersen og veileder: Førstelektor Linda Iren Mihaila Hansen er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å levere en best mulig helsetjeneste og dine erfaringer er verdifulle for oss i den sammenheng. Du får denne forespørselen da du har gjennomført gynekologisk kirurgi. Vi gjør oppmerksom på at tillatelse til gjennomføring av prosjektet på forhånd er avklart med aktuelt sykehuset, NSD (Norsk Senter for Forskningsdata), pasienthotell/lettpost og kirurgisk poliklinikk. Dette blir derfor sendt/utdelt til deg som har vært igjennom en slik operasjon.

Det er frivillig å delta

Dersom du ønsker å delta vil dine opplysninger og informasjon bli behandlet konfidensielt og lukket innenfor forskningsprosjektet, og vil derfor ikke bli delt med sykehuset eller

behandlende helsepersonell. Uavhengig om du deltar eller ikke vil ditt forhold til sykehuset og dine behandlere forbli upåvirket.

Det er frivillig å delta i dette prosjektet. Dersom du ønsker å delta, har du rett til å trekke deg når som helst uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke være noen negative konsekvenser for deg dersom du ikke ønsker å delta eller ønsker å trekke deg på et senere tidspunkt. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta, så innebærer det at du blir med i en samtale med masterstudentene når operasjonen er gjennomført. Her vil du bli bedt om å fortelle om dine opplevelser knyttet opp mot operasjonen. Masterstudentene vil lede intervjuet, og vi står til ansvar for å belyse de ønskede temaene. Intervjuet er beregnet til å ta 30-60 minutter. Intervjuguiden inneholder spørsmål som vil belyse hvor godt forberedt du opplevde å være i forkant, hvilke følelser du gikk igjennom og om det er forhold du hadde ønsket å få mer informasjon om relatert til gjennomføringen av inngrepet. Vi ønsker å forbedre helsetjenesten og ingenting er for lite eller for stort til å bli nevnt. Vi ønsker å vite hva som eventuelt kunne ha redusert et stress du kjente på. Dersom du kjente på dette stresset er det også interessant for oss å vite hva som eventuelt reduserte ditt stress i forkant.

Ditt personvern – hvordan blir dine opplysninger oppbevart og brukt

Opplysningene om deg vil bli aidentifiser og kun bli brukt til det formålet vi har nevnt om i dette skrevet. Dataene som du gir som deltaker vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med lov om personvern i forskningsprosjektet.

Intervjuene blir tatt opp med lyd og blir siden skrevet ut til tekst (transkribert). Intervjuene i tekstform vil være aidentifiserte data som ikke er koblet til personlige data i teksten. Det vil si at det transkriberte intervjuet ikke vil inneholde noen opplysninger som kan kobles opp til deg. Det transkriberte intervjuet vil få en kode. Det blir laget en separat liste med dine opplysninger og koden slik at vi kan identifisere intervjuet dersom du senere velger å trekke deg fra denne undersøkelsen og ønsker personopplysningene du har oppgitt slettet. Adgangen til å få slettet personopplysningene gjelder ikke når dine opplysninger er blitt anonymisert eller publisert. Lydfilene og personopplysninger er det kun masterstudentene som har tilgang til. Vi er underlagt taushetsplikt for alle typer personlige helseopplysninger (dersom det fremkommer opplysninger av sensitiv art).

Hva skjer med opplysningene når forskningsprosjektet er avsluttet?

Lydopptak fra intervjuet vil bli slettet innen planlagt prosjektslutt 31.12.2022, mens øvrige prosjektdata vil oppbevares pseudonymt, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil hos forskningsansvarlig institusjon i 5 år etter planlagt prosjektslutt for kontrollformål.

Etter disse 5 årene slettes nøkkelfilen og øvrig data anonymiseres.

Dine rettigheter

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

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene.
- Å få rettet personopplysninger om deg.
- Å få slettet personopplysninger om deg.
- Å sende klage til datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva ligger til grunn for retten til å behandle personopplysninger om deg?

