

”det er ikke noe en snakker om egentlig”

En kvalitativ studie om koloskopi

Nora Rødbotten



Masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap

HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

Institutt for sykepleie

d 2009

15. mai 2013

veileder: Bjørg Christiansen

Navn: Nora Rødbotten	Dato: 15.05.2013
Tittel og undertittel: ”det er ikke noe en snakker om egentlig” - En kvalitativ studie om koloskopi	
<u>Sammendrag:</u> <p>Formål: Hensikten med denne studien har vært å identifisere faktorer som har betydning for pasienters opplevelse av koloskopiundersøkelse utledet fra pasientens perspektiv.</p> <p>Teoretisk forankring: I studien er det ved hjelp av ulike litteratur og forskning gjort rede for begreper som koloskopi, smerte, pasientinformasjon, asymmetrisk relasjon og skam. Teori av blant andre Goffman og Berger & Luckmann om det sosiologiske begrepet rolle, har vært brukt til å belyse hvordan pasienter opptrer i relasjon med helsepersonell. Merleau-Ponty sin teori om kroppsfenomenologi er benyttet for å forstå opplevelsen av koloskopiundersøkelsen ut fra pasientens perspektiv.</p> <p>Metodologi: Studien er kvalitativ og har et utforskende og beskrivende design. Det empiriske datamaterialet består av enkeltintervju med åtte informanter som har gjennomgått koloskopiundersøkelse, fordelt på tre ulike sykehus på østlandsområdet. De transkriberte intervjuene har blitt analysert inspirert av hermeneutisk tradisjon, med utgangspunkt i Kvale og Brinkmanns tre tolkningskontekster.</p> <p>Resultater: Funnene fra studien er presentert i tre hovedkategorier; forholdet til koloskopi i forkant av undersøkelsen, opplevelse av koloskopiundersøkelsen, og forholdet til helsepersonell. Resultatene er diskutert i lys av teori under fire overskrifter; kropp og følelse av skam, redsel for smerte, roller og relasjoner og tillit til informasjon.</p> <p>Konklusjon: Temaet var forbundet med skam og det var mangel på aksepterte ord for å beskrive situasjoner og følelser knyttet til koloskopi. Den skriftlige informasjonen om undersøkelsen inneholdt forvirrende og skremmende begrep, og informasjonen om tarmtømming var mangelfull. Informantene savnet anledning til å stille spørsmål om forberedelsene til koloskopi. Informantenes syn på rollen som pasient og deres opplevelse av kroppen som undersøkelsesobjekt, ble diskutert. Relasjonen med helsepersonell var spesielt viktig for informantenes opplevelse. Nok tid til informasjon om resultatet etter undersøkelsen og med anledning til å stille spørsmål til legen ble ansett som viktig.</p>	
Nøkkelord: koloskopi, pasientperspektiv, pasientinformasjon, kvalitativ studie	

Name: Nora Rødbotten	Date: 15.05.2013
<p>Title and subtitle:</p> <p>"It's not something you talk about" – A qualitative study of colonoscopy</p>	
<p><u>Abstract:</u></p> <p>Purpose: To identify factors that affect patients' experience of colonoscopy examination derived from the patient perspective</p> <p>Literature: Various literature and research results are used to explain terms such as colonoscopy, pain, patient information, asymmetrical relationship and shame. Theories devised by "Goffman" and "Berger & Luckmann" among others, on the sociological concept of role, have been used to illustrate how patients behave in relation to health professionals. Merleau-Ponty's theory of the body phenomenology was used to understand the experience of colonoscopy examination from the patient perspective.</p> <p>Method: The study is qualitative and has an exploratory and descriptive design. The empirical data consists of individual interviews with eight informants who have undergone colonoscopy examination, in three different hospitals in the Oslo area. The analysis of the transcribed interviews was inspired by the hermeneutic tradition, based on Kvale and Brinkmanns' three interpretation contexts.</p> <p>Results: The findings are presented in three main categories: the relationship with colonoscopy prior to the examination, the experience of the colonoscopy examination, and relationship to health professionals. The results are discussed in light of the above stated theories under four headings; body and feelings of shame, fear of pain, roles and relationships, and trust in information.</p> <p>Conclusion: Colonoscopy was associated with shame and there was a lack of accepted words to describe situations and feelings. The written information about colonoscopy contained confusing and frightening concepts, and information regarding bowel preparation was inadequate. Informants missed an opportunity to ask questions about preparation prior to the colonoscopy. The interviewees' views on the role of the patient and their experience of the body as an object of study were discussed. The relationship to health professionals' was particularly important for the informants' experience. Time to discuss the outcome of the colonoscopy and an opportunity to ask the doctor questions following the procedure were also considered important.</p>	
<p>Key words: colonoscopy, patient perspective, patient information, qualitative study</p>	

FORORD

I jobben som sykepleier hender det jevnlig at pasienter spør meg etter at de har vært til undersøkelse; ”har du prøvd dette selv?” Jeg må hver gang innrømme at det har jeg ikke. Denne studien har handlet om hvordan det er å være pasient ved en poliklinisk koloskopi og den har gitt meg nærmere innblikk i hvordan det er å gjennomgå en slik undersøkelse. Det har vært en ny vinkel å betrakte det samfunnet, som en gastrolab er, fra. Mye ser annerledes ut fra undersøkelsesbenken med pasientklær på, enn i oppreist, travel posisjon, med sykepleieruniform.

Perioden som deltidsstudent har vært utfordrende, men først og fremst lærerik. Jeg har satt stor pris på å kunne ta pauser fra jobben som sykepleier og være student med tid til refleksjon og diskusjon om sykepleierfaget og studiens tema. Masterseminarene på høgskolen har vært viktige for arbeidet med oppgaven, og det har vært en stor glede å bli kjent med sykepleierkollegaer med forskjellig bakgrunn. Takk til dere for gode diskusjoner og samtaler. Tusen takk til min veileder Bjørg Christiansen for konstruktive kommentarer. Du har fått meg til å strekke meg.

Videre vil jeg rette en stor takk til informantene som åpenhertig delte sine erfaringer med meg. Sykehusavdelingene som har gitt meg tilgang til å rekruttere informanter, har vært viktig for studien. Spesielt vil jeg takke helsesekretærene som hjalp til med å sende informasjonsbrev om studien til pasienter.

Studenttilværelsen har åpnet øynene mine for en stor mengde bøker og artikler. Medisinsk bibliotek ved OUS Ullevål, har vært til stor hjelp med å finne bøker og til å planlegge systematiske søk i medisinske databaser.

Jeg vil også rette en takk til min arbeidsgiver som har lagt til rette for at deltidsstudiet kunne gjennomføres. Takk til sykepleierkollegaer som heiet på meg da jeg holdt på å gi opp.

Til slutt vil jeg takke familie og venner som har diskutert, lest og holdt ut med meg, til tross for at jeg har vært distré og snakket om koloskopi i tide og utide. Spesielt takk til min mor, som har lest og kommentert uttallige utkast til oppgaven.

Ås, 13. mai 2013

Nora Rødbotten

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3	Oppgavens oppbygning	3
2	Teoretisk ramme.....	4
2.1	Koloskopi.....	4
2.1.1	Pasientperspektivet ved koloskopi	5
2.2	Smerte	7
2.2.1	Smerter ved koloskopi.....	8
2.3	Pasientinformasjon	9
2.3.1	Pasientinformasjon om koloskopi	10
2.4	Asymmetrisk relasjon	11
2.5	Skam	13
2.6	Roller	15
2.6.1	Pasientrollen	17
2.7	Kropp og fenomenologi.....	18
3	Metode.....	20
3.1	Kvalitativt intervju.....	20
3.2	Egen rolle og forforståelse.....	21
3.3	Rekruttering og utvalg av informanter	23
3.4	Planlegging og gjennomføring av kvalitativt intervju	24
3.5	Analyse av materialet	26
3.6	Etiske overveielser.....	30
3.7	Validitet og reliabilitet.....	30
4	Presentasjon av funn.....	34
4.1	Forholdet til koloskopi i forkant av undersøkelsen	34
4.1.1	Liknende erfaringer	34
4.1.2	Frykt for en alvorlig diagnose	37
4.1.3	Vanskelig tema å snakke om	39

4.1.4	Krevende tømmeregime	40
4.2	Opplevelse av koloskopiundersøkelsen	42
4.2.1	Inn i pasientrollen	43
4.2.2	Variierende opplevelse av smerte	44
4.2.3	Betydningen av å følge med på skjermen.....	46
4.2.4	Opplevelse av forlegenhet	48
4.3	Forholdet til helsepersonell.....	50
4.3.1	Relasjonen til sykepleieren.....	50
4.3.2	Relasjonen til legen	53
4.3.3	Betydningen av resultatet	55
5	Diskusjon av funn.....	58
5.1	Kropp og følelse av skam	58
5.2	Redsel for smerte	64
5.3	Roller og relasjoner.....	67
5.4	Tillit til informasjon.....	74
6	Diskusjon av studien	79
7	Mulige implikasjoner for praksis.....	81
8	Litteraturliste	85
9	Vedlegg	90
9.1	Vedlegg 1) Tillatelser fra sykehusene	90
9.2	Vedlegg 2) Informasjonsbrev til pasienter	93
9.3	Vedlegg 3) Intervjuguide	94
9.4	Vedlegg 4) Prosjektsøknad til REK og godkjenning.....	95
9.5	Vedlegg 5) Samtykkeskjema	101
9.6	Vedlegg 6) Informasjonsbrev om koloskopi	103
9.7	Vedlegg 7) Oppskrifter på tarmtømming	108

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Koloskopi er en undersøkelse hvor man kan påvise og behandle eventuelle sykdommer i tykktarmen. Undersøkelsen blir gjennomført med et koloskop som er et instrument med innebygget kamera, som overfører bilder fra tarmen til en skjerm. Jeg har i flere år jobbet som sykepleier ved sykehusavdelinger som utfører koloskopiundersøkelser. I jobben som sykepleier har jeg lett etter litteratur som kan si hva en god koloskopiundersøkelse innebærer for pasienten, og i den sammenheng hvilke områder som er spesielt viktige med hensyn til utøvelsen av sykepleien. Hovedsakelig har litteraturen handlet om tekniske og utføringmessige beskrivelser av hvordan undersøkelsene bør gjennomføres, og lite har tatt utgangspunkt i pasientens perspektiv.

I løpet av årene jeg har jobbet som sykepleier har det vært et stadig økende fokus på økonomistyring og effektiv drift ved sykehusene og i helsevesenet generelt. Økonomisk inntjening er blant annet knyttet til stykkprisfinansiering for hver enkelt undersøkelse. Dette har ført til at tiden til hver pasient har blitt en stadig knappere ressurs, og etter min mening er kvaliteten på pasientbehandlingen utsatt for press. Når prosedyrene skal gjennomføres raskest mulig er det behov for klare kriterier om hva som bør inngå i en god koloskopiundersøkelse, også med hensyn til hvordan pasienten opplever undersøkelsen.

Det gjennomføres i Norge omtrent femti tusen koloskopier årlig og det er økende etterspørsel etter undersøkelsen (Fretheim & Bretthauer, 2010; Helsedirektoratet, 2012). Koloskopi omfatter en privat og følsom del av kroppen og pasienter frykter i mange tilfeller at undersøkelsen skal avdekke alvorlig sykdom (Mikocka-Walus, Moulds, Rollbusch, & Andrews, 2012). Derfor er en pasient som skal til en koloskopiundersøkelse ofte i en sårbar situasjon og utenfor sin komfortsone.

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helsetjenesten defineres det at ”god kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene” (Og

bedre skal det bli!, 2005). Internasjonalt fokuserer eksisterende kvalitetssikringssystemer for gastroenterologi hovedsakelig på strukturelle og utføringmessige kriterier (Seip, 2012). I Norge er Gastronet et nasjonalt kvalitetsregister for gastroenterologi hvor hovedfokus er kvalitetsforbedring av endoskopier. I Gastronet blir enkelte kriterier vurdert av pasienter og registrert ved hjelp av spørreskjema (Seip, 2012). Kvalitetsregistreringssystemene er imidlertid ikke basert på kriterier utledet fra pasienters erfaring. Generelt har måling av pasienterfaring ut fra pasientutledete kriterier vært lite undersøkt i forskning (Sewitch, et al., 2011).

Det er relevant for avdelinger og helsepersonell som tilbyr koloskopiundersøkelser å ha kunnskap om hvilke faktorer som har betydning for pasienten når kvaliteten ved en tjeneste skal vurderes. Hensikten med denne studien er å identifisere faktorer som har betydning for pasientens opplevelse av koloskopiundersøkelsen utledet fra pasientens perspektiv.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Koloskopiundersøkelser utføres både på pasienter som er innlagt på sykehus og poliklinisk. Undersøkelse av pasienter som er inneliggende på sykehus skiller seg fra polikliniske undersøkelser på flere områder. Ansvar for forberedelse til undersøkelsen er sykehusets ansvar dersom pasienten ligger på sykehus, mens dette ansvaret er lagt på pasienten ved en poliklinisk undersøkelse. Denne studien har fokusert på den polikliniske koloskopiundersøkelsen.

Av praktiske hensyn har studien fokusert på voksne, myndige personers opplevelse av koloskopiundersøkelsen. Det har også vært et kriterium at informantene kunne snakke og forstå norsk.

Studiens problemstilling er:

Hvordan opplever pasienten den polikliniske koloskopiundersøkelsen?

Forskningsspørsmålene er:

- 1) Hva preget pasientens forhold til koloskopi i forkant av undersøkelsen?
- 2) Hvordan opplevde pasienten gjennomføringen av koloskopiundersøkelsen?
- 3) Hva kjennetegnet pasientens forhold til helsepersonell?

1.3 Oppgavens oppbygning

I dette innledende kapitlet har bakgrunn for valg av tema, oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål blitt presentert. Kapittel 2 inneholder oppgavens teoretiske rammeverk og det blir kort presentert aktuell forskning som legges til grunn for analyse og diskusjon av funn. I kapittel 3 presenteres studiens forskningsdesign og metode. Der gjøres det rede for fremgangsmåten som er brukt og metoden som er valgt for å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene. I kapittel 4 presenteres funn i studien og disse diskuteres i kapittel 5 i lys av relevant teori og tidligere forskning. Noen styrker og svakheter ved studien sett i ettertid er diskutert i kapittel 6, og i kapittel 7 gjøres noen refleksjoner over mulige implikasjoner for praksis.

2 TEORETISK RAMME

I dette kapittelet presenteres studiens teoretiske referanseramme. Aktuell forskning om pasientperspektivet ved koloskopi presenteres først. Tema som gjennom analysen viste seg å ha betydning for pasientenes opplevelse, som smerte, informasjon, asymmetri i relasjonene og skam blir presentert. For å forstå hvordan pasienter opptrer i relasjon med andre, spesielt lege og sykepleier er funnene diskutert i forhold til det sosiologiske begrepet rolle. Forsøket på å forstå opplevelsen av koloskopiundersøkelsen ut fra pasientens perspektiv har gitt kroppsfenomenologi en naturlig plass i den teoretiske rammen.

2.1 Koloskopi

Koloskopi er en prosedyre for å diagnostisere og behandle sykdommer i tykktarmen. Ordet koloskopi har betydningen ”å se på tykktarmen”. Undersøkelsen varer som regel mellom 30 og 60 minutter. Et koloskop er et ca. 1,5 m langt og 12mm tykt, styrbart og bøyelig instrument med innebygget kamera som blir ført inn i tykktarmen via endetarmsåpningen. Koloskopet overfører fargebilder fra tarmen til en videoskjerm. Det er nødvendig at tykktarmen er ren før koloskopien skal gjennomføres. Det finnes flere tømningsregimer, men det mest vanlige er å drikke et avføringspulver som røres ut i vann. Koloskopi er førstevalg ved utredning av mulig tykktarmskreft i Norge (Helsedirektoratet, 2012), og det er økende forekomst av denne formen for kreft. Det er mulig å ta ut vevsprøver og utføre behandlinger gjennom koloskopet. For eksempel kan polypper og små svulstdannelser fjernes. Antallet koloskopier som utføres i Norge vil trolig øke i tiden fremover, fordi det har startet et pilotprosjekt som regjeringen har vedtatt. Pilotprosjektet skal undersøke om det skal iverksettes systematisk screening av befolkningen i Norge for kreft i tykktarm og endetarm (Fretheim & Bretthauer, 2012). Det er 54 offentlige endoskopienheter i Norge som utfører koloskopi pr mars 2013 (Helsedirektoratet, 2013). I tillegg til dette utføres det også koloskopier ved en del private sykehus og klinikker.

2.1.1 Pasientperspektivet ved koloskopi

Jeg har gjennomført systematiske søk i databasene Medline og Pubmed etter artikler publisert etter 2000, som omhandler pasientperspektivet ved koloskopi. Søkestrategien er vist under.

Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present

1	*colonoscopy/ or *sigmoidoscopy/	8904
2	patient satisfaction/ or patient preference/	55504
3	professional-patient relations/ or nurse-patient relations/ or physician-patient relations/	105128
4	Adaptation, Psychological/	69930
5	Stress, Psychological/	79710
6	exp Emotions/	152941
7	Colonoscopy/px [Psychology]	201
8	Sigmoidoscopy/px [Psychology]	60
9	"attitude of health personnel"/ or attitude to health/ or health knowledge, attitudes, practice/	199803
10	"Patient Acceptance of Health Care"/	28124
11	exp Communication/	337705
12	or/2-11	861274
13	1 and 12	743
14	limit 13 to yr="2000 -Current"	625
15	limit 14 to (danish or english or norwegian or swedish)	585

I de senere år har det vært økende oppmerksomhet omkring pasienters tilfredshet ved gjennomføring av koloskopi. Det er utført mange kvantitative studier som har identifisert faktorer som påvirker pasienters tilfredshet ved koloskopiundersøkelse. Studiene består ofte i at pasienter svarer på lukkede spørsmål i spørreskjema om hvorvidt de har vært tilfreds med behandlingen og om de har hatt smerter i forbindelse med koloskopien (Maslekar, Huges, Gardiner, Monson, & Duthie, 2010; Seip, et al., 2010) Denne typen undersøkelser er preget av at forskerne stiller spørsmålene og tolker svarene ut fra kvalitetskriterier som forskerne har valgt. ”Pasientsentrering har kommet til å bety perspektivet til pasientorienterte behandlere” (Album, 1996, s.17).

To systematiske oversiktsartikler har identifisert faktorer som har betydning for pasienter som skal gjennomgå koloskopi (McLachlan, Clements, & Austoker, 2012; Sewitch, et al., 2011). Resultatene viste at faktorer knyttet til komfort, kontroll av smerte og angst, personalets oppførsel og ferdigheter, samtale med legen om prosedyre og resultat, følelse av forlegenhet og sårbarhet, ventetid før undersøkelsen, og fysiske omgivelser ble funnet å ha betydning for pasientene i forbindelse med koloskopi. Det ble i Sewitch og kollegaers (2012) oversiktsartikkel etterlyst kvalitativ forskning på området, for grundigere å finne ut hvordan pasienten opplever koloskopiundersøkelsen.

Det er funnet noen få studier som går i dybden på hvordan pasienten opplever koloskopi. Mikocka-Walus og kollegaer (2012) gjennomførte en kvalitativ undersøkelse i Australia, hvor de intervjuet 13 personer på fire forskjellige tidspunkt om deres opplevelse av koloskopiundersøkelsen. Denne studien fokuserte spesielt på hvilke faktorer som påvirket deltakernes angst (Mikocka-Walus, Moulds, Rollbusch, & Andrews, 2012). Hos deltakerne i denne studien var koloskopi forbundet med tabu. Før koloskopiundersøkelsen førte frykt for en alvorlig diagnose til engstelse hos deltakerne. Mikocka-Walus og kollegaer (2012) gjorde også funn som tyder på at når pasienten fikk en uklar diagnose, så førte det til økt angst hos pasienten. Studien viste at irrasjonelle forventninger til koloskopien og mangel på opplevelse av egen kontroll, bidro til angst før undersøkelsen (Mikocka-Walus, Moulds, Rollbusch, & Andrews, 2012).

Sewitch og kollegaer (2013) har ved kombinasjon av fokusgruppeintervju og spørreskjemaundersøkelse gjennomført i Canada, identifisert 17 faktorer som er viktige for

pasienters opplevelse av koloskopiundersøkelsen. Faktorene ble identifisert gjennom 20 fokusgruppeintervju, hvor deltakerne var personer som nylig hadde gjennomgått koloskopi, eller som skulle til slik undersøkelse. Deretter ble spørreskjema med spørsmål knyttet til de 17 faktorene levert til 828 personer etter at de hadde gjennomgått koloskopi. På bakgrunn av dette kunne de gradere betydningen av de ulike faktorene i forhold til hverandre (Sewitch, et al., 2013).

De 17 faktorene ble organisert i hovedkategoriene kommunikasjon, komfort og service. Mer enn 80 prosent av deltakerne graderte kommunikasjonsfaktorene; tydelige instruksjoner, detaljert informasjon, kunnskap om hva man kunne forvente, og resultater i rimelig tid, som svært viktige. Komfortfaktorene; verdighet, behandlet med respekt, personalets holdning, bli behandlet individuelt og smertekontroll, ble også vurdert som svært viktige av like mange. Til sammenlikning var det færre som vurderte servicefaktorer som hvilerom, venteværelse, og mulighet for å velge kjønn på helsepersonellet, som svært viktige (Sewitch, et al., 2013).

Resultatene tyder i følge forfatterne på at kvalitetsfaktorer utledet fra pasientenes perspektiv skiller seg fra kvalitetsfaktorer basert på helsepersonell sitt perspektiv.

Det er ikke funnet noen norske eller nordiske studier med kvalitativ tilnærming angående pasientens perspektiv på koloskopiundersøkelse.

2.2 Smerte

International Association for the Study of Pain (IASP) har definert smerte som “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade” (Merskey & Bogduk, 1994). Dette er den mest brukte smertedefinisjonen i dag (Stubhaug & Ljosjø, 2008), og den fokuserer på at smerteopplevelsen er en subjektiv opplevelse med sammensatte årsaker.

I tillegg til nervesignaler fra skadet vev i kroppen, har psykiske, sosiale og eksistensielle faktorer betydning for smerteopplevelsen. Tidligere erfaringer påvirker også en persons smerteopplevelse (Valeberg & Wahl, 2008). Forskning har vist at en persons hukommelse, språk, kulturelle bakgrunn, alder og kjønn påvirker personens smerteopplevelse. (Jones &

Zachariae, 2003; Rustøen & Stubhaug, 2008). Bevisstheten har en sentral rolle både til å registrere smertens opprinnelse og for personens evne til å mestre smertene. Hvilken oppmerksomhet som gis til smerten har avgjørende betydning for hvordan smerten oppleves (Nortvedt & Nortvedt, 2001). I følge Jones & Zachariae (2003) behersker personer som opplever høy grad av kontroll over egen situasjon, smerter bedre enn personer som ikke opplever kontroll. Forfatterne understreker at det er opplevelsen av kontroll som er viktig, og ikke den reelle kontrollen i situasjonen. Undersøkelser av betydningen av kontrollaspektet førte i sin tid fram til utviklingen av ”patient controlled analgesia” (PCA) (Jones & Zachariae, 2003).

Følelser er påvirket av våre handlinger og hvordan vi oppfører oss, og de kan være motiverende faktorer for vår adferd (Eide, 2008). De har en stor påvirkning på vår kommunikasjon gjennom verbalisering, ansiktsuttrykk og aktivitetsnivå. Det er store individuelle forskjeller i hvilke følelser vi gir uttrykk for når vi har smerter (Eide, 2008).

I et fenomenologisk perspektiv er det ikke forklaringen av smerten, men den subjektive og kroppslige erfaringen som er den vesentlige. Nortvedt og Nortvedt (2001) sier at fenomenologisk kan man ikke skille mellom følelsen av smerte og forståelsen av smerte. Sett i et kroppsfenomenologisk perspektiv er den sensoriske følelsen og fortolkningen av følelsen, ett og det samme (Nortvedt & Nortvedt, 2001).

2.2.1 Smerter ved koloskopi

Det er kjent fra flere studier at koloskopi kan være en smertefull opplevelse (Hutson, 2009; Park, et al., 2007; Seip, et al., 2009). Studier har vist at pasienter kan oppleve undersøkelsen som smertefull på grunn av fysiske årsaker, som når slangen blir ført inn gjennom endetarmen. Det kan også medføre smerter når tarmen blir utvidet med gass eller luft, eller hvis det blir drag eller strekk i tarmen (Shah, et al., 2002). Nervefibrene i tarmen gir ikke bevisst sanseopplevelse som for eksempel ved berøring av hud. Normalt kan ikke en pasient kjenne at en polypp blir brent bort ved hjelp av elektrisk strøm. Den fysiske årsaken til smertene som oppstår ved utvidelse av tarmen er forplantningen av strekk fra tarmen til

krøset, som er en fold av bukhinnen med bindevev som fester deler av tarmen til bakre bukvegg. I krøset går det årer og nerver til og fra tarmen (Haug, Sand, & Sjaastad, 1992).

Et stort antall forskningsstudier har undersøkt faktorer hos pasienten som disponerer for smerteopplevelse i forbindelse med koloskopi. Nervøsitet og angst er de enkeltfaktorene som har størst betydning (Bechtold, et al., 2008; Ylinen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä, Hannila, & Heikkinen, 2009). Andre disponerende faktorer er å være kvinne, alder under 40 år, tidligere kirurgi i mage/bekken, inflammatorisk tarm syndrom (IBS), lav kroppsmasseindeks (BMI) og dårlig tømt tarm før undersøkelsen (Park, et al., 2007; Seip, et al., 2009; Ylinen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä, Hannila, & Heikkinen, 2009). I Norge er det ikke vanlig at pasienter får smertestillende (opiater) og avslappende (diazepam) medisin rutinemessig i forbindelse med koloskopi. Det gis imidlertid slike medikamenter ved behov (Bretthauer, et al., 2002).

2.3 Pasientinformasjon

Pasientinformasjon er et viktig begrep i norsk helsesektor. Helselovgivningen (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) sikrer pasienter rett til å motta informasjon, og pålegger helsepersonell å gi informasjon. I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, første ledd står det: ”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Innen helselovgivningen omfatter begrepet pasientinformasjon hovedsakelig en medisinsk og en praktisk side. Den medisinske delen av pasientinformasjon innebærer for eksempel behandlinginformasjon, sykdomsinformasjon og krav til nødvendige forberedelser. Den praktiske delen handler om praktisk organisering for pasienten, som for eksempel refusjon av reisekostnader, frikort, matservering og lokalisering av avdelinger. Men pasientinformasjonsbegrepet kan også forstås på en måte som forventer at pasienten skal spille en mer aktiv rolle. Pasienten skal være med å ta avgjørelser om behandlingen og selv bidra til gjennomføringen, ikke bare passivt bli informert. Brukt på denne aktive måten ligger pasientinformasjon tett opp til brukermedvirkning som begrep (Ekeland & Heggen, 2007).

Et dokument som har vært viktig i oppmerksomheten omkring brukermedvirkning og pasientinformasjon er ”Pasienten først!” (NOU 1997:2). Tematikken er spesielt rettet mot ledelsen og organiseringen i sykehus. Retningslinjene sier at ”informasjon skal være fyllestgjørende, at formidlingen skal være systematisert, og at pasienten skal få relevante opplysninger i forståelig form.” Det står også at ”pasienten skal respekteres, og at angst skal møtes” (Pasienten først!, NOU 1997:2).

Forskning har vist at kombinasjon av skriftlig og muntlig informasjon øker forståelsen av innholdet i informasjonen (Fagermoen & Hamilton, 2006; Thornquist, 2009). Skriftlig informasjon bør være i lettfattelig språk og uten bruk av faguttrykk (Fagermoen & Jakobsen, 2009).

Selv om informasjon er lovpålagt trenger ikke det å bety at det fører til bedre kommunikasjon. Vi kan bli ensidig opptatt av den tekniske informasjonen og glemme at kommunikasjon handler om mellommenneskelige relasjoner. Uten god relasjon kan det føre til mye sendt informasjon, men lite mottatt informasjon. Ekeland (2007) fremhever at kommunikasjon som er meningsproduserende og relasjonsorientert, og ikke bare informasjonsfokuseret, vil føre til mestring og for pasienten.

2.3.1 Pasientinformasjon om koloskopi

Forskning viser at informasjon som gis på en hensiktsmessig måte før endoskopisk undersøkelse virker positivt ved at pasienten opplever mindre angst og gir mulighet for å forberede seg på en best mulig måte (Kielty, 2008b; Thompson, Melby, Parahoo, Ridley, & Humphreys, 2003). Pasienter som opplever at de er godt informert om koloskopiundersøkelsen, rapporterer større grad av tilfredshet enn de som ikke er godt informert (Kielty, 2008b). At pasientene er optimalt forberedt har også en positiv økonomisk konsekvens for helsevesenet ved at tiden blir utnyttet effektivt. Hvis pasienten møter opp uten å ha tatt nødvendige blodprøver eller at tarmen er dårlig tømt, vil undersøkelsen ta lengre tid.

Det er vist i forskning at hindringer for god informasjon ved koloskopi kan være bruk av et språk pasienten ikke forstår, at personalet er utilgjengelig for pasienten i forkant av undersøkelsen og dårlig tid ved undersøkelsesenheter (Kielty, 2008b).

Konteksten for hvordan muntlig informasjon blir gitt har betydning for hvordan informasjonen blir forstått og mottatt (Brataas & Hellesø, 2011). Per Fugelli (2010) har i boka ”Døden skal vi danse?” skrevet om sin opplevelse av å motta viktig informasjon samtidig som han ble undersøkt.

Jeg blir innkalt til rektoskopi for det kan se ut som svulsten forlenger seg ned mot endetarmen. Sykepleieren gjør meg rede for undersøkelsen. Av med buksen, opp i gynekologisk leie, rompa klar for legen. Inn kommer en overlege med et navn som likner på Krøyer, men det er utydelig, for han snakker som de gjør i Skåne. Likevel forstår jeg ham når han forteller at de har funnet en metastase (spredningssvulst) i venstre lunge. Jeg skulle gjerne mottatt denne nyhet som for meg har med liv og død å gjøre, i en annen mer verdig, for ikke å si likeverdige stilling, for eksempel sittende, ansikt til ansikt med budbæreren. Nå får jeg nyheten mens doktor ”Krøyer” fører rektoskopet inn gjennom endetarmsåpningen. Vel og bra med effektivisering i helsetjenesten, men av og til er det feil å gjøre to ting på en gang (Fugelli, 2010, s. 29).

Brataas og Hellesø (2011) vektlegger at etablering av en trygg relasjon til pasienten er en viktig faktor når man skal ha en informasjonssamtale. Videre sier forfatterne at formidling av informasjon innebærer dialog med utveksling av kroppslige signaler og følelsesuttrykk, og at man bør opptre rolig uten tegn til hastverk (Brataas & Hellesø, 2011).

2.4 Asymmetrisk relasjon

Ethvert forhold mellom pasient og helsepersonell er en asymmetrisk relasjon basert på ulik kompetanse og ulikhet i situasjonen (Matinsen, 2005; Thornquist, 2009). Når en pasient stoler på helsepersonalet er han i en posisjon som ofte er preget av avmakt og manglende kunnskap.

Han må slik Nortvedt og Grimen (2004) uttrykker det, stole på at andre kjenner veien. Relasjonen er preget av asymmetri, noen vet, andre vet ikke. Den som vet er herre over situasjonsdefinisjonen. En pasient har tillit til helsepersonalet fra en underordnet maktposisjon (Nortvedt & Grimen, 2004). Lawler har i en australsk studie studert sykepleiepraksis på sykehus og hevder at relasjonen mellom pasient og sykepleier er preget av at pasienten er føyeelig og gir fra seg kontrollen (Lawler, 1996).

Hvordan en person opplever å ha mindre makt enn den andre i relasjonen er avhengig av i hvilken grad han eller hun har tillit til personen med makt. Det er flere måter å definere og forstå tillit på. I følge den danske teologen og filosofen Løgstrup (2008) tilhører tillit en av de suverene livsytringer. Det hører til det å være menneske at vi normalt møtes med en naturlig tillit til hverandre (Løgstrup, 2008). Han hevder at vi som utgangspunkt har tillit til at det andre sier er sant. Det er først hvis vi har tatt noen i løgn at mistillit oppstår. Slik Løgstrup ser det er tilliten fundamental. Den skal ikke begrunnes. Det er mistillit som må begrunnes (Løgstrup, 2008). Filosofen Arne Johan Vetlesen sier om Løgstrups definisjon at mistilliten kommer inn i vår tilværelse som skuffet tillit, mens tillit ikke kommer inn i den som skuffet mistillit. Det er ingen symmetri eller ekvivalens mellom tillit og mistillit (Vetlesen, 2010).

Løgstrup analyserer tillit på et ontologisk nivå. Det er tilliten eller mistilliten som gjør noe med oss, framfor at vi velger å gjøre noe med tilliten. Omstendigheter som favoriserer mistillit framfor tillit arter seg psykologisk og mentalt negativt for personen som innstiller seg på mistillit. Å leve i mistillit har negative konsekvenser mens å leve i tillit ikke har det. Vi føler naturlig behag i tillitspreget samvær og ubehag i mistillitspreget samvær (Vetlesen, 2010).

Å vise tillit betyr at man utleverer seg og gir noe av sitt liv i den andres hånd. I kraft av vår gjensidige avhengighet har hvert menneske noe av ett eller flere menneskers liv i sin hånd (Løgstrup, 2008). Den andres tillit kan misbrukes hvis utlevertheten ikke blir tatt i mot. Som mottaker av tillit må man gjøre seg tilliten verdig for at det ikke skal oppstå mistillit. Kari Martinsen (2005) tar utgangspunkt i Løgstrups syn på tillit i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Hun sier at for å bygge et forhold med basis i tillit i sykepleierens yrkessammenheng må to forutsetninger være til stede.

- Det må som utgangspunkt være en autoritetsstruktur i relasjonen hvor sykepleieren har nødvendig kunnskap som pasienten ikke har.
- Videre må det være en svak paternalisme som må overordnes prinsippet om pasientens autonomi (Martinsen, 2005).

Hall og Graubæk (2010) skriver at når relasjonen mellom hjelperen og den syke bygger på tillit og gjensidighet kan det utvikles en vi-følelse. ”Det motsatte av en slik vi-følelse er det ydmykende møte mellom pasient og personale, der den biologiske kroppen og sykdommen står i sentrum, og der støtten mangler” (Hall & Graubæk, 2010, s.64).

