

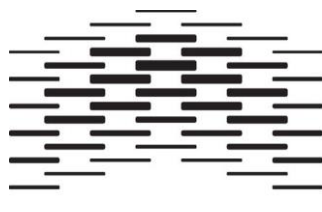
**MASTEROPPGAVE**  
**Klinisk sykepleievitenskap**  
**Kull: Deltid 2011**  
**September 2016**

Kjennetegn og erfaringer ved pre-og postoperativ informasjon.

*Hva, når og hvordan?*

Hege Sveistrup

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for sykepleie**



**HØGSKOLEN I OSLO**  
**OG AKERSHUS**

Veileder: Liv Halvorsrud

## **Forord**

Takk til alle som har stilt opp til intervju og takk til avdelingen som har stilt seg positivt til prosjektet. Takk til familie og venner som har støttet meg. Erik har nok holdt ut mye.

Vil spesielt takke Linn for oppklarende diskusjoner og språklig hjelp. Ragnhild og Karianne for konstruktive og verdifulle tilbakemeldinger. Takk til veileder Liv Halvorsrud for imøtekommende veiledning ofte på kort tid.

Arbeidet med masteroppgaven har vært en slitsom prosess men resultatet har bidratt til refleksjoner som jeg ser frem imot å kunne diskutere i praksis.

Oslo, september 2016.

Hege Sveistrup

## SAMMENDRAG PÅ NORSK

**Formål:** hensikt med studien er å få økt kunnskap om hvilke faktorer og områder som burde vektlegges ved pre-og postoperativ informasjon til elektive pasienter som skal gjennom et gastrokirurgisk inngrep.

**Teori:** Tidligere forskning viser at pasientene og helsepersonell vektlegger ofte ulikt viktigheten av informasjonsbehovet på forskjellige områder. Forskningen viser hvilke informasjonsmetoder som kan være effektive og hvilket innhold informasjonen burde ha. Dette ofte målt opp imot pasienttilfredshet. Det er gjort mindre forskning på hva pasientene selv uttrykker de ønsker av informasjon og på hvilken måte. Lazarus(2006) sin teori om stressmestring og Benner og Wrubel (2006) sin omsorgsteori er brukt som tilnærming for å kunne forstå pasientenes livsverden. Hvordan pasientene oppfatter sin livsverden på det gitte tidspunkt kan påvirke behovet for - eller mottageligheten for pre -og postoperativ informasjon. Autonomiprinsippet er viktig i all pasientbehandling og blir diskutert opp mot om pasientenes informasjonsbehov er innfridd.

**Metode:** det er valgt en kvalitativ forskningsdesign på studien. Innsamling av data foregår ved individuelt intervju av pasienter og gruppeintervju av sykepleierne. Datamaterialet er hentet fra 5 pasienter og 5 sykepleiere. Det er gjort en tekstanalyse etter retningslinjer for kvalitativ innholdsanalyse.

**Resultater:** Funnene i studien har kartlagt tre hovedtema som burde vektlegges ved pre- og postoperativ informasjon. Dette slik at pasientene får tilpasset informasjon og forstår denne. Disse hovedtemaene er; mottagelighet for informasjon, informasjonsbehov, pasientens rett til informasjon og autonomi.

**Konklusjon:** studien viser at innholdet i den pre-og postoperative informasjonen ikke alltid blir oppfattet eller forstått av pasientene. Studien viser at det er flere forhold og faktorer som burde tas i betraktning når helsepersonell skal gi pre- og postoperativ informasjon. Helsepersonell burde fokusere på dialog med pasienten ved formidling av pre-og postoperativ informasjon og denne informasjonen burde være mer individualisert.

## SUMMARY IN ENGLISH

**Purpose:** The aim of this study is to increase knowledge of which factors and areas that should be emphasized when providing pre- and postoperative information to elective gastro surgery patients.

**Literature:** Previous research shows that patients and health personnel often emphasized differently the importance of the information needed in different areas. The research provides guidelines to which method that is useful when delivering information and what the content of this information should be. This research is often measured by the patient satisfaction. There is less research on what kind of information patients themselves express, and how they wish to receive it. The theory of stress and coping from Lazarus (2006), and the theory of caring from Benner and Wrubel (2006), has been used as an approach to the patients lifeworld. How the patients experience their lifeworld at the given time can influence the need of- and receptivity of the pre- and postoperative information. Autonomy is important in all patient care and it will be discussed against whether the patient's information needs are met.

**Method:** A qualitative research design has been chosen for this study. Collection of data has been through individual interviews of the patients and by group interview of the nurses. Data has been collected from 5 patients and 5 nurses. The textual analysis undertaken, has followed qualitative guidelines

**Results:** The findings from the study chart three main themes that should be emphasized when given pre- and postoperative information. This so the patients receive personalized information and understand this. The main themes are: receptivity to information, information needs, and the patient rights to information and autonomy.

**Conclusion:** The study shows that patients do not always understand or perceive the contents of pre- and postoperative information.. The study shows that a number of conditions and elements that should be taken in to consideration when providing pre- and postoperative information. When health personnel provides information, the focus should be on dialog with the patient and the information itself should be more individualized.

## **Innholdsfortegnelse**

1. INTRODUKSJON .....	1
1.1 Bakgrunn for studien. ....	2
1.2 Mottak av elektive pasienter ved gastrokirurgisk sengepost .....	3
1.3 Problemstilling og begrepsavklaringer. ....	4
1.4 Oppgavens oppbygning .....	5
2. LITTERATURGJENNOMGANG.....	6
2.1 Tidligere forskning relatert til tema. ....	6
2.1.1 Form på informasjon.....	6
2.1.2 Informasjonens innhold og pasientens ønske om informasjon .....	10
2.1.3 Tidspunkt for informasjon .....	13
2.1.4 Pårørende .....	14
2.2 Teoretisk rammeverk.....	14
2.2.1 Stress og mestring .....	14
2.2.2 Benner og Wrubels omsorgsfilosofi .....	16
2.2.3 Helseveiledning/undervisning/informasjon .....	17
2.2.4 Informasjonssamtalen .....	19
2.2.5 Informasjon som forutsetning for autonomi. ....	20
3. METODE .....	21
3.1 Kvalitativt forskningsdesign.....	21
3.2 Forskerrolle.....	22
3.3 Kvalitativt forskningsintervju.....	23
3.3.1 Gruppeintervju: .....	23
3.3.2 Semistrukturert intervju .....	24

3.4 Planlegging, utvalg og rekruttering .....	24
3.4.1 Kriterier for utvelgelse av pasienter .....	24
3.4.2 Kriterier for utvelgelse av sykepleiere: .....	25
3.5 Gjennomføring.....	25
3.5.1 Pasienter .....	25
3.5.2 Sykepleiere.....	27
3.6 Transkribering, analyse og fortolkning .....	27
3.6.1 Transkribering.....	27
3.6.2 Analyse .....	28
3.7 Validering .....	31
4. ETISKE OVERVEIELSER .....	33
5. PRESENTASJON AV FUNN .....	36
5.1 Funn fra pasientintervjuer.....	36
5.1.1 Beskrivelse av intervjusituasjonen og bakgrunnsinformasjon.....	36
5.2 Pre-og peroperative forhold.....	37
5.2.1 Hva skal skje med kroppen min.....	37
5.2.2 Agenda for dagen og operasjonsdagen .....	38
5.3 Postoperative forhold.....	39
5.3.1 Forberedt i forhold til egenaktivitet .....	39
5.3.2 Forberedt i forhold til smerter .....	40
5.3.3 Uforberedt rundt egne kroppslige reaksjoner: ernæring .....	40
5.3.4 Uforberedt rundt kroppslige reaksjoner: Smerter: .....	42
5.4 Usikkerhet rundt eget informasjonsbehov .....	42
5.5 Formen på informasjonen .....	43
5.6 Funn fra gruppeintervju med sykepleiere .....	44
5.6.1 Bakgrunnsinformasjon.....	44
5.7 Praktisk forløp .....	45

5.7.1 Mal for informasjon på hotellet .....	45
5.7.2 Praktiske gangen fra mottak til ferdig operert. ....	46
5.8 Informasjon basert på erfaring.....	47
5.8.1 Tilpasset informasjon.....	48
5.8.2 Mobilisering.....	48
5.9 Oppfattelse av hva pasienten mangler informasjon om.....	49
5.9.1 Oppfattelse av gitt informasjon.....	49
5.9.2 Liten eller ingen informasjon gitt: ernæring .....	50
5.9.3 Ikke informert nok til å spørre .....	51
5.9.4 Pårørende som katalysator for informasjon .....	51
6. DISKUSJON .....	52
6.1 Mottagelighet for informasjon.....	53
6.1.1 Pasientens fokus dagen før operasjon .....	53
6.1.2 Sykepleierens fokus dagen før operasjon .....	55
6.1.3 Benner og Wrubels omsorgsteori og mottagelighet for informasjon.....	56
6.1.4 Tidspunkt for informasjon .....	57
6.2 Behov for informasjon.....	59
6.2.1 Formen på informasjonen som ble gitt .....	59
6.2.2 Pårørendes deltagelse ved mottagelse av pre-og postoperativ informasjon .....	61
6.2.2 Informasjon om ernæring.....	62
6.2.3 Identifisering av eget informasjonsbehov .....	64
6.3 Pasientens rett til informasjon .....	67
6.3.1 Autonomiprinsippet .....	68
6.4 Studiens begrensninger, sterke og svake sider .....	69
6.5 Studiens kliniske betydning og veien videre .....	71
7. KONKLUSJON .....	72
1. Vedlegg: Svar fra REK	



2. Vedlegg: Tilrådning personvernombudet
3. Vedlegg: Informasjon om studien/samtykke pasient
4. Vedlegg: Informasjon om studien/samtykke sykepleier
5. Vedlegg: Intervjuguide pasienter
6. Vedlegg: intervjuguide sykepleiere

## 1. INTRODUKSJON

Pasientinformasjon er et viktig tema og favner et stort område. I dagens samfunn har de fleste tilgang til internett. Man kan ved hjelp av noen tastetrykk raskt finne frem til informasjon man søker. Om informasjonen man finner er riktig i forhold til hva man søker er en annen sak. Pasienthendelser blir til stadighet et fokus i medier som TV og i aviser. Det kan være vanskelig nok for kjentfolk innenfor feltet å skille hva som er sannhet ut fra mediene sine presentasjoner. Man kan fort forestille seg at folk uten helsebakgrunn kan oppfatte sannheten fremstilt i medier på en annen måte enn helsepersonell gjør. Dette gir helsepersonell en viktig rolle ved formidling av pasientinformasjon. Vi som helsepersonell har et stort ansvar overfor pasienter og pårørende med å gi dem informasjon som er tilpasset deres behov, og gir dem et sannferdig bilde av det pre –og postoperative forløpet. Årlig (tall fra 2015) blir ca 1,9 millioner mennesker lagt inn på sykehus. Av disse innleggelsene er 540 000 døgnopphold (SSB, 2016). En stor del av disse døgnoppholdene er planlagte innleggelser. Det betyr at det er mange pasienter og pårørende som trenger informasjon. Alle pasienter og pårørende trenger informasjon uavhengig av type innleggelse, men ved de planlagte innleggelsene har man mulighet til å sette denne informasjonen i et fastsatt system. Dette ønsker man skal bidra til at pasienten tilegner seg informasjonen som blir gitt og at pasientene får den informasjonen de føler de trenger. Det er informasjon i forhold til planlagt innleggelse som er fokus i min oppgave.

En av de mest grunnleggende verdiene innen helsetjenesten i dag er pasientens rett til selv å bestemme over behandling og pleie. Autonomiprinsippet hos pasienten er viktig for alt helsepersonell. I «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» er dette prinsippet behandlet under kapittel 2, og i 2.4 er det beskrevet hvordan sykepleieren skal sørge for at pasienten får tilstrekkelig informasjon og at denne blir forstått (yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2015).

Nortvedt (2012) skriver om hvilke forhold han mener bør være tilstede for at pasientinformasjonen skal bli god. Han tar dette opp under fire kategorier som han benevner som « *informasjonens hva, hvem, når og hvordan* » (Nortvedt, 2012. s.136). Tre av disse kategoriene slik Nortvedt beskriver de er sentrale i min oppgave: *hva, når og hvordan*.

Kategorien *hvem* tar opp hvem som skal få informasjon når det ikke er pasienten selv som mottar denne. Dette er en problemstilling som ikke blir diskutert i min oppgave.

*Hva* skal være innholdet i pasientinformasjonen. Det som gis av informasjon må bidra til at pasienten har forstått sin medisinske tilstand, behandlingsforløp og hvilke valg pasienten har. Den må også tilpasses pasientens ønske om informasjon og mengden av denne. *Når* handler om ved hvilket tidspunkt skal man gi informasjon. Forholdene må ligge til rette for at pasienten eller pårørende er mottakelig for informasjon. Mottakelighet er viktig her. Det er mange forhold som kan spille inn for at pasienten er mottagelig eller ikke for informasjon. Hvordan pasientinformasjonen blir gitt skal være med på å skape tillit. Helsepersonell må være seg bevisst når de skal gi informasjon slik at sted og anledning er riktig når man skal formidle informasjon. Det er kanskje ikke så lurt å gi informasjon i det man passerer den det gjelder i korridoren. Det kan også være at pasienten eller pårørende ikke trenger all informasjon med en gang men litt av gangen. Alle forholdene som nevnt over tar for seg forhold som helsepersonell må tilstrebe skal være tilstede slik at pasienten eller pårørende er mottagelig for den informasjonen vi skal gi. Vi har også et ansvar for at den det gjelder har forstått den informasjonen som har blitt gitt (Nortvedt, 2012).

### 1.1 Bakgrunn for studien.

Min interesse for temaet pasientinformasjon kommer fra mitt arbeidsted. Jeg har i over 10 år tatt imot og pleiet pasienter som skal til planlagt kirurgi. Kirurgi og rekonvalesenstid er i stadig utvikling. I gjennomsnitt blir det planlagt operert over 12 pasienter i uka ved gastrokirurgisk avdeling, Ullevål (tall fra 2014 fra ventelistekontoret Ullevål). Gjennom mitt arbeid har jeg fra tidligere fått erfare og ta imot ventelistepasienter ved sengepostpost og igjen være en av de første som tok de imot når pasienten kom tilbake til sengeposten etter operasjon. Det var ofte det samme helsepersonellet som informerte pasienten på forhånd som også informerte etter at operasjonen var ferdig. Jeg opplevde ofte at pasientene følte seg forberedt på hva som skulle skje videre i det postoperative forløpet. Vi kunne snakke om den informasjonen som var gitt og diskutere dette opp mot de erfaringen pasienten hadde ved diskusjonsøyeblikket. Dette bidro ofte også at det ble blottlagt informasjonshull hvor jeg som sykepleier kunne umiddelbart gi informasjon som dekket dette. Min oppfatning er at man sikret kontinuitet i informasjonen ved å la pasienten møte det samme helsepersonell både pre- og postoperativt. Slik er det ikke lenger. Jeg erfarer ofte at jeg stiller meg undrende til hvor

lite pasientene vet om sitt eget postoperative forløp, eller de har feiloppfatninger om ting blant annet grunnet søk på internett. Dette opplever jeg skaper stress hos pasientene. Dette er ugunstig. På bakgrunn av disse erfaringene ønsker jeg med denne studien å få innsikt i hvordan pasientene selv oppfatter den pre- og postoperative informasjonen de får, og hvilket behov de selv opplever de har for informasjon.

### 1.2 Mottak av elektive pasienter ved gastrokirurgisk sengepost

Når pasientene kommer for vurdering av kirurgi kommer de først til gastrokirurgisk poliklinikk. Der har de en samtale med en kirurg som vurderer pasienten i forhold til kirurgi og hvilke eventuelle tilleggsundersøkelser som må gjøres før en dato for kirurgi settes. Det kan være flere røntgenundersøkelser, spirometri i forhold til lungekapasitet og eventuelt undersøkelse av hjertet. Når alle data er på plass og kirurgene og anestesilegene har vurdert at pasienten kan opereres, får pasienten informasjon om dette på poliklinikken. De får ikke en dato da, men får et brev i posten. Den kirurgen som har konsultasjonen på poliklinikken går gjennom operasjonen med pasienten. Det er ofte at dette ikke er samme kirurg som siden skal operere pasienten.

Når pasienten har fått dato for operasjon blir pasienten lagt inn på pasienthotellet dagen før selve operasjonen. De pasientene som ikke er selvhjulpne blir lagt direkte på sengepost. I oppgaven min er det kun pasienter som har vært lagt inn via pasienthotellet som er aktuelle. Ved hotellet blir de att imot av sykepleiere som gjør en del praktiske forberedelser som: blodprøver, måle blodtrykk, ta EKG, vek tog høyde. Sykepleierne gir informasjon til pasientene om hva som skal skje i løpet av dagen og hvilke forberedelser pasienten selv må gjøre før operasjonen. Sykepleierne har en sjekklister de går igjennom. Denne listen omhandler praktiske ting som må være gjort før operasjon som nevnt tidligere; blodprøver, ekg osv. den inneholder også forberedelser til operasjon i form av informasjon om dusj, når man blir vekket, at støttestrømper skal på, at de ikke får spise etter kl. 24.00. osv. Sykepleierne gir informasjon om selve det postoperative forløpet på post etter hva de selv mener er viktig. Ved henvendelse til Hotellposten får jeg oppgitt at det finnes prosedyrer for informasjon i forhold til kirurgi men at disse blir lite brukt og at de oppfatter at de raskt blir utdatert. Hvis pasienten ønsker det kommer det en sykepleier fra postoperativ avdeling og informerer om hva som skjer på avdelingen når operasjonen er ferdig og de våkner opp på postoperativ avdeling. Ønsker pasienten å snakke med anestesilegen får de dette. Kirurgen som skal operere pasienten kommer og informerer på nytt om selve operasjonen.

### 1.3 Problemstilling og begrepsavklaringer.

Oppgavens problemstilling er:

*Hvilke kjennetegn og erfaringer ved pre- og postoperativ informasjon kommer til uttrykk hos pasienter og sykepleiere i en elektiv kontekst?*

For utdyping av hva som ønskes undersøkt har følgende forskningsspørsmål vært fokus for arbeidet med denne besvarelsen:

- Hvilken type informasjon gir pasientene uttrykk for at de ønsker om det pre- og postoperative forløpet?
- Hva erfarer pasientene at de har fått pre – og postoperativ informasjon om?
- I hvilken form og til hvilket tidspunkt ønsker pasientene pre-og postoperativ informasjon?
- Hva mener helsepersonell de har gitt pre-og postoperativ informasjon om?

Jeg har brukt ordet *informasjon* i problemstillingen og forskningsspørsmålene mine. Jeg bruker også ordet informasjon i intervju med pasienter og sykepleiere. Informasjon er et begrep jeg erfarer pasientene er kjent med, og som Bjørg Christiansen skriver i sin bok om helseveiledning: «*er et innarbeidet nøkkelbegrep*» (Christiansen 2013, s.15). Christiansen skriver også at informasjon er en del av mange punkter i en helseveiledning og at informasjon ofte oppfattes som enveis kommunikasjon fra helsepersonell til pasient eller pårørende (Christiansen 2013). Noen av punktene som kommer frem under resultater kan kanskje kategoriseres mer under begrepet helseveiledning slik Christiansen (2012) beskriver det. Jeg har likevel valgt å bruke begrepet informasjon som en fellesbetegnelse på den informasjonen eller veiledningen som blir gitt pasienter og pårørende preoperativt om det pre – og postoperative forløpet. Begrepet informasjon er også brukt i intervjuene med sykepleierne.

I oppgavens teoretiske forankring er *stress* viktig. Ordets betydning kan grovt deles i to forståelser hvor den ene er fysiologisk, hvor kroppen blir direkte påvirket av stimuli som for eksempel; skade, forgiftning, kulde, fysisk traume (Selye,1955). Den andre forståelsen er psykologisk og kan forstås som en ytre påvirkning som blir så stor at den ikke står i forhold til hva personen har ressurser til å takle (Lazarus 1999, 2006). Ved bruk av benevnelsen *stress* i min oppgave er det psykologisk stress som ligger til grunn.

Livsverden: I oppgaven bruker jeg ordet *livsverden* når jeg presenterer Benner og Wrubel sin sykepleieteori. Jeg bruker også benevnelsen livsverden i diskusjonskapittelet når jeg henviser til Benner og Wrubel (2006). Livsverden er et kjent begrep innenfor fenomenologien. Kjente teoretikere som Husserl, Merleau-Ponty, og Schutz har alle litt variasjoner i hva de tolker inn i begrepet (Thornquist, 2003). I min oppgave blir begrepet livsverden brukt om hvordan personen selv erfarer den verden han lever i, med tyngde mot Merleau-Ponty sin definisjon av livsverden hvor dens kroppslige forankringen er essensiell. Merleau-Ponty legger til grunn at vår kulturelle og sosiale bakgrunn påvirker på hvilken måte vi erfarer verden på, og at denne erfaringen skjer gjennom kroppen. Endringer i kroppen vil da kunne føre til endring i personens oppfattelse av livsverden (F. Nortvedt, 2008).

Informanter. Jeg bruker sykepleiere og pasienter i min beskrivelse av de forskjellige gruppene og i presentasjon av funn og videre i diskusjonen. Ordet informanter vil forekomme på steder hvor sykepleierne og pasientene er referert til sammen og hvor det ikke har noe å si for informantrollen hvilke egenskaper gruppen har.

#### 1.4 Oppgavens oppbygning

I introduksjonen blir det gitt en kort oversikt over hva begrepet informasjon innebærer. Man får innsikt i hvilken kontekst det vanligvis gis pre-og postoperativ informasjon til pasientene. Introduksjonen vektlegger at det er fler forhold som burde vektlegges og være tilstede når informasjon gis til pasientene. I kapittel to vil det bli presentert og gjort rede for aktuell forskning og oppgavens teoretiske forankring.. Metode vil bli presentert i kapittel tre. Funnene vil bli presentert i kapittel fire og disse vil bli diskutert i lys av teoretisk forankring og tidligere forskning i kapittel fem, under dette kapittelet vil også veien vider bli presentert. Avslutningsvis vil det bli presentert en konklusjon i kapittel 6.

## 2. LITTERATURGJENNOMGANG

I dette kapittelet presenteres forskningslitteratur og teoretiske perspektiver relatert til problemstillingen med relevans for studien. I kapittel 2.1 har jeg valgt å dele inn etter temaer. Flere av studiene vil da kunne bli presentert under flere temaer. Detaljene rundt studiene er grundig gjort rede for ved presentasjon første gang, videre vil studiene kun bli gjort rede for sett i forhold til aktuelle funn som presenteres. Dette da flere studier presenterer flere hovedfunn som kan være sentrale for min studie.

### 2.1 Tidligere forskning relatert til tema.

Det ble gjort litteratursøk i databasene CINAHL, Medline Ovid, PubMed, SveMed, Bibsys og nå i nyere tid i Oria. Det ble søkt med følgende søkeord: patient information, preoperative information, postoperative information, information needs, patients' needs of information, surgery and information needs. Søkeordene ble igjen koblet sammen i forskjellige kombinasjoner med «and» eller «or». Søket har blitt begrenset til bare å gjelde planlagte operasjoner og voksne pasienter definert som over 18 år.

Det ble gjort et grundig litteratursøk i forbindelse med prosjektbeskrivelsen i 2013. Nye søk ble gjort i 2015/2016 under arbeid med oppgaven. Referanselistene til aktuelle studier har blitt gjennomgått og resultert i nye funn. Etter analyse av datasamlingen min ble gjort dukket det opp nye tema som igjen genererte behov for nye søk.

Jeg fant 3 review artikler som var aktuelle for min problemstilling. Det ble funnet mange enkeltstudier som vurderte effekten av pasientinformasjon, men de fleste studiene vurderte denne effekten i forhold til hvordan pasienten taklet smerte og angst. Det ble også funnet en del studier som vurderte i hvilken form pasientinformasjonen skulle gis for at pasientene skulle klare å nyttiggjøre seg denne. Det ble funnet få studier som hadde perspektiv på hva pasientene selv ønsket av informasjon.

#### 2.1.1 Form på informasjon

Walker (2007) har gjort en litteraturstudie hvor hensikten var og utforske hvilken effekt skriftlig preoperativ informasjon har på postoperativ tilfredshet hos pasienter, som gjennomgår elektiv kirurgi. Dette sett i forhold til angst, postoperativ smerte og

kommunikasjon. Studien konkluderer med at det å gi pasientene adekvat og tilrettelagt informasjon om det postoperative forløpet bidrar til at pasienten kan ta veloverveide valg i forhold til sin egen behandling. Den sier også at tverrfaglig skriftlig informasjon bidrar til en huskeliste for pasienten og hjelper helsepersonell til å bruke mindre tid på repetisjon av tidligere gitt informasjon (Walker, 2007).

Lithner og Zilling (2000) har utført en kvantitativ studie. De har utført en spørreundersøkelse hvor de har inkludert 50 pasienter som gjennomgår åpen galleblærekirurgi ved et sykehus i Sverige. Hensikten var å undersøke pasientenes behov for pre og postoperativ informasjon. De spurte pasientene både ved innleggelse og utskrivelse hvilken form de ønsket på informasjonen. De konkluderer med at det hadde vært optimalt om pasientene fikk både skriftlig og muntlig informasjon. Pasientene rangerte hvilken informasjon de ville ha skriftlig og muntlig forskjellig. Informasjon om videre oppfølging etter endt sykehusopphold, smertebehandling og daglige aktiviteter var den informasjonen pasientene helst ville ha i skriftlig form. Det kommer også frem i studien at pasientene ønsker forskjellig informasjon til forskjellige tider. De vektla informasjon om mobilisering, behandling og komplikasjoner som viktig informasjon før kirurgi mens informasjon om ernæring og daglige gjøremål som viktigere ved utskrivelse. Informasjon om smertebehandling var rangert som en viktig informasjon både før og etter kirurgi (Lithner & Zilling, 2000).