Opplysningene om deg behandles basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Universitet i Agder* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter kan du ta kontakt med Universitet i Agder ved:

- André Nedland, E-post: andren05@student.uia.no Tlf.nr 91527343
- Mats Bjelkåsen Pedersen, E-post: matsbp14@student.uia.no Tlf.nr 91109132
- Linda Iren Mihaila Hansen, E-post: Linda.Hansen@uia.no Tlf.nr 98090172

Har du spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på E-post (nsd@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Frist for tilbakemelding er 14 dager etter mottatt skjema

Med vennlig hilsen

André Nedland & Mats Bjelkåsen Pedersen

Prosjektansvarlige studenter.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «**Kvinnens opplevelse av angst og stress i forkant av operasjon**», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- Oppgi telefonnummer for å avtale intervju. Tlf.nr: _____

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet og publisert.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Signert samtykkeerklæring returneres i vedlagt svarkonvolutt

Intervjuguide

Hvilken informasjon om operasjonsavdelingen, trenger pasienter som skal gjennomgå gynekologisk kirurgi for å redusere pre-operativ angst og stress

Spørsmål 1

Hva slags gynekologisk operasjon gikk du igjennom?

Spørsmål 2

Kan du fortelle litt om det som møtte deg inne på operasjonsavdelingen og operasjonsstuen?

Spørsmål 3

Var det noe av det du nå har nevnt som opptok oppmerksomheten din, i den grad at du ikke fikk med deg andre ting som skjedde rundt deg?

Spørsmål 4

Fortell litt om hvilke følelser som preget deg ved denne operasjonen?

Spørsmål 5

Klarer du å utdype litt om hvorfor du opplevde disse følelsene?

Ledespørsmål: Var det for eksempel noe ved informasjon du fikk fra legen, eller ting du ikke var klar over, var personalet du møtte inne på operasjonsstuen, eller var det utstyr inne på operasjonsstuen du reagerte på?

Spørsmål 6

Tenk tilbake til før operasjonen, fortell om de følelsene og opplevelsene du gjennomgikk fra du kom til operasjonsavdelingen og operasjonsstuen til du ble lagt i narkose?

Spørsmål 7

Når du kom inn i operasjonsstuen, hva opplevde/følte du?

Spørsmål 8

Den informasjonen du fikk på forhånd, og det du opplevde inne på operasjonsavdelingen. Hva var det du opplevde som stemte overens og hva stemte ikke overens?

Spørsmål 9

Hvilken betydning hadde informasjonen du fikk på forhånd for følelsene du gikk igjennom inne på operasjonsavdelingen?

Spørsmål 10

Dersom du opplevde stress og/eller engstelse.

På hvilke tidspunkter opplevde du dette og hva opplevde du gjorde at du roet deg ned?

Spørsmål 11

Hvilke følelser hadde du i forkant av operasjonen?

Spørsmål 12

Alt tatt i betraktning, hvordan vil du beskrive din opplevelse av operasjonen?

Spørsmål 13

Kan du utdype/forklare ditt informasjonsbehov angående operasjonen du gjennomgikk, og hvordan det kunne blitt møtt på en best mulig (annen) måte?

Ledespørsmål: Hvilken informasjon skulle du på forhånd gjerne ha hatt om det som skjer inne på operasjonsstuen før du blir lagt i narkose og operasjonen starter? (Såkalt ikke-kirurgiske forberedelser)

*Kan du utdype det litt mer?

*Kan du beskrive det litt mer?

Velkommen til operasjon

Dette er et informasjonsskriv til deg som skal opereres.