2.5 Skam

Det finnes god skam og det finnes dårlig skam (Skårderud, 2001). Den gode skammen fungerer som en beskyttelse av sosiale bånd og regulerer intimiteten med andre, og fører på den måten fører til noe godt. Den dårlige skammen fører ikke med seg noe godt. I følge Skårderud (2001) er skam et komplekst affektivt system hvor de følelsesmessige reaksjonene oftest erfares negativt. Essensen ved å oppleve skam er at man ønsker å kunne gjemme seg, og å være usynlig (Gulbrandsen, 2006). Mennesker fra ulike kulturer har flere felles kroppslige uttrykk for skam, som bøyd hode, unnvikende blick og tilbaketrekning (Gulbrandsen, 2006).

Goffman (1956) slår fast at følelse av skam er en viktig regulerende faktor for et normalt sosialt liv. Forlegenhet kan oppstå i ethvert møte ansikt til ansikt og forekommer når en person føler at hans fremtreden er uforenelig med slik han definerer seg selv overfor de som er tilstedeværende (Goffman, 1956). Trangen til å unngå skam er en kraft som får oss til å innfri sosiale krav. Det blir hevdet at skam er en medfødt moralsk følelse og Kari Martinsen (2000) hevder at skam vil verne mot at noe blir krenket. Skammen verner aktelsen og er en følelse som setter oss i en sanselig berørthet og oppmerksomhet i forhold til andre og det annet (Martinsen, 2000).

I vår samtid er det oftest den dårlige skammen som er forståelsen av begrepet skam. Den dårlige skammen kjennetegnes ved at den er taus og tilbaketrekkende (Skårderud, 2001)..

Wyller skriver at ”felles samfunnsmessige koder er blitt erstattet av individets egne, og kulturens uttalte felles normer er blitt tatt opp av den enkelte og gjort til individets helt personlige ansvar å realisere”(Wyller, 2001, s. 10). Det innebærer at vi individuelt vurderer vår egenverdi og at skamfølelsen er bundet til opplevelsen og vurderingen av oss selv. Skårderud (2001) hevder at skam i vår tid er tausgjørende. Skam er en opplevelse av egen uverdighet og har en ond sirkel ved at det er skammelig å vise fram sin skam. Skårderud skriver videre at skammen har en dobbelt byrde ved at den skamfulle forventer forakt (Skårderud, 2001)..

Det er ofte knyttet skam til pasientrollen. Edvin Schei (2006) hevder at terskelen for skam er lav og at skam i seg selv er et skammelig fenomen. Enhver konsultasjon hos legen rommer et potensial for skam. Pasienten er ofte ikke kjent med rutiner og språk, og overfor legen må man ofte ta av seg klær og sosiale masker. Man kan ofte bli nødt til å snakke om egen utilstrekkelighet og om sider av seg selv man helst vil holde skjult. Schei (2006) hevder at pasienten ofte opplever årsaken til legebesøket i seg selv som skammelig, men også at han eller hun ydmykes av verbal usikkerhet, situasjon og tema. Skammen er distraherende og når den er til stede har pasienten redusert evne til å kommunisere med legen (Gulbrandsen, 2006). Det betyr også at det er økt risiko for at pasienten gjør feiltolkninger, noe som kan føre til ugunstig behandlingsresultat.

Kroppen er i seg selv en kilde til skam (Gulbrandsen, 2006). Vi lever i et kroppsfiksert samfunn og Gulbrandsen (2006) hevder at vår kultur har snevre idealer for vellykkethet. Det innebærer at det ofte er ydmykende å ta av seg klærne. ”At pasienten lar et annet menneske undersøke endetarmsåpning og kjønnsorganer er antakelig legekontorets mest åpenbare brudd på sosiale konvensjoner” (Gulbrandsen, 2006, s.21).

Lise W. Isaksen (1996) hevder at manglende kroppsbeherskelse gir følelse av skam spesielt i forbindelse med tabubelagte dimensjoner, som tømmefunksjonene ved egen tarm. Våre kulturelle regler krever at tarmgasser skal holdes under kontroll (Isaksen, 1996). Isaksen hevder at det er vanskelig å snakke om kroppslige erfaringer med tømmefunksjonene uten å blamere seg selv (Isaksen, 1996). Forfatteren skriver videre at ”for tiden er det ingen offentlig akseptert diskurs som kan brukes når en snakker om kroppen og dens utsondringer” (Isaksen, 2001, s.227).

Mangelen på språk viser hvor ekstremt privat de organiske kroppsfunksjonene er.

Den australske sykepleierforskeren Jocalyn Lawler har i boka ”bak skjerm Brettene” skrevet om hvordan sykepleieren møter den tabubelagte pasientkroppen. Hun presenterer begrepet ”minifisme” som er adferdsmessige eller verbale teknikker som sykepleierne bruker for å redusere følelsen av forlegenhet i situasjoner rundt den tabubelagte kroppen (Lawler, 1996). Lawler skriver ”hvis pleierne ikke er forlegne, behøver pasienten ikke kjenne seg forlegen selv. Med erfaring blir det lettere å mestre egen forlegenhet. Hvis man skjønner hensikten med handlingen, kan man lettere mestre forlegenheten” (Lawler, 1996, s.150).

2.6 Roller

Enhver institusjonell orden har i følge Berger og Luckmann (2000) sin opprinnelse i typeinndelingen av ens egen og andres opptreden. Handlinger deles inn i typer slik at ikke bare en bestemt person kan utføre en handling, men at tilsvarende handlinger kan utføres av enhver person som med rimelighet kan tillegges å kunne utføre den type handlinger (Berger & Luckmann, 2000). I denne studien kan dette eksempelvis være ved utførelsen av sykepleierhandlinger, legehåndlinger eller pasienthandlinger. Forfatterne sier videre at roller oppstår når mange aktører opptrer etter en typeinndeling i sammenheng med et lager av kunnskap som er felles for aktørene. ”I det felles lageret av kunnskap finnes standarder for hvordan man utfører rollen og disse er tilgjengelige for alle medlemmene av et samfunn” (Berger og Luckmann, 2000, s.87).

Goffman beskriver sosiale møters struktur ut fra teaterforestillingens perspektiv. I boka ”vårt rollespill til daglig” (1992) beskriver han at hver og en av oss har forskjellige roller som vi spiller på de ulike scener vi opptrer på gjennom livet. Rollen en person spiller, er tilpasset de roller som de andre tilstedeværende spiller, samtidig som de også er publikum. Vi opptrer i kraft av våre relasjoner til andre. Goffman hevder at vi iscenesetter opptredenen ”backstage” og at vi opptrer ”frontstage” (Goffman, 1992).

Rammen for samhandlingen i en situasjon kan vi forstå som det samme som definisjonen av situasjonen. Rammen gir mening til det som foregår, og den setter standard for hvordan det er normalt eller passende å oppføre seg. Rammen forplikter deltakerne til en viss væremåte, så lenge situasjonen varer. Men hvordan en person definerer situasjonen viser seg i hvordan han bevisst og ubevisst framstår for andre. Hvordan personen oppfatter seg selv er avgjørende (Album, 1996; Goffman, 1992). En person handler bevisst eller ubevisst, og gir dermed et uttrykk av seg selv. De andre får på sin måte et inntrykk av ham. Samfunnet vi er sosialisert inn i påvirker hvordan vi danner oss stereotype oppfatninger av hvordan den enkelte rolle er. Goffman hevder at det som kreves av hver enkelt er at man lærer seg tilstrekkelig mange uttrykk så man kan improvisere stort sett alle roller man kan få (Goffman, 1992).

Berger og Luckmann (2000) skriver at all menneskelig aktivitet er underlagt vanedannelse og at vaner gjør det unødvendig å definere hver enkelt situasjon på nytt. Vaner og normer konstruerer vår adferd, og aktører som samhandler danner gjensidige adferdsmønstre (Berger & Luckmann, 2000). For eksempel vil sykepleier, pasient og lege ved sine samhandlinger, danne mønstre i hverandres adferd og dermed bevares de ulike rollene slik de utøves.

Goffman beskriver hvordan vi også opptrer i lag. Den opptreden som en deltaker gjør er vanligvis en del av et samarbeid. Medlemmer av et lag er gjensidig avhengige av hverandre for å opprettholde en gitt definisjon av situasjonen overfor publikum. Slike lag kan for eksempel bestå av leger og sykepleiere på en sykehusavdeling. Et lag kan også bestå av en enkelt person. ”Det er også kjent at det innen legestanden finnes en streng etikette som skal sikre at en avdelingslege i pasientens og hans leges nærvær aldri sier noe som kunne svekke det inntrykk av kompetanse som pasientens lege forsøker å opprettholde” (Goffman, 1992, s. 80).

Mange ganger kan en i følge Goffman kommunisere i strid med rollen man spiller, for eksempel hvis en pasient deltar i en forskningsstudie av en eksperimentell behandling. Da blir den vanlige skillelinjen mellom lege og pasient utvisket. Legene vil da rådføre seg mer høflig med pasienten om symptomene og pasienten vil betrakte seg mer som deltaker i et forskningsprosjekt enn som tradisjonell pasient (Goffman, 1992). Det kan også kommuniseres i strid med rollen hvis for eksempel sykehusets direktør blir pasient.

Direktøren skal da kommunisere som pasient, og legen vil umiddelbart miste noe av sin selvsikre holdning (Goffman, 1992).

2.6.1 Pasientrollen

Det er mange måter å forstå pasientrollen på og ulike modeller anvendes i ulike kliniske situasjoner. Utgangspunktet for møtet mellom pasient og behandler legger grunnlaget for ulike pasient- og behandlerroller (Tjora, 2008). Å være pasient innebærer å ha en sosial status eller å utøve en sosial rolle som er knyttet til å motta en helsetjeneste. Pasientrollen består av de forventinger som stilles til den som fyller rollen, og har endret seg gjennom tiden i takt med samfunnsutviklingen for øvrig. Tradisjonelt har pasientrollen vist til pasientenes individuelle kropp, og etter hvert kroppens ulike organer og til legens fokusering på og forhold til denne kroppen og kroppens organer (Gjernes & Måseide, 2008). Roar Stokken og Olaug S. Lian har beskrevet ulike pasientroller på bakgrunn av hvilken relasjon man har til helsepersonellet eller helsevesenet, og hvilken kunnskap man har som pasient (Lian, 2008; Stokken, 2008).

Den klassiske pasientrollen er i følge Lian (2008) og Stokken (2008), når pasienten er maktesløs og helsearbeideren har makt. Pasientene er avhengige av å stole på og gi tillit til helsearbeideren fra en underordnet posisjon, for de har ingen kompetanse på området. De skal være takknemlige og lydhøre mottakere av de tjenester de tilbys. Pasienten i den klassiske rollen blir den underlegne parten som overlater makt og ansvar til den overlegne parten. Denne relasjonen blir ofte kalt paternalistisk fordi helsearbeideren blir pasienten sin formynder (Lian, 2008; Stokken, 2008).

Den moderne pasientrollen er preget av nye måter å finansiere og styre helseinstitusjoner på (New Public Management). Den nye organiseringen av helsevesenet har i følge Lian (2008) og Stokken (2008), bidratt til endret synet på pasienten i retning av å være kunde. Den moderne pasientrollen har mer makt enn den klassiske rollen, og er ikke en passiv mottaker, men en som har valgfrihet og innflytelse over saker som angår dem. I denne rollen trenger pasienten mer kunnskap og initiativ enn i den klassiske rollen, og har mer ansvar for sin egen helse (Lian, 2008; Stokken, 2008).

2.7 Kropp og fenomenologi

Forestillingene om kroppen har forandret seg gjennom tiden. Helt siden senantikken har kropp og sjel vært sett som adskilte. Den dualistiske tenkningen har variert med vekslende filosofiske og religiøse forestillinger. René Descartes (1596-1650) har hatt stor innflytelse i vår del av verden. Han er den som knyttes sterkest til den dualistiske tenkningen om kropp og sjel. Han var sterkt påvirket av fremveksten av de nye naturvitenskapene fysikk og matematikk. De primære egenskapene var de som kunne måles fysisk og beskrives matematisk. Dette ble regnet som sikker og gyldig viten. De sekundære egenskapene var de man hadde tilgang på gjennom sansene, de subjektive. Kunnskap om sekundære egenskaper ble ikke ansett som gyldig kunnskap. Den medisinske vitenskapen fikk den fysiske menneskekroppen som sitt studieobjekt og kroppen ble delt i mindre og mindre enheter som fikk sine medisinske spesialiteter. Dualismen preger forståelsen av kropp og sykdom sterkt også i vår tid til tross for forsøk på å forstå kropp og sjel som en helhet (Råheim, 1997).

Fenomenologi er læren om fenomener slik de viser seg ved seg selv. Edmund Husserl (1859-1938) er kjent som grunnleggeren av fenomenologien. Teorien har blitt videreutviklet av senere filosofer. Målet er å forstå fenomener slik de fremstår for subjektet. Intensjonalitet og livsverden er sentrale begreper innenfor fenomenologien. Intensjonalitet handler om at bevisstheten alltid er rettet mot *noe*, og at dette *noe* viser seg i en kontekst. Livsverden dreier seg om den konkrete, dagligdagse verden vi tar for gitt uten reservasjon og med grunnleggende tillit (Thornquist, 2003).

Filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) formulerte et nytt grunnlag for fenomenologien. Han fremhevet kroppens rolle i persepsjonen (Merleau-Ponty, 2009). Kroppen sanser verden før bevisstheten retter seg mot det som er sanset. Kroppen er pre-refleksiv. Kroppen er min måte å være i verden på. Et sentralt begrep i Merleau-Pontys filosofi er ”den levde kroppen”. Den levde kroppen er alltid og samtidig både subjekt og objekt. Den kan sanses, men er samtidig sansende (Nortvedt, 2008). Vi er bundet til verden gjennom kroppen. Den knytter oss historisk til verden og verden blir erfart gjennom den levde kroppen. Merleau-Ponty hevdet at mennesket er dømt til å kommunisere gjennom kroppen. Selv det å nekte å kommunisere kommuniseres (Thornquist, 2003).

Merleau-Ponty understreket også at språk og refleksjon har betydning for vår forståelse av verden. Men det er som kroppslige vesener vi snakker og tenker. Han hevdet at mennesket kan veksle mellom å være spontant og ureflektert deltakende, og det motsatte, reflekterende og ettertenksomt (Thornquist, 2003). Kroppen er også et fysisk objekt. Et objekt for omverdenen, men også for oss selv. Den velfungerende kroppen er til daglig ikke i vår aktive bevissthet. Når kroppen på en eller annen måte svikter bringes vår oppmerksomhet til kroppen og gjør den til objekt, for eksempel dersom en har skadet kneet og ikke kan løpe for å rekke bussen (Thornquist, 2003). Men kroppen er alltid tvetydig, aldri entydig. Denne tvetydigheten favnes i begrepet den levde kroppen. Den levde kroppen er et motstykke til den medisinske vitenskapens begrep den objektive kroppen. Forskjellen består hovedsakelig i at kroppen knyttes til erkjennelse og erfaring i den levde kroppen (Råheim, 1997).

3 METODE

Å bruke en metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål og de viktigste kjennetegnene ved metode er systematikk, grundighet og åpenhet (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Man velger metoden ut fra hva som skal undersøkes. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Målet med kvalitativ metode er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng (Malterud, 2011, s.26). Dersom formålet med en studie er å undersøke personers opplevelse eller oppfatning er ulike kvalitative metoder egnet (Johannessen, et al., 2010). Formålet med denne studien var å få fram pasienters menings- og erfaringsverden i forbindelse med at de gjennomgikk en poliklinisk koloskopiundersøkelse.

3.1 Kvalitativt intervju

Et kvalitativt dybdeintervju er basert på et fenomenologisk perspektiv hvor man forsøker å forstå informantens opplevelse, og hvordan informanten tenker og føler omkring opplevelsen. Et intervju gir bedre anledning til å hente dyptgående kunnskap om informantens livsverden enn kvantitativ tilnærming kan gjøre (Kvale & Brinkmann, 2009). Hva som kommer ut av intervjuet er preget av interaksjonen mellom intervjuer og informant. Buus og kollegaer (2012) sier at *datainnsamling* ikke er beskrivende for hvordan data skapes i interaksjon mellom forsker og informant ved kvalitativt intervju. Forfatterne mener det er mer presist å si at data genereres mellom forsker og forskningsfelt (Buus, et al., 2012). Forskningsintervjuet er slik Kvale og Brinkmann sier det en profesjonell samtale, et *inter view*, en utveksling av synspunkter om et tema (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvale og Brinkmann (2009) fremhever at forholdet mellom forsker og informant er preget av asymmetri, fordi forskeren har definert situasjonen og styrer temaene som er gjenstand for samtalen. Hensikten med min studie har vært å få en utdypet forståelse av pasientens perspektiv ved koloskopi. Temaet er preget av at det berører intime situasjoner og det omtales sjelden konkret og dyptgående i det offentlige rom. For at informantene skulle dele sin erfaring var det viktig å etablere en god og tillitsfull atmosfære i intervjusituasjonen.

3.2 Egen rolle og forforståelse

Forskerens forforståelse er i metodelitteraturen framhevet som et viktig begrep som har betydning for forskningens validitet og reliabilitet. Egne tidligere erfaringer og forståelse av oss selv utgjør i følge Gadamer, Vetlesen og Stänicke en klangbunn for all vår forståelse, også forståelsen av andre, gjennom forforståelse og fordommer vi har (Nortvedt & Grimen, 2004). Det er viktig i all forskning å være bevisst hvilken forforståelse en har, men i kvalitativ forskning er dette spesielt viktig fordi forskeren bruker seg selv aktivt i produksjonen av det empiriske materialet (Malterud, 2001).