I en kvalitativ studie av Grønnestad og Blystad (2004) er det gjort semistrukturerte intervjuer av 8 informanter som hadde gjennomgått elektiv kirurgi på mage/tarm ved et norsk sykehus. Hensikten ved studien var å finne kunnskap om pasientene opplevde å få dekket sitt informasjonsbehov og om dette hadde betydning for mestring av pasientrollen. De fant at pasientene som fikk skriftlig informasjon ga uttrykk for at den skriftlige informasjonen de fikk var grei, men den ble ikke lest så grundig da de regnet med at de fikk hjelp underveis (Grønnestad & Blystad, 2004).

I en kvalitativ studie fra Irland intervjuet Mills og Sullivan (2000) 7 pasienter med spiserørskreft om deres erfaringer med informasjon i forbindelse til pasientenes gjennomgåtte operasjon. De fant at den skriftlige informasjonen pasientene mottok var nyttig for å huske ting og for å klargjøre misforståelser. Andre pasienter sa de var for ukonsentrerte etter operasjonen til å dra noen nytte av den skriftlige informasjonen (Mills & Sullivan, 2000).



I en svensk kvalitativ studie utført av Andersson, Otterstom-Rydberg og Karlsson (2015) intervjuet de 18 pasienter som hadde gjennomgått en operasjon for hofteprotese eller total kneprotese. De ønsket å få kunnskap om forholdet mellom pasientens oppfattelse av informasjon om smerter preoperativt og hva dette hadde å si for pasientenes smertehåndtering preoperativt. De så på viktigheten av skriftlig og muntlig informasjon for pasienter som skal få utført kirurgi. Alle i studien fikk informasjon om smertehåndtering enten bare muntlig eller både muntlig og skriftlig. Studien viser at de som ble intervjuet var fornøyd med å motta både skriftlig og muntlig informasjon. Intervjuobjektene trakk frem at de kunne ta frem den skriftlige informasjonen når de selv måtte ønske, eller følte behov for å lese informasjonen på nytt. Hos de som bare fikk muntlig informasjon ble det trukket frem at det kunne bli for mye informasjon og at de ikke husket alt. Ett annet funn i studien var at noen av intervjuobjektene svarte benektende på at de hadde fått informasjon som skulle vært gitt dem. Dette kom kun frem hos de som bare mottok muntlig informasjon. Flere av intervjuobjektene som kun mottok muntlig informasjon benektet at de hadde mottatt noe form for informasjon om smertehåndtering postoperativt (Andersson et al., 2015).

Sandberg, Sharma og W. Sandberg (2012) har utført en kvantitativ studie i USA med 98 deltagere. Bakgrunn for studien var at pasienter får mye informasjon om anestesi før operasjon og at erkjent kunnskap sier at de antagelig kommer til å glemme mye av denne informasjonen. Hensikten med studien var å få kunnskap om hvor mye og hvilken type informasjon deltagerne husker. De har undersøkt hvor mye informantene husker fra en muntlig informasjon gitt ved hjelp av en video. Denne informasjonen omhandlet anestesi og prosedyrer som var aktuelle for en som skulle bli operert. Resultatet viser at det er kun en liten del av den muntlige informasjonen informantene har fått med seg når de fritt skal gjengi hva de husker. Informantene husket mer om de fikk noen nøkkelord og de husket mest riktig når de fikk alternativer de skulle velge mellom. Resultatet av denne studien foreslo at i tillegg til den muntlige informasjonen skulle det gis nøkkelord som var presentert skriftlig eller via en oppfølgingssamtale over telefon (Sandberg et al., 2012).

Suhonen og Leino-Kilpi (2006) har gjort en litteraturstudie hvor de har inkludert 58 studier. Hensikten med studien var å kartlegge hvilken kunnskap litteraturen viste om: kirurgiske pasienters informasjonsbehov, hvilke synspunkter pasientene hadde på overlevering av informasjon, og hvilke synspunkter pasientene hadde på personlig tilrettelagt informasjon. Dette for å vise hvilke områder det trengtes mer forskning på. Deres studie viser at

preoperativ informasjon formidlet via video var det mest foretrukne mediet. De sier videre at skriftlig informasjon også er høyt foretrukket, men at denne informasjonen må tilpasses og tilrettelegges for forskjellige pasientkategorier med ulike informasjonsbehov (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006).

King et al. (2014) har gjort en kvalitativ studie i Canada hvor de har intervjuet 10 pasienter og 11 helsepersonell (sykepleiere, fysioterapeut, sosionomer, medisinere og kirurger). Hensikten var å undersøke hvilken informasjon pasienter som skulle gjennomgå kirurgi for lungekreft ønsket før og etter de hadde gjennomgått kirurgi. De ser også på hvilken informasjon helsepersonell gir til disse pasientene. Et av funnene under kategorien format og type ressurs kom det frem at pasientene ønsket informasjon direkte fra helsepersonell og ønsket å lese på egenhånd både pre- og postoperativt (King et al., 2014).

I et finsk kvantitativ studie ser Johansson et al. (2003) på hvordan pasientene oppfatter og vurderer den pasientinformasjonen de får. Et av resultatene var at bare litt over halvparten av deltakerne i studien mottok skriftlig informasjon. Studien konkluderer med at pasientinformasjonen bør være mer individuell og pasientrettet. Det burde være en erfaren sykepleier som kartla hva pasienten selv visste om eget sykdomsforløp, da det ble poengtert at ikke alle pasientene hadde kunnskapen til å vite hva de skulle spørre om. De anbefalte skriftlig informasjon som pasientene selv kunne bestemme når og hvor ofte de ville lese. Denne informasjonen kunne også være databasert eller på video (Johansson et al., 2003).

I studien til Mirkovic, Kaufman og Ruland (2014) har de sett på hvor brukervennlig en mobil app: «Connect Mobile app» er for en kreftpasients måte å håndtere sykdommen sin på. Programmet ble testet ut på to forskjellige type nettbrett. Den ene typen etterlignet en mobiltelefon og den andre var et vanlig nettbrett i funksjon. De har testet ut mobil appen på 7 kreftpasienter i Norge. Pasientene hadde en gjennomsnittsalder på 61 år. Alle pasientene hadde tidligere vært deltagere i en studie hvor de var kjent med det nettbaserte datasystemet «Connect». Studien viser at deltakerne uttrykte at de ville komme til å bruke litt tid på å lære seg å bruke appen. Flere av deltagerne fortalte at de søkte ofte hjelp hos andre for å klare å bruke den. Det ble også sagt av deltagerne i studien at alder kunne ha noe å si for hvordan de klarte å bruke appen. Deltagerne ønsket et begrenset utvalg av valgmuligheter på appen slik at den ikke ble for vanskelig å bruke. De formidlet videre at flere valgmuligheter kunne være aktuelt for personer med mer teknologisk kunnskap enn dem selv. Selv med de

begrensningene som kom fra deltagerne var alle interessert i å bruke app som et verktøy (Mirkovic et al., 2014).

I en svensk studie var hensikten å se på oppfølging etter dagkirurgi ved hjelp av telemedisin. Studien bestod av to deler hvor deltakerne i den første delen ble bedt om å svare på et spørreskjema om bruk av mobil og hvordan de stilte seg til bruk av telemedisin ved hjelp av en mobilapp, som oppfølging etter kirurgien. I del 2 var det 101 deltagere som sa seg villig til å få installert appen. Av disse 101 var det 55 som brukte appen og resultatene deres ble inkludert i studien. Studien viser at de fleste deltagerne var positivt innstilt til dette, riktignok med en forskjell ut i fra alder. De som var over 60 ønsket i større grad en skriftlig versjon på papir, mens de under 40 år ønsket i større grad oppfølging via telemedisin. Studien viste at det var flere pasienter som svarte blant de som var yngre. Studien viste at bare 27,2 % av de som svarte fullførte hele programmet (Warren-Stomberg, et al., 2016).

Litteraturstudien til Hartley, Neubrandner og Repede (2012) inkluderer fem studier. Hensikten var å få kunnskap om når, hvordan og hvilket innhold den preoperative informasjonen skulle ha. Dette til pasienter som skulle gjennomgå elektiv spinal kirurgi. Ved et av funnene blir gruppeundervisning tatt opp versus individualisert undervisning. Det kom frem at familiemedlemmer kunne være til nytte ved gruppeundervisning. De var en emosjonell støtte for pasienten, og hjalp pasienten å huske informasjonen som ble gitt (Hartley et al., 2012).

Oppsummert viser forskningen at pasientene har ønske om både skriftlig og muntlig informasjon. Forskningen viser også at informasjon basert på internett og forskjellige programmer for mobil kan være aktuelt. Det som kommer frem er at tilretteleggingen av disse telebaserte programmene ikke er på nåværende tidspunkt er tilfredsstillende nok for alle pasientgrupper der de er utprøvd. Det er viktig at det blir kartlagt hvilken informasjon pasienten har forstått slik at sykepleieren kan gi utfyllende informasjon der det er mangler. Familiemedlemmer som blir informert sammen med pasienten kan hjelpe pasienten å huske informasjonen som blir gitt.

### 2.1.2 Informasjonens innhold og pasientens ønske om informasjon

I studien til Lithner og Zilling (2000) er pasientene spurt om viktigheten av informasjon innenfor følgende kategorier: sykehusrutiner, sårpleie, daglig aktivitet, følelser i forhold til

helsetilstand, behandling og komplikasjoner, videre oppfølging etter endt sykehusopphold og smertebehandling. De ble bedt om å score viktigheten av type informasjon på en 5 punkts Lickert scale. Resultatet viste at pasientene scoret informasjon om smertebehandling høyest så kom behandling og komplikasjoner etterfulgt av daglige aktiviteter. I kategorien daglige aktiviteter var mobilisering viktigst mens ernæring var viktigere ved utskrivelse. Lavest score fikk informasjon om sykehusrutiner. Pasientene ble også spurt om det var informasjon de skulle ønske de hadde fått som ikke var representert på spørreskjemaet. Noen av pasientene kom da med forslag om informasjon mer av praktisk art i forhold til hvordan man fant frem til sykehuset og hvor man kunne parkere bilen (Lithner & Zilling, 2000).

I studien til Grønnestad og Blystad (2004) kommer de frem til at alle pasientene ønsker informasjon om selve det kirurgiske inngrepet og forberedelser til dette. Pasientene opplevde at de var uforberedt på hvordan forløpet artet seg etter operasjonen og de uttrykte at de ønsket mer informasjon om hvordan kroppen kunne reagere og mulige postoperative komplikasjoner. Informasjon om hva som er normale eller forventede reaksjoner underveis er også noe en av pasientene etterlyste. Å oppleve symptomer eller tilstander som pasienten ikke var informert om førte til unødvendig uro og engstelse da de senere fikk informasjon om at symptomene eller tilstanden var som forventet eller normal (Grønnestad & Blystad, 2004).

I studien til King et al. (2014) er et av hovedfunnet at pasientene mente informasjon om selve kirurgien og informasjon om pusteøvelser var det viktigste preoperativt. Postoperativt etterlyste pasientene informasjon om hvor lenge de ville ha ubehag som følge av operasjonen. Da var smerter et av punktene (King et al., 2014).

I en kvantitativ studie i Nederland ble det undersøkt hvilken preoperativ informasjon pasientene ønsket sett opp imot hvilken preoperativ informasjon kirurgene trodde pasientene ønsket. Det ble inkludert 24 kirurger og 125 pasienter i studien. I denne studien konkluderte de med at kirurgene undervurderte pasientenes informasjonsbehov før kirurgi. Resultatene fra kategorien informasjon om den postoperative perioden vektla pasientene informasjon om blant annet; kroppslige følelser, diett, bivirkninger som følge av operasjon viktigere enn hva kirurgene vektla (Keulers et al., 2008).

I studien til Suhonen og Leino-Kilpi (2006) var resultatet at pasientene satte situasjonsbestemt informasjon som beskrev aktiviteter og hendelser høyest. Sykepleierne prioriterte informasjon

om psykososial støtte høyest. Videre er det informasjon om smertehåndtering, symptomer etter kirurgi, sårstell og informasjon om postoperative forhold som man må adressere når man er kommet hjem (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006)

Det ble i en nederlandsk kvalitativ studie rettet fokus på postoperativ informasjonsbehov og kommunikasjonsbarrierer etter operasjon for spiserørskreft. Denne studien har intervjuet 20 pasienter en stund etter hjemkomst fra sykehuset. Et av hovedfunnene i denne studien var at nesten alle pasientenes fortsatt hadde informasjonsbehov angående ernæring, type ernæring, mengde og svelgevansker (Henselmans, et al., 2012).

Mordiffi, Tan og Wong (2003) har i sin tverrsnittstudie spurt pasientene om den preoperative informasjonen de fikk var den informasjonen de hadde ønsket. Dette ved et av de seks største sykehusene i Singapore. De ber først pasientene rangere hvilken informasjon de ønsket og så rangere om den informasjon de fikk om emnet var tilstrekkelig i forhold til hva de ønsket om emnet. De har også bedt sykepleiere og leger å rangere hvilken informasjon de mener pasientene trenger mest i forhold til preoperativ informasjon. Denne studien konkluderer med at informasjon om anestesi er den informasjonen alle gruppene setter som viktigst, men at pasientene likevel ikke opplever at de får den informasjonen de trenger om emnet. Informasjon om selve det kirurgiske inngrepet ble rangert som nest viktigst av alle grupper. Pasienten rangerte videre miljø på operasjonsstua, postoperativt forløp og til slutt preoperative forberedelser som minst viktigst. Leger og sykepleiere rangerte postoperative forberedelser som mer viktig enn hva pasientene gjorde. Det var et negativt sprik mellom hva pasientene forventet av informasjon på de forskjellige områdene og hva de fikk av informasjon fra sykepleierne på disse områdene. En total på 33% av pasientene mente at den informasjonen de fikk ikke var med på å gjøre dem forberedt til operasjon (Mordiffi et al., 2003).

Oppsummert viser forskningen at pasientene rangerer informasjon om det kirurgiske inngrepet høyest i nesten alle studier som er presentert. Videre ønsker de informasjon om kroppslige ubehag og utfordringer som smerter, ernæring, pusteøvelser og uventede kroppslige reaksjoner.

### 2.1.3 Tidspunkt for informasjon

I litteraturstudien til Hartley, Neubrandner og Repede (2012) ser de på hvordan og når man skal gi kunnskapsbasert preoperativ informasjon til ryggpasienter. Resultatet viser at pasientene nyttiggjorde seg informasjonen best om de fikk den ca 1 uke før operasjonen. Pasientene fikk tid til å gjøre eventuelle forberedelser som trengtes i hjemmet og at de rett før operasjonen var angstfulle. Pasientene likte at de kunne lese informasjonen hjemme og siden bruke den gjennom det postoperative forløpet (Hartley et al., 2012).

Studien til Lithner og Zilling (2000) konkluderte med at pasienten har forskjellig ønske for når de mottar informasjon sett i forhold til hva informasjonen er om. Preoperativt var det mobilisering og informasjon om behandling og mulige komplikasjoner som var viktigst (Lithner & Zilling, 2000).

I en kvalitativ studie hvor det er intervjuet 9 kreftpasienter om deres erfaring med preoperativ informasjon finner Gabrielsen og Nord (2012) at pasientene synes det var tilstrekkelig at de ble informert underveis ved hendelser og aktivitet som skulle gjøres, men at noen hadde ønsket informasjon på forhånd slik at de var forberedt (Gabrielsen & Nord 2012).

Suhonen og Leino-Kilpi (2006) sier i sin litteraturstudie at pasientene har forskjellige informasjonsbehov og de trenger forskjellige informasjon og mengde for å nyttiggjøre seg informasjonen. De sier videre at det må etableres egnede måter for å formidle informasjon og at dette må vurderes etter hver enkelt pasient sitt behov. De mener at studiene viser at sykepleierne ikke er flinke nok til å individualisere informasjonen til pasientene. Det individuelle behovet for informasjon burde kunne vurderes i prosessen hvor pasienten blir vurdert for kirurgi. De peker på at pasientene trenger informasjon i alle ledd i sykehusoppholdet og at de trenger noe oppfølging etter utskrivelse også (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006).

I studien til Grønnestad og Blystad (2004) poengterer en av pasientene at informasjonsbehovet aldri slutter, at pasienten ikke vet hva en kommer til å lure på til hvilken tid.

Oppsummert viser forskningen at det kan være hensiktsmessig om pasientene får informasjon i ett visst tidsperspektiv før operasjonen. Det er litt avhengig av hva slags type informasjon

som skal gis. Informasjon som bærer preg av å være mer en type instruks aksepteres ofte gitt i den situasjonen der den skal utføres.

#### 2.1.4 Pårørende

Det ble i en svensk studie intervjuet 9 familiemedlemmer av pasienter med spiserørskreft. Hensikten med studien var å få kunnskap om familiemedlemmenes informasjonsbehov og erfaring knyttet til det å leve med en pasient med denne krefttypen. Studien viser at pårørende ofte opplevde usikkerhet, og søkte informasjon for å mestre dette ved blant annet å være med på legekonsultasjoner. På den måten kunne de få informasjon og stille egne spørsmål (Andreassen et al., 2005).

Ved et sykehus i Finland har det blitt utført et kvalitetsforbedringsprosjekt ved en dagkirurgisk enhet. Hensikten var å kartlegge pasientenes oppfattelse av den informasjon og støtte som ble gitt av sykepleiere til pårørende. Data ble samlet fra 60 respondenter som svarte på et spørreskjema. Dette prosjektet viser at nesten halvparten av de spurte ønsket at pårørende skulle være sammen med dem på sykehuset og mente dette var viktig. Videre resultater viste at over 70 % av pasientene ønsket at de pårørende skulle få informasjon om sykdom, behandling og forløp (Majasaari et al., 2005).

Oppsummert viser forskningen at pasientene ønsker at pårørende skal få ta del i den informasjonen som blir gitt til pasientene. Pårørende på sin side gir uttrykk for at de søker informasjon for å takle usikkerheten rundt pasientens diagnose.

## 2.2 Teoretisk rammeverk

Det vil i dette kapittelet bli presentert oppgavens teoretiske forankring.

### 2.2.1 Stress og mestring

Det er vår oppgave som helsepersonell å gi pasientene de verktøy vi har tilgjengelig for at pasienten skal kunne mestre stresssituasjoner. Riktig og tilpasset informasjon kan være et verktøy som kan føre til at pasienten føler en større grad av kontroll og mestrer situasjoner som kan fremkalle stress bedre. Tidligere forskning innenfor sykepleie viser at informasjon gitt før operasjonen kan redusere stress, angst og smertenivå (Hughes, 2002; Garretson, 2004; Walker 2007; Sadati et.al., 2013).

Hva kjennetegner stress. Hans Selye kjent forsker innenfor stressforskning definerer det slik «*stress er kroppens uspesifikke reaksjon på enhver belastning*»( Selye,1978. s.27).Ut fra dette mener Selye at forskjellige typer kroppsbelastning kan gi samme resultat som kjennetegnes som stress, uansett om påkjenningen stammer fra fysiske eller psykiske stressorer (Selye, 1955, 1978). Lazarus (1999, 2006) bruker Folkman og sin definisjon på psykologisk stress hvor han sier at stress oppstår når påkjenningen eller forventningen fra omgivelsene ikke står i forhold til hva personen har ressurser til. Det vil med andre ord være vanskelig å forutsi hvilken eller hvilke belastninger den enkelte pasient vil reagere på som stress. Det vil også være vanskelig å forutsi hvilken mestringsstrategi pasientene vil bruke for å håndtere stresset. Lazarus (1999, 2006) skriver at mestring er det arbeidet vi selv gjør for å håndtere psykologisk stress. På hvilken måte man evner å mestre det psykologiske stresset har igjen med hvilke forutsetninger personen har fra før, personens egne ressurser, og hvordan han klarer å bruke disse i mestringsprosessen. Han skiller mellom følelsesfokusert og problemfokusert mestring. Følelsesfokusert mestring er knyttet opp mot de reguleringsmekanismer pasienten har for å regulere følelser som gir uttrykk i stress. Det kan være en prøver å unngå å tenke på det som oppleves som truende eller ufarliggjør tankene rundt dette. I situasjoner hvor pasienten ikke kan påvirke situasjonen, som for eksempel om det er kreft eller ikke, klarer jeg operasjonen eller ikke, kan dette være en følelsesfokusert mestringsstrategi. I den problemfokuserede mestrings vil pasienten søke å tilegne seg kunnskap og informasjon om hva som må gjøres for å endre eller opphøre stresssituasjonen til det bedre og så gjøre dette (Lazarus, 1999, 2006).

En del av mestringsprosessen kan også være fornektelse, og denne er ikke alltid å betrakte som skadelig skriver Lazarus (1999, 2006). Fornektelse kan være nyttig hvis det omvendte kan påføre pasienten ekstra påkjenning som angst eller handlingslammelser som gjør at pasienten ikke klarer å nyttiggjøre seg den behandling han får. Fornektelsen kan også ved noen tilfeller være nyttig ved planlagte kirurgiske inngrep hvor fornektelse kan føre til raskere rekonvalesens. Fornektelsen blir uhensiktsmessig når den hindrer pasienten i å ta de grep han trenger for å unngå fare for liv og helse og ikke klarer å nyttiggjøre seg behandling. Fornektelse som mestringsstrategi kan være både positiv og negativ (Lazarus, 1999, 2006).



### 2.2.2 Benner og Wrubels omsorgsfilosofi

Brenner og Wrubel sin teori bygger på en fenomenologisk virkelighetsforståelse som stammer direkte fra Heidegger. De mener mennesket ikke kan betraktes isolert fra den verden den lever i, men i sammenheng med den. De har en filosofi som omtaler fenomener og begreper som: sykdom, helse, omsorg, stress, mestring og velvære og sammenhengen mellom disse. Sammenhengen mellom fenomenene eller begrepene kan ikke forstås uten å sette denne sammenhengen i forhold til den personen det gjelder og i hvilken kontekst denne personen befinner seg i (Benner & Wrubel 2014). Begrepet omsorg (caring) er sentralt i Benner og Wrubels sin tenkning og de mener at omsorg er en forutsetning for menneskets eksistens. Graden av omsorg mennesket har for andre eller noe vil sette oppfattelsen av hva som er viktig for en og ikke. Alle mennesker handler ut fra dette og det er denne situasjonen de må tolkes ut fra. Når mennesket har omsorg for noen eller noe vil dette begrense menneskets handlingsvalg. Det å ha omsorg for noen vil for eksempel resultere i at man vanskelig kan slutte å bry seg om den personen om den er syk. Omsorg vil derfor alltid føre til at mennesket er utsatt for stress. Omsorg må ikke bare inkludere andre men kan også dreie seg om seg selv. Man kan ha omsorg for det som betyr noe for en selv som ikke inkluderer andre slik som helse, interesser og kropp (Benner & Wrubel, 2014). Pasienter som skal motta preoperativ befinner seg i flere forskjellige livsverdener og Benner og Wrubels filosofi kan bidra med et sykepleiefaglig perspektiv på situasjonen pasienten befinner seg i.

I Benner og Wrubel sin teori om helse mener de at alt må sees i perspektiv av at mennesket er en helhet, man kan ikke skille kropp og sjel. Helse må sees på som personenes egen oppfattelse av helse, ikke som målbare normalverdier. De bruker ofte ordet velvære når det er snakk om helse. Ordet velvære rommer en forståelse av at det er en mer subjektiv verdi av begrepets betydning for hver enkelt person. Begrepet må igjen forstås i sammenheng med mennesket som helhet hvor den situasjon personen befinner seg i og hva som er av betydning for en danner et helhetsbilde. Endring av helse eller velvære må da tolkes ut fra hva dette betyr for den livsverdenen personen erfarer. Dette vil resultere i at mennesker vi oppleve forskjellige grader av stress tolket ut fra på hvilken måte dette vil true deres egen livsverden (Benner & Wrubel, 2014).

Benner og Wrubel (2014) har også en subjektiv og objektiv tolkning rundt sykdomsbegrepet. De bruker «disease» som omfavner et objektivt sykdomsbegrep. Dette begrepet dekker påviselige forstyrrelser eller svikt i den menneskelige organisme. De bruker «illness» om den

subjektive oppfattelsen av sykdom. Begrepet vil da dekke hva personen selv opplever å miste eller begrense i ens livsverden. Dette har påvirkning for hvordan mennesket mestrer stress. Benner og Wrubel (2014) mener at siden flere sammenhenger og forhold har betydning for et menneske vil det være umulig å unngå stress. For å mestre stresset har mennesket mestringsstrategier, men disse er begrenset sett i forhold til hvilken livsverden personen lever i. Sett i et sykepleieperspektiv vil en pasient som mottar preoperativ informasjon oppleve stress i varierende grad. Opplevelsen av stress avhenger av pasientens egen opplevelse av situasjonen og hvilken påvirkning dette har på hans livsverden. Det blir da sykepleierens oppgave å kartlegge pasientens opplevelse av situasjonen og hvordan pasienten føler dette truer noe ved hans livsverden. På den måten kan sykepleieren få kunnskap om hvordan pasienten oppfatter muligheten til å mestre den situasjonen han er i (Benner & Wrubel, 2014).

### 2.2.3 Helseveiledning/undervisning/informasjon

I denne studien undersøker jeg forhold rundt begrepet informasjon. I faglitteraturen vektlegges begrepene helseveiledning, undervisning og informasjon forskjellig. Helseveiledning kan forstås som en prosess hvor flere elementer inngår men hvor et av disse elementene er informasjon. Undervisning kan forstås mer som kunnskapsformidling. (Christiansen 2013).

Informasjon om et planlagt pasientforløp som inkluderer kirurgi skal inneholde informasjon om forberedelser før operasjonen, prosedyrer under operasjonen og prosedyrer og forløp etter operasjonen (Holm og Kummeneje, 2009). Almås og Berntsen (2001) sier at god informasjon om det postoperative forløpet kan hjelpe pasientene til å mestre det postoperative forløpet bedre. God preoperativ informasjon kan hjelpe pasienten til en mer aktiv rolle i den postoperative fasen og bidra til at pasienten føler seg trygg. Christiansen (2013) skriver i sin bok om helseveiledning at målet med informasjon skal være at pasientene nyttiggjør seg informasjonen på en slik måte at de er forberedt på hva som møter de videre i behandling og sykdomsforløp. Informasjon er også viktig for å kunne oppklare misforståelser og feilinformasjon hos pasientene som kan påføre pasienten ekstra påkjenninger (Christiansen, 2013).