- Når du blir hentet til operasjon vil du først bli trillet til en ventehall hvor da kan bli liggende i noen minutter.
- Mens du ligger der kan det hende noen av våre anestesisykepleiere skal legge et perifert venekateter, også kalt veneflon på deg.
- Når operasjonssteamet og operasjonsstuen er klar for din operasjon blir du hentet inn av en anestesisykepleier, som skal ta vare på deg under operasjonen. Denne anestesisykepleieren vil stille deg noen spørsmål du har blitt stilt tidligere. Dette er for å ivareta din sikkerhet.
- Når du kommer inn til stuen vil du bli møtt av 2 operasjonssykepleiere.
- Det er mye utstyr inne på stuen, men det er ikke sikkert at alt skal brukes på deg.
- Du kan sette deg på operasjonsbordet og etterhvert vil du bli lagt ned på operasjonsbordet slik vi ønsker på en måte som er komfortabelt for deg.
- Du vil få en metallplate festet til kroppen din. Denne platen vil være kald.
- Anestesisykepleierne vil forklare deg når du skal få sove dersom du skal det.

Det vil ikke være så mange inne på operasjonsstuen. I de fleste tilfeller er det snakk om 4-5 på det meste, 2-3 anestesisykepleiere og 2-3 operasjonssykepleiere.

Til tider har vi også studenter som skal lære og er under veiledning av erfarne spesialsykepleiere.

Kirurgen kommer etter at alle forberedelsene er klargjort og du har fått sove.

Når du våkner fra narkosen, vil du etter hvert bli flyttet over til seng. Før du blir trillet til oppvåkningen.

Spesialsykepleierne har erfaring med å se hvem som er nervøse for operasjon.

Du kan også si ifra at du er nervøs. Har du spørsmål om det som skjer inne på operasjonsstuen kan du spørre en av spesialsykepleierne som tar vare på deg.

Velkommen til dagkirurgisk enhet i

Transport

Av sikkerhetsmessige grunner kan du ikke kjøre bil selv etter narkose og operasjon. Gjør derfor en avtale med noen som kan kjøre deg eller benytt kollektivtransport dersom det er mulig.

Dersom det ikke går kollektivtransport på den strekningen du skal reise eller du ikke kan bli kjørt, ring pasientreiser på telefon for bistand.

Informasjon om transport og dekning av utgifter finner du på www.helsenorge.no eller ved å kontakte pasientreiser.

Medisiner

Som hovedregel skal du ta dine faste medisiner operasjonsdagen. Gjelder også astmaspray som brukes ved behov.

Unntak hvis du bruker:

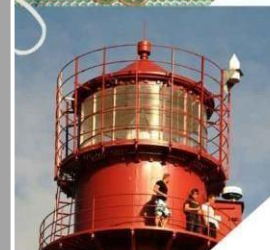
- **Blodfortynnende medisiner** (Albyl E, Marevan, Plavix, Pradaxa, Xarelto, Eliquis eller andre). Du skal ha blitt informert om bruken av disse før operasjonen. Hvis du ikke har mottatt slik informasjon må du ringe sykehuset på telefon
- **Blodtrykksmedisin** av typen *ACE- hemmere* eller *angiotensin II – antagonist*. Du skal **ikke** ta disse medisinene på morgenen operasjonsdagen. Dersom du er i tvil om du bruker denne typen medisin tar du kontakt med ditt apotek, din fastlege eller sjekk på www.felleskatalogen.no.

Diabetes

Har du **diabetes type 2** skal du følge dine vanlige rutiner for kost og medisiner frem til midnatt før operasjonsdagen. Operasjonsdagen skal du ikke ta diabetesmedisinene. Det gjelder også om du bruker Insulin. Bruker du tabletter som inneholder *Metformin*, skal du stoppe med denne medisinen dagen før operasjon.

Har du **diabetes type 1** skal du i utgangspunktet ikke ta insulin på morgenen operasjonsdagen. Hvis du har tatt langtidsvirkende insulin kvelden før og har lavt blodsukker på natten eller morgenen før ankomst sykehuset, må du ta sukkerholdig drikke. Hvis du trenger å spise for å unngå føling (alvorlig lavt blodsukker) må du gjøre dette. Gi informasjon om dette ved ankomst. Operasjonen må da utsettes noen timer eller til en annen dag.

Bruker du *insulinpumpe* skal du ha den på til du kommer til avdelingen. Ta med eget insulin til sykehuset operasjonsdagen.