Fokus for studien har vært pasientperspektivet ved koloskopiundersøkelse. Jeg har selv ikke gjennomgått koloskopiundersøkelse som pasient. Min forforståelse er preget av at jeg har vært sykepleier og jobbet på sykehus i 17 år. De siste ni årene har jeg jobbet med endoskopiske undersøkelser på gastroenterologiske avdelinger. Erfaringen som sykepleier er en viktig del av motivasjonen for å gjennomføre dette prosjektet. Det har gitt kjennskap til forskningsområdet som har vært hensiktsmessig ved planleggingen av studieprosjektet. På den annen side har kanskje erfaringen gjort at jeg ikke har sett forskningsfeltet med åpent nok blick slik Malterud sier det, at forforståelsen har overdøvet den kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha levert (Malterud, 2001). For stor grad av nærhet til stoffet kan gjøre det vanskelig med kritisk refleksjon.

I løpet av årene jeg har vært sykepleier har det vært en omorganisering av helsevesenet. Det har vært økende fokus på økonomistyring og effektiv drift, og det er etterspørsel fra sykehusledelsen om gjennomføring av flere undersøkelser på kortere tid. Noe av min forforståelse før denne studien har vært at pasientene får for liten tid til samtale med lege og sykepleier i forbindelse med koloskopiundersøkelsen. Metodelitteraturen vektlegger at refleksivitet er en holdning forskere må etterstrebe. Som forsker må man slik Malterud (2011) sier det, lete etter konfrontasjoner med egne forestillinger. Men hun sier samtidig at det er rimelige grenser for skepsis til forforståelsen. Funn fra studien støtter opp under min forforståelse om mangel på tid til samtale med helsepersonell. Et tema fra studien som ikke utelukkende bekreftet min forforståelse, var pasientens opplevelse av å være et kroppsobjekt ved undersøkelsen. I sykepleietradisjonen har det vært vektlagt betydningen av å se hele mennesket i kontakt med pasienten (Martinsen, 2000). Det har også vært en viktig

grunnholdning hos meg som sykepleier. Funn fra min studie kan tyde på at dette ikke nødvendigvis er tilfelle i alle situasjoner. Noen ganger kunne pasienter under koloskopiundersøkelsen også oppleve det fordelaktig ikke å bli betraktet som subjekt, men heller som objekt.

Forforståelse som begrep har vært uthevet som viktig på forelesninger ved høgskolen og jeg hadde lest metodelitteratur før prosjektet startet. Dette førte til at jeg var svært opptatt av å tone ned min sykepleiererfaring slik jeg framstod for informantene i samtalene med dem. Informantene hadde informasjon om at jeg var sykepleier, men jeg presenterte meg som masterstudent og hadde private klær på i møtene med dem. Gjennom jobben som sykepleier har jeg oppnådd fordeler ved gjennomføringen av prosjektet, ved at jeg over tid har knyttet kontakter som har gjort det lettere å få tilgang til sykehus for å rekruttere informanter. Tidligere sykepleierkollegaer har fungert som ”døråpnere” og bidratt positivt til vurderingen av søknadene til sykehusene om tilgang til deres poliklinikk som arena for rekruttering av informanter.

Jeg sikret at pasientenes navn var ukjent for meg før det ble gitt invitasjon til å delta som informant i studien. Det var for å unngå at noen av informantene hadde møtt meg i rollen som sykepleier eller privat, noe som kunne ha ført til forstyrrende mye forkunnskap og forsterket asymmetrien i forholdet mellom meg som intervjuer og informanten. Jeg unngikk også å få kunnskap om hvilke leger og sykepleiere som deltok ved koloskopiene slik at jeg ikke skulle være forutinntatt dersom jeg kjente dem.

Gjennom analysen av datamaterialet ble jeg etter hvert oppmerksom på at forforståelsen min førte til kategorisering av tema organisert ut fra intervjuguiden jeg hadde utarbeidet, og at jeg derfor ville gå glipp av viktige data. Ved å analysere dataene på nytt med sterkt fokus på å være følsom overfor uttrykksformer og flere betydninger utsagnene kunne ha, fikk jeg større åpenhet for tekstene slik de framsto. Å lese teori og å forstå datamaterialet i lys av teorien, har også gitt nødvendig avstand slik at jeg har kunnet analysere fram andre forståelser enn jeg hadde fra før. Mange år som sykepleier på sykehus har gitt meg erfaring i å betrakte sykdom og pasienter med naturvitenskapelige ”briller”. Gjennom blant annet å lese fenomenologisk litteratur har jeg fått et nytt perspektiv for mine refleksjoner.

3.3 Rekruttering og utvalg av informanter

I kvalitative studier er det nødvendig at utvalget av informanter er satt sammen strategisk, slik at materialet blir rikt og variert om det man ønsker å si noe om (Malterud, 2001). Jeg ønsket å intervju både kvinner og menn fordelt i ulike aldersgrupper, som hadde fått utført koloskopi. For å skaffe tilstrekkelig datamateriale for å kunne svare på problemstillingen, var planen å rekruttere mellom seks og ti informanter. I kvalitative studier ”får man ikke nødvendigvis mer data ved å øke antall informanter, men heller gjentakelse av informasjon” (Malterud, 2011, s.56). Det var en forutsetning at informantene snakket norsk og forsto språket godt.

Først søkte jeg og fikk tillatelse fra to sykehus til å rekruttere pasienter som hadde gjennomført koloskopi ved sykehusenes gastropoliklinikk (vedlegg 1). I samarbeid med helsesekretærene ved de aktuelle poliklinikkene sendte jeg ut informasjonsbrev om studien til pasienter som var innkalt til poliklinisk koloskopiundersøkelse (vedlegg 2). Der stod det at pasientene på undersøkelsesdagen kunne bli forespurt om å gi sitt samtykke til deltakelse i studien. Forespørselen ville foregå på venteværelset til avdelingen hvor koloskopien skulle bli utført.

Etter å ha gjennomført fem intervju med informanter fra de to sykehusene, søkte jeg og fikk tillatelse til å intervju noen som hadde fått utført koloskopi ved sykehuset der jeg arbeider. Dette var fordi jeg gjennom de første intervjuene fikk inntrykk av at det var stor ulikhet i konteksten til koloskopien ved de to første sykehusene og slik jeg kjenner det ved mitt arbeidssted. Det var ikke med tanke på å gjøre noen sammenlikning av sykehusene, men for å skaffe mer bredde i det empiriske materialet.

Jeg gjorde meg erfaringer fra de første rekrutteringene som påvirket hvordan jeg gikk fram på de neste rekrutteringsrundene. På det første sykehuset ble det sendt ut informasjonsskriv til pasienter som ble innkalt til koloskopi på åtte utvalgte dager over en periode på fire uker, om at jeg ville være tilstede for å skaffe informanter til min studie. Responsen var stor og jeg ble nødt til å avvise mange som ønsket å bli intervjuet. Dette gjorde at jeg ved neste sykehus plukket ut to pasienter fra planlagte program, på dager hvor jeg planla å være tilstede. Sammen med helsesekretæren ved sykehuset, leste jeg gjennom navnene og fødselsdatoen til

de aktuelle informantene. Dette var for å sikre at jeg ikke kjente informantene fra før, og for å tilstrebe fordeling på informantenes alder og kjønn.

Av alle jeg henvendte meg til på venteværelsene med spørsmål om de ville delta som informanter var det kun en som avsto. Alle andre svarte ja. Ett av de avtalte intervjuene ble ikke gjennomført fordi det kom noe i veien for informanten den aktuelle dagen. Ett intervju ble gjennomført uten at lydopptakeren hadde fungert, slik at det ikke ble noe opptak. I alt var det ti personer som skrev under samtykkeskjema og av disse ble ni intervju gjennomført. Åtte intervju ble transkribert og utgjør det empiriske grunnlaget for denne studien. Disse åtte informantene var fire menn og fire kvinner i alderen 25 til 74 år. Tre av informantene hadde tidligere gjennomført koloskopi, mens det for de resterende fem var første gang de var til en slik undersøkelse. Undersøkelsene ble utført på tre ulike sykehus, fire koloskopier på det ene sykehuset, og to på hver av de to andre sykehusene.

3.4 Planlegging og gjennomføring av kvalitativt intervju

Informantene ble invitert til å velge hvor og når intervjuet skulle foregå i perioden mellom to og syv dager etter koloskopiundersøkelsen. Det skulle ikke gå for lang tid etter undersøkelsen fordi det var ønskelig at informantens hukommelse skulle være mest mulig detaljert. Men det var også ønskelig at det gikk noe tid etter undersøkelsen før intervjuet fant sted. Ko og kollegaer (2009) identifiserte flere faktorer som påvirker pasienters tilfredshet i forbindelse med endoskopi. De fant at pasientenes tilfredshet hadde en tendens til å synke fra rett etter undersøkelsen til noen dager etter undersøkelsen. De anbefaler at studier angående pasienters tilfredshet ikke kun bør gjøres undersøkelsesdagen, men (også) noen dager etterpå (Ko, Zhang, Telford, & Enns, 2009).

To intervju ble gjennomført hjemme hos informantene, og to ble gjort på et samtalerom på sykehuset der de ble undersøkt. To informanter ønsket å møte meg for å bli intervjuet på kafé, og to ønsket at jeg kom til deres arbeidssted. I de tilfellene der jeg kom hjem til informantene, var min oppførsel preget av at jeg var gjest i deres hus. Jeg opplevde at maktbalansen var litt forskjøvet ved at jeg var mer forsiktig med å styre tidsrammen. Det var blant annet litt

vanskelig å avslutte det ene intervjuet, fordi informanten hadde servert kaffe og småkaker og hadde tydelig ønske om et lengre besøk. Jeg ønsket ikke å såre eller avvise informanten. Besøket ble dermed en time lengre enn tidsrammen jeg hadde satt opp. På forhånd var jeg litt skeptisk til å gjennomføre intervju på kafè, fordi jeg forventet at intervjuene skulle preges av at informantene ikke våget å dele intim informasjon, på grunn av at andre personer var i rommet. Slik ble det ikke. Det ene intervjuet foregikk på en utendørskafè og det andre på et kjøpesenter. Det var mange mennesker omkring og lydnivået var høyt slik at vi hadde ikke følelsen av at andre kunne høre hva vi snakket om. Mitt inntrykk var at informantene reagerte positivt på at jeg kunne møte dem der det passet best for dem, og at det var medvirkende til at de var velvillig innstilt da intervjuet begynte. Intervjuene varte mellom 50 og 110 minutter. Alle informantene sa at de opplevde det positivt å kunne bidra til en slik studie.

Utgangspunktet for denne studien var en relativt induktiv, utforskende tilnærming. Det var utarbeidet en intervjuguide med spørsmål jeg ønsket belyst i intervjuene (vedlegg 3). Spørsmålene i intervjuguiden ble valgt med tanke på at de skulle lede informanten minst mulig, men likevel styre samtalen slik at det angikk koloskopiundersøkelsen. Temaene var bestemt på forhånd, men rekkefølgen av dem ble bestemt underveis. Et utforskende intervju er i følge Kvale og Brinkmann (2009) åpent og strukturen er bare i liten grad lagt på forhånd. Målet er at svarene fra informantene følges opp av intervjueren og at det vil gi nye innfallsvinkler til spørsmålene. Innledningsvis i intervjuene ble informant bedt om å fortelle mest mulig detaljert hvordan han eller hun hadde opplevd koloskopiundersøkelsen, fra de mottok innkallingsbrevet og til undersøkelsen var ferdig. Hvis et tema fra intervjuguiden ikke ble omtalt av informanten, stilte jeg spørsmål om dette etter at de hadde fortalt sin historie. Det viste seg at informantene hadde et ønske om å fortelle sin historie med helsevesenet, om sin families erfaring og om venners erfaring før de kom til koloskopi. Først tenkte jeg at det ble mye datamateriale jeg ikke kunne bruke i prosjektet. Men i arbeidet med analysen så jeg etter hvert at forhistorie hadde stor betydning for pasientenes opplevelse av prosedyren.

Ved gjennomføringen av intervjuene opplevde jeg at jeg som intervjuer ble mindre anspent for hvert intervju. Intervjuene ble forskjellige fra gang til gang fordi informantene var ulike, men også fordi jeg fikk mer erfaring i rollen som intervjuer. Jeg opplevde at kjønn og alder påvirket hvordan jeg intervjuet, og hvordan informanten snakket til meg. Kvinnene snakket for eksempel om gynekologisk undersøkelse som noe jeg antakelig hadde kjennskap til som

kvinne. Umiddelbare tanker og refleksjoner jeg hadde etter intervjuene noterte jeg rett etter at intervjuet var avsluttet. Notatene har gjort at jeg i ettertid har kunnet veksle mellom teoretisk syn på dataene og mine nære tanker etter intervjuene. Notatene inneholdt detaljer om hvordan informantene var kledd, om de røykte, om de virket formelle, avslappet eller nervøse. Der hvor jeg kom hjem til informanten ga rommene også informasjon om personen jeg snakket med. Jeg reflekterte også over min egen reaksjon på intervjuene. Det var tilfeller der jeg følte behov for å forsvare utsagn sykepleierne hadde kommet med eller forklare andre omstendigheter som jeg mente informantene måtte ha misforstått. I forkant var jeg svært opptatt av å påvirke informantene i minst mulig grad, og var derfor svært forsiktig med å uttale meg. I ettertid har jeg tenkt at jeg var for tilbakeholden med å synliggjøre meg som person for informantene. Ved de siste intervjuene deltok jeg litt mer som en samtalepartner, og nevnte episoder hvor jeg selv har vært pasient. Jeg oppdaget da at intervjuet fikk noe preg av vennskapelig gjensidig samtale, og stemningen tillot flere personlige uttalelser fra informantene. Thagaard (2009) hevder at det er viktig at informanten opplever nærhet til forskeren. Sosial avstand mellom forsker og informant kan føre til at informanten blir skeptisk til det forskeren representerer (Thagaard, 2009).

3.5 Analyse av materialet

Alle intervjuene ble tatt opp på en elektronisk lydopptaker. Etter hvert intervju skrev jeg ned mine inntrykk og refleksjoner før jeg hørte på lydopptaket. Jeg beskrev i hvilken kontekst intervjuet ble gjennomført, hvilket inntrykk informanten ga og den umiddelbare opplevelsen av hva informanten hadde formidlet. Jeg transkriberte alle intervjuene selv. Det var en tidkrevende prosess, men det ga nærhet og god kjennskap til datamaterialet. I følge Kvale og Brinkmann (2009) begynner meningsanalysen allerede under transkripsjonen hvis forskeren selv utfører transkripsjonene. Planen var at jeg skulle transkribere et intervju før jeg gjennomførte det neste. Det klarte jeg bare delvis fordi transkripsjonsarbeidet var mer tidkrevende enn jeg var forberedt på. Alle ord ble skrevet i transkripsjonen slik de ble uttalt, og pauser og lyder som for eksempel eh og latter ble notert.

Analysen tar utgangspunkt i Kvale og Brinkmanns (2009) tre tolkningskontekster, selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft, og teoretisk forståelse.

Fenomenologisk hermeneutisk tenkning i forståelsen av dataene har ligget til grunn for studien fra begynnelsen av. Analyseprosessen har vært preget av stadig vekslning mellom deler og helhet i materialet, noe som er et hermeneutisk fortolkningsprinsipp (Kvale & Brinkmann, 2009). Arbeidet har ikke hatt lineær progresjon i henhold til de tre analysenivåene.

Først leste jeg gjennom transkripsjonene etter hvert som jeg hadde skrevet dem ferdig, uten å gjøre notater. Deretter begynte jeg med første intervju og valgte ut setninger og avsnitt i teksten hvor informanten beskrev situasjoner, handlinger eller følelser, for å identifisere tentative meningsenheter i materialet. Denne utvelgelsen av enheter i teksten er basert på hva jeg forsto som viktige aspekter i materialet, og innebærer slik Thagaard (2009) sier, en tolkning. Andre forskere ville kanskje delt inn materialet på andre måter. Gjennom forarbeidet til prosjektet, har jeg lest forskningsartikler som peker på faktorer som har betydning for pasientens tilfredshet i forbindelse med koloskopiundersøkelse. Disse faktorene, og mine egne spørsmål fra intervjuguiden, var ”briller” jeg leste de transkriberte tekstene med. At fortolkningen ikke er forutsetningsløs er også et hermeneutisk prinsipp, ved at man ikke kan ”hoppe utenfor” den forståelsestradisjonen man lever i (Kvale og Brinkmann, 2009, s.217).

Jeg jobbet med teksten på PC, og ”kopierte” de utvalgte utdragene fra transkripsjonen og ”limte” dem inn i et tabelldokument i hver sin celle. Pauser, latter og unødvendige ord som ikke ga mening til innholdet, ble fjernet slik at de ikke var med i utdraget i tabellen. På dette stadiet var fokus å formulere den intervjuedes selvforståelse slik Kvale og Brinkmann beskriver (Kvale and Brinkmann s.221). Hver kolonne merket jeg med nøkkelord eller en setning om hvilket tema utdragene handlet om, for eksempel ”skriftlig informasjon”, ”muntlig informasjon” og ”kontakt med sykepleier”. Deretter leste jeg transkripsjonen av intervju nummer to og jobbet med teksten på samme måte. Cellene i tabellen merket jeg med nummer ut fra hvilken rekkefølge intervjuene ble gjennomført, slik at utdraget kunne føres tilbake til intervjuet det var hentet fra. Når utdragene fra intervjuene handlet om et nytt tema, opprettet jeg en ny kolonne i tabellen.