Det å få vite at man skal gjennom et planlagt kirurgisk inngrep og så gjennomgå inngrepet vil medføre at pasientene vil utsettes for stress i varierende grad. Pasientene vil møte ukjente

utfordringer gjennom ny rolle som pasient, ukjente omgivelser, endret eller svekket egenomsorgsevne, og usikkerheten rundt selve inngrepet og utfallet av dette. Alle disse fasene har faktorer som pasienten kan oppleve som stress. Pasientene bruker forskjellige mestringsstrategier på stress (Kristoffersen, 2011; Holm & Kummeneje, 2009). Pasienter kan velge en strategi hvor de overlater «alt» til andre og de selv er mindre delaktig i hva som skjer. Andre kan innta en mer aktiv strategi hvor de ønsker informasjon og kunnskap om hva som skal skje med dem selv. Dette for å være forberedt på hva som skal skje og en formening om at de selv vil takle utfordringer som kommer bedre om de er forberedt (Christiansen 2013; Fagermoen 2001). Pasienter som står foran en nær forestående operasjon kan oppfatte dette som en stress eller krisesituasjon og pasienten har vanskeligheter med å fokusere på annet enn det som skjer her og nå (Fagermoen, 2001).

Fagermoen (2001) skriver at det er tre hovedpunkter som burde oppfylles for at pasientene skal takle det stresset de blir påført ved en sykehusinnleggelse best mulig. «.....*faktisk informasjon, .....opplevelser og kroppslige reaksjoner,..... hvordan han kan mestre*» (s.20 Fagermoen 2001). Punkt 1: Det betyr at pasienten bør vite hva som faktisk skal foregå. Denne informasjonen om prosedyrer, tekniske forhold og hvordan intervensjonen skal utføres bør være balansert. Informasjonen skal gjøre det mulig for pasienten å se for seg hva som skal foregå og å skjønne hvorfor. Blir informasjonen for avansert eller pasienten ikke skjønner hensikten kan pasienten bli mer angstpreget enn han var i utgangspunktet. Punkt 2: Hvordan pasienten opplever -og hvilke reaksjoner kroppen kan gi på det som skal skje. Det er her snakk om kroppslige reaksjoner og sansing. Dette kan være å beskrive lukten av ett bedøvelsesmiddel under en prosedyre, hvordan operasjonssåret vil se ut, at pasienten vil kunne føle seg ør og susete etter en morfininjeksjon. Det at man ofte etter store operasjoner kan bli labil i humøret men at dette er normalt. Det kan også dreie seg om beskrivelse av omgivelsene der man våkner eller blir lagt i narkose. Dette handler om å gjøre pasienten forberedt på reaksjoner som pasienten ikke har noen muligheter til å forutse så lenge han ikke har vært gjennom det samme før. Punkt 3: Her må pasienten få informasjon om hvordan han skal forholde seg til den kunnskapen han har tilegnet seg fra de foregående punktene. Punktene henger sammen, og under dette siste punktet skal pasienten tilegne seg informasjon som gjør han i stand til å takle pasientrollen. Dette kan være hvordan han skal forholde seg hvis han blir svimmel, hva han skal gjøre for å takle smerter eller hvordan komme seg ut av sengen (Kristoffersen 2011; Fagermoen 2001).

Skal man sikre at pasienten nyttiggjør seg informasjonen må vi være bevisste på hvor mottagelig pasienten er for det vi ønsker å formidle. Som nevnt over kan pasienten være i en tilstand som oppleves som så stressende at fokus kun i øyeblikket. Informasjonen vil bære mer preg av konkrete beskjeder og opplysninger om ting som skal foregå her og nå. Er pasienten mottagelig for informasjon kan man gi informasjon som er mer rettet mot fremtidige oppgaver og hendelser (Fagermoen, 2001).

#### 2.2.4 Informasjonssamtalen

Skal man klare å formidle god informasjon må denne være på pasientens premisser og skje i dialog. Informasjonen må oppfattes som relevant for pasienten (Eide og Eide, 2007). Eide og Eide (2007) skisserer 3 hovedoppgaver den som informerer har overfor mottaker.

- *Å undersøke hva pasienten trenger av informasjon og kunnskap*
- *Å skaffe informasjonen, planlegge og identifisere mål, gjerne i dialog*
- *Å informere på en god måte, dvs. gjennom dialog og samhandling (s.292.Eide og Eide 2007)*

Hva pasienten trenger informasjon om har helsepersonell en viss formening om men man kan ikke vite alt. Informasjonsbehov kan endre seg og pasienten kan ha behov for annen informasjon enn hva han trodde selv. Eide og Eide (2007) trekker frem at pasienten ikke alltid vet selv hva han trenger informasjon om selv om man spør han. Da kan det være et alternativ å spørre pasienten om hvordan han har det. Ved å stille spørsmål rundt det pasienten forteller kan både pasienten og sykepleieren få innsikt i områder som bør oppklares eller bør informeres om nærmere (Eide og Eide, 2007).

For å klare å informere på en god måte burde sykepleieren ta utgangspunkt i hva pasienten selv forteller. Hva ønsker pasienten informasjon om eller hva er det som ikke pasienten virker å ha forstått. Det viktige her er at sykepleieren lar pasienten gjenfortelle informasjon. Da får en kartlagt hvilken informasjon pasienten har fått med seg å får et inntrykk av pasienten forståelse av den informasjonen som er gitt (Eide og Eide, 2007). Det må også tas i betraktning at pasienten kan få for mye informasjon og at dette kan føre til at han ikke klarer å skille ut hva som er viktig og nytteverdien av informasjonen svekkes. Språket er også viktig og en forutsetning for at informasjonen blir oppfattet er at pasienten forstår hva som blir sagt. (Eide og Eide, 2007).

### 2.2.5 Informasjon som forutsetning for autonomi.

Autonomi kan defineres som selvbestemmelse (Slettebø og Nordtvedt, 2006). Slettebø og Nordtvedt skriver at; « *autonomi kan forstås på tre ulike måter: enten som prinsipp, en egenskap eller en rettighet*» (s. 193 Slettebø og Nordtvedt, 2006). Det er først og fremst autonomi som prinsipp som det diskuteres opp imot i min studie.

Riktig, tilstrekkelig og tilpasset informasjon skal kunne gi pasienten mulighet til å være autonom. Skal pasienten kunne ta begrunnede valg på bakgrunn av informasjonen som er gitt holder det ikke bare å gi informasjon man må som helsepersonell også sørge for at informasjonen blir forstått. Det å være syk å skulle gjennomgå et kirurgisk inngrep kan for mange ikke føles som et valg. Det er likevel viktig at pasienten gis forutsetninger til å forstå behandling og videre forløp. På denne måten kan pasienten selv være delaktig i egen behandling og komme med ønsker og spørsmål i forhold til dette (Nordtvedt 2012).

Pasientinformasjon er en viktig del av sykepleiefaget og kravet om informasjon er lovpålagt i pasient- og brukerrettighetsloven (2014). I §3-2 står det at; «*Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen*» 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 opplysningene» (Pasient- og brukerrettighetsloven 2014)*

I Helsepersonelloven (2015) står det at helsepersonell har plikt til å gi informasjon sett i forhold til det som står i Pasient- og brukerrettighetsloven nevnt ovenfor.

### 3. METODE

I dette kapittelet presenteres fremgangsmåten som er benyttet til å innhente og analysere de empiriske dataene i studien.

Det er forskningsspørsmålene og hvilke undersøkelser man skal gjøre for å svare på dem som danner grunnlag for valg av design. Når man har bestemt dette kan man velge hvilken metode man vil bruke for å samle inn data (Lødrup Carlsen & Staff, 2012; Johannessen, Tufte & Christoffersen 2011).

#### 3.1 Kvalitativt forskningsdesign

Kvalitativt forskningsdesign benyttes når man tar sikte på å gå i dybden på et tema eller problemstilling. Kvalitative metoder er egnet for utarbeidelse av nye problemstillinger, utforske områder hvor det er sparsomt med tidligere forskning, eller utarbeidelse av nye teoretiske modeller. Metoden legger til rette for å utvikling av nye begreper og beskrivelser (Johannessen, et al, 2011; Malterud 2011; Polit & Beck, 2008). I den kvalitative forskningen ligger det til grunn at det finnes flere virkeligheter (Nilssen, 2012). Kvalitativ forskning søker å fange opp meninger, erfaringer og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle på samme måte som ved kvantitativ forskning (Johannessen et al., 2010).

Virkelighetsoppfatningen kan være forskjellig fra forsker til informantene og virkelighetsoppfatningen kan være i stadig forandring etter hvilken situasjon og kontekst forsker eller informanter befinner seg i. Hensikten er å kartlegge og forstå den virkelighetsoppfatningen den enkelte person erfarer. Det finnes flere forskjellige retninger i et kvalitativt design og igjen det problemstillingen som bestemmer hvilken retning man velger. Noen av disse retningene er: fenomenologi, grounded theory og etnografi (Johannessen et.al 2011). Jeg har valgt en fenomenologisk tilnærming som utgangspunkt for min studie da den gir meg mulighet til å forstå den verden pasientene opplever de er i når de mottar pre-og postoperativ informasjon.

Fenomen er gresk og betyr: vise seg (Store norske leksikon, 2016). Fenomenologi kan beskrives som hvordan virkeligheten viser seg for den enkelte person (F: Nortvedt 2008). Det er denne virkeligheten slik den fremstiller seg for hver enkelt person man skal prøve å forstå og skaffe seg kunnskap om (Kvale & Brinkmann, 2009 ; F. Nortvedt 2008; Nortvedt, 2006 ) «Husserl grunnleggeren av fenomenologien, var opptatt av å forstå kunnskap, kunnskapens

*natur og vilkår»*(Thornquist, 2003, s.84.). Da jeg i studien ønsker å få kunnskap om hvordan pasientene erfarer den preoperative informasjonen de får vil dette være en kunnskapsteoretisk tilnærming som er i tråd med fenomenologien(Nortvedt, 2006; Thornquist, 2003). Jeg vil oppnå kunnskap om hvordan hver enkelt tilegner seg informasjon og erfaringer rundt dette som er spesifikke for hver enkelt og representerer deres oppfattelse av sin livsverden. Dette ved hjelp av intervju. Intervjuene blir så gjort om til tekst som så blir fortolket. Da blir det benyttet fortolkningslære som er kjennetegn for hermeneutikken (Thornquist, 2003). Forskeren vil alltid bære med seg sin egen forutforståelse inn i tolkningen, da dette gir grunnlaget for å kunne tolke noe. Med denne bevisstheten vil forskeren veksle mellom å tolke deler som bidrar til en ny tolkning av helheten som igjen gir bredere kunnskap til å tolke delene igjen. Dette blir da den hermeneutiske spiral (Polit & Beck, 2008; Thornquist, 2003). Underveis i intervjuene vil jeg gjøre tolkninger for å kunne gi mening til det jeg samler inn. Det vil derfor kunne være bruk av begge prinsipper: fenomenologi og hermeneutikk samtidig, og ikke alltid være et skille på disse prinsippene (Thornquist, 2003).

### 3.2 Forskerrolle

Vårt eget ståsted som forsker med det vi har i bagasjen av erfaringer, kunnskap, forforståelse, og motivasjon for selve studien vil påvirke forskningsprosessen således er det umulig å bli en nøytral forsker (Malterud, 2011). Hvordan jeg håndterer min rolle som forsker, min integritet vil kunne påvirke kvaliteten i min forskning. Dette er spesielt viktig ved intervju da det er meg selv som forsker som utfører intervjuene og således er mitt eget redskap (Kvale & Brinkmann, 2009)

Under kapittelet «Innledning» har jeg beskrevet litt om min forforståelse og bakgrunn som sykepleier. Hva jeg ønsker å undersøke i studien er et resultat av min erfaring og forforståelse, således er det vanskelig å legge dette til side. Bevissthet rundt denne rollen har også hjulpet meg til å fokusere på å distansere meg fra forutinntatte holdninger på årsakssammenhenger på hvordan preoperativ informasjon blir oppfattet.

Pasientene erindret og gjenopplevde hendelser som for dem var emosjonelle i varierende grad. Dette måtte jeg som forsker være meg bevisst. Jeg måtte være forberedt på følelsesmessige reaksjoner, være sensitiv overfor pasientene og være bevisst når jeg skulle lede intervjuet ut av ett emne og inn i ett annet, eller når jeg skulle be pasienten utdype et

emne videre (Nilssen, 2012). En forsker skal kunne vise tillit og utøve empati. Det innebærer også at jeg som forsker velger å avslutte eller ikke forfølge et utsagn hvis jeg ser det blir for emosjonelt eller man har fått innhentet nok med data.

I mine gruppeintervju med sykepleiere kunne forskerrollen fort bli at jeg var «en av dem», da jeg var deres kollega. Jeg var meg også bevisst at det kunne oppstå et misforhold i maktbalansen mellom sykepleierne som intervjuobjekter og meg som forsker og kollega. Det var et viktig fokus for meg at jeg ikke tillat de sykepleierne jeg intervjuet meninger på bakgrunn av mitt kjennskap til dem som kollegaer. Det ble presisert at jeg som forsker var ute etter deres oppfatninger og meninger basert på deres egne synspunkter. Det ble også presisert at det som kom til uttrykk ikke ville tolkes opp mot rett eller galt men være med på å gi verdifull innsikt i eventuelle problemområder ved pre- og postoperativ informasjon. Dette er forhold som jeg har vært bevisst for at jeg skal kunne innta en rolle som en mest mulig uavhengig forsker (Kvale & Brinkmann, 2009). Det vil være vanskelig å si at jeg har helt klart å legge til side min bakgrunn som sykepleier og av denne min forforståelse. Slik at noe tilnærming fra teori til empiri vil det være, men hovedtilnærmingen vil være induktiv.

### 3.3 Kvalitativt forskningsintervju

For å kunne utforske pasientenes erfaringer med pre- og postoperativ informasjon har jeg valgt intervju som metode i min forskning med pasienter og ansatte som informanter. Intervju ville kunne gi meg relevant kunnskap om hvordan pasientene og sykepleierne oppfatter informasjonen om pasientforløp i elektiv kirurgi. Intervjuformen gir mulighet til å stille utdypende spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). Den gir også mulighet for informanten å komme fram med tanker og meninger som forskeren ikke har tenkt på. Disse forholdene kan utdypes videre og det kan komme frem nyanser rundt emnet jeg ikke hadde fått frem på andre måter. Pasientene har blitt intervjuet individuelt men de ansatte ble intervjuet i grupper som presentert under.

#### 3.3.1 Gruppeintervju:

Jeg har også valgt å ha gruppeintervju av ansatte. Dette kan være en god måte å få frem meninger og erfaringer i et miljø som har samme utgangspunkt for samtale om tema. På



denne måten kan det komme frem mer informasjon enn om jeg intervjuet de hver for seg. (Malterud, 2011). Gruppeintervju vil gjøres med sykepleiere som gir preoperativ informasjon om forløpet til pasientene etter at de er tatt imot på hotellet og frem til utskrivelse. Formålet her er å få frem de forskjellige synspunkter og erfaringer sykepleierne måtte ha med pasientene om temaet pre og postoperativ informasjon. Jeg spør i problemstillingen min om kjennetegn og erfaringer ved den pre og postoperative informasjonen. Da kan de erfaringene sykepleierne gjør omkring emnet hjelpe til å løfte frem og forstå informantene (her pasientene) i dybdeintervju sitt eget livsperspektiv.

### 3.3.2 Semistrukturert intervju

Ved semistrukturert intervju har forskeren på forhånd forberedt en intervjuguide med forskjellige emner forskeren ønsker de som blir intervjuet skal uttale seg noe om. Det er et ønske at de som blir intervjuet skal ordlegge seg fritt og med egne ord (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2008).

Jeg hadde forberedt en intervjuguide til pasient og ansatte (vedlegg 5 og 6 ) Spørsmålene i denne guiden er basert på den erfaring og kunnskap jeg har om feltet, og sammen med tidligere empiri peker det seg ut tema som bør utforskes. Med en semistrukturert intervjuguide ville jeg kunne gi en føring på hvilke tema jeg ønsket og utforske. En slik intervjuguide ville også kunne hjelpe meg å ha det samme fokuset i alle intervjugruppene da jeg ønsker og utforske samme områder hos både pasienter og ansatte.

## 3.4 Planlegging, utvalg og rekruttering

I min studie er hensikten å se på kjennetegn og erfaringer fra pre og postoperativ informasjon. Dette blir utført ved intervju av et strategisk utvalg av pasienter og sykepleiere. Disse gruppene blir presentert hver for seg.

### 3.4.1 Kriterier for utvelgelse av pasienter

Det utvalget vi gjør bestemmer hva vi har grunnlag til å si noe om. Ved kvalitativ metode ønsker vi å fremskaffe mest mulig kunnskap om det fenomenet vi forsker på. Vi ønsker å foreta et strategisk utvalg.

I studien ble det gjort intervjuer med 6 pasienter, 1 mann og 5 kvinner. Disse pasientene oppfylte inklusjonskriteriene og hadde alle erfaring av å få pre-og postoperativ informasjon angående et gastrokirurgisk inngrep.

Inklusjonskriterier for pasientene:

- var elektivt(planlagt) innlagt for kirurgi i et gastrointestinal område
- var innlagt via pasienthotellet
- ha gjennomgått et postoperativt forløp over minst 3 dager på sengepost
- ikke ha kognitiv svikt og være samtykkekompetente
- kunne lese og forstå norsk
- være nær tidspunkt for utskrivelse ved intervjutidspunkt
- være over 18 år

#### 3.4.2 Kriterier for utvelgelse av sykepleiere:

Det ble gjort gruppe intervju med 5 sykepleiere fordelt på to grupper med henholdsvis 2 og 3 sykepleiere i hver gruppe. Alle sykepleierne var kvinner. De oppfylte inklusjonskriteriene og hadde alle erfaringer med å gi pre- og postoperativ informasjon.

- jobbet både på hotellet og ved sengepost
- minimum 2 års erfaring som sykepleier

### 3.5 Gjennomføring

Jeg har valgt å dele dette underkapittelet opp i gjennomføring for pasienter og sykepleiere hver for seg. Tidsmessig ble intervjuene med pasientene foretatt først slik at jeg kunne ta med meg mulige nye tema til gruppeintervjuene med sykepleierne.

#### 3.5.1 Pasienter

Det ble i studien inkludert et strategisk utvalg av pasienter som hadde gjennomgått elektiv kirurgi. Det var planlagt å inkludere 5-8 pasienter. Det var 7 som sa seg villig til intervju, en trakk seg før intervjuet. Jeg konkluderte allikevel med at etter 6 intervjuer hadde jeg nok data for å belyse problemstillingen i studien min. Jeg søkte derfor ikke etter en ny pasient aktuell for intervju som erstatning for pasienten som trakk seg. På forhånd fikk alle pasientene standardisert informasjon om prosjektet etter OUS sin mal og etter anbefaling fra personvernombudet. Denne informasjonen inneholdt informasjon om frivillig deltagelse og

samtykke. Som inklusjonskriteriene nevner hadde ingen pasienter kognitiv svikt, og de kunne lese og forstå norsk slik at formålet med studien kunne oppfattes klart av pasientene.

Pasientene ble rekruttert ved hjelp av sykepleiere som hadde legevisitten for aktuell pasient ved to av de tre postene ved sengepostens avdeling. Sykepleierne som hadde legevisitten kunne vurdere om aktuelle pasienter fylte inklusjonskriteriene og om dagsformen til pasienten tillot et intervju. Det var sykepleierne som delte ut informasjonsskriv og samtykkeskjema. De pasientene som sa seg villig til å være med eller ville vurdere dette fikk beskjed om at forskeren, altså jeg, ville oppsøke pasienten senere på dagen for å avtale intervjutidspunkt og eventuelt svare på spørsmål. Jeg jobber selv ved aktuelle avdeling, men rekrutterte kun pasienter jeg ikke hadde noen befatning med. Gastrokirurgisk sengepost er en stor avdeling med 3 poster som er adskilt fra hverandre. Under intervjuperioden har jeg kun jobbet på en av de tre sengepostene og var fysisk adskilt fra postene hvor pasientene i studien befant, seg slik at jeg ikke skulle ha noe kontakt med dem jeg skulle intervjuer. Det er selvfølgelig mulig noen har gjenkjent meg i korridorene men dette kom ikke opp under noen intervjuer. Det var ikke ønskelig at pasientene skulle se meg som en sykepleier som jobbet sammen med de sykepleierne som ytet pleie til dem selv. Dette kunne påvirket pasienten til å ikke utdype meninger og erfaringer, og de kunne få en følelse av «å sladre» hvis de hadde erfaringer de oppfattet som negative. Alle intervjuene ble utført tett oppunder utskrivelsesdato. Dette fordi jeg ønsket at de skulle ha gjennomgått et postoperativt forløp og at det kunne sikres at pasientene uttrykte seg mer fritt med tanke på at sykehusoppholdet var tilnærmet ferdig og at de ikke trengte å være bekymret for eventuelle konsekvenser fra det «å sladre».

Alle intervjuene foregikk på pasientrom (hvis alene) eller samtalerom ved sykehuset. Pasienten valgte selv hvor det skulle foregå. Åpningsspørsmålet ved intervjuguiden er et ganske generelt og åpent spørsmål som gir de som blir intervjuet muligheten til å fortelle med egne ord hva de tenker rundt emnet. Noen av de som ble intervjuet fortalte da så mye at få oppfølgingsspørsmål i forhold til emner var unødvendig mens andre måtte mer penses inn mot emnene jeg ønsket berørt. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene. I forbindelse med søknaden om å få gjennomført studien min ble det fra personvernombudet satt et krav om at intervjuene skulle lagres på OUS sin forskningsdatabase med passordbeskyttelse. Dette ble gjort. Alle intervjuer ble fortløpende slettet etter transkribering. Alle data er anonymisert og igjen slettet fra OUS sin database ved prosjektets slutt.

### 3.5.2 Sykepleiere

Av sykepleiere inkluderte studien et strategisk utvalg på 5 fordelt på 2 grupper. Det var ønskelig med deltagelse fra 4-8 sykepleiere. Hovedmålet var å få deltagere nok til 2 separate grupper. Rekrutteringen av sykepleierne foregikk av meg selv. Jeg informerte om studien ved morgenmøtet og satte opp aktuelle datoer for intervju. De som ønsket å delta skrev seg opp på listen for aktuell dato. Tidspunkt ble satt til rett før eller rett etter en arbeidsvakt. Dette for at det skulle være enklere gjennomførbart for flere. Alle fikk utdelt standardisert informasjonsskriv om studien etter samme mal som hos pasientene, anbefalt fra personvernombud som også inneholdt informasjon om frivillighet og samtykkeskjema. I gruppeintervju med sykepleierne måtte jeg være bevisst gruppedynamikken slik at jeg fikk alle i tale, uten at de skulle føle seg tvunget til å snakke. Det forekom alltid spørsmål fra meg, som ikke var i samtaleguiden, hvor jeg ønsket at de som ble intervjuet måtte utdype de de fortalte. På den måten kom det frem nye og uventede innfallsvinkler og jeg fikk større innsikt i deres livsverden. Det kunne selvfølgelig oppstå en situasjon hvor de sykepleierne som ble intervjuet svarte ut fra hva de trodde jeg ønsket at de skulle svare da jeg kjente alle som kollegaer. Dette krevde at jeg var bevisst å ufarliggjøre spørsmålene mine under intervjuene men samtidig gjøre helt klart intensjonen med studien min. Jeg tenker at svarene jeg fikk som både er selvkritiske og reflekterende fra de intervjuede sykepleierne er med på å styrke troverdigheten til svarene.

Intervjuene ble her også tatt opp som lydfil og ble anonymisert og lagret etter samme fremgangsmåte som beskrevet over, under pasienter. Disse filene ble også slettet fra OUS sin database ved prosjektets slutt.

### 3.6 Transkribering, analyse og fortolkning

Ved kvalitativ forskning blir metoden brukt for å skape ny kunnskap om det vi forsker på. Det er gjennom analysen man viser hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen. Analyseprosessen skal beskrives på en slik måte at den blir tilgjengelig for andre enn forskeren selv (Malterud, 2011).

#### 3.6.1 Transkribering

Alle intervjuene mine var tatt opp som lydopptak. Etter hvert intervju ble lydopptaket hørt gjennom og notater fra intervjuet gått igjennom. Jeg hadde notert for hånd kroppsspråk og uttrykk som jeg oppfattet underveis som: hodenikking, risting, trekking på skuldre osv. Under gruppeintervjuene med sykepleierne var det mye nonverbalkommunikasjon og det var

viktig at dette kom med. Det var viktig at notatene ble oppfattet på riktig tidspunkt i intervjuet slik at ikke meningene som kom frem ble forvridt. Dette gav meg mulighet til å ytterligere reflektere over informasjonen som kom fram. Etter at dette var gjort ble lydopptakene gjort om til tekst ordrett. Jeg la inn alle pauser, fyllord og skrev inn på riktig sted kroppsspråk som hadde blitt notert ned. Dialekter og ordfeil ble bevart. Dette ble gjort for at jeg skulle kunne se for meg hvert enkelt intervju og stemningen rundt dette slik at viktige momenter ikke ble glemt. Dette hadde jeg ikke oppnådd om jeg ikke hadde transkribert intervjuene selv (Malterud, 2011). Dette bidro til at jeg kunne redigere tekstene litt ved neste trinn med et formål om at meningsinnholdet ikke skulle bli forringet. Selv om vi sier at vi skriver ordrett fra tale til tekst vil det foregå en fortolkning. Det virkeligheten intervjuene foregikk i vil endre seg i det intervjuet blir gjort om til tekst. Dette kan fordreie meningsinnhold og oppfattelse. Hensikten med transkriberingen er å gjengi intervjuene på en slik måte at meningen i det som informantene ønsket å meddele kommer frem (Malterud, 2011). Det at jeg transkriberte intervjuene mine etter hvert bidro til nye erkjennelser. Etter første pasient -intervju oppdaget jeg etter transkribering at jeg hadde mye «*dødt materiale*» som Malterud skriver (s.78. Malterud 2011). Dette førte til at jeg var mer bevisst dette ved neste intervju og endret litt på strategien. På denne måten har transkribering etter hvert gjennomførte intervju vært en kvalitetssikring av prosessen med intervjuene for at disse skal kunne besvare forskningsspørsmålene mine.