Hygiene

- For å forebygge infeksjon må du dusje operasjonsdagen. Vær spesielt nøye med underliv, hender og føtter.
- Ikke barber operasjonsområdet, dette gjøres ved behov på sykehuset.
- Hvis du har sår/skorper i operasjonsområdet ber vi deg kontakte sykehuset. Dette kan øke infeksjonsfaren og operasjonen må om nødvendig utsettes.
- Fjern piercinger, smykker og ringer hjemme for å redusere faren for infeksjon og brannskade.
- Ha korte, rene negler på hender og føtter.
- Fjern neglelakk.

Ventetid

Du må regne med ventetid før og etter operasjonen. Det betyr at oppmøtetiden du har fått ikke er det samme som behandlingsstart. Ta gjerne med lesestoff, nettbrett, hodetelefoner etc.

Samtale med legen

Du vil få en samtale med legen som skal operere deg både før og etter operasjonen.

Legen vil skrive ut evt. resepter og sykemelding før du reiser hjem.

Husk

- Ikke ta med verdisaker.
- Ta med krykker dersom du har og det er aktuelt i forbindelse med din operasjon.
- Bruk av mobiltelefon skal begrenses av hensyn til medpasienter.

Etter hjemkomst

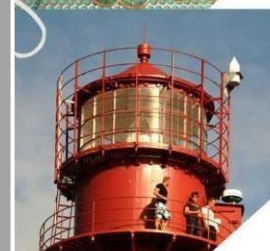
Du bør ikke være alene første døgnet etter operasjonen. Gjør avtale med familie/ venner om du bor alene.

Kontakt

Kontakt oss på telefon mellom kl. 08.00 – 14.00 ved behov for ytterligere informasjon.

Pasientrettigheter

Oversikt og informasjon om dine rettigheter som pasient får du på www.helsenorge.no eller på Hjelp og brukerstøtte, telefon:



VEDLEGG 5

30/3 2022 ebscohost

Gynecological AND patients AND anxiety AND preoperative AND information – 8 treff – 3 brukbar

Gynecological AND surgery AND anxiety AND preoperative AND information – 6 treff – 2 brukbar

Gynecological AND procedures AND anxiety AND preoperative AND information – 1 treff – 0 brukbar

Gynecological surgery AND anxiety AND preoperative AND information – 13 treff – 3 brukbar

Gynecological surgery AND preoperative information – 26 treff – 2 brukbar

Gynecological surgery AND anxiety – 55 treff – 2 brukbar

30/3 2022 oria

Gynecological OG anxiety OG preoperative OG information – 1389 treff – 4 brukbar

31/3 2022 oria

General anesthesia OG pre-operative anxiety OG women – 1140 treff – 2 brukbar

I tillegg til de artiklene som ble funnet, gjennomgikk vi litteraturlistene til artiklene og fant her noen artikler som var relevante, og ble brukt.

Etter noen søk så vi at det ble en del gamle treff. Disse ble i stor grad valgt bort til fordel for nyere forskning.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

Region:

REK sør-øst C

Saksbehandler:

Anders Strand

Telefon:

Vår dato:

16.12.2021

Vår referanse:

339888

Linda Iren Mihaila Hansen

Prosjektsøknad: Kvinners opplevelse av angst og stress i forkant av gynekologisk operasjon, i gynekologisk leie.

Søknadsnummer: 339888 **Forskningsansvarlig institusjon:** Universitetet i Agder

Samarbeidende forskningsansvarlige institusjoner:

Prosjektsøknad godkjennes

Søkers beskrivelse

Prosjektet har til hensikt å utforske om informasjon til kvinner som gjennomgår gynekologisk kirurgi ytterligere kan forbedres i forkant av operasjon.