I denne første fasen kom jeg fram til følgende tema; ”skriftlig informasjon”, ”informasjon fra familie/venner”, ”informasjon i løpet av undersøkelsen”, ”smerter”, ”forlegenhet”, ”kontakt

med sykepleier”, ”kontakt med lege” og ”resultat av undersøkelsen”. Et funn i datamaterialet som overrasket meg på dette stadiet, var at flere informanter ga uttrykk for at de mente det var greit at legen var distansert i forhold til dem. Dette var et funn som stred i mot min forforståelse, og vekket en nysgjerrighet om hvorfor informantene ga uttrykk for en slik relasjon til legen.

I neste fase leste jeg alle intervjuene med oppmerksomheten rettet mot ett og ett tema. Jeg lette for eksempel etter uttrykk og beskrivelser som handlet om opplevelse av smerte. I denne fasen forsøkte jeg å sammenfatte betydningen av alle informantenes uttalelser som hørte til hvert tema. Jeg brukte tankekart med stikkord knyttet til temaet, og skrev sammendrag av uttalelsene til informantene om for eksempel smerte. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver dette nivået som kritisk forståelse basert på sunn fornuft. Jeg presenterte utdrag fra sammendragene for medstudenter og andre diskusjonspartnere for å få innspill fra flere synsvinkler.

Etter å ha jobbet en stund med de kategoriene som er nevnt over, oppdaget jeg at viktige data fra empirien ikke var med. Mye av bekymringen informantene hadde i forkant av koloskopiundersøkelsen som de hadde formidlet i intervjuene, kom ikke fram på den måten jeg hadde kategorisert materialet. I arbeidet med teksten endret jeg forståelsen av hva som var viktig å løfte fram. Jeg valgte å gå en ny runde med første tolkningskontekst, og systematisk gjennomgå transkripsjonene en gang til. For å få helt ny innfalsvinkel til materialet, jobbet jeg denne gangen med utskrifter av transkripsjonene på papir, og merket ulike kategorier med fargeblyanter. Målet var å være åpen for hva datamaterialet inneholdt av tema. Kvale og Brinkmann (2009) sier at man på fenomenologisk vis kan forsøke å sette sine egne begreper i parentes for å oppnå maksimal åpenhet overfor tekstene slik de fremstår.

Denne gjennomgangen førte til at informantenes erfaring før koloskopiundersøkelsen ble en viktig kategori. Tema som ”frykt for alvorlig diagnose”, ”krevende tømmeregime”, ”vanskelig tema å snakke om” og ”liknende erfaringer” ble identifisert i denne runden. Sett i ettertid var jeg ikke åpen nok i første runde da jeg skulle finne kategorier. Jeg var påvirket av intervjuguiden og fokuserte mest på hva informantene fortalte fra selve koloskopiundersøkelsen. Dette ble en blindvei og forhindret meg i å se pasientenes opplevelse på tvers av den organiseringen jeg hadde valgt. At de selv fortalte svært mye av hva de hadde

opplevd tidligere, la jeg ikke vekt på i begynnelsen, men fant etter hvert ut at dette var viktige data. Jeg fikk ny forståelse av datamaterialet ettersom jeg leste teori om temaene. Levd liv og tidligere erfaringer har i et kroppsfenomenologisk perspektiv, betydning for hvordan vi opplever nye erfaringer.

I andre tolkningskontekst har jeg ved å se på utsagn fra flere intervjuer sammen, fått en utvidet ramme til å forstå meningsinnholdet i teksten. Uttalelser fra informantene ble rekontekstualisert knyttet til de forskjellige temaene de tilhørte. Samtidig har det vært viktig at sammenfatningen har vært gyldig for de opprinnelige uttalelsene i intervjuene. Presentasjon av funn i kapittel 4 er basert på denne andre tolkningskonteksten, og er organisert under hovedkategoriene ”forholdet til koloskopi i forkant av undersøkelsen”, ”opplevelse av koloskopiundersøkelsen”, og ”forholdet til helsepersonell”. Fortolkningen av meningsinnholdet strekker seg utover en organisering av informantenes uttalelser, men tar sikte på slik Kvale og Brinkmann (2009) beskriver, en dypere og mer kritisk forståelse av teksten.

Den tredje tolkningskonteksten har vært å forstå funn i datamaterialet sett i lys av teori. I første og andre tolkningskontekst stilte jeg spørsmål om ”hva” og ”hvordan”. I den teoretiske tolkningskonteksten har jeg stilt spørsmål om ”hvorfor”, slik Thagaard (2009) beskriver. Det er et mål med dette tolkningsnivået å gå lenger enn informantens selvforståelse og allmenn sunn fornuft (Kvale & Brinkmann, 2009). Teori om fenomen og tema som har kommet fram gjennom analysen, har jeg hentet inn underveis i prosessen med god hjelp fra veileder. I lys av hermeneutisk fortolkning har jeg stilt nye spørsmål til teksten. Det har vært et mål å knytte teoretiske begreper til teksten for å fremheve forståelsen av den. Forståelsen av informantenes opplevelse av sin relasjon til lege og sykepleier har for eksempel blitt utvidet ved teori om rollebegrepet. På samme måte har teori om kroppsfenomenologi og skam utvidet forståelsen av informantenes bekymring i forkant av undersøkelsen og følelser under selve koloskopiundersøkelsen. Funnene er diskutert i kapittel 5 under overskriftene ”kropp og følelse av skam”, ”redsel for smerte”, ”roller og relasjoner” og ”tillit til informasjon”.

3.6 Etiske overveielser

Helsinkideklarasjonens prinsipper for medisinsk forskning er fulgt i prosjektet. Det ble søkt Regional etisk komité for helsefaglig forskningsetikk om tillatelse til å gjennomføre studien, og godkjenning ble gitt (vedlegg 4). Tillatelse til å rekruttere informanter ved sykehusene ble søkt om og innvilget (vedlegg 1). Det ble innhentet skriftlig informert samtykke om deltakelse fra informantene (vedlegg 5). Informantene mottok også muntlig informasjon og det ble framhevet at det var frivillig å delta og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet. Informantenes navn og personopplysninger som kan identifisere dem er ikke registrert, med unntak av en informant som ba om at navn og adresse ble notert for at informanten skulle få tilsendt et eksemplar av studierapporten når den var ferdig. Lydfilene har vært lagret på en ekstern harddisk som har vært oppbevart innelåst. Alle lydfiler og utskrifter av intervjuene vil bli slettet etter at studien er avsluttet.

Intervju som datainnsamlingsmetode kan ofte ha en personlig karakter og forskeren må være klar over at prosessen representerer en potensiell intervensjon som kan aktivere psykisk uro hos personen som blir intervjuet (Malterud, 2001). En koloskopiundersøkelse berører intime områder og jeg var bevisst på å være sensitiv for informantens grenser og ikke utfordre informantene til å fortelle mer enn de ønsket selv. Som intervjuer forsøkte jeg å være bevisst på muligheten for asymmetri i maktforholdet mellom intervjuer og informant. Det er viktig å være oppmerksom på slik Kvale og Brinkmann skriver, at vår søken etter intervjubasert kunnskap av høy vitenskapelig kvalitet, i noen tilfeller kan komme i konflikt med vår etiske bekymring for å komme til å skade intervjupersonen. Det er et dilemma mellom å ønske så mye kunnskap som mulig, samtidig med at man respekterer informantens integritet (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.7 Validitet og reliabilitet

Validitet knyttes til gyldig viten og reliabilitet til pålitelighet, men det er omdiskutert hvilke kriterier disse begrepene innebærer i vitenskapelig sammenheng. I følge Kvale og Brinkmann (2009) må validitet og reliabilitet i forbindelse med kvalitative studier være en del av prosessen fra begynnelse til slutt. Forskeren må ha et kritisk syn på sitt perspektiv og sin

fortolkning, og ”selv spille rollen som djevelens advokat overfor sine egne funn” (Kvale og Brinkmann, 2009, s.254).

Hvorvidt metoden man bruker måler det man har tenkt til å måle og om funnene kartlegger det fenomenet som skal undersøkes kalles ofte intern validitet (Fangen, 2010). Hensikten med prosjektet har ledet til valg av kvalitativt dybdeintervju som metode. Utvalget av informanter har vært strategisk i forhold til emnet som skulle utforskes, og intervju er i følge metodelitteraturen en egnet metode for å studere hvordan personer tenker og føler, noe som til sammen argumenterer for intern validitet.

At informantene ble rekruttert fra tre ulike sykehus mener jeg har bidradd til økt variasjon og mangfold i datamaterialet. Erfaring fra ulike sykehuskulturer i forbindelse med koloskopi har blitt representert. Utvalget kunne ha vært bredere og gitt ytterligere data dersom for eksempel innvandrere, informanter fra flere helseforetak i ulike geografiske områder og private klinikker hadde vært inkludert. Hensyn til praktisk gjennomføring, tid og ressurser som har vært tilgjengelig, har vært medvirkende til avgrensningen av utvalget.

Kommunikativ validitet innebærer å vurdere i hvilken grad tolkninger er gyldige gjennom dialog med andre. ”Sannsynligheten for at et funn er gyldig om noe bestemt, kan styrkes dersom flere er enige om at dette er en rimelig konklusjon” (Malterud, 2011, s.183). Det er tre grupper som Kvale og Brinkmann (2009) hevder at tolkning kan valideres innenfor. Det er medlemsvalidering når informantene i studien bekrefter innholdet i tolkningen. Det neste er validering av det allmenne publikum som holder seg innenfor rammen av kritisk sunn fornuft, og det tredje er teoretisk validering eller forskervalidering.

Informantene i denne studien har ikke fått presentert innholdet i tolkningen, hovedsakelig på grunn av praktiske hensyn og tidsrammen som har vært for studien. Dersom de hadde fått det, kunne det gitt flere data som kanskje kunne gitt flere retninger for den videre analysen, ikke nødvendigvis for at de skulle være enige i min tolkning av intervjuene. Det er diskutert innen metodelitteraturen hvorvidt en samstemt oppfatning mellom forsker og informanter bidrar til validering av funnene. Et argument mot medlemsvalidering er at en forskers tolkning bør kunne bryte med informantens selvforståelse og tilføre noe nytt (Fangen, 2010).

I hele arbeidet med studien har personer som jeg kjenner privat, lest utdrag av det jeg har skrevet og jeg har diskutert analysen av materialet med dem. Spesielt en person har vært involvert som leser og diskusjonspartner gjennom hele prosessen. Dette har slik Kvale og Brinkmann (2009) sier, bidratt til å styrke validiteten ved presentasjonen av funnene fra studien sett fra det allmenne publikums vurdering, basert på kritisk sunn fornuft.

Det har også bidratt til validering av funnene at utdrag fra transkriberte intervju og tolkning av dataene har vært diskutert i masterseminar ved HIOA. Masterseminarene har vært ledet av erfarne sykepleieforskere og gruppen av masterstudenter har vært stabil i hele perioden og har dermed fulgt prosessen fra begynnelse til slutt. I tillegg til dette har jeg gjennom hele prosessen fått konstruktive skriftlige og muntlige tilbakemeldinger fra min veileder. Dette har bidratt til teoretisk validering av tolkningene som er gjort, ut fra et ”forskerperspektiv”.

Ekstern validitet handler om i hvilken grad funnene kan overføres eller generaliseres til andre sammenhenger som ligner den som den aktuelle studien er fortatt innenfor (Fangen, 2010). Kvale og Brinkmann (2009) betegner dette som ”analytisk generalisering” og de vektlegger at en må se på likheter og forskjeller mellom de situasjonene man ønsker å generalisere funnene til. Det er slik jeg vurderer det, sannsynlig at funnene som ble identifisert i studien vil kunne kjennes igjen av andre voksne, norsktalende personer på østlandsområdet. Resultatene fra andre forskningsstudier bekrefter tolkninger fra min studie, noe som også styrker studiens eksterne validitet (Mikocka-Walus, Moulds, Rollbusch, & Andrews, 2012; Sewitch, et al., 2013).

Reliabilitet har som Kvale og Brinkmann (2009) sier, med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre. Det hevdes ofte at reliabilitet dreier seg om i hvilken grad funnene kan reproduseres av en annen forsker. Fangen (2010) viser til Schatzmann og Strauss, og mener det heller må stilles spørsmål om en uavhengig forsker ville gjøre oppdagelser som empirisk eller logisk gjør funnene i den aktuelle studien ugyldige. Dersom nye funn ikke står i klar motsetning til den opprinnelige forskningen, må den i følge Fangen (2010) regnes som supplementær eller komplementær. Ved et kvalitativt intervju kan ikke samtalen reproduseres av andre forskere. Produktet av intervjuet har oppstått som interaksjon mellom intervjueren og informanten (Kvale & Brinkmann, 2009). En person kan uttale seg om en hendelse på flere måter og påvirkes av hvilken sammenheng synspunktene ytres. Samtalen gir en ramme som

bestemmer hvilken historie som blir fortalt. Uttalelsene må vurderes ut fra konteksten de har blitt gitt (Malterud, 2011). Dette ble tydelig for meg gjennom intervjuet av en eldre mann. Han trodde først at jeg representerte sykehuset han ble undersøkt ved. Da han forstod at jeg var uavhengig som masterstudent, nyanserte han uttalelsene sine i kritisk retning av behandlingen. Det er sannsynlig at informantene har formulert seg med bevissthet om at jeg er sykepleier, selv om det var noe jeg forsøkte å tone ned. At de visste at jeg var sykepleier kan kanskje ha ført til mindre kritiske kommentarer om sykepleiere og sykehus generelt. På den annen side kan det ha ført til at informantene så det som en mulighet til å fortelle hvor dårlig oppfatning de har av helsevesenet og at de har vektlagt dette i intervjuet.

4 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet presenteres studiens funn. Informantenes uttalelser er fortolket i kontekstene ”selvforståelse” og ”kritisk forståelse basert på sunn fornuft” slik jeg har gjort rede for under punkt 3.5, og utgjør grunnlaget for hvordan funnene blir fremstilt. Funnene blir presentert under tre hovedoverskrifter som retter seg mot forskningsspørsmålene i studien; 1) Hva preget pasientens forhold til koloskopi i forkant av undersøkelsen?, 2) Hvordan opplevde pasienten gjennomføringen av koloskopiundersøkelsen? og 3) Hva kjennetegnet pasientens forhold til helsepersonell?

4.1 Forholdet til koloskopi i forkant av undersøkelsen

Alle intervjuene ble innledet med et åpent spørsmål til informanten om å fortelle om sin opplevelse av koloskopiundersøkelsen fra da de fikk innkallingsbrevet fra sykehuset. Felles for alle informantene var at de også valgte å fortelle om sitt forhold til helsevesenet *før* de ble innkalt. Egne erfaringer fra helsevesenet, historier de hadde hørt fra familie og venner og inntrykk fra media var et bakteppe som farget opplevelsen av koloskopiproedyren. Informasjonen i brevet fra sykehuset var også viktig for hvilket inntrykk informantene hadde av koloskopi.

4.1.1 Liknende erfaringer

Tre av informantene hadde gjennomgått koloskopi tidligere og for dem hadde naturligvis den tidligere erfaringen stor betydning for forventningene til undersøkelsen. De hadde konkrete forventninger for eksempel med hensyn til hvor lang tid det ville ta, hvordan tarmtømmingsmiddelet skulle virke, om det kom til å gjøre vondt og om de ville få tilbud om smertestillende medisin. Men også annen erfaring med helsevesenet ble trukket frem for å illustrere enkelte situasjoner. Dette ble også gjort av dem som ikke hadde opplevd koloskopi fra før.

Informantene fortalte hovedsakelig om negative erfaringer fra tidligere undersøkelser. Flere ga uttrykk for at de ikke hadde tillit til helsevesenet som system. Noen hadde erfart at de ikke ble innkalt til kontroll som de var forespeilet. En mann i syttiårene fortalte at verken fastlegen eller sykehuset hadde oversikt over at det hadde gått fem år siden hans siste kontroll, og at han skulle ha vært innkalt til ny undersøkelse. Han sa at det var kun fordi han selv fulgte med og bad om ny kontroll at han fikk det. Andre hadde opplevd at resultat etter ulike undersøkelser ikke var blitt sendt dit det skulle følges opp. En kvinne i førtiårene hadde gjennomgått en stor operasjon. Hun skulle hatt en samtale med kirurgen etter operasjonen om sin tilstand. Hun ble lovet en telefonbeskjed som aldri kom:

Klokka ti om kvelden kom jeg hjem. Dette var en torsdag. Fredag skulle legen ringe meg. Han ringte ikke. Jeg var så fortvila.

Flere hadde som denne kvinnen eksempler på at det var gitt løfter som ikke ble oppfylt fra helsepersonell sin side. Slik erfaring førte til redusert tillit til helsevesenet.

Det ble fortalt om erfaringer fra mange forskjellige møter med helsevesenet. En type undersøkelse som flere informanter hadde hatt negativ opplevelse med, var gastroskopi. Undersøkelsesmetoden ved gastroskopi likner metoden ved koloskopi. Man bruker et liknende instrument, men man fører slangen inn gjennom svelget til pasienten og undersøker spiserør, magesekk og tolvfingertarm. Gastroskopi blir utført på samme avdeling som man gjør koloskopi. En kvinne i tjuårene fortalte:

Når jeg da fikk panikk av slangen så, istedenfor at jeg fikk forståelse, så ble jeg holdt fast. Bare sånn, ferdig. Dette skal vi gjøre og du har ikke noe du skulle ha sagt. Og det tror jeg har mye og si, den opplevelsen.

Selv om negative erfaringer med helsevesenet bidro til engstelse før koloskopiundersøkelsen, fortalte noen at negative erfaringer gjorde dem rustet til å tåle litt tøff behandling. Flere damer fortalte om erfaringer fra gynekologiske undersøkelser, som denne kvinnen i sekstiårene:

Jeg har tross alt vært gjennom en del undersøkelser og fødsler og jeg har hatt svangerskap utenfor livmoren. Jeg har vært igjennom en del sånne ting. (Jeg) var mer avslappa i forhold til det (koloskopien), liksom.