### 3.6.2 Analyse

En systematisk bearbeiding av informasjonen man innhenter i kvalitativ forskning danner datagrunnlaget for den kvalitative analysen og oppsummering av funnene (Johannessen et al. 2010; Kvale & Brinkmann, 2009).

Jeg vil bruke den kunnskapen studien gir fra et strategisk utvalg til å kunne trekke noen mer generelle slutninger. Det er empirien som kommer frem i studien som danner grunnlag for nye begreper og kategorier om emnet pre- og postoperativ informasjon. Dette kjennetegner en induktiv tilnærming hvor man går fra empiri til teori (Elo & Kyngäs, 2007; Malterud, 2011; Polit & Beck 2008). Det er imidlertid slik at de fleste studier veksler mellom induktiv og deduktiv tilnærming. En deduktiv tilnærming er å gå motsatt vei enn ved induktivt- man går fra det generelle til det mer spesielle. Fra teori til empiri (Johannessen et.al 2011; Malterud, 2011; Polit & Beck 2008).

I mitt arbeid med analysen av mitt datamateriale har jeg brukt Malterud (2011) sin analysemodell som veileder. Malterud (2011) er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og har modifisert denne analysemodellen (Malterud, 2011). Metoden er egnet for deskriptiv analyser av fenomener fra ulike informanter (Malterud, 2011). Denne modellen består av fire trinn.

I mitt arbeid med analysen har jeg gått igjennom analyseprosessen fra trinn 2, to ganger. Ved første gangs analyse laget jeg et utkast som vist i tabell 1. Jeg hadde ingen tidligere erfaring med tekstanalyse så denne ble diskutert med veileder. Jeg gjenga min oppfattelse av meningsinnhold av alle intervjuene og vi diskuterte subgrupper og kategorier. Dette førte til at jeg gikk gjennom materialet mitt igjen og gikk tilbake trinn 2 hvor jeg på nytt kodet de meningsbærende enhetene og kondenserte. Noen av mine tidligere koder ble beholdt og en del ble forkastet. Det ble laget nye subgrupper som grunnlag for dekontekstualisering. Trinn 2 og 3 ble på nytt diskutert med veileder og etter diskusjon bidro dette til at flere nyanser kom frem slik at noen av kodene og subgruppene igjen ble endret. Dette har vært en frem og tilbake prosess hvor jeg som uerfaren har vært nødt til å gå tilbake til den opprinnelige teksten flere ganger for å kunne forsikre meg om at de meningsbærende enhetene er tro til hva jeg mener de som er ble intervjuet ønsket å formidle. Kvalitativ analyse er fleksibel og justerer seg underveis i prosessen etter hva slags funn man gjør og hva man erfarer fra disse. Dukker det opp nye funn eller nye vinklinger forskeren mener er interessant har man mulighet til å gå tilbake i prosessen og gjøre deler av den på nytt (

<b>Trinn 2 meningsbærende enhet</b>	<b>Trinn 3 kondensering</b>	<b>subgrupper</b>	<b>Trinn 4 kategori</b>
<p>R: jeg fikk lov til å spise og hadde «kjempe» problemer----fikk ikke ned omtrent noe ting-----Da fikk jeg beskjed om at sånn kunne det være og at det ville bedre seg etter hvert.</p> <p>F: var du forberedt på noen av disse tingene?</p> <p>R: nei egentlig ikke... jeg var ikke forberedt på at det kunne</p>	<p>Jeg var ikke forberedt på at det ville bli vanskelig å få i seg mat og drikke</p>	<p>Uforberedt</p> <p>Mat og drikke</p>	<p>utfordringer-ernæring</p>

skje sånne ting.... For jeg fikk jo ikke i meg mat til å begynne med.....jeg gjorde ikke det			
--	--	--	--

Tabell 1..utdrag fra første utkast ved analyse

Første trinn er allerede påbegynt under transkriberingen. Etter å ha transkribert alle intervjuene ble de lest på nytt for så å bli redigert noe som beskrevet under punktet transkribering. Under denne prosessen dannet jeg meg et helhetsinntrykk av det som pasienter og sykepleiere formidlet når de snakket om kjennetegn og erfaringer ved pre-og postoperativ informasjon. Jeg fikk allerede under denne fasen en formening om foreløpig aktuelle tematiske overskrifter. Jeg valgte ved førstegangs analyse å ha foreløpig overskrifter felles for sykepleiere og pasienter. Dette ble litt uoversiktlig så ved neste gangs analyse skilte jeg pasienter og sykepleiere selv om det var flere felles tema. Eksempler på foreløpig overskrifter for pasienter var: preoperativt, postoperative forhold, formen på informasjon. Eksempler fra sykepleierne på foreløpig overskrifter: informasjon om selve kirurgien og praktiske forhold, informasjon etter erfaring,

I neste trinn begynner arbeidet med å finne meningsbærende enheter. Tekstbiter skal hentes ut fra materialet som er relevante eller beskrivende for den kunnskapen man søker (Malterud, 2011). Jeg hentet ut tekstbiter som jeg mente kunne belyse problemstillingen min. De meningsbærende enhetene ble så satt inn under de foreløpige overskriftene fra trinn en. Hvert tema med tilhørende tekstbiter hver for seg. Da jeg gikk gjennom analyseprosessen for andre gang erfarte jeg at de meningsbærende enhetene var stort sett de samme bare satt inn under nye foreløpig tema. Ved å løfte ut slike tekstbiter gir det mulighet for å studere det materialet som sier noe om samme tema (Malterud, 2011). De meningsbærende enhetene som sa noe om samme tema ble så gitt en felles kode.

I trinn tre ble hver av disse kodegruppene kondensert. Det innebærer at man skriver en kort sammenfatning av innholdet i den meningsbærende enheten. Man fortetter den meningsbærende enheten og lager et kunstig sitat (Malterud, 2011). Under denne prosessen dukket det opp mange nye koder da jeg gikk igjennom analyseprosessen for andre gang. Da jeg så nøyerer på disse sitatene ble det oppdaget flere nyanser som innebar at et sitat kunne gi flere meninger. Slik ble det dannet subgrupper som igjen ble grunnlaget for den videre

analysen. Eksempel på hvordan første gangs analyse endret seg ved andregangs analyse i tabellen under:

	meningstetthet	kode	Hovedkategori
Analyse første gang	Jeg fikk vite alt som skulle skje med meg før og under operasjonen	legeinformasjon	Preoperativ informasjon
Analyse andre gang	Jeg fikk vite alt som skulle skje med meg før og under operasjonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva skal skje med kroppen min</li> <li>• Her og nå som gjelder</li> </ul>	Pre og peroperative forhold

Tabell 2. fra meningstetthet til kode.

Trinn fire i analyseprosessen – rekontekstualisere. Her setter man sammen bitene fra analysen igjen. Forskeren skal skape en gjenfortelling som bevarer intervjupersonenes stemme og forskeren må på nytt vurdere gyldigheten av gjenfortellingen (Malterud, 2011). Etter å ha skrevet tekst til hver gruppe som skulle representere resultatet mitt måtte jeg gå tilbake til den meningsbærende enheten igjen for å sjekke at ikke noe av meningsinnholdet var borte eller forvridt. Jeg hadde diskutert innholdet i tekstene mine inngående med veileder flere ganger slik at jeg kjente teksten godt og hva de meningsbærende enhetene stammet fra. Jeg opplevde å kunne favne det informantene mine gav uttrykk for i gjenfortellingen.

### 3.7 Validering

For å vurdere om den kvalitative forskningen er gyldig vurderes forskningen etter kriterier som troverdighet, pålitelighet og overførbarhet (Granheim & Lundman, 2003; Malterud, 2011). Hvilken metode jeg bruker for å belyse problemstillingen min er et sentralt fokus i valideringen av studien min. Vil forskningen min gi svar på forskningsspørsmålene mine? Jeg som forsker har måttet stille meg kritisk til disse spørsmålene under hele prosessen. Kvale, et.al (2009) skriver at validitet er å hele tiden kontrollere for feilkilder (Kvale et.al 2009).



Jeg hadde erfaringer fra postoperativ sykepleie at pasientene var dårlig informert om postoperative forhold. Sett i lys av dette hadde jeg en forforståelse om at studien min kunne være til nytte for avdelingen og videre arbeid med preoperativ informasjon. Dette ble diskutert med avdelingsledere og seksjonsleder sengeposter. De var alle positive til en slik studie og mente temaet var veldig aktuelt. Dette gav meg en bekreftelse på at studien min kunne være nyttig for videre arbeid med preoperativ informasjon.

Om utvalget man velger i studien er aktuell for problemstillingen og vil kunne gi svar på forskningsspørsmålene er også med på å validere studien (Granheim & Lundman, 2003). I min studie er hensikten å belyse kjennetegn og erfaringer med preoperativ informasjon sett i pasientens og sykepleiernes perspektiv. Da er det essensielt å snakke med pasienter som har mottatt slik informasjon, og har gjennomgått kirurgi. Sykepleierne må ha gitt slik informasjon og ha erfaring fra postoperativ sykepleie om de skulle kunne bidra til å svare på problemstillingen min.

#### 4. ETISKE OVERVEIELSER

Studien ble fremlagt for Regional etisk komite (REK) som vurderte studien som ikke fremleggelse pliktig (vedlegg 1). Det ble under samme seanse gitt melding til personvernombudet om at det var sendt søknad til REK. Dette krever OUS. Etter vurderingen til REK vurderte så personvernombudet ved OUS studien. De tilrådte studien med en del forutsetninger (vedlegg 2).

Det var også en etisk overveielse at studien foregikk på egen arbeidsplass. Dette vil kunne skape etiske konflikter. Jeg unngikk å jobbe ved de postene som jeg rekrutterte pasientene fra. Dette gikk greit ved å ha et avklart arbeidsforhold før rekrutteringen startet. Det var også en etisk overveielse å skulle intervju kollegaer. Jeg vurderte at temaet som var gjenstand for intervjuene i liten grad ville skape rom for emosjonelle følelser, og fant da at det var etisk forsvarlig med de forutsetningene som nevnt under.

Ved all forskning på mennesker må man veie nytten studien har opp mot de konsekvensene studien kan ha for deltagerne (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck 2008). Har min studie om preoperativ informasjon noen nytte for samfunnet og har den noen negative konsekvenser for deltagerne. Ved et semistrukturert intervju kan det komme opp etiske problemstillinger da en utforsker deltagerens private følelser og meninger (Kvale & Brinkmann, 2009) Dette må en være observant for under hele intervjuet.

All forskning er underlagt juridiske retningslinjer og etiske prinsipper. Ser vi på sykepleiernes samarbeid i Norden sine etiske retningslinjer finner vi at disse legger til grunn FN's menneskerettserklæring og hva som er nedfelt i Helsinkideklarasjonen. Den nordiske sykepleieforskningen (SSN) legger vekt på de fire kjente prinsippene, autonomi, gjøre godt, ikke skade og rettferdighet (SSN's etiske retningslinjer). SSN nevner videre fire krav som forskeren må oppfylle og det er krav til- informasjon, samtykke, fortrolighet og deltagerens sikkerhet (SSN's etiske retningslinjer)

Prinsippet om autonomi vil i all pasientrettet forskning være en problemstilling. Autonomi betyr selvbestemmelse, men for at (her) pasienten skal kunne være autonom må pasienten ha flere egenskaper (Nortvedt, 2012). Fire forutsetninger må være tilstede for at en pasient skal kunne ta autonome beslutninger:

*«Pasienten må være kompetent, pasienten må kunne uttrykke ønsker som er konsistente, pasienten må ha fått adekvat informasjon, og pasienten må være fri for ytre press» (s.194. Slettebø og Nortvedt , 2006).*

Jeg vil presentere følgende underpunkter som til sammen representerer SSN sine 4 krav til forskeren og om prinsippet om autonomi:

**Kompetent/ konsistente ønsker.** For å vurdere om pasientene som var aktuelle til intervju var kompetente fikk jeg hjelp av sykepleierne ved avdelingen. Før jeg spurte sykepleierne om de kunne rekruttere pasienter for meg gikk vi gjennom hvordan sykepleieren oppfattet pasienten i forhold til kommunikasjon og kognitiv funksjon. Det ble også kartlagt så langt det gikk om pasienten var i en emosjonell vanskelig situasjon slik at et intervju kunne bli en belastning for pasienten.

Det er mange pasienter som tilsynelatende virker klare og orienterte ved første gangs besøk. Ved gjentagende observasjoner kan det allikevel fremkomme at de ikke alltid husker eller forstår hva som blir sagt. Det er også flere tilstander som kan dukke opp etter en operasjon eller psykisk stress som kan endre seg over tid. Dette var viktige faktorer som spilte inn når jeg gjorde intervjuet en annen dag enn da pasienten ble forespurt. I samtale med sykepleier som kjente pasienten ble det gjort en ny vurdering av om pasienten var kompetent rett forut for intervjuet skulle finne sted.

Ved rekrutering av de ansatte ble de selv forespurt om å ta kontakt med meg om de ønsket å være med. Dette var med på å bekrefte at de hadde et selvstendig ønske om å delta. Det kunne vært oppfattet som press om jeg personlig gikk ut og spurte hver enkelt av mine kollegaer om de ønsket å delta og det kunne vært sådd tvil om frivilligheten ved deltagelsen.

**Informasjonskravet.** Etter at sykepleierne på post hadde gjort en vurdering av aktuelle pasienter i samråd med forskeren ble pasientene spurt om å delta i studien av sykepleieren som hadde ansvar for pasienten. Ved tidspunkt for spørsmålet om deltagelse i studien ble gitt ga sykepleieren muntlig informasjon om studien og gav ut informasjonsskrivet (vedlegg 3) Informasjonsskrivet bør gi balansert informasjon om studiens formål og design. Det skal være i en objektiv form og språket skal være enkelt og tilpasset mottakergruppen (Carlsen, Staff, 2012 ). Det ble informert om at svar på om pasienten ønsket å delta ville bli innhentet senere,

om mulig samme dag. Dette var for å sikre at pasienten hadde mulighet til å lese og tenke gjennom deltagelse i studien i eget tempo. Forskeren tok kontakt med aktuelle sykepleiere ved en senere anledning og sykepleieren gikk da og spurte om pasienten ønsket deltagelse i studien. Ønsket pasienten dette tok forskeren direkte kontakt for avtale av intervjutidspunkt og svare på spørsmål pasienten måtte ha.

De ansatte fikk felles informasjon ved morgenmøte eller vaktskiftet. Alle som ønsket fikk utdelt informasjonsskriv (vedlegg 4). Det ble informert om at spørsmål kunne rettes til meg direkte eller på mail hvis ønskelig. Informasjon om studien gav en meget positiv respons da det virket som om tema «preoperativ informasjon» engasjerte de ansatte.

**Krav til samtykke.** For å kunne innhente et samtykke må deltagerne værere informert og vite hva de samtykker til. Gjennom prosessen beskrevet over hadde alle deltagerne både pasienter og ansatte fått informasjon om studien og mulighet for oppklarende spørsmål. Skriftlig samtykke ble innhentet hos deltagerne ved start for intervju. De ble på nytt informert om frivillig deltagelse og muligheten til å trekke seg fra studien når de måtte ønske i forløpet. Det var samme prosedyre for pasienter og ansatte.

**Krav til fortrolighet.** Alle deltagerne har krav på fortrolighet ved deltagelse i studien. Det ble forklart for alle at data vil bli anonymisert. Det ble presisert at fra meg at ingen andre ved aktuelle avdeling eller kollegaer fikk ta del i opplysninger gitt fra de som ble intervjuet. Alle intervjuene ville bli lagret på et trygt sted. Etter krav fra personvernombudet på OUS sin forskningsdatabase.

## 5. PRESENTASJON AV FUNN

Jeg har valgt å presentere funn fra intervju med pasientene og funn fra gruppeintervju med sykepleierne hver for seg. Begge gruppene er inne på flere av de samme temaene men det er enklere å skille ut hvor resultatene stammer fra når de er presentert hver for seg. Funn fra intervju med pasientene vil bli presentert først. Jeg har valgt å presentere sitatene mest mulig ordrett. Dette fordi jeg mener sitatene ikke er av en slik karakter at det påvirker inntrykket av informantene som for eksempel ved latterliggjøring, men derimot er noen av ordene med på å forsterke et uttrykk i svaret som ikke hadde kommet frem om ordene ble tatt bort (Malterud, 2011).

### 5.1 Funn fra pasientintervjuer

Funnene fra pasientintervjuene vil bli presentert i punktene fra 5.1.1 til og med 5.5.

#### 5.1.1 Beskrivelse av intervjusituasjonen og bakgrunnsinformasjon

Da jeg avtalte tid for intervju med pasientene, som redegjort for under metodekapittelet valgte alle pasientene dette selv. De fleste pasientene ønsket å gjennomføre intervjuet på pasientrommet så sted ble bestemt først rett før intervjuet skulle finne sted. I de tilfellene det ikke lot seg gjøre at pasienten var alene på pasientrommet ble det brukt et samtalerom.

Det var 7 pasienter som først sa seg villig til å delta i studien. En trakk seg før det ble avtalt intervjutidspunkt. Utvalget bestod av fem kvinner og en mann. Gjennomsnittsalder var 58 år (35-70).

Tabellen under viser en skjematisk oversikt over pasientene som intervjupersoner (N=6)

Navn	Alder	Type operasjon	Beningn tilstand	Maling tilstand
A	50	Rekonstruksjon av anatomi m/stomi	X	
B	68	Stramming av lukkemuskel-spiserør/magesekk	X	
C	35	Fjerning del av tarm	X	
D	67	Fjerning del av tarm/m stomi		X

E	64	Fjerning del av tarm m/ stomi		X
F	70	Fjerning del av spiserør/magesekk		X

Tabell 3. skjematisk oversikt over intervjupersonene

## 5. 2 Pre-og peroperative forhold

Det vil under dette punktet bli presentert funn som pasientene erfarer omhandler det pre og peroperative forløpet.

### 5.2.1 Hva skal skje med kroppen min

Alle pasientene fikk ett åpningsspørsmål hvor de ble bedt om å fortelle om den informasjonen de fikk før operasjonen, om selve operasjonen, og forløpet etterpå. Da kunne de fritt fortelle hva de husket og i den rekkefølgen de selv ville. Det første alle pasientene da beskrev var den informasjonen de fikk av kirurgen. Denne informasjonen handlet om hva som skulle skje nær forestående, med pasientens egen kropp under selve operasjonen. En av pasientene beskriver hvordan hun oppfatter hva kirurgen fortalte om fremgangsmåte på operasjonen og at man kunne ende opp med andre operasjonssnitt enn det som først var planlagt.

*«jeg fikk informasjon om hva de har... hvordan.. hva de hadde tenkt å operere og hvordan de gikk ut og startet og gjorde det .... samtidig så oppfattet jeg jo at ehm nøyaktig sånn snitt og sånt kunne endre seg under veis.» ( i. D)*

En annen pasient uttrykker at hun var tilfreds med den informasjonen kirurgen ga. Hun beskriver hvordan kirurgen opptrådte og tegnet og forklarte hva som skulle skje under selve operasjonen.

*«Han var rolig, helt vanlig, tegnet og forklarte og at de skulle gå inn med kikkhull. osv...han ga tillitt og ga uttrykk for at han kunne det han snakket om. Den biten har jeg ikke noe å utsette på» ( i. E)*

Pasientene uttrykte at de fikk all den informasjonen de trengte om selve inngrepet. De beskrev også detaljer rundt dette som at de skal få innlagt EDA smertepumpe. En av pasientene svarer på spørsmål om informasjon slik :

*«det fikk jeg alt om. Da kom de på hotellet og forklarte hva de skulle gjøre. Først skulle de sette inn den pumpa og alt det he,r her, og at denne her operasjonen var en lang operasjon. Ja det var .. ja de fortelte meg det som var gjort» ( i. F)*

Alle pasientene gav til uttrykk at de er godt informert om hva som skal skje med dem selv under selve operasjonen. De kunne gjenfortelle hva de oppfatter kirurgen informerte dem om. Denne informasjonen omhandler forhold pasienten selv ikke hadde noe kontroll over. Ingen av pasientene uttrykker at de hadde ønsket mer informasjon om dette.

### 5.2.2 Agenda for dagen og operasjonsdagen

Etter at pasientene hadde fortalt det de erindret under forskerens åpningsspørsmål måtte forsker stille noen oppfølgingsspørsmål for at pasientene skulle fortelle forskeren hva de oppfattet ble gitt av informasjon på hotellet. Det var denne praktiske informasjonen som kom til uttrykk først hos fem av pasientene ved videre utdypning fra forsker om informasjon gitt ved hotellet. Alle informantene nevnte denne informasjonen og kom med konkrete eksempler fra dette. Pasientene forteller da om hva som skal skje av handlinger resten av dagen og påfølgende dag før operasjon. De beskriver hvordan de ble tatt imot av sykepleiere.

*«Vet du hva der synes jeg de var søte. Jeg skulle være der kl 10. og da var jeg på rommet kom de like etterpå» (i.E)*

De beskrev informasjonen de fikk som veldig konkret og refererte til bestemte tidspunkt ting skulle skje eller på en bestemt måte ting skulle utføres på, slik som beskrevet av to pasienter her:

*«at du måtte dusje godt om kvelden med såpe sånn og sånn og om morgenen bare dusje....kl 06 skulle jeg være klar....»(i.A)*

*«jeg ble innkalt på sykehotellet hvor jeg ble møtt av en sykepleier og ble godt mottatt og fikk det stellet eller det jeg skulle og fikk orientering om når og hva og hvor jeg skulle og sånt noe» (i.B)*

En av pasientene gav uttrykk for at det ble gitt en del informasjon ved innleggelse på pasienthotellet som også handlet om tiden etter operasjonen. Hun beskriver informasjon om det postoperative forløpet og hva man kunne forvente seg av smerter, mobilisering og et tidsperspektiv på innleggelsen

*«da jeg kom til pasienthotellet og ble innlagt fikk jeg en god del informasjon... holdt på å si..... hva jeg kunne forvente meg av smerte, antall dager på sykehuset sånne»(i.C)*

Pasientene beskriver det å bli tatt imot på hotellet som en god opplevelse. De forteller om den praktiske informasjonen de fikk om hva som skulle skje og hva de selv måtte gjøre dagen før

–og på selve operasjonsdagen. Kun en av pasientene gjengir informasjon om det postoperative forløpet uten videre utdypning fra forsker sin side.

### 5.3 Postoperative forhold

Funnene i dette avsnittet omhandler forhold som finner sted postoperativt. Det vil bli presentert funn som indikerer at pasienten var forberedt på området/temaet og funn som indikerer at pasienten ikke var forberedt på området/temaet.

#### 5.3.1 Forberedt i forhold til egenaktivitet

De fleste pasientene gav uttrykk for en forståelse for at man skulle opp av sengen raskt etter operasjonen. De fleste uttrykte at de hadde en oppfattelse av at aktivitet var viktig og at det ikke kom som noen overraskelse på dem at de måtte ut av sengen. Noen av pasientene uttrykte at de hadde fått informasjon om egenaktivitet før operasjonen og noen hadde fått dette underveis. En av pasientene som gav uttrykk for at hun husket å ha fått informasjon om aktivitet før operasjonen sa det slik:

*«ja at jeg måtte opp å gå og at jeg måtte forvente meg at det ble vondt..( ... )...men det er viktig å komme seg opp å.... og ut å gå og det har mye å si, holdt på å si for sammenvoksinger og .... Ja» (i.C)*

En av pasientene opplevde informasjon før operasjonen om mengden av aktivitet som urovekkende og gav uttrykk for engstelse i forhold til dette. Pasienten søkte selv informasjon om emnet og sa at det beroliget pasienten.

*«før når jeg lå på pasienthotellet så grudde jeg meg for etter 2 dag hadde jeg blitt fortalt at jeg skulle være oppe i 6 timer. ...assa det er ikke et menneske som.. med denne operasjonen som er oppe i 6 timer assa det var en sånn uro der jeg lå så tok jeg vel opp det....neida slapp av sa de. Så det å gi en så stor misvisende informasjon den skapte en sånn redsel inne i meg... men utover det så er jo vanlig opplyst så jeg skjønner jeg skal opp og opp å gå....så jeg er oppe og går og det gjorde jeg» (i.E)*

En annen pasient beskriver hvordan aktivitet ikke kom som noen overraskelse men hvordan hun fikk hjelp og informasjon underveis. Hun kunne imidlertid ikke erindre når- og om hun hadde fått denne informasjonen på forhånd:

*«Men men altså jeg visste at jeg skulle opp på sengekanten og at jeg fikk nødvendig hjelp og fulgte jo alt det som de foreslo (...) det var sagt både om pust og aktivitet og*



*slim (...).. ja men det om slim er jeg ikke så sikker på om jeg hadde hørt.....det mere vet jeg mmm» ( i.D)*

Hvordan pasienten ble «tvunget» til aktivitet ble også beskrevet. Det virket på pasienten at han forstod hvorfor man ble «tvunget» og beskriver det slik:

*«ja jeg det tror det ble satt ganske harde krav til meg..... Se og kom deg opp ... ja ... for å si det sånn...(..) og det har jeg inntrykk av er ikke så veldig dumt heller ....for ellers kan du risikere å legge deg til i senga og det er ikke det som er meninga. Så at jeg fikk den puffen.... Eller mer eller mindre tvang kanskje .... til å begynne med. Det tror jeg ikke er så dumt» (i.B)*

Pasientene kunne ikke alltid identifisere hvem som hadde gitt dem informasjon om aktivitet, eller om det var kunnskap de selv hadde. I de tilfellene de husket å ha fått informasjon, var det sykepleiere som hadde gitt dem denne, enten på forhånd eller underveis. Det at pasienten hadde fått informasjon om aktivitet på forhånd ble først erkjent da spørsmålet om aktivitet kom opp. De hadde alle en forståelse for at aktivitet var viktig i forløpet etter operasjonen, og at det kunne forhindre mulig komplikasjoner.