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt, og søkers tilbakemelding til komiteen av 25.11.2021. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

REKs vurdering

Søknaden ble første gang behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst C) i møtet 28.10.2021. Komiteen mente at søknaden ikke var tilstrekkelig opplyst til å fatte endelig vedtak, og ga følgende tilbakemelding:

«Formålet med det omsøkte prosjektet, som er et masterprosjekt, er å undersøke gynekologiske pasienters oppfatninger om faktorer som påvirker angst og stress i forbindelse med kirurgiske inngrep i gynekologisk leie. Slik angst og stress vil antagelig kunne påvirke rekonvalesenstid, opplevde smerter, sårtilheling og mental helse, og således vil økt kunnskap om dette kunne ha klar helserelevans. Deltagelse innebærer intervjuer med lydopptak, der pasientene opplyser hva de mener var bra og hva de mener kunne vært nyttig eller hjelpsomt, for å redusere angst og stress. Deltagere er voksne hysterektomipasienter (kvinner og transmenn), som gjennomgår førstegangsoperasjon hvor de legges i full anestesi. Antall deltagere er begrenset oppad til 15, men vil kunne bli lavere avhengig av når datametning oppnås.

Komiteen mener at søknaden ikke er tilstrekkelig opplyst til å fatte endelig vedtak, og ber derfor om søkers tilbakemelding på følgende forhold:

1. Det er komiteens forståelse at samtykkeskriv og dermed informasjon om studien skal deles ut til aktuelle deltagere først etter at de har gjennomgått operasjon. I samtykkeskrivet står det dog «Dette blir derfor sendt til deg som er satt opp til slik operasjon». Komiteen ønsker en avklaring på når samtykkeskrivet skal utleveres, da et eventuelt økt fokus på angst og stress i forkant av operasjon vil kunne være problematisk.
2. Komiteen mener at enkelte spørsmål i intervjuguiden fremstår som ledende (spørsmål 3 og 5), og således at spørsmålsformuleringen kan legge føringer for svarene. Komiteen ber derfor om at disse reformuleres nøytralt (dvs. at spørsmålsformuleringen ikke legger til grunn at deltager var stresset eller hadde bekymringer) og at revidert intervjuguide vedlegges tilbakemeldingen. Dersom det foreligger hensyn som tilsier at eksisterende spørsmålsformuleringer er nødvendige kan dette redegjøres for i tilbakemeldingen.
3. Samtykkeskrivet bør korrekturleses, det er for eksempel en manglende «å» i første setning (se også punkt 1). Videre opplyser samtykkeskrivet om sletting av prosjektdata «innen forskningsslutt 31. desember 2022». Komiteen gjør oppmerksom på at REK i vedtak kan fastsette lengre oppbevaringstid av pseudonyme opplysninger for kontrollformål, jfr. helseforskningsloven §38. Komiteen ber derfor om at dette legges inn i samtykkeskrivet. Dersom det foreligger spesielle grunner for at data bør slettes tidligere i dette tilfellet, kan dette begrunnes i tilbakemeldingen. Komiteen forutsetter at samtykkeskrivet gjennomgås av forskningsansvarlig institusjon/PVO/NSD for å sikre at informasjon påkrevet etter personvernforordningen er korrekt, inkludert behandlingsgrunnlag for opplysninger. Slik skrivet nå foreligger, fremstår det ikke som gyldig behandlingsgrunnlag for personopplysninger. Revidert skriv vedlegges tilbakemeldingen.

Komiteens leder vil ta søknaden til videre behandling på fullmakt fra komiteen når søkers tilbakemelding foreligger.»

I tilbakemeldingen av 25.11.2021 er det vedlagt revidert intervjuguide og samtykkeskriv. Det fremgår nå av samtykkeskrivet at forespørsel rettes til aktuelle deltagere etter at de har gjennomgått operasjon, og komiteen legger dette til grunn. Videre er intervjuguiden revidert og utvidet, og komiteen finner denne akseptabel slik den nå foreligger.