Hovedinntrykket fra intervjuene er at informantene forventet en smertefull undersøkelse. To av de tre som hadde fått utført undersøkelsen tidligere fortalte at de hadde opplevd det som smertefullt. Andre informanter hadde hørt fra bekjente at koloskopi skulle være en smertefull undersøkelse. Den vage formuleringen i informasjonsbrosjyren om muligheten for smertestillende medisiner, ble også kommentert ut fra ønsket om å vite dette sikkert. Flere informanter fortalte at de hadde hørt fra andre at man ikke fikk smertestillende medisiner selv om man ønsket det, som kvinnen i tjuårene fortalte:

Noen steder må man nesten rope etter beroligende eller noe sånt for en koloskopi, da. En jeg kjenner har vært på xx sykehus. Og han måtte krangle seg til å få smertestillende. Så det var den jeg hadde mest i minnet.(...) At det var et tilbud ved det sykehuset (jeg skulle undersøkes), hadde vært greit å vite. Da hadde jeg sluppet å bekymre meg for at jeg kanskje ikke fikk det.

Selv om noen ga uttrykk for at de var personer som tålte ubehag og smerte, var hovedinntrykket at informantene grudde seg og var engstelige før koloskopiundersøkelsen fordi de forventet at det skulle gjøre vondt. Det var imidlertid en av informantene som skilte seg ut fra de andre med hensyn til dette. Han hadde fått utført koloskopi fire ganger før og hadde ikke opplevd det som smertefullt. Han forventet derfor ikke at det skulle bli vondt denne gangen heller.

Noen informanter var svært opptatt av risikoen ved undersøkelsen, mens andre ikke snakket om noen slik bekymring i det hele tatt. Noen fortalte at de hadde tenkt mye på det at det kunne gå hull på tarmen. Sammen med innkallingen til undersøkelsen mottok pasientene et informasjonsskriv om koloskopi (vedlegg 6). Med litt ulik formulering fra de tre sykehusene sto det noe om risiko for komplikasjoner. I ett skriv sto det at det i helt spesielle tilfeller kan oppstå hull på tarmen. Fra ett annet sykehus sto det at risikoen for hull på tarmen er angitt som 0,5 prosent. Fra det tredje sykehuset sto det at det i sjeldne tilfeller kan bli skade i

tarmveggen. En mann i førtiårene fortalte om sin reaksjon på informasjonsskrivet fra sykehuset:

Så leste jeg også litt på det som de sendte ved og en ting som jeg beit litt merke på. Og det ene var det der med at det kunne gå, i sjeldne tilfeller så kunne det gå hull i tarmen. Og det er vel kanskje det at man tenker det verste. Man leser hva som kan skje og så tenker man worst case når man er der.

Dette hadde ført til at han bekymret seg veldig for å gjennomføre koloskopien. Han mente at slik informasjon med fordel kunne ha vært utelatt fra brosjyren. Opplysning om risiko for skade i form av prosenttall, førte også til bekymring. En mann i sekstiårene misforstod størrelsen på risikoen for perforasjon av tarmen ved koloskopi:

Jeg mener at hvis du gir en sånn informasjon så er den i hodet på meg når jeg går inn. Fem av hundre det er fem prosent det. Det stod i brevet, det.

Han hadde altså oppfattet feil. 0,5 prosent betyr fem av tusen. Han overvurderte risikoen og bekymret seg også for at dette skulle skje med nettopp ham. Å gjøre leseren oppmerksom på at noe kunne gå galt gjennom et slikt informasjonsskriv førte til økt angst før koloskopien for noen informanter. Ingen av de som ble undersøkt ved det sykehuset som brukte formuleringen ”i sjeldne tilfeller kan bli skade i tarmveggen”, kommenterte at de fryktet komplikasjoner i forbindelse med koloskopien. Men noe som alle hadde oppmerksomhet mot, var resultatet av koloskopien.

4.1.2 Frykt for en alvorlig diagnose

En bekymring som kom til uttrykk hos et flertall av informantene var at de fryktet en alvorlig diagnose. Grunnen til at de skulle gjennomføre koloskopi var for de fleste å utelukke, eller avdekke eventuell kreft i tarmen. Da de fortalte om denne bekymringen i intervjuene, var det kun en som først selv brukte ordet kreft. De øvrige brukte formuleringer som ”noe alvorlig”

eller ”*farlig sykdom*”. Da de ble bedt om å utdype hva de la i disse uttrykkene, svarte alle at de mente kreft. En kvinne i sekstiårene sa det slik:

Tarmkreft, det er det du bekymrer deg for. Det hører man nå at mange får. At det er vage symptomer, og så følte jeg at det har vært veldig mye luft og sånt i magen.

Det å få diagnosen kreft ble av flere forbundet med dødelig sykdom. Muligheten for å få en slik diagnose lå i bevisstheten til flere av informantene, og det fremmet følelsen av angst før koloskopien, som hos denne mannen i førtiårene:

Ja jeg tenker kreft. Det er alltid det som kommer først. Man tenker at alt annet overlever man som regel. Men kreft er et sjansespill.

Denne mannen og noen andre informanter hadde hatt diffuse plager som smerter og oppblåst mage. På spørsmål om hvorfor de bekymret seg for kreft, henviste de til oppslag i media om økning av forekomst av kreft i tykktarmen.

En av informantene hadde hatt kreft i tykktarmen tidligere, og ble jevnlig innkalt til kontroll på grunn av det. To andre informanter hadde familiær disposisjon for å utvikle kreft. En mann i syttiårene hadde opplevd å miste flere i nær familie på grunn av kreft:

Både min mor og far døde av tykktarmskreft, og så min bror. Det var den tredje i familien.(...) Jeg er veldig glad for at jeg har kommet inn i systemet. Jeg behøver ikke tenke på det. De sender meg et brev hvert tredje år.

Hvis man som denne mannen har familiær disposisjon for å utvikle kreft i tarmen, blir man som regel kalt inn til koloskopi hvert tredje eller femte år, for kontroll. Denne mannen sa at han bekymret seg før hver kontroll for om de skulle finne tegn til kreft. Men han var takknemlig for å bli innkalt til jevnlig undersøkelser.

4.1.3 Vanskelig tema å snakke om

Det kom fram at koloskopiundersøkelse og årsaker til hvorfor de hadde behov for en slik undersøkelse ikke var tema som de enkelt kunne snakke med andre om. Det var bare utvalgte personer de hadde kunnet fortelle dette til. Noen fortalte at de hadde snakket litt med en som jobbet på apoteket da de kjøpte tarmtømmingsmiddelet. Andre fortalte at de hadde snakket med bekjente som de visste hadde gjennomgått noe liknende, eller nære personer i livet sitt, som ektefelle eller andre familiemedlemmer. En mann i femtiårene sa det slik:

Så det første jeg gjorde, det var å snakke med noen som jeg kunne betro meg til. I og med at det er såpass intimt, da. Så da snakket jeg med en som hadde gjort noe sånt noe før eller hadde hatt det problemet.(...) Det er litt ømt å snakke om det. Det er sånne ting som man ikke snakker høyt om. Ja. Har du brukket armen så ser du at den er i gips, ikke sant. Du viser ikke rompa til alle. Der blør det.

Enkelte informanter opplevde at det også var vanskelig å snakke med sin nærmeste familie om dette temaet. Problemer med avføringen og luft i magen er et *ikke-tema*, som en kvinne i femtiårene kalte det:

Ja det er ikke noe en snakker om egentlig. Jeg har en sønn som har ulcerøs colitt, og han har mye luft og sånn. Han har vel lært seg at han må leve med det. Men jeg husker i begynnelsen så var det noe vi ikke snakka om. (...) Men jeg følte det som en voksen person også. Akkurat det der, det syns jeg var litt ekkelt.

Noen fortalte at det opplevdes som vanskelig å fortelle på jobben hvorfor de måtte være borte fra arbeid. Det var et tema de ikke ønsket å snakke om på jobben, samtidig som de opplevde at det var unaturlig å være borte, uten å oppgi årsak.

Stemningen under intervjuene var også preget av at det var et intimt område for informantene å fortelle om. Flere lo mye og de hadde litt hektisk rød farge i ansiktet i perioder. Språket de valgte når de skulle formidle sin opplevelse fra koloskopien var preget av generelle uttrykk og formuleringer. "Nedentil" og "området som skulle undersøkes" ble brukt framfor konkrete

og dirkete ord. Informantene omtalte seg selv i andre eller tredje person da de fortalte om egne erfaringer, for eksempel ”du føler deg litt brydd” eller ”man forsøker å holde på luften”. Selv om det var et vanskelig tema å snakke om, ga informantene uttrykk for at de hadde behov for å snakke om både undersøkelsen og forberedelsene til den. Prosessen med å tømme tarmen var gjenstand for stor oppmerksomhet hos informantene.

4.1.4 Krevende tømmeregime

Pasienter som skal til koloskopi får et brev med oppskrift på å tømme tarmen før undersøkelsen. Alle tre sykehusene anbefalte samme type tarmtømmingsmiddel som pasientene måtte kjøpe på apoteket. Oppskriften på hvordan man skulle bruke middelet, varierte litt fra sykehus til sykehus (vedlegg 7). Det står i informasjonsskrivet at det er viktig med ren tarm for en vellykket undersøkelse. Ansvar for tømmingen er gitt til pasienten. Flertallet av informantene mente at det burde vært bedre informasjon om hvordan de kunne gjennomføre tømmingen av tarmen optimalt. For eksempel hvor lang tid de måtte beregne på tømmeregimet, og om det var mulig å gå på jobb den dagen de skulle tømme tarmen. En kvinne i sekstiårene hadde tenkt å drikke tømmingsmiddelet mens hun var på jobb på grunn av tidspress på arbeid. Hun var lettet fordi hun ikke hadde vært på jobb, fordi hun hadde respondert kraftig på middelet og måtte holde seg ved toalettet hele tiden:

Jeg tror jeg hadde satt pris på at det hadde stått litt mer sånn utfyllende om den tømmeprosessen. For den varte for meg fra kl 13 til neste dag kl 9. Og så skulle jeg på undersøkelse da kl 9.45. Jeg trodde det var mulig å gjøre andre ting innimellom. Men det var det ikke, altså. Så jeg hadde nok innrettet meg litt annerledes hvis jeg hadde visst hvor voldsomt det var.

En kvinnelig informant i femtiårene var også opptatt av at informasjonen burde si noe om hvor lenge man måtte forvente å være borte fra arbeidet. Hun hadde nærmest aldri vært borte fra jobb og følte det som en belastning å bruke egenmelding om sykefravær. For henne hadde det vært en støtte å kunne vise til en anbefaling fra sykehuset i en informasjonsbrosjyre:

Jeg følte at det var et dilemma for meg det der at jeg ikke visste hvordan det ville bli den dagen som jeg skulle ha medisinen. Det sto ingen steder hvordan effekten ville bli. Men det hadde vært litt greit å kunne si på jobb at jeg må være borte to dager.

De fleste informantene hadde kraftig reaksjon på tømingsmiddelet, men en mann i syttiårene opplevde at han responderte dårlig på tømingsmiddelet. Da han kom til undersøkelsen var tarmen dårlig tømt. Han fortalte at han hadde fulgt oppskriften til punkt og prikke, men tømingsmiddelet hadde likevel ikke hatt den ønskede effekten. Dette var svært opprørende for ham fordi han følte at det var hans ansvar at tarmen skulle være ren.

På grunn av sterk reaksjon på tømingsmiddelet var det flere som bekymret seg for reisen til sykehuset. I informasjonsskrivet fra sykehusene anbefales det at man ikke kjører egen bil på grunn av muligheten for at det blir gitt smertestillende medisiner. En mann i førtiårene valgte likevel å kjøre egen bil til sykehuset fordi han var redd for lekkasje fra tarmen:

Jeg satt der og tenkte hvordan skal jeg komme meg på sjukehuset? Så det ble til at jeg sto opp kl halv fire på morgningen og så tok den siste (dosen). Og det var jeg egentlig glad for, for da var det sånn at jeg akkurat rakk å tømme meg helt før jeg dro. Men jeg ville aldri ha tatt noe kollektivt. Det ville jeg ikke ha turt.

I beskrivelsen av hvordan man skal tømme tarmen før en koloskopi, står det i oppskriftene fra sykehusene at man kan drikke *klare væsker* frem til undersøkelsen. Dette begrepet var det flere som mente var forvirrende. Eksempler på klare væsker er kaffe, te, buljong og juice uten fruktkjøtt, mens melk ikke regnes som klar væske. Dette mente informantene var selvmotsigende og følte at det tryggeste var å drikke vann, som denne mannen i syttiårene:

Jeg reagerte på at kaffe, te og buljong var klare væsker. Kaffe er vel neppe klar væske. Altså uttrykket klar væske. Også sto det juice og mineralvann også videre. Men det måtte ikke være fruktkjøtt i det man skulle drikke. Jeg kan ikke skjønne at dette (holder opp kaffekoppen) er definert som en klar væske.

Begrepet klare væsker ble brukt i den skriftlige informasjonen fra alle de tre sykehusene hvor det ble rekruttert informanter fra. Det er misforhold mellom den allmenne forståelsen av ordlyden og den betydningen ordet har i denne sammenhengen.

Informantene i studien var opptatt av å være best mulig forberedt til koloskopien. Med tanke på dette var flere kritiske til informasjonsskrivet som ble sendt fra sykehusene. Det gjaldt spesielt oppskriften på hvordan tarmen skulle tømmes, men også konkret hva de kunne forvente ved selve koloskopiundersøkelsen.

4.2 **Opplevelse av koloskopiundersøkelsen**

Gjennom intervjuene kom det fram store kontekstuelle forskjeller i hvordan koloskopiene ble organisert fra sykehus til sykehus. På det ene sykehuset det ble rekruttert informanter fra, fikk pasientene et eget lite rom med seng, stol og bord. Det var lagt fram pasientskjorte og kolonbukse til bruk under gjennomføringen av prosedyren. Kolonbukse er en knekort bukse med strikk rundt livet og lang gyldåpning på baksiden som gjør at pasienten er mest mulig tildekket, men med åpning for å undersøke endetarmen. Etter koloskopien fikk pasientene ligge og hvile i sengen hvis de ønsket, og de fikk servert rundstykke, juice og kaffe. Deretter kom legen inn og informerte om resultatet fra undersøkelsen.

På et annet sykehus fikk pasienten også utdelt både skjorte og kolonbukse. De fikk oppredd seng etter koloskopien, men det var på et fellesrom med flere andre pasienter og med gardinforheng mellom sengene. På dette sykehuset var det ingen matsservering. Legen kom inn etter at de hadde hvilt og informerte om resultatet.

Ved det tredje sykehuset fikk pasienten skifte til kolonbukse på et toalett i tilknytning til undersøkelsesrommet. Her beholdt de sitt private tøy på overkroppen. All kontakt med legen foregikk i løpet av selve koloskopien. De fikk ikke tilbud om seng etterpå for å hvile i og det var heller ingen matsservering.

En informant hadde erfaring fra to forskjellige sykehus og det var naturlig for henne å vurdere dem opp mot hverandre. De syv andre informantene hadde ikke egen erfaring fra mer enn ett sykehus og de hadde dermed ikke noe sammenligningsgrunnlag. Men ved å intervju pasienter fra forskjellige sykehus, kom ulikhetene tydelig fram. Undersøkelsens kontekst hadde betydning for hvordan pasienten opplevde koloskopien.

4.2.1 Inn i pasientrollen

Å ha på pasientklær var for informantene et konkret symbol på at de var pasienter. Alle informantene fikk kolonbukse på før undersøkelsen. Denne buksa kommenterte informantene med smil og latter. En kvinne i tjuårene fortalte:

Jeg synes det var veldig morsomt.(ler) Jeg flira godt av den buksa. Men, også følte jeg at det var litt godt for da ble jeg sett på litt mer som en pasient, ikke sånn at det ble bagatellisert. At det følte mer som et ordentlig inngrep sånn som jeg opplevde det som, da.

De fleste opplevde at det var greit å ha på pasientklær, men noen ga uttrykk for at de følte seg *lite lekke* i klærne. Det ble også kommentert at det var ubehagelig å gå over gulvet barbert, og at man burde ha fått tilbud om sokker eller liknende. Andre fortalte om opplevelse av å være litt beskyttet inne i pasientbekledningen. En kvinne i førtiårene fortalte:

Det var liksom som om kroppen min var ikke der. Altså, den var ikke synlig, på en måte. Den var bare der hvor denne slangen skulle inn. Hvis du skjønner hva jeg mener (...). Jeg følte på en måte at jeg var tildekket, selv om jeg kanskje ikke var det.

De fleste som fikk tilbud om å hvile i seng etter koloskopien takket ja til dette og fortalte at det følte godt. Etter at undersøkelsen var overstått kjente de hvor slitne de var. De fortalte om en spenning som var utløst og de merket at tarmtømmingen hadde kostet krefter. Noen informanter hadde også fått avslappende og smertestillende medisiner og var ekstra trøtte etter undersøkelsen. En dame i sekstiårene fortalte:

Så kom jeg i en deilig seng i et rom ved siden av. Med nydelige hvite lakener og rent og pent og så sov jeg altså så godt i den senga.