### 5.3.2 Forberedt i forhold til smerter

Kun en av informantene uttrykte at hun hadde fått informasjon om smerter før operasjon som førte til at hun var forberedt på dette. Pasienten hadde også tilleggs diagnoser som gjorde smerteproblematikk aktuelt. Hun beskrev informasjonen hun fikk slik:

*« holdt på å si..... hva jeg kunne forvente meg av smerte, ..... at jeg måtte forvente meg at det ble vondt og at « min diagnose» pasienter har mer vondt og at det er vanskelig å finne smertestillende som tar smertene»( i.C)*

Denne pasienten var forberedt på at smerter ville forekomme og at det kunne være vanskelig å bli helt smertelindret.

### 5.3.3 Uforberedt rundt egne kroppslige reaksjoner: ernæring

Ernæring var et tema de fleste av pasientene var opptatt av. Pasientene gav uttrykk for at de erfarte vanskeligheter rundt inntak av ernæring. De gav uttrykk for at dette var de uforberedt på. Pasientene opplevde at de fikk en viss grad av informasjon om emnet underveis men denne var mer konkret i forhold til fast eller flytende føde. Pasientene opplevde at det var lite informasjon om mengde, og hvilken kroppslig reaksjon de kunne forvente når de skulle begynne å innta næring. Graden av kvalme ble også nevnt som symptomer de ikke hadde

forventet. En av pasientene beskriver her hvordan hun ikke var forberedt på at matinntak kunne oppleves vanskelig:

*«jeg fikk lov til å spise.... Og jeg hadde «kjempe» problemer, og jeg fikk ikke ned omtrent noen ting (...) Da fikk jeg beskjed om at sånn kunne det være og at det ville bedre seg etter hvert.(...)...jeg var ikke forberedt på at det kunne skje sånne ting... for jeg fikk jo ikke i meg mat til å begynne med... jeg gjorde jo ikke det» (i.B)*

En annen pasient beskriver litt av den samme opplevelsen her, og hvordan hun opplever det å legge om spisevanene som vanskelig.

*«Først litt vann og så suppe og så kom det tørre (...) Det tar sin tid å venne seg til å spise mer.(...) nei det var jeg ikke forberedt på. Nei det var jeg ikke. Før så kunne jeg ikke svelge en tablett en gang nå kan jeg jo svelge det utroligste. (...) Det er tungvint å få i seg mat og drikke. Jeg har aldri vært noe flink til å drikke..... ja det er det og jeg skal spise lite og ofte og jeg er jo mett i så lang tid så det er ikke.....» (i.F)*

En av pasientene som også opplevde problemer med inntak av ernæring uttrykte hvordan det skapte usikkerhet hos pasienten når de selv måtte ta stilling til når og hvor mye mat en skulle innta. Pasienten her gir uttrykk for at hun ønsker at sykepleierne skal ta mer styring over mengde og tider og etterlyser veiledning på dette området.

*« Du ligger der og du vet nesten ikke hvor i verden du er. Hva har du lyst på?(...)Så sier man at man kan spise det man føler for.....(...) Men det hadde vært veldig fint om de sykepleierne som hadde meg de 2-3 første døgnene etter operasjon... at det var etter tid... du drikker det, du spiser det, det er dette du skal ha i deg, (...). Hva kan jeg spise... fiskeboller ja det er fint... så var det sånn; du kan spise hva som helst viktig at du kommer i gang..... Og jeg spiste en del og det kom opp i bølger og spenn.(...). Det er her det er en kompetanse som skal til. Det er ikke jeg som er nyoperert som skal vurdere dette føler jeg, det er andre som skal vite dette.(...) Man må få veiledning, må få hjelp..» (i.E)*

En annen pasient nevner spesifikt kvalmen som et problem men også problemer med matinntak i forhold til kvalmen og generelt.

*«men at jeg liksom ikke fikk has på den kvalmen at den skulle være sååå voldsom når jeg kom på post det.....ja (...).....men saken var at bare jeg fikk buljong eller de deiligste supper, saft, alt smakte i det jeg tok det i munnen....å så godt.....men så var det denne kvalmen da....så(...).....og at jeg skulle orke så lite og at kvalmen skulle ta sånn overhånd det var jeg ikke forberedt på...» (i.D)*

Pasientene gir uttrykk for at de ikke var forberedt på de vanskelighetene de fikk med ernæringsinntak. Vanskelighetene rundt ernæringsinntak var ikke bare et resultat av kvalme, men at man hadde vanskeligheter med å få i seg tilstrekkelig næring grunnet metthetsfølelse og endret spisemønster. De opplevde usikkerhet rundt dette. Det kommer til uttrykk at pasientene følte en usikkerhet når de selv måtte ta stilling til når de skulle innta mat og hvor mye. De hadde ønsket at sykepleierne hadde vært mer konkrete i forhold til type mat, mengde og til hvilke tidspunkter de skulle innta ernæring.

#### 5.3.4 Uforberedt rundt kroppslige reaksjoner: Smerter:

To av informantene gav uttrykk for at de ikke var forberedt på smertene de opplevde postoperativt. De gir samtidig uttrykk for at de er usikre på om de hadde villet ha informasjon som gjorde at de skjønnte « hvor vondt» det ville være. En av pasientene uttrykker det slik:

*«nei vet du hva at det var så jævlig vondt ville jeg ikke ha noe informasjon om»( i.E)*

#### 5.4 Usikkerhet rundt eget informasjonsbehov

Flere av pasientene gav uttrykk for at de synes det er vanskelig å ta stilling til hva slags informasjon de skulle ha ønsket. Det kommer til uttrykk at informasjonsbehovet aldri blir dekket samtidig som de gir uttrykk for at de synes det er vanskelig å ta stilling til hva slags informasjon de har behov for. Dette blir godt beskrevet i sitatet her:

*«Man kan på en måte ikke få informasjon nok samtidig er det mye man må erfare, også er det sånn at leger og sykepleiere har svar på mye men at vi ikke klarer å spørre om alt heller»(i.E)*

Flere sier også at de fikk informasjon der og da i situasjonen, og at det var greit.

*«Nei... jeg fikk jo der og da.....kanskje jeg kunne fått litt informasjon om hvor lenge jeg skulle være her»(i.A)*

En av pasientene uttrykker også at hun ikke ønsker informasjon, samtidig som hun gir uttrykk for at hun får informasjon der og da som hun prøver å etterkomme.

*«Jeg vil glemme. Jeg føler ikke at jeg må ha noe informasjon... vil bare glemme. Jeg er litt engstelig av meg.... vil bare glemme. Jeg prøver å gjøre det de sier jeg skal gjøre...»(i.F)*

De som har møtt utfordringer i forløpet etter kirurgi er usikre på om informasjon om dette hadde hjulpet. De har en formening om at informasjonen hadde satt de i stand til å skjønne hvilken negativ opplevelse de ville få. Dette blir bekreftet i sitatet som er referert til under « uforberedt rundt kroppslige reaksjoner: smerter».

En annen pasient som møtte utfordringer i forhold til kvalme sier det samme. At hun ikke ville ha visst men samtidig var hun innstilt på å takle utfordringer som de kom. Hun gav uttrykk for at det var vanskelig å bli informert så man var forberedt på alt.

*«Jeg var veldig innstilt på at her er det mange ting som ikke kan sies helt heller og... får bare liksom ta det som dukker opp. Om noen hadde sagt at jeg skulle være så kvalm etterpå vet ikke om det hadde bidratt noe til løsningen og toleransen for det....det tror jeg egentlig ikke»(i.D)*

Pasientene er usikre på eget informasjonsbehov. De som har hatt negative opplevelser i forløpet er usikre på om informasjon ang dette hadde gjort de mer forberedt på å takle de utfordringene som de opplevde. . Det kommer også til uttrykk at informasjon «der og da» omhandler ofte situasjoner hvor det skal utføres noe- ikke en situasjon hvor pasienten skal ta valg.

### 5.5 Formen på informasjonen

Pasientene svarer litt forskjellig når de skal si noen om hvilken form de ønsker informasjonen i. Fler av pasientene kommenterer at det kan være vanskelig å få med seg all informasjon som blir gitt og derfor ønsker både skriftlig og muntlig. En uttrykker dette slik på spørsmål om formen på informasjonen som blir gitt:

*«jeg kunne godt fått det både muntlig og skriftlig (...) sant det er mye som går inn og ut og så tenker du.... Hva var det som ble sagt nå ikke sant....så å ha da noe å lese på.... hadde vært greit»(i.C).*

En annen pasient uttrykker at man kan være litt omtåket etter operasjonen og ikke kan huske alt så informasjon både muntlig og skriftlig hadde vært fint.

*« Ja kanskje begge deler....ja det synes jeg faktisk for så rett etter en operasjon er du ganske langt ... bort vekk istan...ikke sant... så det er ikke alt som går inn.....nei det er det ikke»(i.B)*

En annen pasient som syntes muntlig informasjon holdt, sa også noe om informasjonsbehovet overfor pårørende;

*«nei jeg ville ikke ha den i flere former. Jeg hadde med meg.....lot meg presse til å ta med meg min yngste sønn. Slik at vi skulle være to stykker som skulle høre fra legen tilfelle jeg ble liksom sånn ehm... mistet konsentrasjonen ehm jeg følte ikke det var behov for min del men at det har vært fint for ungene det er jeg helt klar på»( i.D)*

Flere av pasientene ønsker både skriftlig og muntlig informasjon. Det blir nevnt at det kan bli mye informasjon og at det ikke er alt man husker.

## 5.6 Funn fra gruppeintervju med sykepleiere

Funn fra intervjuene med sykepleierne vil bli presentert fra punkt 5.6.1 og til med 5.9.4.

Her vil det bli presentert funnene fra gruppesamtalene med sykepleierne. De har fått de samme spørsmålene som pasientene men med en vinkling sett fra sykepleiernes side ( se vedlagt intervjuguide: vedlegg 6)

### 5.6.1 Bakgrunnsinformasjon

Utvalget ved gruppeintervjuene bestod av 5 sykepleiere fordelt på to grupper. Alle var kvinner med en gjennomsnittsalder på 28 år (24-31). Tabellen under viser en skjematisk oversikt over gruppen ( N=5)

Navn	Alder	Års erfaring som sykepleier
S1	27	5 års erfaring
S2	24	2 års erfaring
S3	31	7 års erfaring
S4	26	4 års erfaring
S5	31	3 års erfaring

Tabell 6.6....

## 5.7 Praktisk forløp

Alle sykepleierne sier de gir informasjon om den praktiske gangen i operasjonsforløpet. Fra de blir tatt imot på hotellet og til de kommer på sengepost. Denne informasjonen er preget av å være standardisert, generell og lite personavhengig.

### 5.7.1 Mal for informasjon på hotellet

Alle sykepleierne forteller om malen de har på hotellet som de bruker når de tar imot pasientene. Det som kommer til uttrykk er at denne malen er mer en mal for innhenting av opplysninger fra pasientene og mer en huskeliste for sykepleierne. En huskeliste for de mer praktiske tingene som skal foregå på hotellet. En av sykepleierne beskriver malen slik:

*«det finnes et slikt kontrollskjema som man bruker når man tar imot pasienten. der står det mer sånn i forhold til praktiske ting, bare en huskeliste for deg selv for at du skal huske å ha gitt den mest nødvendige informasjonen» ( i.A5)*

En av de andre sykepleierne utdyper dette nærmere med å fortelle mer konkret hva som står i skjemaet og konkluderer med at de er lite egnet for informasjon om det som skjer etter operasjonen.

*«men da er det mest om forberedelser at du på en måte, ... tar vekt, høyde, temp, blodtrykk, ernæringsstatusen når de kommer inn mer som en innkomst i.. ikke så mye mer....det skjema er egentlig ikke laget for postoperativ informasjon egentlig. Mer for forberedelser»( i. A4)*

Det kommer frem fra sykepleierne at denne malen er generell og felles for alle pasienter som blir tatt imot på hotellet.

*«du har jo den generelle malen da...der du skal ta utgangspunkt i hvilken informasjon du skal innhente av de ehh at du samler opplysninger i forhold til hva man må ta hensyn til i etterkant av tilleggsdiagnoser... ja søvn... mønster på diverse ting» (i.A3).*

Sykepleierne har en mal på hotellet de bruker ved mottak av pasientene. Denne malen gir lite føringer om hva de skal informere pasienten om angående det postoperative forløpet.

Sykepleierne gir selv uttrykk for at malen er mer egnet for innhenting av opplysninger enn et verktøy for hva som skal informeres om når det gjelder forløpet etter operasjonen.

### 5.7.2 Praktiske gangen fra mottak til ferdig operert.

Sykepleierne forteller de gir pasientene informasjon om hvordan forløpet arter seg fra de blir tatt imot på hotellet til de er ferdig operert. Denne informasjonen er detaljert i forhold til hva som skal skje når, og hvilke rekkefølge ting skal skje i. En av sykepleierne uttrykker forløpet slik:

*«Også men fra Hotellet så har de jo et forløp hvor de blir hentet og kjørt til operasjon og at de blir tatt imot av operasjonssykepleiere og at da deretter lagt i narkose så får de god informasjon av anestesilegen som er å snakker med de i forkant de får liksom den informasjonen som skal være nødvendig da»(i.A3).*

En annen sykepleier beskriver det samme hvor hun forteller om hvordan hun beskriver gangen i det hele for pasienten.

*«også har jeg gitt de informasjon om ja generelt bare forløpet da hvordan det kommer til å være....du ligger her så hentes du....operasjonsstue....postoperativ....ned på sengeposten»(i.A4)*

Pasientene vil våkne opp etter operasjonen med forskjellig utstyr som kan være ukjent for dem. Dette informerer alle sykepleierne om. De informerer også om bemanningen på overvåkningen kontra på sengepost. De legger vekt på forskjellen i overvåkningsnivå. En av sykepleierne beskriver at de kan forvente å ha forskjellig utstyr og at dette kan virke skremmende for pasienten men at all overvåkningsutstyr er normalt.

*«de kan forvente at de har en del utstyr: de kan ha smertepumpe, urinkateter og de kan ha intravenøse ting i begge armer og at det kan virke litt skremmende men at det er normalt» (i.A1)*

Overgangen fra postoperativ avdeling til sengepost blir nevnt av flere av sykepleierne. De gir informasjon til pasientene ang bemanning og graden av overvåkning på de forskjellige avdelingene. En beskriver forholdene på postoperativ slik:

*«jeg sier at de våkner opp på postoperativ avdeling og da har de sånn en til en sykepleie – at de har alltid en person rundt seg»(i.A1)*

En annen sykepleier fokuserer på selve overgangen mellom de to avdelingene da hun opplever at pasienten kan være utrygge når de kommer til sengeposten.

*«jeg pleier å informere om at på postoperativ har de mye mer oftere tilsyn... der har de en til en person... når de kommer ned til sengeposten så er det også klarert for at du skal være.... ikke skal klare deg noe mer selv men...det vil være litt mindre tilsyn men du vil fortsatt være under god overvåkning fra våres side..... For det er*

*mange som kommer fra intensiv og føler seg kjempe utrygg f.eks når de kommer ned på sengepost»(i.A3)*

Sykepleierne gir informasjon om type utstyr pasientene kan ha etter operasjonen.

Sykepleierne gir uttrykk for at de oppfatter at pasientene erfarer overgangen fra postoperativ avdeling til sengepost som skremmende. De informerer derfor litt om forskjellen på de to avdelingene slik at pasientene er mer forberedt når de kommer til sengeposten

#### Oppsummering praktisk forløp:

Funnene viser at sykepleierne gir den samme informasjonen om praktiske forhold.

Informasjonen er generell og den informasjonen som blir gitt vil alle pasienter som blir operert kunne erfare.

#### 5.8 Informasjon basert på erfaring

Det kommer frem i gruppesamtalene at sykepleierne gir mye informasjon basert på egen erfaring med de forskjellige pasientgruppene, og hva de selv har erfart i utøvelsen av sykepleie til de forskjellige pasientgruppene på sengepost etter operasjon. I begge gruppesamtalene kom det til uttrykk at sykepleierne vektla forskjellige tema som det de informerte om først. Da forsker utdypet svarene deres og spurte om de hadde en noen retningslinjer de fulgte i forhold til forskjellige type operasjoner svarer sykepleierne at de ikke vet om noen retningslinjer men bruker av egen erfaring som en av sykepleierne beskriver her:

*«jeg tror vi bruker mye den erfaringen vi har... fra å ha de postoperativt..... jo mer erfaring vi har da så tror jeg vi velger liksom mye av det vi informerer om utifra det»( i.A1)*

En sykepleier fra den andre gruppesamtalen uttrykker det samme. Her uttrykker hun hvordan erfaring har noe å si for hvilken informasjon hun gir pasientene

*«for når jeg var på hotellet baserte jeg mye av den informasjonen jeg gav på det jeg hadde opplevd her nede( sengeposten)»(i.A4)*

En sykepleier i samme gruppe kommer med ett innspill på hva som blir sagt over og forteller hvordan hun opplever å ha mindre å informere om til en pasientgruppe hun ikke har jobbet med på en stund

*«Jeg har lite å si om nedre pasienter for det er lenge siden jeg har jobbet med de selv»(i.A5)*



Det kommer til uttrykk at mye av informasjonen pasientene får er basert på sykepleiernes egen erfaring. Videre vil det bli presentert hva sykepleierne vektlegger av erfaring som grunnlag for informasjon om spesielle områder.

### 5.8.1 Tilpasset informasjon

I begge gruppeintervjuene ga sykepleierne uttrykk for at de tilpasset den informasjonen de ga pasientene etter hvordan de oppfattet pasientens informasjonsbehov. En av sykepleierne beskriver hvordan oppsøker pasienten etter at informasjonen er gitt. Da kan pasienten spørre om ting som er uklart eller ting de lurer på.

*«jeg pleier å sette meg ned med de etterpå når de har på en måte fått summet seg litte granne og spurte jeg om det var noe de lurte på i forhold til....»(i.A5)*

Det er ikke alle pasienter som ønsker mye informasjon. Dette kommer frem hos en sykepleier som beskriver hvordan man må tilpasse informasjonsmengden etter pasientens ønsker og behov.

*«man må jo på en måte høre på pasienten....noen sier de ikke vil vite noen ting og da får de ikke vite noen ting da ... og da sier....da må du spørre om hva du lurer på....da sier jeg bare»(i.A3).*

Sykepleierne beskriver lydhørhet overfor pasientens informasjonsbehov. Det å ikke motta informasjon etter eget ønske er også et alternativ som etterkommes.

### 5.8.2 Mobilisering

Sykepleierne gir alle uttrykk for at de informerer om viktigheten av mobilisering. Sykepleierne beskriver at de opplever at pasientene ikke er informert om mobilisering. De mener mobilisering er viktig, og ut fra den erfaringen de har med dette fra sengepost gir de uttrykk for at de selv informerer om dette. Det kommer frem at mobilisering eller aktivitet blir nevnt i forbindelse med flere andre forhold og det kan virke som om det ikke blir presentert som et eget evne overfor pasientene. En av sykepleierne nevner mobilisering i sammenheng med overflytting fra postoperativ avdeling til sengepost.

*«at de ligger på postoperativ avdeling til de er stabile og har det greit også at de kommer ned på sengeposten da etter en stund og at det er viktig med mobilisering at de kommer seg opp så fort som mulig» (i.A1).*

En annen sykepleier sier litt det samme hvor hun påpeker at pasienten må være innstilt på hardt arbeid. Her blir både mobilisering og smerter tatt opp. Sykepleieren gir også uttrykk for

at hun erfarer at ikke alle pasientene har fått eller forstått denne informasjon. Sykepleieren gir uttrykk for at hun presiserer denne informasjonen for pasientene.

*«jeg er ganske tydelig på jeg og ...at det er mye... jobben ... det er du som skal jobbe litt etter operasjon det føler jeg at jeg prøver å være veldig klar på. Merker jo på de som ikke kommer...der. Ofte vært klar på mobilisering smerte og si fra og sånn» (i.A2).*

En sykepleier gir uttrykk for at hun informerer pasienten om at mobilisering er noe som forventes av pasientene. Hun sier følgende når hun beskriver hva hun informerer pasientene om:

*«Ja og det som kreves av de at de må være oppe og aktive»(i.A4)*

Sykepleierne erfarer at ikke alle pasientene er like informert om viktigheten av mobilisering. De gir uttrykk for at de selv informerer om dette. Emnet mobilisering blir ofte innlemmet i annen informasjon som sykepleierne gir pasientene.

## 5.9 Oppfattelse av hva pasienten mangler informasjon om

Ved spørsmål fra forsker til sykepleierne om hva de oppfatter pasientene selv gir uttrykk for at de mangler informasjon om i det postoperative forløpet, svarer flere av sykepleierne at de opplever at pasientene har fått informasjon, men kanskje ikke god nok. Slik som en av sykepleierne beskriver her:

*«det er noen som har fått god informasjon og noen som ikke har fått god nok informasjon»(i.A5)*

Hvordan det kommer til uttrykk at pasientene ikke har fått «god nok» informasjon blir presentert i neste underpunkt.

### 5.9.1 Oppfattelse av gitt informasjon

De to intervjugruppene trekker frem flere av de temaene de selv sier de informerer om som: overgang til sengepost, smerter, mobilisering og når de kan begynne å spise. Det som kommer frem er at sykepleierne oppfatter at pasientene ikke har forstått den informasjonen som er gitt. En av sykepleierne sier her noe om hvordan hun oppfatter at pasientene er uforberedt på overgangen til sengepost. Hun får støtte av en annen i gruppen som er enig i utsagnet:

*«ofte er det den utryggheten på post....føler ofte de ikke...det slår de...»(i.A2)*  
*« jaaa overgangen fra p.o til sengepost»(i.A1)*

*« overføringen derfra føler jeg mange skvetter litt av... ja sånn... føler seg utrygge fort her og ikke trives... plutselig må de dele rom med noen... så må de ringe på selv hvis det er noe... selv si fra at ikke.... Ja den utryggheten»(i.A2)*

En sykepleier trekker frem informasjon om smerter som et eksempel. Hun oppfatter at pasienten ikke er godt nok informert om temaet, eller ikke har forstått informasjonen hensiktsmessig sett fra sykepleierens synspunkt.

*«opplever noen ganger at de sier ting er vondere enn det de hadde tenkt seg.....kanskje noen har informert de om at de skal ikke ha vondt og at du blir godt smertelindret så bare ta det med ro på en måte... kanskje noen får den litt sånn feil»(i.A1)*

Mobilisering er et område flere sykepleiere tar opp. Sykepleierne erfarer at pasientene ikke har oppfattet viktigheten av dette. Dette blir også nevnt under punktet mobilisering tidligere i oppgaven. En av sykepleierne snakker om bruk av peep fløyte og å komme seg opp:

*«Det er mange... jeg føler at det er mange som ikke skjønner hvor viktig det er, det med å bruke peep fløyte hvor viktig det er, det å komme seg på beina igjen» (i.A5)*

Sykepleierne gir uttrykk for at det er flere områder de oppfatter pasientene har fått informasjon om men ikke har tilegnet seg tilstrekkelig innsikt i etter sykepleierens oppfatning.

### 5.9.2 Liten eller ingen informasjon gitt: ernæring

I den ene intervjugruppen kom det til uttrykk at området ernæring var det lite informasjon om til pasientene. De opplevde at pasientene kunne spørre om ernæring da de var på sengeposten, og at det ikke var gitt noe informasjon om dette området preoperativt. Her kommer en dialog mellom 2 sykepleiere hvor de snakker om hvilken informasjon de opplever pasientene ikke får.

*«.....jeg tror det er veldig få som får informasjon om mat før operasjonen...det kanskje litt dårlig fokus»(i.A4)*

*«veldig mange som får litt sjokk... ernæringsfysiologen er vel ikke inne i bildet før etterpå»(i.A5)*

*«ernæring får de ikke så mye...nei»(i.A4)*

Da forsker spør sykepleierne hva pasientene selv sier de ønsket informasjon om svarer den ene sykepleieren på nytt emnet ernæring. De gir uttrykk for at pasientene etterspør skriftlig informasjon og mer informasjon om tiden etter at de har kommet hjem.

*«Da er det ernæring. Hva skal jeg videre? er det noen brosjyrer jeg kan få med meg? ....hva gjør jeg om 2 måneder om jeg ikke har så mye matlyst?»(i.A4)*

Sykepleierne oppfatter at pasientene etterspør informasjon om ernæring. Det kommer også frem at sykepleierne har lite fokus på informasjon om ernæring preoperativt. Det kan virke som om sykepleierne mener pasientene burde ha hatt informasjon om emnet.

### 5.9.3 Ikke informert nok til å spørre

En av sykepleierne mener pasientene ikke har kunnskap nok om det de har vært igjennom til å vite hva de skal spørre om. Hun forteller at pasientene for eksempel husker alt fra kjemoterapien de har vært igjennom, men vet lite om det de har gjennomgått eller skal videre. Hun uttrykker det slik:

*«jeg føler at pasienten ikke vet hva de skal spørre om . de har ikke noe kunnskap om det de har vært igjennom. De kan veldig mye om kemoterapien de fikk for 2 måneder siden men de kan veldig lite om det kirurgiske inngrepet som har blitt gjort, hva som kommer etter...så de vet ikke hva de skal spørre om...de vet at det er noe de skal spørre om ...men de forstår det ikke»(i.A4)*

Det kommer til uttrykk at hun tror pasientene vet at de burde ha mer informasjon eller kunnskap om det de har vært igjennom eller skal igjennom.

### 5.9.4 Pårørende som katalysator for informasjon

Flere av sykepleierne gir uttrykk for at de ser en nytteverdi for pasienten at pårørende får den samme informasjonen som pasienten. Under punktet « oppfattelse av gitt informasjon» blir overgangen fra postoperativ til sengepost presentert som et tema. I denne sammenheng uttrykker sykepleierne at de merker litt den samme usikkerheten hos pårørende. Hun beskriver det slik:

*«...men det er jo litt den overgangen er den største for de. Og at de blir skremt av at det ikke er noen til å passe på de hele tiden.... Og det merker jeg på pårørende også...»(i.A3)*

De andre sykepleierne er enig og mener det hadde vært gunstig at pårørende var med på samtalen:

*«ja ja ja....kanskje pårørende også burde vært med på de samtalen»(i.A2)*

Sykepleierne gir uttrykk for at de har forskjellig erfaring med hvor mange ganger de har hatt pårørende med når de gir informasjon til pasientene. En av sykepleierne som hadde mye erfaring med at pårørende fikk være med gav uttrykk for at hun mente det var fint både for pårørende og pasient. Det ble også presisert at pårørende kunne gjenta informasjon til pasienten.