I samtykkeskrivet er det nå lagt inn følgende formuleringer angående datalagring etter prosjektslutt: «Personidentifiserende opplysninger om deg, slik som navn og lydfiler fra intervjuet vil bli slettet innen forskningslutt 31. desember 2022. Regional etisk komité (REK) kan imidlertid fastsette vedtak om lengre oppbevaringstid av pseudonyme opplysninger for kontrollformål, jfr. Helseforskningsloven §38.» Koblingsnøkkel, transkripsjoner og andre prosjektdata bør lagres for kontrollformål etter prosjektslutt, jfr. helseforskningsloven §38, mens selve lydfilene bør slettes senest ved prosjektslutt, som angitt. Komiteen foreslår derfor at denne formuleringen endres til «Lydopptak fra intervjuet vil bli slettet innen planlagt prosjektslutt 31.12.2022, mens øvrige prosjektdata vil oppbevares pseudonymt, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil hos forskningsansvarlig institusjon i 5 år etter planlagt prosjektslutt for kontrollformål.»

På denne bakgrunn godkjenner komiteen prosjektet slik det nå foreligger.

Vedtak

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

Komiteen gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2022. Av dokumentasjons- og oppfølgingshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2027. Opplysningene skal lagres aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Sluttmelding

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest 6 måneder etter sluttdato 31.12.2022, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

Søknad om endring

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Erik Fosse

Prof., PhD.

Leder REK sør-øst C

Anders Strand

Seniorrådgiver

Kopi til:

Universitetet i Agder





Mats Bjelkåsen
Pedersen

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 21/12/2021

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Kvinneres opplevelse av angst og stress i forkant av gynekologisk operasjon.

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner søknaden under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden og godkjenning av NSD.

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER

POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND

TELEFON 38 14 10 00

ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -

www.uia.no

FAKTURAADRESSE:

UNIVERSITETET I AGDER,

FAKTURAMOTTAK

POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

964520

Prosjekttittel

Kvinnerens følelse av angst og stress i forkant av operasjon

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Linda Iren Mihaila Hansen, linda.hansen@uia.no, tlf: 98090172

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

André Nedland, andrenedland@gmail.com, tlf: 91527343

Prosjektperiode

15.09.2021 - 31.12.2022

Vurdering (1)

23.12.2021 - Vurdert**BAKGRUNN**

Prosjektet er vurdert og godkjent etter helseforskningsloven § 10 av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i vedtak av 16.12.2021, deres referanse 339888 (se under Tillatelser).

VURDERING

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 23.12.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

VURDERING AV BEHOV FOR DPIA

Prosjektet behandler særlige kategorier av personopplysninger (helseopplysninger) om en sårbar gruppe (pasienter som har gjennomført gynekologisk kirurgisk inngrep), noe som kan utløse en plikt til å foreta personvernkonsensvurdering (DPIA).

NSD har vurdert at det ikke var behov for å gjøre en DPIA jf. personvernforordningen art. 35 nr. 1 for dette prosjektet. Dette var basert på en helhetsvurdering der følgende momenter ble vektlagt:

- De registrerte samtykker til bruk av sine personopplysninger

- De registrerte får god informasjon om behandlingen av personopplysningene og sine rettigheter
- Prosjektet har en ryddig og oversiktlig dataflyt
- Få personer har tilgang til personopplysningene
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har gjort en forskningsetisk vurdering av prosjektet og godkjent det
- Prosjektet har kort varighet
- Det behandles få personopplysninger

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 31.12.2022. Etter prosjektslutt skal opplysningene oppbevares i fem år av dokumentasjonshensyn. Enhver tilgang til prosjektdataene skal da være knyttet til behovet for etterkontroll. Prosjektdata skal da ikke være tilgjengelig for prosjektet.

Prosjektleder og forskningsansvarlig institusjon er ansvarlig for at opplysningene oppbevares av-identifisert i denne perioden, dvs. atskilt i en nøkkel- og en datafil. Etter disse fem årene skal data slettes eller anonymiseres.

LOVLIG GRUNNLAG

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 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

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.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

UNNTAK FRA RETTEN TIL SLETTING

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 materialet eller opplysningene er anonymisert, dersom materialet

etter bearbeidelse inngår i et annet biologisk produkt, eller 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 bearbeidet slik at det inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede 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.

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 prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

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 hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

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.

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen

Lykke til med prosjektet!