En kvinne i førtiårene hadde erfaring fra et annet sykehus tidligere. Da hadde hun fått seng både før og etter undersøkelsen. Denne gangen hadde hun blitt undersøkt ved det sykehuset hvor det ikke var tilbud om seng å hvile i etter koloskopien og kommenterte at hun savnet dette:

Du blei ikke akkurat så godt ivaretatt, da. Du følte at de hadde veldig dårlig tid, og det er litt negativt. Det var veldig samlebånd. Ja nå er du ferdig, ikke sant. Så kan du bare gå inn der og kle på deg (...). Nei, så blei jeg veldig overraska. For jeg hadde forventa meg noe sånt som på XX sykehus. Der fikk jeg faktisk mat også. Kaffe eller te, og jeg fikk juice og et par brødkiver. Du var på en måte litt pasient da.

Selv om de fleste syntes det var godt å hvile i seng etter koloskopien, var det ikke alle som benyttet seg av tilbudet. En mann fortalte at han heller satt i en stol og spiste et rundstykke og drakk en kopp kaffe før han snakket med legen og dro hjem. De som fikk servert mat opplevde det svært positivt. I forbindelse med tømningen av tarmen skal pasienten kun drikke, ikke spise, dagen før koloskopi. Informantene fortalte at de følte seg ”tomme” og at det var godt med ordentlig mat etterpå.

Organiseringen fra sykehusene omkring pasientklær, muligheter for å hvile i seng og servering av mat påvirket hvordan informanten opplevde å være pasient. Sykehusene hadde også ulik organisering av om og hvordan informantene fikk tilbud om smertestillende medisin i forbindelse med koloskopien.

4.2.2 Varierende opplevelse av smerte

Alle informantene fortalte at de opplevde smerte i forbindelse med koloskopien, men det varierte hvor sterk smerte de hadde og hvor lenge smerten varte. I utgangspunktet hadde også informantene forskjellig holdning til å tåle smerte i forbindelse med undersøkelsen. Noen var

fast bestemt på at de ikke ønsket smertestillende medisin selv om de forventet at det skulle bli vondt. Halvparten av informantene, alle menn, ønsket ikke smertestillende medisiner i forbindelse med undersøkelsen. En mann i femtiårene sa det slik:

De spurte meg om jeg skulle ha medisin, da. Så sa jeg nei. I'm a strong man (ler.) Jeg er ikke redd smerte eller noe sånt noe.

Noen hadde erfaring fra koloskopi tidligere og da hadde det ikke gjort spesielt vondt. Disse informantene hadde ikke forventet at det skulle gjøre vondt denne gangen heller. Slik opplevde en mann i syttiårene det:

Jeg ble spurt denne gangen om jeg ville ha noe smertestillende. Jeg sier det at, nei det kan jeg ikke begripe skal være nødvendig. Det har aldri før vært noe problem (...). Kanskje neste gang at jeg ville sagt takk til en sånn sprøyte. Luftsmarter kan være vondt, altså. Jeg hadde skikkelig vondt.

Da tarmen ikke viste seg å være så ren som den skulle, ble det spylt inn vann for at man skulle kunne se tarmslimhinnen. Slik spyling av vann kom uventet for informantene. Det førte også til at det kom noe vann ut igjen fra tarmen og at det ble vått på undersøkelsesbenken de lå på. Informantene som hadde opplevd dette, fortalte at de mente spylingen kunne være årsak til luftsmertene. Noen sa at de hadde ønsket mer informasjon på forhånd om at slikt kunne skje. De ga uttrykk for at de håndterte ulike situasjoner bedre dersom de var forberedt på hva som kunne oppstå.

Den andre halvparten, alle kvinner, fikk smertestillende og/eller beroligende medisiner, men opplevde ikke nødvendigvis at det ble smertefritt selv om de hadde fått slike medisiner. Informantene beskrev at smerter var intense, stikkende og skjærende. Noen fortalte at de hørte seg selv hyle og rope. De opplevde at lydene de lagde kom overraskende på dem. Det var utenfor deres kontroll og de reflekterte over det først etter at det hadde skjedd. Noen hadde kun hatt korte perioder med smerter, mens andre hadde hatt vondt en stor del av tiden. Informantene som hadde fått medisiner ga uttrykk for at de var fornøyde med å ha fått det, og noen mente at det hadde stor betydning for deres totale opplevelse av koloskopien. En kvinne i tjueårene sa det slik:

Det hadde blitt både vanskeligere og vondere (uten medisiner). Så jeg tror det er helt avgjørende. Jeg heier på dop, rett og slett.

To av sykehusene tilbød avslappende og smertestillende medisiner til informantene før prosedyren begynte. Informantene fra et annet sykehus hadde ikke fått tilbud om medisiner i forkant av koloskopien. En kvinne i førtiårene som fikk utført koloskopien sin ved dette sykehuset, fortalte at hun opplevde motvilje hos personalet da hun ba om å få medisiner:

Så forklarte jeg det at jeg var veldig engstelig og at du får bare dope meg ned, så kan du gjøre hva du vil etterpå. Så sier han det gjør bare vondt til å begynne med (...). Å si det der; Er du sikker på at du trenger det? Det er unødvendig. Hvis du sier du er engstelig så er du engstelig.

Flere fortalte at legen eller sykepleieren hadde forklart hva som var årsaken til at det gjorde vondt. Som regel var det en vanskelig sving på tarmen eller mye luft som ga smerter. Noen opplevde det godt å få en forklaring og få informasjon om at det ikke var farlig. Da slapp de å bekymre seg for at det kanskje kunne skade tarmen. Å være informert om hva som skjedde var det mange som sa var viktig for dem. Det å kunne følge med på skjermen var en faktor som ga forståelse for hva som foregikk.

4.2.3 Betydningen av å følge med på skjermen

Bildene fra koloskopet ble overført til en skjerm som legen og sykepleieren så på. Det var ofte god anledning for pasientene til selv å se på skjermen i løpet av undersøkelsen. I tillegg til selve bildeskjermen var det skjermer med annen informasjon knyttet til tekniske hjelpemidler i undersøkelsesrommet. Det at de hadde mulighet til å få se på skjermen med bilder fra tarmen, var noe alle kommenterte. De fleste av informantene mente at det var interessant. Mange ga uttrykk for fasinasjon over å se seg selv innvendig. Samtidig med at de så på bilder av tarmen fikk mange forklaring fra legen eller sykepleieren på hva de så. Det ble noen

ganger tatt prøver og noen fikk fjernet polypper mens de så på skjermen. En mann i sekstiårene fortalte at det opplevdes fint å få se med egne øyne hvordan tarmen hans så ut:

Jeg tenkte i ettertid at nå har jeg sett tarmen min innvendig. Nå slipper jeg bare å høre. Jeg har ingen kompetanse på å vite om alt er i orden. Men for meg så den ok ut og når legen også sier det er ok, så bestyrker det mine øyne og gir meg en følelse av at jeg har litt mer kontroll.

I tillegg til at det var spennende og underholdende å se på skjermen opplevde de at informasjonen som kom fram om tarmen deres var direkte tilgjengelig for dem. Når de kunne se det samme som legen, så medførte det trygghet. Da opplevde de at ingenting ble holdt skjult for dem. De fortalte at de så om kameraet gikk innover eller utover i tarmen. Noen hadde blitt forklart hvor overgangen fra tykktarm til tynntarm var. En informant som hadde utposninger på tarmen (divertikler) fikk ny forståelse av hva det var ved å se det med egne øyne. Kvinnen i tjuårene fikk beskjed om at hun hadde betennelsessykdom i tarmen (ulcerøs colitt). Hun ga uttrykk for at det var god informasjon i å se selv hvordan den betente tarmen så ut.

Mens de fleste fortalte at de opplevde det positivt å kunne se skjermen, var det to som ikke hadde noe ønske om det. De mente at de ville føle ubehag ved å skulle se seg selv innvendig. En kvinne i sekstiårene fortalte:

Jeg hadde vel ikke noe sterkt ønske om å følge med på den skjermen som alle snakket om heller. Det var sikkert bare greit å lukke øynene liksom.

Informantene som ikke ville se skjermen, beskyttet seg selv ved å se bort eller ved å lukke øynene. De gruet seg i utgangspunktet til undersøkelsen, og opplevde at å se på skjermen økte frykten for at noe kunne gå galt eller at det skulle bli oppdaget alvorlig sykdom.

4.2.4 Opplevelse av forlegenhet

Undersøkelse av tykktarmen innebærer nødvendigvis å måtte vise frem og bli berørt på deler av kroppen som man sjelden viser frem. Informantene ga uttrykk for flere aspekter ved undersøkelsen som fikk dem til å kjenne seg forlegne.

Posisjonen av kroppen i løpet av undersøkelsen og plassering i forhold til legen viste seg å ha betydning for hvordan informantene opplevde koloskopien. Vanligvis ligger pasienten i venstre sideleie ved begynnelsen av koloskopien og har ryggen mot legen. For å beskrive hvordan de opplevde posisjoneringen av kroppen under koloskopien, valgte flere informanter å sammenligne med andre undersøkelser de hadde vært til. En kvinne i førtiårene fortalte at hun opplevde koloskopi mindre ydmykende enn rektoskopi, fordi hun nå lå på siden og hadde legen bak seg:

Du ligger på en benk og du er ikke så blottlagt på en måte. Du har jo på den fæle trusa på rektoskopien og da. Men da ligger du jo sånn (viser skrevende stilling). Og du ser legen til og med sånn. Her har du han på en måte bak deg.

Noen informanter opplevde at det var best å slippe øyekontakt med legen i løpet av selve koloskopiundersøkelsen. De ga uttrykk for at å ha ryggen til legen og blikket vendt i en annen retning ga en distanse som var god. Det var fint at legen hadde oppmerksomheten rettet mot skjermen.

Flere av kvinnene som hadde tidligere erfaring med gynekologisk undersøkelse, opplevde at koloskopi var en mer diskret undersøkelse. En mann i syttiårene sammenlignet koloskopi med undersøkelse av urinblæren og prostata. Han hadde vært til cystoskopi, noe som også blir gjennomført mens pasienten ligger på ryggen med bena i benholdere:

Jeg må jo si det at jeg har også i forbindelse med disse urologiske undersøkelsene hatt cystoskopien, som jeg synes er ti reiser verre når det gjelder nedverdige.

Noen av informantene brukte begrepet nedverdige da de skulle beskrive opplevelsen av koloskopien. En mann i syttiårene hadde gjort undersøkelsen flere ganger og fortalte at han

opplevde koloskopien mindre nedverdiggende etter hvert. Men de fleste ga uttrykk for at situasjonen var preget av forlegenhet. Flere fortalte at de hadde tenkt at det i vår tid måtte finnes en enklere metode for å undersøke tykktarmen. Noen hadde lest om at man kunne svelge en kapsel som kunne ta bilder på vei gjennom tarmen. Da de spurte helsepersonellet i forbindelse med undersøkelsen om dette, hadde de imidlertid fått forståelse for at koloskopi er bedre egnet for å undersøke tykktarmen.

Innhold av gass og avføring i tarmen var noe flere informanter fortalte var årsak til opplevelse av forlegenhet. Det er nødvendig at tarmen er tømt i størst mulig grad for at undersøkelsen skal bli vellykket. Noen opplevde at de hadde dårlig respons på tømingsmiddelet. At tarmen ikke var godt nok tømt opplevde en mann i syttiårene som svært problemfylt. Han vendte tilbake til dette temaet flere ganger i løpet av intervjuet. Han så selv på skjermen at tarmen var fylt med avføring. Tømmingen av tarmens innhold er pasientens oppgave før de kommer til koloskopiundersøkelsen. Den eldre mannen ga uttrykk for at det verste var at han ikke hadde gjort det som var forventet av ham, mens andre fortalte at det var følelsen av at andre kunne se deres innhold i tarmen som var ille, som denne kvinnen i femtiårene fortalte:

Jeg opplevde det at jeg var ikke ordentlig tømt og det syns jeg var ubehagelig. Man er jo litt sånn redd for at man skal slippe luft (...), det er liksom sånne tanker som slår en. Det er liksom hvordan man fremstår, at det kan bli litt sånn pinlig. Og jeg syns det var litt ekkelt at jeg ikke hadde fått tømt meg ordentlig.

Mange snakket om at de hadde mye luft i magen i løpet av undersøkelsen, og at de opplevde at luften kom ut med lyd og lukt. Noen fortalte at de forsøkte å fleipe litt rundt det for at det ikke skulle være så pinlig, slik en mann i sekstiårene uttrykte det:

Det kommer rimelig mye luft ut etter hvert. Jeg hadde jo ingen mulighet til å stoppe det. Da prøver man å lette på stemningen. Det var meg, sa jeg. Beklager bare sa jeg, det bare måtte ut. De fleste av oss opplever jo et personlig ubehag ved å ikke holde luften inne, men det er klart at jeg har lov til å fleipe.

Humor var en måte informantene kunne redusere følelsen av forlegenhet på. I tillegg fortalte flere at de ba om unnskyldning for at de slapp ut luft overfor sykepleier og lege. Noen fortalte

at sykepleieren hadde ved sin måte å være på, latt dem forstå at luftavgang og lekkasje av avføring var noe personalet ikke reagerte på. Sykepleieren hadde fortalt at de var immune for slikt etter mange år i jobben. Dette bidro til at informantene slappet bedre av i forhold til om de kom til å slippe ut luft.

Enkelte informanter hadde ikke noen slik opplevelse av nedverdiggelse eller forlegenhet i forbindelse med koloskopien. En kvinne i tjuårene fortalte tvert i mot at hun ikke følte noe forlegenhet i det hele tatt:

For jeg er svært lite sjenert og bryr meg svært lite om det der. Fordi jeg vet at det er hverdagen deres og de er profesjonelle. De bryr seg ikke verken om hvordan en ser ut eller hvordan en oppfører seg

Denne informanten representerte et unntak fra hovedinntrykket når det angikk opplevelse av forlegenhet. Hennes overbevisning om at personalet ikke brydde seg, førte til at hun ikke opplevde situasjonen som pinlig.

4.3 Forholdet til helsepersonell

Da informantene ble spurt om hvilke faktorer som hadde spesielt stor betydning for deres opplevelse av koloskopien, svarte mange at i tillegg til resultatet, var det kontakten med helsepersonellet som hadde størst betydning. På to av sykehusene som var med i studien, var det en sykepleier og en lege til stede ved koloskopien, mens det ved det tredje sykehuset var to sykepleiere og en lege.

4.3.1 Relasjonen til sykepleieren

Hovedinntrykket i intervjumaterialet er at når informantene beskriver sykepleierne, er det deres væremåte de er mest opptatt av. Et flertall av informantene fortalte at det var viktig for

dem at sykepleieren var vennlig. Mange hadde mye pent å si om sykepleierne. Adjektiv som gikk igjen i beskrivelsene av dem var; søt, hyggelig, inkluderende, fantastisk, blid, trygg, rolig, behagelig og vennlig, som et utsagn fra en kvinne i femtiårene illustrerer:

Det at sykepleier som snakka mest med meg da, ho var i godt humør. Det følte jeg hadde så mye og si. Det tok litt tid før isen ble brutt, men når den først var brutt så var ho veldig blid.

I tillegg til humør og imøtekommenhet fortalte informantene at de kunne merke at sykepleieren hele tiden var oppmerksom på hvordan de hadde det. De fortalte om episoder som å legge puta bedre til rette og at hun hentet brillene til informanten når det var aktuelt å følge med på skjermen. Det ble også fortalt om berøring og fysisk kontakt som hadde betydning for deres opplevelse av undersøkelsen. Noen sa også at sykepleieren hadde holdt dem i hånda og at det hadde de satt pris på. En kvinne i femtiårene fortalte at sykepleieren hadde pakket pasientskjorten rundt henne og lagt henne godt til rette. Hun sa at hun følte det var god omsorg i å bli stelt med på den måten og at det gjorde henne godt:

Jeg følte at ho sto med hendene på meg, også bevegede ho magen liksom sånn at jeg ble vugga litt (...). Men ikke noe, ikke sånn at ho brukte noe kraft eller noe, ho rugga på meg, det følte jeg. Det var liksom betryggende.

Flere snakket om at sykepleieren involverte dem og forklarte hva som skjedde underveis i undersøkelsen. Noen sa at de hadde fortalt sykepleieren at de grudde for undersøkelsen. Sykepleieren hadde da sagt at det var helt vanlig å grue seg, men at det helt sikkert kom til å gå bra. Dette bidro til at de følte seg roligere. En mann i førtiårene fortalte at måten sykepleieren oppførte seg på var en av de viktigste faktorene for hans opplevelse av koloskopiundersøkelsen:

Hun var veldig inkluderende. Forklarte meg ting. Følte meg veldig trygg og avlappet egentlig på grunn av det. (...) Hvis sykepleieren var den som hadde hatt en dårlig dag og ikke sagt så mye så hadde jeg hatt en helt annen opplevelse. Men hun var også der som en veldig mental støtte for meg. Det betydde veldig mye. Det gjorde det faktisk.

Noen opplevde imidlertid at sykepleierne ikke bare var vennlige og imøtekommende. Hos disse informantene slo dette negativt ut for deres opplevelse av undersøkelsen. En mann i sekstiårene fortalte:

Jeg spurte om han (legen) ikke kunne være så snill å snu skjermen bitte lite grann. Og han svarte ikke, men sjersjant (sykepleieren) gjorde det. Hun sa det viktigste er ikke at du ser, det er legen som skal se. (...) Ja selvfølgelig sa jeg, og jeg tenkte; Det svaret der burde hun ikke gitt. For det du sier det er at legen må få lov til å gjøre det på sin måte. Legen er ikke fleksibel (...). Jeg tok ikke opp det temaet flere ganger, for jeg skjønnte at det ville kanskje skape litt sånn temperatur, og temperatur er ikke bra når du selv blir undersøkt.