*«det er alltid greit for pårørende... er en fin ting for de kan også gjenta beskjedene til pasienten» (i.A3)*

En av de andre sykepleierne synes det er en fin ting om pårørende er med når det gis informasjon da pårørende kan ha spørsmål som ikke pasienten klarer å uttrykke akkurat på det tidspunktet

*«ja eller kanskje de har spørsmål som pasienten ikke kommer på der og da»(i.A2)*

Sykepleierne gir uttrykk for at pårørende kan hjelpe pasienten til å huske informasjon og til å kunne få klarhet i ting pasienten selv ikke husker der og da.

## 6. DISKUSJON

Med utgangspunkt i problemstillingen «*Hvilke kjennetegn og erfaringer ved pre- og postoperativ informasjon kommer til uttrykk hos pasienter og sykepleiere i en elektiv kontekst?*» vil jeg diskutere sentrale funn opp mot det teoretiske rammeverket som presentert i kapittel 2.

Forskningsspørsmålene er:

- Hvilken type informasjon gir pasientene uttrykk for at de ønsker om det pre- og postoperative forløpet?
- Hva erfarer pasientene at de har fått pre- og postoperativ informasjon om?
- I hvilken form og til hvilket tidspunkt ønsker pasientene pre-og postoperativ informasjon?
- Hva mener helsepersonell de har gitt pre- og postoperativ informasjon om?

Et Sentralt funn i oppgaven viser at den pre –og postoperative informasjonen som blir formidlet av helsepersonell blir oppfattet i varierende grad av pasientene. Det kan virke som om tid, sted og pasientenes mottagelighet for informasjon har en betydning her. Et annet sentralt funn er at pasientene har vanskelig for å identifisere eget informasjonsbehov. De beskriver at de ikke har kunnskap nok til å vite hva de skal spørre om. Studien avdekker også områder hvor pasientene oppfatter de ikke har fått god nok informasjon. Dette kan tolkes dithen at dette ble av flere av pasientene erfart som en type belastning. Området som skiller seg ut her er ernæring. Med bakgrunn i studiens sentrale funn vil diskusjonen bli delt i tre hovedkapitler:

1. Mottagelighet for informasjon
2. Behov for informasjon
3. Pasientens rett til informasjon og autonomi

I kapittel 1 vil diskusjonen mye handle om tidspunkt for informasjon. Det vil blant annet bli diskutert pasientenes mottagelighet for informasjon ved informasjonstidspunktet. Dette vil bli diskutert opp mot Lazarus sin mestringsstrategi for stress. I hvilken kontekst pasientene befinner seg ved informasjonstidspunktet vil også bli diskutert opp mot Benner og Wrubel (2014) sin sykepleieteori. I kapittel 2 vil det bli diskutert hvilke områder pasientene uttrykker de har et informasjonsbehov om og i hvilken form. Områder pasienten erfarer mangelfull informasjon om vil også her bli diskutert opp mot Lazarus (1999, 2006) sin stressmestringsteori og Benner og Wrubel (2014) sin sykepleieteori. I kapittel 3 vil det bli diskutert om pasientenes rett til informasjon og autonomi er innfridd. Sykepleiernes perspektiv vil også bli diskutert underveis i alle de ovenfor nevnte kapitlene.

## 6.1 Mottagelighet for informasjon

I dette kapittelet vil pasientenes erfaringer rundt det å motta pre- og postoperativ informasjon bli diskutert. Det å vite at man skal gjennomgå et kirurgisk inngrep vil kunne medføre en belastning i form av stress (Holm & Kummeneje, 2009). Pre- og postoperativ informasjon skal forberede pasientene på det som skal skje før og etter operasjon og hjelpe pasienten til å føle seg trygg (Christiansen 2013). Hvilken mestringsstrategi pasientene velger for å handtere stresset har noe å si for mottageligheten av pre og postoperativ informasjon (Fagermoen 2001). Formidling av informasjon består av to parter: en som formidler og en som mottar. Det vil også bli diskutert sykepleiers rolle i denne prosessen.

### 6.1.1 Pasientens fokus dagen før operasjon

Funnene viser at pasientene hadde detaljert kunnskap om hva som skulle skje under operasjonen. Pasientene fortalte hvilken informasjon de hadde fått av kirurgen. Denne informasjonen handlet i stor grad om hvordan selve kirurgien skulle foregå og hva kirurgen eksakt skulle utføre hos pasientene. Alle pasientene kunne gjengi denne informasjonen til meg som forsker. Pasientene beskrev også hvordan de fikk informasjon fra sykepleiere.

Pasientene beskrev her også i detalj informasjonen gitt fra sykepleierne om hvilke praktiske forberedelser de skulle gjennom og til hvilket tidspunkt dette skulle skje. At pasientene velger å fokusere på den informasjonen kirurgen gir og den praktiske informasjonen sykepleierne bidrar med kan være et uttrykk for en mestringsstrategi ved stress. Lazarus og Folkman definerer psykologisk stress som en hver påkjenning som er større enn hva personen har ressurser til å takle (Lazarus 1999, 2006). Det å skulle gå igjennom et kirurgisk inngrep kan pasientene oppleve som stress (Christiansen 2013; Fagermoen 2001; Holm & Kummeneje, 2009). Ved en operasjon er det alltid fare for komplikasjoner og pasienten har ingen kontroll over hva som skjer da man er lagt i narkose og kontrollen ligger hos kirurgen og operasjonsteamet (Holm & Kummeneje, 2009). Funnene viser at pasientene har fokusert på å få med seg informasjonen som omhandler pre-og peroperativ informasjon. Dette kan være et resultat av den stresspåkjenningen pasienten opplever å være i rett før en operasjon. Det er her og nå som gjelder (Fagermoen 2001). Da er det informasjon om det som skjer i nåtid, kort og konkret som er hensiktsmessig for pasientene. Hva som skjer frem i tid er noe de ikke makter å forholde seg til (Almås & Berntzen, 2001; Christiansen 2013; Fagermoen 2001; Holm & Kummeneje, 2009). Dette vil være en problemfokuset stressmestring strategi da pasienten får kunnskap om hva som vil skjer her og nå. Hvilke forberedelser som må gjøres forut for kirurgien og til hvilket tidspunkt. I den problemfokusede stressmestringsstrategi søker individet kunnskap og informasjon som bidrar til følelsen av kontroll som igjen kan bidra til at stresset blir redusert eller forsvinner (Lazarus, 1999, 2006). Dette kan bidra til at pasientene føler kontroll over sin egen situasjon og følelse av mestring (Lazarus, 1999, 2006).

Funnene viser at pasientene i varierende grad erindrer den informasjonen som ble gitt om det postoperative forløpet. Pasientene beskriver litt forskjellig omkring aktivitet, ernæring og smerter postoperativt. Det kan være vanskelig å få bekreftet om dette var informasjon de fikk preoperativt eller har forstått underveis. Funnene viser at flere av pasienten hadde en formening om at aktivitet var viktig og derav ikke uventet, men kunne ikke si eksakt når man hadde fått informasjon om dette. Dette kan være et resultat av hva Lazarus (1999, 2006) definerer som følelsesfokuset mestring. I situasjonen pasienten er i dagen før operasjon vil pasienten prioritere det som kan bidra til følelsen av kontroll som beskrevet over gjennom problemfokuset mestring. Det som skjer etter operasjon har ikke pasienten noen påvirkningskraft på dagen før operasjonen, og vil derfor prøve å ikke tenke på dette (Lazarus, 1999, 2006).

Det at pasienten husker så mange detaljer omkring sin egen kirurgi kan være et resultat av stressmestring som diskutert over, og således er denne informasjonen viktig for pasientene. Dette bekrefte delvis i studien til Grønnestad og Blystad (2004). I deres studie ønsket alle de intervjuede pasientene informasjon om selve kirurgien. Studien viser også at den informasjonen pasienten mottok og oppfattet bidro til kunnskap som gjorde at pasientene hadde en følelse av kontroll som igjen ga trygghet og håp (Grønnestad & Blystad, 2004). Det kommer også frem i tre andre studier at pasientene vektla høyt det å få informasjon om kirurgi eller behandling ved innleggelsestidspunktet (King et al., 2014; Lithner & Zilling, 2000; Mordiffi, e tal., 2003 ).

### 6.1.2 Sykepleierens fokus dagen før operasjon

Funnene i min studie beskriver hva slags type informasjon sykepleierne ga til pasientene innleggelsesdagen. De beskriver for pasientene hva som skulle skje resten av dagen og hvilke forberedelser de skulle gjøre forut for operasjonen. De informerte også om hva som skulle skje etter operasjon. Funnene viser at de informerte om overgang til sengepost, viktigheten av mobilisering og om smertehåndtering. Faglitteratur beskriver at den samme type informasjon er viktig. Holm og Kummeneje (2009) skriver i sin bok om preoperativ sykepleie at informasjon før et kirurgisk inngrep skal inneholde informasjon om forberedelser før operasjon, prosedyrer under operasjon, og forløp etter operasjon (Holm & Kummeneje, 2009). Forskningen viser at informasjon om det kirurgiske inngrepet og forløpet etter kan redusere pasientens opplevelse av stress, angst og smertenivå (Hughes, 2002; Garretson, 2004; Walker, 2007; Sadati et al., 2013). Funnene viser at sykepleierne uttrykker at de må være bevisst pasientenes ønske om informasjon. En av sykepleierne sa hun pleide å gå tilbake til pasienten senere på dagen for å sjekke ut om pasienten lurte på noe eller ønsket å prate mer. Dette er i tråd med hva Eide og Eide (2007) definerer inn under den gode informasjonssamtalen. Den som gir informasjon må finne ut hva mottakeren ønsker informasjon om (Eide og Eide, 2007). Funnene utdyper ikke på hvilken måte denne oppfølgingssamtalen foregikk. I funnen er det ingen av sykepleierne som nevner at de lar pasienten gjenfortelle med egne ord den gitte informasjonen om pre-og postoperative forhold. Ved å la pasienten gjengi sin oppfattelse av den informasjonen som er gitt ville man kunne få et innblikk i hvilken informasjon som var forstått og hvilken informasjon som ikke var forstått



(Eide og Eide, 2007). Dette kunne bidratt til en kvalitetssikring av den pre-og postoperative informasjonen.

En av sykepleierne fortalte også at det hendte at pasientene ikke ønsket informasjon. Dette ønsket ble da respektert og de fikk ingen informasjon. Funnene viser det samme hos en av pasientene som ble intervjuet. Pasienten ga uttrykk for at hun var engstelig og at hun synes det var best å ikke vite noe. Hun sa hun ville bare glemme. Det kan forstås slik at pasienten blir mer engstelig av mer informasjon eller innsikt. Dette kan oppfattes som en benektelse fra pasienten sin side. Lazarus (1999,2006) sier at benektelse kan være en mestringsstrategi som kan være hensiktsmessig. Hvis informasjon og innsikt fører til betydelig engstelse eller gjør den det gjelder handlingslammet er benektelse en bedre mestringsstrategi. Når benektelsen fører til at man ikke klarer å nyttiggjøre seg behandling eller setter seg selv i fare er benektelse som mestringsstrategi negativ (Lazarus, 1999, 2006).

### 6.1.3 Benner og Wrubels omsorgsteori og mottagelighet for informasjon

Funnene viser som diskutert over at det kan virke som om pasienten innleggelsesdagen er mest mottagelig for informasjon som omhandler nær fremtid som samme dag og operasjonsdagen. Ved mottagelighet vil man da tenke at det er informasjon pasientene husker og kanskje selv mener er viktig. Dette kan man tenke har med hvilken situasjon pasientene er i dagen før operasjon. Hvilke ressurser pasienten har for å takle den situasjonen han erfarer å være i. Benner og Wrubel sin filosofi sier at man må forstå mennesket som en helhet og at man ikke kan forstå det utenfor den sammenhengen mennesket befinner seg i. Hva som betyr noe for hvert enkelt menneske har videre betydning for hvordan mennesket takler de utfordringene som en blir utsatt for (Benner & Wrubel, 2006). Det å skulle gjennomgå en operasjon vil da kunne utsette hver enkelt pasient for et stressmoment. Hvordan pasienten takler dette er har en sammenheng med hvor sterkt pasientens oppfattelse av sin livsverden er truet. Funnene viser som nevnt tidligere at pasientene er opptatt av informasjon om nært forestående ting som forberedelser til operasjon og selve operasjonen. Hvor inngripende dette er på pasientens livsverden finner man ut først etter at man har kartlagt hva det er som betyr noe for pasienten. Hvilken mening pasienten tillegger den situasjonen han er i kan være forskjellig fra pasient til pasient. En pasient kan oppfatte en forestående operasjon som livstruende mens en annen kan oppfatte det som et ubehag som må gjøres, eller at operasjonen er livreddende og ikke oppfattes som truende i det hele tatt. Hvordan pasienten oppfatter sin

egen situasjon dagen før operasjon er avhengig av hva som har betydning for pasienten (Benner & Wrubel, 2006). Når funnene sier at sykepleierne opplever at noen pasienten ikke vil ha informasjon vil dette kunne skyldes hvilke forutsetninger pasienten har for å takle situasjonen, bygget på hva som har betydning for pasienten i den konkrete situasjonen (Benner & Wrubel, 2006). Dette setter fokus på hvilken mestringsstrategi pasienten velger.

#### 6.1.4 Tidspunkt for informasjon

Man kan spørre seg om tidspunktet for når man skal gi informasjon. Dette bør sees i sammenheng med mottagelighet som diskutert tidligere i kapitlet, og vil bli diskutert underveis. Det som kommer til uttrykk i min studie er: før operasjon eller underveis, det blir ikke nevnt definert tidsrom innenfor disse to begrepene. Funnene viser at flere av pasientene var forberedt på noen type hendelser i det postoperative forløpet som for eksempel mobilisering, men samtidig viste funnene at pasientene ikke alltid kunne gjøre rede for til hvilket tidspunkt de hadde fått informasjonen. Funnene viser også at pasientene virker å akseptere informasjon underveis. Det vil alltid være informasjon som blir sagt opp igjen under et postoperativt forløp. Det kan vanskelig tenkes at pasientene husker all informasjon som har blitt gitt, og at pasientene på eget initiativ utfører alle instruksjoner i denne informasjonen. Det kan virke på funnene at den informasjonen de aksepterer underveis er informasjon som ikke kommer som en overraskelse på dem. Ut fra dette kan man tenke seg at de har en oppfattelse om emnet enten via tidligere gitt informasjon eller egen kunnskap. Dette kommer godt frem i funnene under temaet aktivitet hvor pasientene fikk instruksjoner underveis, og pasientene samtidig uttrykte at temaet ikke var ukjent for dem. I studien til Gabrielsen og Nord (2012) kommer det frem at ved egenaktivitet var de fornøyd med informasjon underveis. Informasjonen de da fikk var instruksjoner for hvordan de skulle komme ut av seng og at de skulle mobiliseres (Gabrielsen & Nord, 2012). Det kommer frem noe tilsvarende i studien til Suhonen og Leino-Kilpi (2006) hvor pasientene ønsket informasjon som var situasjonsbetinget, som forklarte hva slags type aktivitet som skulle foregå (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006). Man kan tenke seg at hvis temaet om mobilisering var helt ukjent ville pasientene ha reagert om man fikk beskjed om at man skulle opp av sengen. Da kan man tenke seg at informasjonen rundt dette emnet hadde en hensikt å gis på forhånd. I studien til Lithner og Zilling (2000) hvor de blant annet har undersøkt hva slags informasjon de vil ha på hvilket tidspunkt, kommer det frem at informasjon om mobilisering er et av områdene pasientene ønsker informasjon om før operasjonen. Studien sier også at pasientene ønsket informasjon om behandling på forhånd (Lithner & Zilling, 2000). Dette kommer også frem i

mine funn, hvor pasientene uttrykte tilfredshet over å ha mottatt informasjon om selve kirurgien og preoperative forhold før operasjonen.

Det at mange av pasientene i min studie ikke husket helt når de fikk forskjellig type informasjon trenger ikke å bety at informasjonen ikke er gitt. Det kan være at de husker informasjonen når emnet blir tatt opp igjen eller når det skal skje noe rundt emnet som de er presentert for tidligere. Det kan være at pasienten har et behov for en oppfriskning rundt emnet så ville de kunne huske informasjonen som ble gitt ved et tidligere tidspunkt. I en studie hvor man undersøker hvor mye en husker fra en gitt muntlig informasjon kommer det frem at man husker mer av den gitte informasjonen om man får presentert nøkkelord (Sandberg, et al., 2012 ). I studien til Hartley, Neubrandner og Repede (2012) ser de på til hvilket tidspunkt det er best å gi preoperativ informasjon til ryggpasienter. Dette for at de skal kunne nyttiggjøre seg informasjonen best. De kommer frem til at det er best å gi informasjon ca. en uke før operasjon. Dette fordi pasientene er for angstfulle rett før operasjonen (Hartley, et al., 2012 ).

Det kan tenkes at det kan være vanskelig for pasientene å selv definere når det er best å motta informasjon, spesielt hvis det å skulle opereres er en ukjent situasjon for dem. Dette kan man diskutere i lys av Lazarus (1999, 2006) sine mestringsstrategier og Benner og Wrubel (2006) sin omsorgsfilosofi som nevnt over. De fleste ville kunne være enig i en tankegang som sier at pasientene opplever sin egen situasjon som mer belastende jo nærmere man kommer dato for kirurgi. Da vil personens livsverden som er grunnlaget for Benner og Wrubels omsorgsfilosofi oppfattes annerledes enn dagen før operasjonen. Det vil da tenkes at pasientene er mer mottagelig for informasjon en stund før selve operasjonen som vist i studien til Hartley et al.( 2012). Dette vil igjen kunne føre til en annen mestringsstrategi enn pasienten hadde valgt rett forut for operasjonen. Man kan spørre seg om pasientene ville valgt en problemfokuseret mestring på all informasjon de mottar en viss tid forut for operasjonen. Det kunne i tilfelle ha ført til at pasientene hadde hatt ressurser til fordøye og forstå informasjonen som omhandler hele tidsperspektivet i pasientforløpet og at de vil oppleve en følelse av kontroll over hva som vil skje med dem (Lazarus, 1999, 2006). Ved at pasientene gis mulighet til å benytte en problemfokuseret mestringsstrategi til fordel for en følelsesfokuseret eller benektende mestringsstrategi kan bidra til at pasientene nyttiggjør seg informasjonen de får på en bedre måte. Det kan vanskelig vites på forhånd i hvilken livsverden pasientene er i sett i lys av Benner og Wrubel sin teori men det handler om å kunne gi de mulighetene til å

handle og reagere ut fra sin egen oppfattelse av situasjonen (Benner & Wrubel, 2006). Dette kommer delvis frem i studien til Suhonen og Leino-Kilpi (2006). I studien sier de at den informasjonen som blir gitt må tilpasses pasientens egendefinerte behov for informasjon og den evnen pasienten har til å motta informasjon i den gitte situasjonen (Suhonen & Leino-Kilpi 2006).

## 6.2 Behov for informasjon

Informasjon gitt forut for et operativt inngrep har som hensikt å forberede pasienten på hva som venter. Informasjonen skal bidra til at pasienten mestrer det postoperative forløpet best mulig ut fra sine egne ressurser (Almås & Berntzen, 2001; Christiansen 2013; Fagermoen 2001; Holm & Kummeneje, 2009).

### 6.2.1 Formen på informasjonen som ble gitt

I min studie var det ingen av pasientene som hadde fått skriftlig informasjon før eller etter operasjonen. Noen av pasientene i studien beskrev muntlig informasjon de hadde fått på poliklinikken. Dette var ofte noen uker forut for innleggelse. Alle beskriver den muntlige informasjonen de fikk ved innleggelsen. Funnene sier at alle pasientene ønsket muntlig informasjon. Da dette var den eneste informasjonen de fikk kan det diskuteres om de hadde noe reelt grunnlag for å uttrykke at de ikke ønsket muntlig informasjon. Det må tas i betraktning at de ikke hadde noe sammenligningsgrunnlag. Å ikke ønske muntlig informasjon hos mine intervjuede pasienter kunne fort da tolkes som at man ikke ønsket informasjon i det hele tatt. Muntlig informasjon er imidlertid noe de fleste pasienter ønsker. Dette kom frem i studien til Blay og Donoghue (2006) hvor de intervjuede ønsket informasjon gitt direkte fra helsepersonell (Blay & Donoghue, 2006). Årsaken til at alle ønsker dette kan være at pasientene føler seg ivaretatt og personalets kunnskap bidrar til å skape trygghet hos pasienten som beskrevet i studien til Grønnestad og Blystad (2004). Dagen før operasjon er preget av konkrete gjøremål og prosedyrer som skal gjennomføres. Funnene viser at dette blir det informert om. Det at sykepleierne vet eksakt hva som skal skje dagen før operasjon og at kirurgen forteller detaljert rundt operasjon kan man tenke seg fører til en følelse av trygghet. Denne informasjonen vil kunne oppfattes som en pasientnær, konkret informasjon som pasienten må forholde seg til. Pasienten kan man tenke seg får en oppfattelse av at helsepersonell har kontroll på situasjonen og derav følelsen av trygghet. Ved kun skriftlig informasjon vil aspektet ved «å bli sett» falle bort. Funnene i min studie sier at pasientene

ønsket skriftlig informasjon i tillegg til muntlig. Pasientene trekker frem at det er mye å huske på og at det er mye som blir glemt. I funnene ble det også nevnt at man kunne være litt omtåket etter operasjon. Pasientene uttrykte at det da kunne være kjekt å ha en skriftlig informasjon. Da kunne de gå tilbake og sjekke hva som har blitt sagt. Dette er overens med studien til Mills og Sullivan (2000) hvor de intervjuede beskrev den skriftlige informasjonen som et redskap for å gjenoppfriske ting som har blitt sagt og for å unngå misforståelser (Mills & Sullivan, 2000). Dette er også en av konklusjonene til Walker (2007) hvor hun i sin studie undersøker hvilken effekt preoperativ informasjon har å bety for pasientens tilfredshet med den postoperative pleien de fikk. Hun sier at for at pasientene skal kunne huske all den informasjonen de får vil det være nyttig med et tverrfaglig, skriftlig informasjonsskriv. Dette skrivet kan pasientene bruke som en huskeliste som gjør at de erindrer tidligere gitt informasjon bedre (Walker 2007). Pasientene i min studie nevner at det er mye som blir glemt som nevnt over. Dette er liknende det som kommer frem i en studie hvor forskerne har undersøkt hvor mye som blir husket av en muntlig videofremvisning. Resultatet viser at mye blir glemt. De som har mottatt denne muntlige informasjonen blir så gitt nøkkelord innenfor områder de har glemt. Det viste seg da at mange klarte å huske en del av informasjonen rundt emnet som gitt tidligere i muntlig versjon (Sandberg et.al 2012). Da kan man tenke seg at den skriftlige informasjonen vil kunne presentere «nøkkelord» som bidrar til at pasientene husker hva man har snakket om tidligere.

Man kan spørre seg om hvorfor man i dagens samfunn og utvikling av teknologi ikke har kommet lengre i formidling av informasjon enn å diskutere muntlig og eller skriftlig versjon. De fleste er kjent med nettbrett, app, smarttelefoner og andre former for teknologisk utstyr. Ville det kanskje vært enklere og mer effektivt å kunne formidle informasjon ved hjelp av denne teknologien? I studien til Mirkovic et al (2014), hvor de har testet ut bruk av et program for mobil hvor kreftpasienter kan få hjelp til å takle sykdommen sin, kommer det frem at testpersonene uttrykte seg positive til å bruke appen. I denne kommer det også frem at testpersonene mener alder har betydning for hvordan de klarer å håndtere appen. Ved spørsmål om flere valg på appen svarte testpersonene at dette passet for personer som var yngre. I denne studien var gjennomsnittsalder 61 år. I mine funn blir det ikke nevnt at de ønsker seg andre former enn skriftlig eller muntlig. Dette kan henge sammen med at pasientene i min studie hadde en gjennomsnittsalder på 58 år. Dette er nært opptil gjennomsnittsalderen i studien til Mirkovic et al. Det kan være nærliggende å tenke at det har en årsakssammenheng med alder at pasientene ikke ønsker informasjon på annen måte enn

skriftlig eller muntlig. Det kan være at pasienten i min studie ikke har et like naturlig forhold til elektronisk utstyr på samme måte som de som er yngre og på bakgrunn av dette kan det kanskje forstås slik at det er tryggere med noe som er kjent for dem. Det er også vanskelig å vurdere da pasienten i min studie ikke har mottatt informasjon annet enn muntlig heller. Det kan være at det er tryggere med det som er kjent. Det kommer frem i studien til Warren-Stormberg et al (2016) at pasientene over 60 år ønsket i større grad oppfølging i papirversjon enn de under 40 år. Dette gjaldt oppfølging hjemme etter kirurgi hvor de har undersøkt pasientenes innstilling til å bruke telemedisin i denne oppfølgingen. Det kommer imidlertid frem i studien til Johansson et al (2002) hvor hensikten var å kartlegge hvordan pasientene oppfattet og vurderte den informasjonen de fikk, at informasjonen kunne gjerne være databasert eller på video (Johansson et al., 2002).

### 6.2.2 Pårørendes deltagelse ved mottagelse av pre-og postoperativ informasjon

Funnene hos pasientene viser at kun en nevner pårørende i forbindelse med mottagelse av informasjon. Pasienten beskriver en opplevelse av å «bli tvunget» til å ha med pårørende. Pasienten mente selv hun ikke hadde noe behov for å ha med pårørende men oppfattet at det var bra for den pårørende å være med. I studien til Andreassen et al.(2005) blir det beskrevet hvordan pårørende opplevde usikkerhet rundt pasientens kreftsykdom og søkte informasjon om emnet hos helsepersonell og tilgjengelige medier. Det kommer frem i studien at pårørende var med på legekonsultasjoner og tok en aktiv part under konsultasjonen hvor de fikk informasjon og stilte spørsmål selv. Dette var beskrevet som en fremgangsmåte for pårørende slik at informasjonen de mottok kunne hjelpe på deres håndtering av usikkerheten (Andreassen et al., 2005). Man kan tenke seg at pårørende representert i min studie fikk informasjon som kunne bidra til mindre usikkerhet rundt pasientens sykdom og kommende operasjon og utfallet av denne. I min studie var det likt fordelt med kreftpasienter og ikke kreftpasienter. Med bakgrunn i funnene i studien til Andreassen et al.(2005) kan man tenke seg at flere pårørende en bare den ene som er representert i min studie skulle være interessert i informasjon. Man kan således spørre seg hvorfor ikke flere pårørende var med når pasienten fikk informasjon. En faktor som kan spille inn er at sykehusavdelingen som datainnsamlingen ble gjort ved er et regionssykehus for mange type kreftoperasjoner og pasientene kan komme langveis fra. Tar man dette i betraktning kan det være nyttig å diskutere formen på informasjonen som gjort over. Ved andre former for informasjonsformidling enn bare muntlig har pasienten mulighet til å studere denne når han selv ønsker. Ved for eksempel skriftlig informasjon gitt en tid før operasjon som beskrevet i studiene til Fagermoen og

Hamilton (2005) og Hartley et al. (2012), kan man tenke seg at også pårørende for ta del i denne informasjonen. I studien til Majasaari et al. (2005) kommer det frem at en stor overvekt av pasientene ønsket at deres pårørende skulle få informasjon om pasientens sykdom og behandling. Rundt halvparten av pasientene ønsket at pårørende skulle være tilstede ved sykehuset (Majasaari et al., 2005). Dette stemmer mer overens med funnene gjort hos sykepleierne. Funnene viser at sykepleierne beskriver en erfaring av at pårørende ofte er med når pre- og postoperativ informasjon skal gis. Funnene viser at alle sykepleierne ser nytten av at pårørende får samme informasjon som pasientene. De opplever at pårørende kan ha de samme engstelsene som pasientene. Sykepleierne opplever at pårørende kan gjenta gitt informasjon til pasientene slik at informasjonen ble forstått og at pårørende kan komme med oppklarende spørsmål som pasienten ikke klarer å uttrykke. At pårørende kunne hjelpe pasienten å huske informasjonen som ble gitt kom også frem i studien til Hartley (2012). I studien blir det diskutert gruppeundervisning versus individualisert undervisning. Det kommer frem at i gruppeundervisning kunne pasientene ha med familiemedlemmer. Dette opplevde pasientene som en emosjonell støtte, og hjalp pasienten å huske informasjonen som ble gitt (Hartley et al., 2012).

### 6.2.2 Informasjon om ernæring

Funnene viser at pasientene var uforberedt på problemene de hadde i forhold til ernæringsinntak. De beskriver at de hadde ønsket informasjon og veiledning i forhold til mengde, hyppighet og normale reaksjoner. Det at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om emnet førte til usikkerhet. Det er allmenn kunnskap at man må ha tilførsel av næring for å leve. Det er ikke vanskelig å tenke seg at en redusert evne til å innta næring vil kunne påføre pasienten en følelse av stress. Det er også kjent at mat og måltid er viktige områder i de fleste kulturer. Bakgrunnsforståelsen i Benner og Wrubel sin omsorgsfilosofi er et begrep som definerer hvilke meninger en person blir tillagt allerede fra fødselen som et resultat av den kulturen personen blir oppfostret i og blir en del av (Benner & Wrubel, 2006). Vi tenker ikke til vanlig hvordan man skal fysisk spise. Vi tar en bit mat, tygger, svelger og slik fortsetter vi uten å tenke over det. Måten vi inntar maten på ved hjelp av pinner, kniv og gaffel eller hendene vil være en forlengelse av kroppen. Dette inngår i vår kroppslige intelligens og er en del av vår kroppslige kunnskap (Benner & Wrubel, 2006). Hvis vi ser på den livsverden pasienten lever i, som innebærer den levde erfaring og den bakgrunnsforståelsen pasienten innehar kan en tenke seg at redusert evne til å innta ernæring vil kunne medføre påføre

pasientene en følelse som oppleves som stress. Ut fra hva «maten» betyr for pasienten vil dette være med på å bestemme hvordan pasienten takler situasjonen dette medfører (Benner & Wrubel, 2006). Funnene beskriver at pasientene måtte endre matvaner. De beskriver at de måtte spise små måltider, følelsen av at maten stoppet opp, fra å ikke kunne svelge til å føle at svelge gikk greit, metthetsfølelse på tross av lite matinntak. Dette vil da kreve at pasientene lærer seg ny kunnskap omkring det å «spise» ( Benner & Wrubel, 2006). De må tenke over hvordan de skal tygge maten, svelge, overse metthetsfølelse, og å ikke spise seg mett. Det ville være normalt å tenke at så lenge man er innlagt i sykehus vil man som pasient bli tatt vare på i forhold til ernæring. Man kan allikevel tenke seg at det vil kunne påføre pasienten stress ved å ikke kunne innta ernæring på samme selvfølgelige måte som før- uten å tenke så mye over selve handlingen. Tar vi utgangspunkt i Lazarus og Folkmans definisjon av psykologisk stress vil påkjenningen det er å ikke kunne ta til seg ernæring være av en slik karakter at pasienten opplever at han ikke har ressurser til å takle dette, og derav vil det kunne kjennetegnes som stress ( Lazarus 1999, 2006 ). Det ville i denne gitte situasjonen være lite hensiktsmessig å velge en følelsesfokusert mestringsstrategi som ville innebære å ikke tenke på problemet eller prøve å overse den stressfølelsen det gir ( Lazarus, 1999, 2006). En problemfokusert mestringsstrategi ville være hensiktsmessig her. Pasienten ville da prøve å søke kunnskap om hvordan han selv kunne bidra for å løse problemet (Lazarus, 1999, 2006). Slik det fremkommer av funnene får noen pasienter vite etter at de har opplevd problem med ernæringsinntak hvordan de skal håndtere dette. Således har de fått informasjon som de kunne dra kunnskap fra. Dette ville da hjelpe de å mestre den situasjonen de var i. Som nevnt innledningsvis sier funnene at pasienten ønsket informasjon om ernæringsproblemer på forhånd, altså før problemene oppstod. Ved å gi pasientene informasjon om forventede utfordringer ved ernæring og kunnskap om hvordan disse skulle håndteres, ville man kunne gi pasienten ressurser til å takle den situasjonen pasienten er i. Det kan også være at ved hjelp av riktig informasjon som pasienten nyttiggjør seg hensiktsmessig vil føre til at pasienten oppfatter liten grad av stress i den aktuelle situasjonen, fordi problemstillingen er kjent for han og han vet hva som skal gjøres. Faglitteraturen sier at hensikten med informasjon preoperativt er at pasienten skal føle seg forberedt, kunne mestre det postoperative forløpet bedre og innta en mer aktiv rolle under pasientforløpet (Almås & Berntzen, 2001; Christiansen 2013; Holm & Kummeneje, 2009; Kristoffersen, 2011). Dette er også overens med punktene til Fagermoen (2001) hvor det blir presisert at riktig informasjon om kroppslige ubehag/reaksjoner og hvordan man skal kunne mestre dette er med på å gi pasienten de



ressursene han trenger for å håndtere det stresset han vil oppleve i et postoperativt forløp (Fagermoen 2001).

I studien til Grønnestad og Blystad (2004) kommer det frem at pasientene ønsket mer informasjon om normale eller forventede reaksjoner underveis. De beskriver videre hvordan det å ikke få informasjon om dette kunne føre til engstelse og uro (Grønnestad & Blystad, 2004). Dette er i tråd med mine funn som uttrykker uro og engstelse rundt utfordringen med å innta ernæring. Informasjon om kroppslige følelser og diett ble også vektlagt høyt hos pasientene i studien til Keulers et al., (2008). Det kom frem i samme studie at pasientene vektla denne informasjonen høyere enn kirurgene (Keulers et al., 2008). I studien til Lithner & Zilling (2000) kommer det frem at pasientene hadde et høyere ønske om informasjon om ernæring ved utskrivelse enn ved innleggelse. I studien til Henselmans et al. (2012) viser funnene at ved Health- Related Quality of Life (HRQL) ble det rapportert at de fleste pasientene hadde spørsmål om ernæring og de tre spørsmålene som gikk igjen var størrelsen på måltider, svelgevansker og hvordan administrere ernæring gjennom en sonde inn i magen. Dette samsvarer delvis med mine funn hvor det blir rapportert om svelgevansker og usikkerhet rundt størrelsen på måltidene.

Funnene viser at sykepleierne har en oppfatning om at det blir gitt for lite informasjon om ernæring, de sier allikevel at de informerer om ernæring. Det kommer også til uttrykk hos sykepleierne at pasientene etterspør informasjon om ernæring. Dette samsvarer med funnene hos pasientene, og deres uttrykk for manglende informasjon omkring emnet. Sett i lys av diskusjonen av punktene tidligere i oppgaven kan man tillate seg å spørre om hvorfor det er slik? Sykepleierne har identifisert et behov som ikke er dekket hos pasienten, og pasientene bekrefter dette. Kan det være andre forhold som påvirker hvordan pasienten oppfatter informasjonen? Man kan spørre seg om det har noe med den situasjonen pasientene er i når han får informasjon om ernæring. Kan det ha noe med mottagelighet å gjøre? Kan det være at helsepersonell ikke informerer godt nok?

### 6.2.3 Identifisering av eget informasjonsbehov

Funnene viser at pasientene har vanskeligheter med å identifisere eget informasjonsbehov. De beskriver at de ikke kan få kunnskap nok samtidig som de ikke har kunnskap nok til å vite hva de skal spørre om. Dette samsvarer i en viss grad med studien til Grønnestad og Blystad

(2004) hvor det i funnene blir poengtert fra en pasient at informasjonsbehovet aldri slutter og at det er vanskelig å vite hva en lurer på til hvilken tid (Grønnestad & Blystad, 2004) I denne problemstillingen ligger det mange utfordringer for helsepersonell. Det kan være vanskelig å innfri et informasjonsbehov som ikke kan defineres. Helsepersonell informerer etter hva de mener er viktig, og dette er ikke bare basert på synsing men også etter empiri. Det er gjort mye forskning innen smerter og angst og hvordan pasientene skal kunne takle dette best mulig i forhold til en operasjon (Hughes, 2002; Garretson, 2004; Walker, 2007). Man må kanskje prøve å sette seg inn i hva som er viktig for pasienten i hans livsverden. Ved å få en forståelse av hva som er viktig for pasienten kan man vinkle informasjonen i den retningen. Dette kunne kanskje få pasienten til å føle seg trygg. Det kan vanskelig sees at man kan klare å oppnå å dekke alt informasjonsbehov hos alle pasienter. Ved følelse av trygghet kan det tenkes at pasientene får et endret informasjonsbehov. De kan kanskje akseptere å ikke vite alt, om de får informasjon om det som er viktig for dem. Et viktig moment her vil være at det er pasienten selv som definerer om behovet er dekket. Helsepersonell må snakke med pasientene for å få vite dette. Ser vi på hva Eide og Eide (2007) skriver om den gode informasjonssamtalen trekker de frem viktigheten av å prøve å kartlegge pasientens informasjonsbehov selv om ikke pasienten kan definere dette selv. Ved å samtale med pasienten om hvordan det går eller hvordan han har det vil man kunne få kartlagt hvilke områder som er viktige for pasienten og hvor det foreligger kunnskapshull. På den måten ville man kunne hjelpe pasienten med å definere sitt eget informasjonsbehov. Dette forutsetter at det foregår en dialog med pasienten (Eide og Eide, 2007). Det at pasienten ikke kan definere sitt eget informasjonsbehov trenger da ikke være en hindring for å få informasjonsbehovet sitt dekket.

Funnene i min studie viser også at pasientene uttrykker at de ikke vil ha informasjon om hendelser som de har opplevd som negative. En av disse negative opplevelsene var rundt smerter. Man kan spørre seg om pasientenes erfaring med denne opplevelsen ble så belastende for dem at de opplevde dette som stress. Lazarus (1999, 2006) definerer psykologisk stress slik: stress oppstår når påkjenningen eller forventningen fra omgivelsene ikke står i forhold til hva personen har ressurser til (Lazarus 1999, 2006). Dette kan være årsaken til at de ikke ønsker informasjon om emnet. Funnene viser at pasientene har en oppfatning om at kunnskap og innsikt i emnet ville gi dem en formening om hvor negativ erfaringen ville bli. Det må tas i betraktning at ved intervju tidspunktet er dette en erfart negativ opplevelse for pasienten. Det kan være vanskelig for pasientene å sette seg inn i et

annet scenario, hvor eventuelt god informasjon kunne ha hjulpet på oppfattelsen av den erfarte negative opplevelsen. Helsepersonell er kjent med hvordan et kirurgisk forløp etter planlagt kirurgi forløper. De er også kjent med de fleste utfordringer pasientene vil kunne møte. Informasjon om det postoperative forløpet skal hjelpe pasientene til å være forberedt på hva som møter dem i forløpet (Holm & Kummeneje, 2009; Almås & Berntzen, 2001). Dette vil da kunne hjelpe dem til å takle de utfordringene som kommer -på en for pasienten god måte (Christiansen, 2013). Ved å gi pasientene informasjon om smerter som vi vet med sikkerhet kommer kan vi gi dem mulighet til å takle utfordringen mer hensiktsmessig for dem (Christiansen, 2013; Fagermoen, 2001). Her tenker man at helsepersonell må bestemme ut fra erfaring hva som burde med i en preoperativ informasjon. Tidligere forskning viser at informasjon gitt før operasjonen kan redusere stress, angst og smertenivå (Hughes, 2002; Garretson, 2004; Walker 2007; Sadati et.al., 2013). Funnene i min studie viser at pasientene har en mening om at helsepersonell sitter på mye informasjon som pasientene selv ikke vet de skal spørre om. Man må kunne forvente at en slik informasjon som omhandler smerter vil inneholde et balansert bilde av smertenivå og håndtering av disse. Ikke at informasjonen gir pasienten et bilde av en negativ erfaring slik det antydes i funnene. Funnene viser at sykepleierne også har en forståelse av at pasientene ikke er godt nok informert om smerter, man har en oppfatning av at informasjon om smerter er gitt men ikke tilstrekkelig oppfattet av pasientene. Sykepleierne er undrende til at pasienten etter operasjonen har en forståelse av at de ikke skal kjenne noen form for smerter. På dette området er det samsvar mellom pasient og sykepleier, pasientene mener også at de ikke er godt nok informert om smerter. Imidlertid viser funnene at sykepleierne mener pasientene er for dårlig informert om mobilisering. Dette kommer ikke frem i funnene hos pasientene. De beskriver at de forventer mobilisering men ikke alltid kan identifisere hvem som har gitt de den informasjonen. Det kan tolkes som at sykepleierne vurderer informasjonsbehovet for pasientene forskjellig fra hva pasientene selv mener de har behov for. At helsepersonell vurderer informasjonsbehovet hos pasienter forskjellig fra pasientene selv kommer også frem i andre studier. I studien til Keulers et al,(2008) kommer det frem at kirurgene vurderte informasjon om selve sykdommen som viktigst for pasientene, mens pasientene vurderte anestesi som det viktigste området å få informasjon om. Pasientene vurderte videre informasjon om den postoperative perioden mye høyere enn kirurgene (Keulers et al., 2008). I studien til Mordiff et al, (2003) kommer det frem at alle de spurte: pasienter, sykepleiere, leger vektla informasjon om anestesi høyest. Det kommer videre frem at over halvparten av pasientene oppgav at de ikke fikk den informasjonen de ønsket om anestesi fra sykepleierne og rundt en tredjedel av pasientene

uttrykte at de ikke fikk den informasjonen de ønsket om anestesi fra kirurgene. Sykepleierne mente de gav tilfredsstillende informasjon i områdene preoperativ forberedelse og forventninger i det postoperative forløpet. På de andre områdene mente sykepleierne at de ikke gav god nok informasjon. Legene mente de gav god nok informasjon på alle de aktuelle områdene (Mordiffi et al., 2003). At pasienter og sykepleiere vektlegger tema i informasjonen som blir gitt forskjellig kommer også frem i studien til Suhonen og Leino-Kilpi (2006). I denne studien rangerer pasientene informasjon om situasjonsbestemte aktiviteter og hendelser høyest. Sykepleierne i samme studie rangerte støtte på det psykososiale planet høyest (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006).

### 6.3 Pasientens rett til informasjon

I Pasient og brukerrettighetsloven (2014) er det nedfelt at pasienten skal få informasjon om sin helsetilstand og behandling av denne. Det er presisert i loven at informasjonen skal tilpasses i forhold til ressurser og evne hos den som skal motta informasjonen. Det står videre at giver av informasjon skal påse at mottager av informasjonen har forstått denne (pasient- og brukerrettighetsloven 2014). Funnene bekrefter at pasientene har fått informasjon om selve det kirurgiske inngrepet og preoperative forberedelser. Funnene viser at pasientene har god innsikt i hva som skal skje forut for operasjon og hva som skal skje under selve kirurgien. Dette kan da tolkes som om de har forstått den informasjonen de har fått og således er kravet til informasjon på dette området innfridd. Funn fra andre studier viser også at pasientene verdsetter høyt informasjon som omhandler pre – og peroperative forhold (Grønnestad & Blystad, 2004; King et al., 2014; Lithner & Zilling, 1999; Mordiffi, et.al., 2003 ). Funnene i denne studien viser at det er forhold postoperativ som ikke pasientene har fått eller forstått slik som ernæring og smerter. Dette blir også bekreftet av sykepleierne. Således kan man spørre seg om pasientene har fått sin rett til informasjon innfridd. Som vist tidligere er det flere studier som sier at helsepersonell vektlegger informasjonsområdene forskjellig fra pasientene (Keulers et al., 2008; Mordiffi et al., 2003; Suhonen & Leino-Kilpi, 2006). Man kan spørre seg om hvem det er som skal definere hvilke områder pasienten skal ha informasjon om for å innfri informasjonsplikten i loven. Informasjonen skal tilpasses behov og mottagelighet er det beskrevet i loven (pasient- og brukerrettighetsloven 2014). Som beskrevet tidligere viser funnene at pasientene har vanskelig for å definere sitt eget informasjonsbehov. Review studien til Suhonen og Leino-Kilpi (2006) viser at informasjonsflyten mellom pasienten og helsepersonell ofte er en enveiskommunikasjon hvor

helsepersonell forteller og pasienten tar imot det han klarer eller trenger. I denne prosessen er pasienten passiv. Suhonen og Leino-Kilpi (2006) mener at det må gjøres mer forskning rundt det å gi individualisert informasjon da pasientene har forskjellige informasjonsbehov (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006). I studien til Johansson et al. (2002) kommer det frem at ikke alle pasientene visste hva de skulle spørre om og derfor burde det være en erfaren sykepleier som kartla pasientens kunnskapsnivå om egen sykdom. Dette ville kunne føre til en mer individualisert rettet pasientinformasjon (Johansson et al., 2002). At det er en erfaren person som gir informasjon til pasientene kommer også frem i studien til Hartley et al. (2012). I samme studie blir det lagt vekt på informasjonsgiver/ læremester sine kommunikasjonsferdigheter og ens kjennskap til læringsprinsipper. Det var også viktig at den som gav informasjon eller skulle lære opp pasientene var faglig oppdatert (Hartley et al., 2012). Funnen i min studie beskriver sykepleiere som gir informasjon på bakgrunn av erfaring. De beskriver videre hvordan de kan gi informasjon til en pasientgruppe som de har lite erfaring med eller er lenge siden de har jobbet med. Dette er da ikke i tråd med studiene nevnt over hvor de skisserer at sykepleierne burde være erfarne og faglig oppdatert for å best mulig kunne kartlegge pasientenes individuelle behov for informasjon (Hartley et al, 2012; Johansson, 2002; Suhonen & Leino-Kilpi, 2006). Man kan tenke seg at hvis sykepleierne tok i betraktning hva funnene viser i nevnte studier over ville man kunne langt på vei ha en mulighet for å innfri pasientens rett til informasjon jamfør lovteksten i Pasient og brukerrettighetsloven (2014)

### 6.3.1 Autonomiprinsippet

Pasient og brukerrettighetsloven (2014) definerer en rett til informasjon som diskutert i foregående kapittel. Teksten i denne loven er forhold som også må være innfridd for at prinsippet om autonomi skal være oppfylt. Informasjon til pasienten skal bidra til at pasienten tilegner seg den forståelse og kunnskap som kreves for å få innsikt i sitt eget behandlingsforløp (Nortvedt, 2012). Er ikke informasjonskravet oppfylt slik som diskutert i kapitlet over, vil dette ha innvirkning på om prinsippet om autonomi er innfridd. Fokuset i lærebøkene om pasientinformasjon tar opp forhold som bidrar pasientautonomi og at pasientens rett til informasjon jamfør Pasient og brukerrettighetsloven (2014) blir innfridd. Lærebøkene beskriver informasjon som skal inneholde informasjon om hva som skjer før, under og etter operasjonen. Denne informasjonen skal bidra til at pasienten tilegner seg kunnskap om sitt eget forløp og at denne kunnskapen således bidrar til mestring (Almås & Berntzen, 2001; Christiansen, 2013; Holm & Kummeneje, 2009; Nortvedt, 2012). Funnene

viser at en av pasientene ikke ønsket informasjon om det postoperative forløpet. Denne pasienten hadde detaljert innsikt i pre- og peroperative forhold og ut fra dette kan en kanskje tolke det slik at pasienten hadde nok innsikt til å si at hun ikke ønsker mer informasjon. Dette vil da kunne innfri kravet om autonomi. Pasienten benytter seg av retten til å si nei basert på den informasjonen hun har fått. Funnene viser at alle pasientene var informert om pre og peroperative forhold og det kunne tolkes dithen at de hadde forstått dette. På bakgrunn av dette kan det kanskje tolkes dithen at prinsippet om autonomi var innfridd i forhold til valg om gjennomføring av operasjon eller ikke, isolert sett. Funnene viser at pasientene, bortsett fra en som ikke ønsket informasjon, ikke var informert eller hadde skjønt deler av informasjonen som omhandlet det postoperative forløpet. Man kan spørre seg om prinsippet for autonomi er innfridd her. Funnene viser at sykepleierne ga informasjon om flere forhold som pasientene ikke hadde forstått eller mener de ikke har fått. Tar man utgangspunkt i hva sykepleierne sier i funnene ønsker de alle at pasientene skal være godt informert om det postoperative forholdet. Slik jeg ser det har sykepleierne et ønske om at pasientene skal være informert om hva som venter de i forløpet og i dette ligger det at pasienten har forstått informasjonen. Funnene viser at de vektlegger informasjon som de anser som viktig og videre informasjon de har erfaring med er viktig for at pasienten skal mestre det postoperative forløpet. I denne diskusjonen kommer jeg tilbake til forhold som diskutert tidligere. Hvem skal indentifisere pasientens behov for informasjon, når funnene viser at pasientene ikke klarer å indentifisere eget informasjonsbehov?

#### 6.4 Studiens begrensninger, sterke og svake sider

Studiens hensikt var å få kunnskap om kjennetegn og erfaringer ved pre-og postoperativ informasjon. En kvalitativ tilnærming ble valgt for å svare på problemstillingen. Jeg ønsket med dette å få innsikt i pasientenes og sykepleiernes erfarte opplevelser og meninger rundt emnet. Med utgangspunkt i intervju mente jeg dette ville være en bra måte å besvare problemstillingen min på. Individuelt intervju med pasientene og gruppeintervju med sykepleierne. Gruppeintervju ble valgt for sykepleierne da jeg hadde en formening om at samspillet i gruppen og deres felles utgangspunkt kunne fremme ytringer og avdekke flere og mer nyanserte svar. Dette på samme måte som fordelene og hensikten ved et fokusgruppe intervju (Kvale & Brinkmann, 2012).

Analyseprosessen og resultatene skal beskrives på en detaljert måte slik at leseren får en klar forståelse av hvordan denne prosessen er gjennomført (Elo & Kyngäs, 2007; Granheim & Lundman, 2004; Malterud 2002). Det var viktig for meg at grundigheten i analysearbeidet ble tydelig slik at leseren kunne følge min analyseprosess. Dette er presentert i kapittel 3.

Funnene ble diskutert opp mot tidligere empiri som presentert i kapittel 2. Min forforståelse og den teoretiske referanserammen jeg bruker vil prege mine fortolkninger av data. Med utgangspunkt i en annen referanseramme kan mine data fortolkes på en helt annen måte. Som forsker må jeg erkjenne at min referanseramme styrer mine valg og således resultatet i studien også. Det kan være at interessante kategorier kan gå tapt med bakgrunn i dette (Malterud, 2011). Som nevnt i kapittel 2 var det lite forskning på pasientens egendefinerte behov for pre-og postoperativ informasjon, men det finnes mye forskning på effekten av pre-og postoperativ informasjon. Jeg mener allikevel tidligere empiri er med på å belyse sentrale funn i min studie.

Intervjupersonene i min studie er alle valgt ut fra samme avdeling. Således vil resultatet kunne blitt annerledes om jeg hadde et utvalg fra flere sykehus eller andre avdelinger. Det fremkommer imidlertid til stadighet i media saker hvor pasienter hevder seg ikke informert om for dem viktige forhold. Dette kan bygge opp under at temaet informasjon alltid er aktuelt og formidling av informasjon er et sentralt tema i sykepleierutdanningen. Det er hvordan informasjonen blir oppfattet og forstått hos mottaker som er viktig etter min mening. Ikke hvilket fagområde det skal informeres i. Ser man på hvilke forhold som påvirker pasientens mottagelighet og hvorfor man oppfatter noen type informasjon viktigere enn annen, vil min studies resultat kunne overføres til å gjelde flere typer pasienter uavhengig av demografi og geografisk beliggenhet. Dette vil etter min mening styrke validiteten i min studie (Malterud, 2011).

Det kan anses som en svakhet at inklusjonskriteriet for pasientene angående operasjon var vidt. De ble ikke inkludert etter diagnose men etter elektiv gastrokirurgi. Det kan ikke utelukkes at funnene hadde sett annerledes ut om alle de inkluderte pasientene hadde gjennomgått samme type operasjon. Min forforståelse gjorde at jeg ikke valgte å sette en begrensning på type operasjon eller sykdom da jeg hadde erfaring med at alle pasientene fikk lik informasjon uavhengig av diagnose. Da var de 5 pasientene som ble inkludert et strategisk utvalg som gav grunnlag for å svare på problemstillingen om erfaringer og kjennetegn ved pre-og postoperativ informasjon, men det burde kanskje vært tatt hensyn til kjønn. Utvalget med

overvekt av kvinner hos pasientene 5 kvinner og 1 mann kan også bidra til et skjevt bilde av hvilke erfaringer og kjennetegn som kommer til uttrykk ved pre og postoperativ informasjon. Det kan være at menn vektlegger andre ting ved pre- og postoperativ informasjon enn kvinner.

Personvernombudet godkjente min studie ved egen arbeidsplass, men datainnsamling ved egen arbeidsplass må sies å være en svakhet i min studie. Erfaring og kunnskap om pasientgruppen og problemstillingen vil kanskje kunne gi meg god innsikt i aktuelle problemstillinger hos de intervjuede, men erfaringen og kunnskapen vil ubevisst eller bevisst prege min fortolkning. Dette er viktig at leseren får innsikt i slik at de kan legge til grunn min for forståelse når de vurderer mine funn. På denne måten blir tolkningsprosessen synlig for andre (Kvale & Brinkmann 2012, Malterud 2011). Det at pasienter og sykepleiere i min studie er fra samme avdeling er viktig for å kunne få et innblikk i hvilken informasjon som blir gitt og oppfattet. Det kunne kanskje vært en styrke å hatt med kirurgene i utvalget i studien. Dette for å få kunnskap om hvilken informasjon de oppfattet de ga pasientene. Dette var opprinnelig tenkt gjennomført i studien min men ble forkastet etter tidspress da det viste seg å være vanskelig for kirurgene å avse tid på gitte tidspunkt. I funnene mine beskriver og gjengir pasientene nøye den informasjonen legene ga så det kan diskuteres om intervju med kirurgene ville fremkalt nye sentrale funn. Studien har et utvalg på fem pasienter og fem sykepleiere. Dette antallet vil kunne sees å være en styrke.

### 6.5 Studiens kliniske betydning og veien videre

Tar man utgangspunkt i dagens situasjon forgår det fler operasjoner pr år nå enn bare noen år tilbake. SSB sin statistikk viser en økning på 4% i 2015 fra 2014 når det gjelder innleggelser i somatisk avdeling (SSB 2016). Det er også en økning i levealder på Norges befolkning (SSB, 2016). Med tanke på dagens utvikling av samfunn og teknologi vil det tilkomme pasientkategorier innenfor kirurgi som har andre behov enn dagen pasienter. Dette kan bero på kulturell bakgrunn og teknologisk utvikling. Morgendagens eldre vil man kunne tenke har en helt annen teknologisk forståelse enn dagens eldre. Legger man til grunn den kunnskapen man har om viktigheten av informasjon og pasientenes behov for dette burde man utforske videre måter å kartlegge pasientenes individuelle behov for informasjon og på hvilken måte de ønsker informasjonen. Sykepleierne må bli flinkere til å kartlegge pasientenes livsgrunnlag og erfaring for å kunne tilpasse informasjonen på best mulig måte. Dette vil kreve tid og ressurser men kan bidra til at man tenker i andre baner enn den tradisjonelle



sykepleiersamtalen. Slik det er nå kan man ikke fortsette å gi bare muntlig informasjon dagen rett før operasjon.

Informasjon er et viktig tema innenfor sykepleie. Funnene i studien indikerer at mye av informasjonen som blir gitt bærer preg av en enveiskommunikasjon eller at informasjonsgiver ikke utforsker hvordan mottaker har forstått den gitte informasjonen. Sykepleierne må fokuseres mer på at pasientene skal gjengi sin forståelse av gitt informasjon slik at man kan verifisere om denne er oppfattet på riktig måte. Det bør også sikres at pasientene i tillegg til muntlig får informasjon i en annen form som de kan studere ved behov. Dette vil sikre at pasienten har tilgang til informasjonen til en hver tid og ville kunne hjelpe pasienten å huske og oppklare misforståelser. Helsepersonell bør bli mer fokusert på pasientens mottagelighet for informasjon.

Det kunne være interessant å forske på om et spørreskjema om Quality of life via nett eller en app kunne bidra til å finne ut hvilke områder som er viktig for pasienten. Resultatet fra denne undersøkelsen kunne da brukes til å individualisere den pre- og postoperative informasjonen bedre.

Jeg opplever at funnene i studien gjør at jeg vil arbeide for å endre informasjonsrutinene ved avdelingen jeg jobber. Studien vil bli brukt for å skape fokus rundt pasientinformasjon og forhåpentligvis sette i gang et arbeid som kan bidra til kvalitetssikring av pre- og postoperativ informasjon.

## **7. KONKLUSJON**

Hensikten med studien var å belyse hvilke kjennetegn og erfaringer ved pre- og postoperativ informasjon som kommer til uttrykk hos pasienter og sykepleiere i en elektiv kontekst?

Forskningsspørsmålene som ønsket belyst var:

- Hvilken type informasjon gir pasientene uttrykk for at de ønsker om det pre- og postoperative forløpet?

- Hva erfarer pasientene at de har fått pre- og postoperativ informasjon om?
- I hvilken form og til hvilket tidspunkt ønsker pasientene pre- og postoperativ informasjon?
- Hva mener helsepersonell de har gitt pre- og postoperativ informasjon om?

Pasienten får sitt informasjonsbehov angående forberedelser til operasjon og selve kirurgien dekket. Denne informasjonen kjennetegnes ved å være konkret og presis og handler mye om forhold i nåtid. Informasjonen angående forberedelser til operasjon er mye konkrete gjøremål som er lette å forholde seg til. Pasientene får i varierende grad dekket sitt informasjonsbehov om postoperative forhold. Pasientene gir til uttrykk at de ønsket informasjon både før og under pasientforløpet og at type informasjon kan være situasjonsbetinget. Pasientene virker å akseptere informasjon som går på praktiske gjøremål underveis. Informasjon om mulige utfordringer i det postoperative forløpet som matinntak, smerter og kvalme ønsket de på forhånd. Samtidig gav de uttrykk for at de ikke ønsket gjennom informasjonen å skjønne hvor store utfordringene kunne bli.

Pasienten erfarte at de kjente igjen fokuset rundt mobilisering men var litt usikre på når de hadde fått denne informasjonen eller om de hadde fått den i det hele tatt. Sykepleierne sa de hadde gitt informasjon om mobilisering så erfaringen blir at pasienten ikke husker alt som blir sagt, men det kan virke som om det er en generell kunnskap om emnet. Informasjon om ernæring peker seg her ut som et område pasientene er spesielt opptatt av og gir uttrykk for at de ikke visste nok om. Hvorfor ernæring fremtrer som et viktig område kan ha noe med hvilken betydning ernæring vektlegges i pasientens livsverden. Studien kommer ikke frem til noen konklusjon for hvorfor pasientene ikke oppfatter informasjonen de får men peker på mulige årsaker til dette. Hvor mottagelig pasientene er for den informasjonen han får i den gitte situasjonen kan være et sentralt spørsmål her. Et sentralt tema som kommer frem er at pasientene ikke klarer å identifisere eget informasjonsbehov.

De fleste av pasientene ønsket skriftlig informasjon i tillegg til den muntlige de fikk. Funnene viser at pasientene selv uttrykker at de ikke husker alt som blir sagt. Funnene viser at den pre og postoperative informasjonen helsepersonell gir til pasienten blir oppfattet av pasientene i varierende grad. Det kan virke som om pasientene hadde husket mer av informasjonen om de også hadde fått en skriftlig versjon.

I funnene kan det virke som om pasienter og sykepleiere vektlegger viktigheten av informasjon innenfor de forskjellige områdene ulikt. Sykepleierne vektlegger informasjon om mobilisering som viktigst men dette ikke kommer frem hos pasienten som like viktig. Sykepleierne gir informasjon om smerter, mobilisering, utstyr, overgang til sengepost og praktiske forberedelser, men er klare på at de gir informasjon etter erfaring. De fleste av sykepleierne sier ingen ting om at de sjekker ut i hvilken grad pasientene har forstått informasjonen.

Det kan konkluderes med at helsepersonell ikke virker å gjøre nok for at pasientene skal tilegne seg den informasjonen som blir gitt. Det kan virke som om mottageligheten for informasjon kan sees i sammenheng med hvilken grad pasienten opplever stress. Dette er ikke tatt i betraktning når pre-og postoperativ informasjon gis.

Erfaringer fra sykepleierne tilsier at pårørende har en rolle i informasjonsformidlingen. De kan være til hjelp for pasienten sin oppfattelse av informasjon og informasjonen kan bidra til at de selv opplever trygghet. Et typisk kjennetegn ved den pre-og postoperative informasjonen er at den virker å bli formidlet som en monolog. Det kan virke som om forhold som pasientens egne ressurser og mottagelig for informasjon ikke blir tilfredsstillende kartlagt. I dette ligger det også implisitt at pasientene har forskjellige behov i forhold til pre- og postoperativ informasjon.

## LITTERATURLISTE

- Andersson, Viveka. Otterstrom-Rydberg, Eva. Karlsson, Ann-Kristin. ( 2015). *The importance of written and verbal information on pain treatment for patients undergoing surgical interventions*. I: Pain Management Nursing, Vol 16, No 5, 634-641
- Andreassen, S. Randers, I. Näslund, E. Stockeld, D , Mattiasson, A.-C. (2015). *Family Members' experience, information needs and information seeking in relation to living with a patient with oesophageal cancer*. I: European Journal of Cancer care, 14, 426-434.
- Almås, Hallbjørg. Berntzen, Helene.( 2001). *Generell preoperativ sykepleie*. s.154-170 I: Almås, Hallbjørg red. Klinisk sykepleie. 3.utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske.
- Benner, Patricia & Wrubel, Judith. ( 2014).*Omsorgens betydning i sykepleje: Stress og Mestring ved sundhed og sykdom*. 2. utgave. København. Munksgaard
- Blay, Nicole. Donoghue, Judith.( 2005). *The effect of pre-admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy* I:Australian Journal of Advanced Nursing. Vol. 22, No 4, 14-19.
- Carlsen, Karin C.Lødrup og Staff, Annetine.( 2012) *Forskningshåndboken: fra idé til publikasjon*. 5.utgave. Oslo. Bjerch Trykkeri.
- Christiansen, Bjørg(red). (2013).*Helseveiledning*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, Hilde. Eide, Tom (2007).*kommunikasjon i relasjoner*. 2. utg. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Elo, Satu. Kyngäs, Helvi.(2007). *The qualitative content analysis process*.I: Journal of Advanced Nursing. 62(1). 107-115.
- Fagermoen, May Solveig. ( 2001). *Samtale, undervisning og veiledning* s.12-30 I: Almås, Hallbjørg red. Klinisk sykepleie. 3.utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske.

- Gabrielsen, Anita Kristin. Nord, Randi. (2012). *Kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon*. I: Nordisk sygeplejeforskning. No 1.15-28.
- Garretson, Sharon. (2004). *Benefits of pre-operative information programmes*. s. I :Nursing Standard, Vol 18, no 47, 33-37.
- Granheim, U.H. Lundman, B.(2004).*qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achive trustworthiness*. I: Nurse Education Today. 24. 105-112.
- Grønnestad, Berit Kvalvaag. Blystad, Astrid.( 2004). *Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon-En kvalitativ studie*. I: Vård i Norden, Vol 24, no 4. 4-8.
- Hartley, Megan. Neubrandner, Judy. Repede, Elizabeth. ( 2012). *Evidence-based spine preoperative education*. I: International Journal of Orthopaedic and trauma Nursing. no 16. 65-75.
- Henselmans, Inge. Jacobs, Marc. Berge Henegouwen, Mark I. van. Haes, Hanneke C.J.M de. Sprangers, Mirjam A.G. Smets, Ellen M.A. (2012). *Postoperative information needs and communication barriers of esophageal cancer patients*. I: Patient Education and Counseling, Vol 88. 138-146.
- Hughes,Suzanne. (2002).*The effects of giving patients pre-operative information*. I Nursing Standard, Vol 16, no 28. 33-37
- Holm, Solrun. Kummeneje, Ingrid.(2009). *Pre-og postoperativ sykepleie, med dagkirurgi*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Johannessen, A. Tufte, P. Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo. Abstract Forlag.
- Johansson, Kirsi. Leino-Kilpi, Helena. Salanterä, Sanna. Lehtikunnas, Tuija, Ahonen, Pia.

- Elomaa, Leena. Salmela, Marjo.(2003). *Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective*. I: patient Education and Counseling, 52. 239-245.
- King, Judy. Chamberland, Paul. Rawji, Anissa. Ager, Amanda. Léger, Renée. Michaels, Robin. Poitras, Renée. Skelton, Deborah. Warren, Michelle. (2014). *Patient Educational Needs of Patients Undergoing Surgery for Lung cancer*. I: Journal Cancer Education. 29. 802-807.
- Kristoffersen, Nina Jahren.( 2011). *Stress og mestring*, kapittel 23, s. 131-196.I:Kristoffersen, Nortvedt, Skaug (red). Grunnleggende sykepleie bind 3.2.utg. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Keulers, B.J. Scheltinga, M.R.M. Houterman, S. van Der Bilt,G.J. Spauwen, P.H.M (2008). *Surgeons Underestimate Their patients' Desire for Preoperative Information*. I: World Journal of Surgery.32. 964-970.
- Kvale,Steinar. Brinkmann,Svend.( 2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utgave. Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lazarus, Richard S.(1999).*Stress and emotion:A New Synthesis*. New York.Springer Publishing Company, Inc.
- Lazarus, Richard S. ( 2006). *Stress og følelser-en ny syntese*. København . Akademisk forlag.
- Lithner, Maria. Zilling, Thomas.( 2000). *Pre- and postoperative information needs*. s. 29-37. I: Patient Education and Counseling, 40. 29-37.
- Malterud, Kirsti.(2002). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, Muligheter og begrensninger*. I: Tidsskrift for Norsk Lægeforening, no 25. 2468-72.
- Malterud, Kirsti. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3.utgave. Oslo. Universitetsforlaget.
- Majasaari, Hilikka. Sarajärvi, Anneli. Koskinen, Helena. Paavilainen, Eija. ( 2005). *Patients'*

- Perceptions of Emotional Support and Information Provided to Family Members. I: AORN Journal*, 81(5). 1030-1039.
- Mills, Moyra E. Sullivan, Kate. ( 2000). *Patients with operable oesophageal cancer: their experience of information-giving in a regional thoracic unit.s. I: Journal of Clinical Nursing* Vol 9, no 2. 236-246.
- Mirkovc, Jelena. Kaufman, David. Ruland, Cornelia. (2014). *Supporting Cancer Patients in Illness Management: Usability Evaluation of a Mobile App. I: JMIR mHealth uHealth*, 2(3). 1-21. doi:[10.2196/mhealth.3359](https://doi.org/10.2196/mhealth.3359).
- Mordiff, Siti Zubaidah. Tan, Seo Peng. Wong, Mei Kin. (2003). *Information provided to surgical patients versus information needed. I: AORN Journal* Vol 77, no.3,546-62
- Nilssen, Vivi. ( 2012). *Analyse i kvalitative studier- Den skrivende forskeren*. Oslo. Universitetsforlaget AS.
- Norsk Sykepleier Forbund ( 2015).*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, Finn. (2008). *Kroppsfenomenologisk forskning -i grenselandet mellom empiri og filosofi. I: Vård i Norden*. 28(3). 53-55.
- Nortvedt, Per. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag
- Pasient – og Brukerrettighetsloven. §3-2 *pasienten og brukerens rett til informasjon*. hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Polit, Denise F & Beck, Cheryl Tatano. (2008).*Nursing Research-Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Eight Edition. Philadelphia. Lippincott Williams &Wilkins.
- Sadati,Leila. Pazouki, Abdolreza. Mehdizadeh, Abolfazl. Shoar, Saeed. Tamannaie, Zeinab.

Chaichian, Shahla. ( 2013) . *Effect and preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy:a randomized clinical trial*. I: Scandinavian Journal of Caring Sciences. Vol 27.994-998.

Sandberg, Elisabeth H. Sharma, Ritu. Sandberg, Warren S. (2012). *Deficit in Retention for verbally Presented Medical Information*. I:Anesthesiology Vol 117, no 4. 772-779.

Selye, Hans. (1955).*Stress and Disease*.I: SCIENCE. Vol 122. No 3171. 625-631

Selye, Hans.(1978). *Stress uten press*. Oslo. A/S Hjemmet Fagpresseforlaget.

Slettebø, Åshild. Nortvedt, Per. ( 2006). *Autonomi som utfordring*. s.193-214. I: Slettebø, Åshild, Nortvedt, Per (red). *Etikk for helsefagene* . Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Statistisk sentralbyrå. ( 2016). *Statistikk om somatiske innleggelser* hentet fra <http://www.ssb.no/pasient>

Statistisk sentralbyrå (2016) *Nøkkeltall om befolkning* hentet fra <http://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall>

Store Norske Leksikon (2016). Hentet fra: <https://snl.no/.search?utf8=%E2%9C%93&query=fenomen>

Suhonen, Riitta. Leino-Kilpi, Helena. ( 2006). *Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review*. S. 5-15. I:Patient Education and Counseling. Vol 61. 5-15.

Sykepleiernes Samarbeid I Norden (). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*. Hentet fra: [https://dsr.dk/sites/default/files/479/ssns\\_etiske\\_retningslinjer\\_0.pdf](https://dsr.dk/sites/default/files/479/ssns_etiske_retningslinjer_0.pdf)

Thornquist, Eline.(2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.



Tjora Aksel.( 2012). *Kvalitative forskningsmetoder - i praksis*. 2 utgave. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Walker, Jennie April.( 2007). *What is the effect of preoperative information on patient satisfaction*. I: *British Journal of Nursing* Vol 16, no 1. 27-32.

Warren-Stomberg, Margareta. Jacobsson, Jan. Brattwall, Metha. ( 2016).*At-home monitoring after surgery/anaesthesia- a challenge*. I: *Journal of Evaluation in Clinical practice*. 1-5. doi: 10.1111/jep.12551.

## Vedlegg 1. svar fra REK

Vår ref.nr.: 2014/544 D

Hei!

Viser fremleggingsvurdering for " Pasienters erfaringer med preoperativ informasjon". Fremleggingsvurderingen er vurdert av komiteens leder Finn Wisløff.

Hensikten med prosjektet er å få kunnskap om hva pasienter selv ønsker av informasjon om det postoperative forløpet. Dette kan brukes for å forbedre den informasjonen som allerede blir gitt av helsepersonell.

Forskningsspørsmål:

- Hva slags informasjon ønsker pasienten selv om det postoperative forløpet?
- Hva opplever pasientene de har fått informasjon om?
- På hvilke måte og til hvilket tidspunkt ønsker pasientene den postoperative informasjonen?
- Hva mener helsepersonell de har gitt postoperativ informasjon om?
- Hvilken type postoperativ informasjon mener helsepersonell er viktig for pasienten i det postoperative forløpet?

### **REKs vurdering**

Prosjektet faller utenfor REKs mandat da det ikke vil gi ny kunnskap om helse og sykdom som sådan.

Prosjektet er dermed ikke fremleggelsespliktig og kan gjennomføres uten godkjenning fra REK.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Emil Lahlum

Førstekonsulent

[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

T: 22845523

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**  
<http://helseforskning.etikkom.no>



## Vedlegg 2. Tilråding fra personvernombudet



Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:  
Trondheimsveien 235  
0514 Oslo

Sentralbord:  
02770

Org.nr:  
NO 993 467 049 MVA

[www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

# PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING

Til: Hege Sveistrup

Kopi:

Fra: Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus

Saksbehandler: Stein Vetland

Dato: 9. april 2014

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og databehandling av personopplysninger

---

Saksnummer/  
ePhortennummer: 2014/5236

### **Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet "Kjennetegn og erfaringer ved postoperativ informasjon"**

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud ved Oslo Universitetssykehus (OUS), fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysnings-forskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Oslo universitetssykehus HF ved adm. dir.
2. Avdelingsleder eller klinikkleder ved OUS har godkjent studien.
3. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen (vedlagt). Annen lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av Personvernombudet.
5. Oversendte samtykker benyttes, inklusive eventuelle markerte tillegg og endringer foretatt av personvernombudet. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
6. Kryssliste som kobler avidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor.
7. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
8. Kontaktperson for prosjektet skal hvert tredje år sende personvernombudet ny melding som bekrefter at databehandlingen skjer i overensstemmelse med opprinnelig formål og helseregisterlovens regler.
9. Data slettes eller anonymiseres senest ved prosjektslutt 1.januar 2016 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen  
for Personvernombudet

Stein Vetland, personvernrådgiver  
Oslo universitetssykehus HF  
Stab pasientsikkerhet og kvalitet  
Seksjon for personvern og informasjonssikkerhet

Epost: [personvern@oslo-universitetssykehus.no](mailto:personvern@oslo-universitetssykehus.no)  
Web: [www.oslo-universitetssykehus.no/personvern](http://www.oslo-universitetssykehus.no/personvern)

### Vedlegg 3. informasjon om studien og samtykkeskjema for pasienter

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *”Kjennetegn og erfaringer ved postoperativ informasjon”*

#### **Bakgrunn**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å bidra til dypere innsikt om informasjon til pasienter som gjennomgår planlagt operasjon. Du er spurt om å delta fordi du har gjennomgått operasjon og er nesten ferdig med oppholdet ditt ved sykehuset. Dine erfaringer vil være med å gi verdifull innsikt i hva som bør vektlegges av informasjon til pasienter om tiden på sykehuset etter operasjonen. Jeg er masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Jeg er utdannet sykepleier.

#### **Hva innebærer studien?**

Jeg ønsker å intervju deg og benytter båndopptager. Intervjuet vil ta maksimalt en time. Opptaket vil bli oppbevart slik at det ikke er tilgjengelig for andre enn meg. Opptaket og utskriften av dette vil bli slettet senest 01.01.16

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre pasienter som skal opereres.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Opplysningene blir senest slettet 2016.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling på sykehuset. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte

Hege Sveistrup  
Tlf 99 44 49 74

Veileder:  
Liv Halvorsrud  
Førstemanuensis  
Høgskolen i Oslo og Akershus  
HF - Institutt for sykepleie  
[Liv.Halvorsrud@hioa.no](mailto:Liv.Halvorsrud@hioa.no)  
Tlf: 67 23 60 38

## **Samtykke for deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien**

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert, rolle i studien, dato)

## Vedlegg 4: Informasjon og samtykkeskjema for sykepleiere

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## *”Kjennetegn og erfaringer ved postoperativ informasjon”*

### **Bakgrunn**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å få dypere innsikt i hvilken informasjon pasientene som gjennomgår kirurgi oppfatter og forventer om forløpet på sykehuset etter operasjonen. Du er spurt om å delta fordi du gir informasjon til pasientene før operasjon og du yter sykepleie til pasientene etter operasjon. Dine erfaringer kan gi verdifull innsikt i hva som burde vektlegges når en skal gi informasjon til pasientene om forløpet på sykehuset etter operasjonen. Jeg er masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven.

### **Hva innebærer studien?**

Jeg ønsker å intervju i et gruppeintervju hvor flere sykepleiere (4-7 stk) fra OUS, Ullevål vil delta samtidig. Intervjuet vil ta maksimalt en time. Opptaket vil bli oppbevart slik at det ikke er tilgjengelig for andre enn meg. Opptaket og utskriften av dette vil bli slettet senest 01.01,16.

### **Mulige fordeler og ulemper**

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre pasienter som skal opereres.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Opplysningene blir senest slettet 2016

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for ditt ansettelsesforhold ved sykehuset.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling på sykehuset. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte

Hege Sveistrup  
Tlf 99 44 49 74

Veileder:  
Liv Halvorsrud  
Førsteamanuensis  
Høgskolen i Oslo og Akershus  
HF - Institutt for sykepleie  
[Liv.Halvorsrud@hioa.no](mailto:Liv.Halvorsrud@hioa.no)  
Tlf: 67 23 60 38

## **Samtykke for deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien**

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)



## Vedlegg 5: intervjuguide for pasientene

### Semistrukturert samtaleguide til pasientene.

(kulepunktene er ikke nødvendigvis spørsmål pasienten blir spurt om, mer som ekstra hjelpespørsmål for intervjuer(meg) for å holde fokus).

1. Hva fikk du informasjon om før operasjonen?
  - Hvem ga deg denne informasjonen?
  - Evt hvor fant du informasjon? om informanten har skaffet seg informasjon på egen hånd.
  
2. Hvordan har oppholdet ditt på sengeposten vært etter operasjonen?
  - Hvordan kom du i gang med aktivitet?
  - Hvordan kom du i gang med å spise
  - Var du forberedt på hvordan det ville være etter operasjonen?
  
3. Hvis du ser tilbake på oppholdet ditt på sengeposten. ( i lys av hva informanten har fortalt på forrige spørsmål) Er det noe av det du har vært igjennom etter operasjonen som du kjenner igjen fra informasjonen du fikk før operasjonen?
  - Hvilken informasjon?
  - Har denne informasjonen vært viktig for deg?
  - Har noe informasjon vært viktigere enn annen informasjon.
  
4. Kan du tenke deg annen informasjon du hadde ønsket sett i lys av de erfaringer du har gjort til nå ?
  - Hvilken type informasjon? Om hva?
  
5. Hvis du selv kunne bestemme; på hvilken måte og på hvilket tidspunkt hadde du ønsket informasjon om forløpet på sykehuset etter operasjonen?
  - Tidspunkt- hvor lenge før? Eller underveis?
  - Hvilken form skriftlig, muntlig, begge deler, nett?
  - Av hvem lege, spl annen ?

## **Vedlegg 6: intervjuguide for sykepleierne**

### **Semistrukturert samtaleguide til gruppeintervju.**

1. Hvilken informasjon gir dere pasientene, før de blir operert, om det pre – og postoperative forløpet?
2. Når pasientene er på sengeposten: på hvilken måte ser dere om pasientene har forstått den informasjonen de har fått?
3. Er det annen informasjon/opplæring dere mener pasienten kunne ha nytte av i det postoperative forløpet?
4. Opplever dere at det er forhold eller informasjon ved det postoperative forløpet pasienten sier de skulle ønsket de hadde fått informasjon om? Hvilke?