De fleste informantene hadde opplevd og hatt samtale med sykepleieren i løpet av undersøkelsen på en avlappet og uformell måte. De hadde pratet om løst og fast innimellom tema som angikk selve undersøkelsen. Noen beskrev at de følte seg i sentrum for det som skjedde og at det var av positiv betydning. En dame fortalte at hun følte at helsepersonellet ventet på nettopp *henne*. En mann i femtiårene hadde opplevd det motsatte av følelsen å være i sentrum for oppmerksomheten. Han fortalte at han opplevde at sykepleierne og legen som undersøkte ham ikke var inkluderende. Han følte seg holdt utenfor samtalen som foregikk i rommet. Dette reagerte han negativt på:

De snakket sammen (med) sånn litt hviskete stemme seg i mellom, og det følte jeg litt sånn skremmende. Det var egentlig sånn hele tiden. Så snakket de litt høyt av og til også, da. Men det var ikke sånn følelse av at jeg var involvert.(...) Når de først pratet med meg så ble det sånn overfladisk prat.

Han fortalte at han hadde ønsket en mer fortrolig tone fra sykepleieren, som skryt og anerkjennelse når det gjorde vondt. Når informanter ga uttrykk for at de ønsket å bli mer inkludert og tatt mer hensyn til, som i dette aktuelle tilfellet, var det med hensyn til hvordan sykepleieren oppførte seg. Ingen fortalte at de savnet slik form for oppmerksomhet fra legen.

Når det gjaldt konkrete oppgaver sykepleieren hadde utført, fortalte noen at hun hadde hentet dem fra venteværelset inn til undersøkelsen. Noen sa også at sykepleieren hadde lagt inn

venekanyle og gitt medisiner. En mann i syttiårene fortalte at han hadde observert at sykepleieren aktivt var med i vurderingen av bildene på skjermen:

De vurderte det de så på skjermen og hun la merke til ting som han ikke hadde sett. Så sa han "det har du rett i" så gikk de tilbake igjen. Så det var betryggende at det var to stykker som vurderte hele tiden.

Som i dette utdraget, var det noen som kommenterte at det virket som om lege og sykepleier samarbeidet godt, og at det innebar en trygghet for dem som pasienter. Det var beskrivelser av samarbeid uten at de behøvde å snakke til hverandre. Den ene visste hva den andre gjorde. En mann fortalte at hvis han i motsatt fall hadde følt at lege og sykepleier var uenige, hadde han opplevd det som urovekkende.

4.3.2 Relasjonen til legen

I motsetning til oppfatningen av sykepleierne, var det ikke så viktig for informantene at legen var blid og imøtekommende. De fortalte at legen var opptatt med å gjøre jobben sin og at det var greit. Når informantene skulle beskrive legen som utførte koloskopien var det spesielt ett adjektiv som ble brukt og det var *flink*. Ellers var det flere som fortalte at legen var hyggelig, men at de ikke hadde hatt så mye kontakt med ham. En mann i førtiårene sa det slik:

Legen var vel som sånne typer leger flest. Han var i et annet rom og leste journalen min. Så kom han inn og han var veldig hyggelig han og, men han var veldig opptatt av sitt.

Når legene snakket med pasientene var samtalen preget av at legen stilte spørsmål og at pasienten svarte. Legen leste i journalen til pasienten og kikket på pc-en samtidig med at de stilte spørsmål. Informantene beskrev legene i hovedsak som tilbaketrukket og lite pratsomme. Ingen av informantene reagerte negativt på dette. De forklarte det med at han måtte konsentrere seg om jobben sin og at det var forståelig.

Det viktigste for informantene var at legen var flink til å utføre prosedyren. De fleste informantene uttrykte at de hadde tillit til legens kompetanse i forhold til å utføre koloskopi. Både med tanke på at det ikke skulle oppstå komplikasjoner, men også at han skulle kunne stille riktig diagnose. En mann i sekstiårene fortalte at han forsto at det måtte spesialistkompetanse til for å gjøre en slik jobb som legen gjorde:

Jeg antar ærlig talt at alle tarmer ser noenlunde like ut for sånne som meg. Når det da kom polypper, (...) så klarer ikke jeg å se at det er en polypp. Du må være en ekspert for å gjøre det.

Noen fortalte at legen hadde gitt gode forklaringer på spørsmål som ble stilt. Dette med å få svar fra legen på spørsmål, var et kriterium som veide tungt da informantene skulle vurdere legen. En informant som hadde fått utført koloskopi tidligere, hadde opplevd at legen ikke hadde klart å fullføre undersøkelsen av hele tykktarmen. Mannen opplevde at legen nå ga en god forklaring på hvorfor undersøkelsen ble avbrutt for fem år siden. Han forsto at det var for ikke å risikere komplikasjoner. Han fikk også sympati for legen fordi han ikke inntok forsvarsposisjon da mannen henviste til at de ikke klarte å gjennomføre forrige koloskopi. Dette bidro til at han fikk tillit til legen som skulle utføre koloskopien på ham denne gangen. At legen svarte på spørsmål var viktig for informantene, som for denne kvinnen i tjuårene:

At jeg fikk stille spørsmål hele veien, var viktig for meg. At jeg kunne spørre, hva ser vi nå? Og at han svarte (...). Når de tok biopsier, så forklarte han hvor det var, hvilken del av tarmen og det var kjempeinteressant.

Noen opplevde at legen ikke var tilgjengelig for spørsmål. De fortalte at de hadde stilt noen spørsmål hvor legen da kort hadde sagt at de måtte ta det opp med fastlegen sin. Dette opplevde informantene som frustrerende.

Det kom fram i intervjuene at legene hadde det travelt. Flere fortalte at legen hadde gitt uttrykk for at han skulle ha vært et annet sted. Dette opplevde en mann i førtiårene:

Han hadde nok dårlig tid, for han skulle til en annen pasient.(...) Det var bare så vidt jeg fikk reist meg og så var han ute av døra. Det var det som jeg savnet, et minutt eller to hvor han kunne forklart litt nærmere om ting, da.

Det som var felles for alle informantene var at samtalen med legen hovedsakelig dreide seg om deres tarm og om koloskopiundersøkelsen. En av informantene skilte seg ut ved at han etterlyste mer personlig kontakt med legen. Mannen i sekstiårene fortalte om en annen undersøkelse han hadde hatt et helt annet sted, hvor han hadde hatt god personlig kontakt med legen. Han mente at samtale mellom lege og pasient handler om hvordan man hjelper en pasient å oppleve seg selv. Den gangen hadde de ført samtaler om helt andre tema i løpet av undersøkelsen og det hadde han satt pris på.

For alle informantene var det legen som fortalte om resultatet fra koloskopien.

4.3.3 Betydningen av resultatet

Når man gjennomgår en helseundersøkelse for å få bekreftet eller avkreftet alvorlig sykdom, er det naturlig at resultatet av undersøkelsen er av stor betydning for pasienten. Da informantene ble bedt om å si hva som hadde spesielt stor betydning for deres opplevelse av koloskopien, svarte de fleste nettopp at resultatet hadde stor betydning. Hovedinntrykket er at det viktigste for informantene var å få utelukket at de hadde kreft. Utover dette var det også viktig å finne mulig årsak til plager de hadde med magen.

Å få en sykdomsdiagnose var ikke ensbetydende med negativ opplevelse for informanten. En kvinne i tjuårene fikk vite at hun hadde en kronisk betennelsessykdom i tarmen. For henne var det en lettelse å få diagnosen. Hun hadde hatt plager med magen i lang tid og fikk nå en forklaring på disse problemene:

Overlegen kom etterpå for å forklare alt sammen da. Også kom han med resepter på medisiner og skulle videresende meg til XX sykehus for at de skal følge meg opp der. De fant at jeg har ulcerøs colitt og det er kronisk. (...) XX sykehus skal følge meg opp

med kostholdsråd og hvordan leve med kronisk sykdom og medisiner og veiledning og sånn.

Å få diagnosen ga henne følelsen av å komme et skritt nærmere å bli frisk. Hun fikk noe konkret og forholde seg til og dette opplevde hun som positivt.

Andre informanter hadde hatt smerter i magen over lang tid og skulle til koloskopi på grunn av dette. Det ble ikke funnet noe galt hos noen av dem. Etter å ha gjennomført koloskopi fikk de ikke svar på hva som var årsaken til magesmertene. De ble skuffet over at de ikke fikk noen sykdomsdiagnose. En mann i førtiårene sa det slik:

Han (legen) forklarte at alt var som det skulle være. Ikke noe farlig, ingenting. Men hvorfor har jeg de smertene? Så sa han det kunne ikke han svare på. Men det er ikke noe i veien her. Det kan være at du har en overfølsom tarm eller et eller annet. Og da skjønnte jeg at han skal bare sjekke. Han skal ikke gi meg noen diagnose over hva det kan være og hva det ikke kan være. Det måtte jeg ta opp med fastlegen min.

Informantene hadde hatt en forventning om at spesialisten, som de hadde ventet flere måneder på å få time hos, skulle foreslå hvordan de kunne bli kvitt plagene. Legen hadde antydnet at det kunne være stress eller nerver som kunne være årsak til magesmerter. Dette stilte informantene seg tvilende til. Men de opplevde at det var godt å få vite at det ikke var kreft og at de kunne legge vekk bekymring relatert til det.

En kvinne i førtiårene skulle til koloskopi for å kontrollere om hun hadde fått tilbakefall av tykktarmskreft. Ved denne koloskopien ble det funnet to polypper som ble fjernet med en gang og sendt til histologisk undersøkelse. Resultatet fra den histologiske undersøkelsen ville bli klart etter to til tre uker. Legen delte sin oppfatning av hvordan polyppene så ut med bakgrunn i sin erfaring. Informanten fortalte at legen som undersøkte henne hadde sagt at alt så fint ut og at polyppene ikke så ut som kreft. Dette festet hun tillit og fortalte:

De ser sikker tusenvis i året. De ser forskjell på godarta og ondarta med det blotte øyet. Så du føler det betryggende at de sier det ser greit ut. Det stoler jeg faktisk på. Men han kan alltid ta feil han og.

Hun opplevde at det var godt å få et foreløpig resultat fra legen. Når man har hatt kreft er man selvfølgelig lettet over at legen ikke finner tegn til tilbakefall. Men informantene som ikke hadde hatt kreft tidligere, var også svært lettet over å få beskjed om at alt så fint ut. En mann i syttiårene sa det slik:

I og med at de finner ingenting, må jeg si at alt annet er bagateller. Hadde det vært at vi er ikke helt fornøyd og vil at du kommer tilbake. Det hadde liksom vært en byrde (...) Om jeg skal ha luft i magen et halvt år fremover, så er det bagateller i forhold.

En informant fikk beskjed om at han med stor sannsynlighet hadde kreft i tykktarmen. Mannen i femtiårene fortalte at det var sjokkerende å få en slik beskjed, selv om han hadde fryktet det fordi han hadde hatt blod i avføringen:

Legen pratet om utlagt tarm og kreft. For meg som pasient, jeg klarte ikke å ordne de ordene i sånn grei setting for meg, sånn og sånn. I og med at jeg var følelsesmessig involvert etter inngrepet, så var jeg ikke konsentrert nok til å sortere fantasien fra fornuften. Så på den måten kunne det kanskje vært greit og hatt noe skriftlig. Når jeg da kommer hjem, så du i ro og fred kan sette deg ned. Ja, ok, det er sånn og sånn og prosessen er sånn og sånn. Så syns jeg det hadde vært greiere. (...) Hvem skal jeg ringe til og sånt noe. Man hører så mye om det norske sykesystemet.

Denne informanten var den eneste som sa at han savnet et skriftlig resultat med seg hjem direkte fra koloskopien. Han var også den eneste som hadde fått vite at han med stor sannsynlighet hadde kreft. Det er naturligvis et større behov for informasjon når man får en sykdomsdiagnose enn i motsatt tilfelle. Han fortalte at han var svært frustrert over den situasjonen han nå var i.

Noen informanter fortalte at de hadde ønsket mer tid til å snakke med legen om resultatet etter at koloskopien var utført. Det gjaldt spesielt de pasientene som kun hadde snakket med legen da de var inne på undersøkelsesrommet. De fortalte at de oppfattet at legen hadde det svært travelt, men de satt igjen med spørsmål de gjerne skulle hatt svar på.

5 DISKUSJON AV FUNN

Dette kapittelet er basert på den tredje tolkningskonteksten slik Kvale og Brinkmann (2009) beskriver ”teoretisk forståelse” og som jeg har gjort rede for under punkt 3.5. Videre i dette kapittelet vil sentrale funn bli diskutert sett i lys av relevant teori og resultater fra forskning, som ble presentert i kapittel 2. Diskusjonen er organisert under fire hovedoverskrifter; ”Kropp og følelse av skam”, ”Redsel for smerte”, ”Roller og relasjoner” og ”Tillit til informasjon”.

5.1 Kropp og følelse av skam

Funn fra studien viser at det var vanskelig for informantene å snakke om tema omkring koloskopi, om forberedelsene og om selve undersøkelsen. Det viste seg i selve intervjusituasjonen, og de ga uttrykk for at det generelt var et tema som var ømtålig å snakke om. Det tydet på at temaene var preget av tabu. I vår tid er vi vant med blottlegging av nakne kroppar på fjernsyn, internett og andre medier. Helseprogram viser overføring av operasjoner og ”pinlige sykdommer” er navnet på en programserie som har blitt sendt flere sesonger på TV. Med tanke på dette skulle en tro at nakenhet og kropp ikke lenger ville være et tabubelagt tema. Men samtidig er det signaler i samfunnet på økende tabu rundt å vise fram egen nakenhet. Det har nylig vært debattert i avisene at barn og unge dusjer med undertøyet på etter kroppsøvingstimene på skolen (Bjørnebekk, 2013). Avisdebatten og funn fra min studie impliserer at det fremdeles er knyttet tabu til å vise fram egen nakenhet i dagens samfunn. En koloskopiundersøkelse innebærer nærgående oppmerksomhet rettet mot endetarmsåpning og innhold i tarmen, og er også som tema mye mer nærgående enn generell nakenhet.

En koloskopiundersøkelse innebærer forberedelse med å tømme tarmen for avføring. Et instrument med kamera føres inn gjennom endetarmsåpningen og sender forstørrede bilder til en skjerm. Funn fra min studie tyder på at dette er et tabubelagt emne å snakke om.

I vår tid og i den vestlige kulturen er fekalier utdefinert av det offentlig aksepterte sosiale og verbale rommet (Isaksen, 2002). I følge Isaksen (2002) har avføring stor symbolsk makt som markør av etniske, kjønnsmessige og sosiale skiller kulturelt og politisk. Hun hevder videre at anus er en uberørbar sone hos kvinner og menn. Mer enn noen annen åpning i kroppen handler anus om beskyttelse av den ukrenkelige autonomien hos mennesket (Isaksen, 2002).

Hun hevder også at det ikke er noen offentlig akseptert diskurs når man snakker om kroppens utsondringer (Isaksen, 2001).

Flere informanter erfarte at tømingsmiddelet for tarmen ga voldsom reaksjon. De hadde hyppig og langvarig tømming, noe som førte til frykt for lekkasje av avføring på vei til sykehuset. Til tross for at sykehuset rådet dem til ikke å kjøre egen bil, valgte flere likevel dette. Tanken på at det skulle oppstå lekkasje på bussen eller i en drosje var styrende for valget. Den britiske antropologen Mary Douglas (1997) definerte at det som blir regnet for skittent, er ”materie på feil sted”. Melk som i utgangspunktet er ”ren” materie, blir regnet som skitt hvis den blir til en flekk på et klesplagg. Avføring regnes som den mest skitne kroppsmaterie (Douglas, 1997). Sett i lys av Douglas sin teori er det forståelig hvor viktig det var for informantene å unngå avføring på ”feil sted”.

Under koloskopien hadde informantene ikke kontroll over tarmgass og de opplevde det som vanskelig, men skamfølelsen og forlegenheten ble redusert av sykepleierens avslappede væremåte. Lawler beskriver i boka *Bak skjerm Brettene* at når sykepleierne ikke er forlegne behøver heller ikke pasienten å føle seg forlegen (Lawler, 1996). Når de fikk forklaring på at årsaken til luftutslipp var gass som ble satt inn i tarmen som en del av undersøkelsen, ble følelsen av forlegenhet redusert, men hindret ikke helt at de opplevde det som vanskelig. Det kan tyde på at den sosiale normen med å beherske kroppen på denne måten er dypt integrert i oss. En kognitiv forståelse er ikke nok for å fjerne opplevelsen av forlegenhet. Dette kan forstås i et kroppsfenomenologisk perspektiv slik Merleau-Ponty (2009) beskriver. Å slippe ut luft ukontrollert fra tarmen er en kroppslig erfaring. Kulturen vi er sosialisert inn i er integrert i oss, og den tilsier at det er skambelagt å slippe ut luft. Den negative følelsen av å slippe ut luft, lever i kroppen uavhengig av kognitiv forståelse. Følelser er i følge Merleau-Ponty ikke noe som foregår i sinnet alene. De foregår samtidig i kroppen. Han trekker frem rødmen som kommer når man skammer seg som eksempel. Man føler skammen i ansiktet (Merleau-Ponty, 2009).

Til tross for at informantene var invitert til å snakke om nettopp koloskopi ved intervjuet, var de tidvis synlig brydd. Eufemismer er en forskjønnende omskriving som spesielt brukes i forbindelse med kroppsfunksjoner, kroppsvæsker og produkter (Thornquist, 2009).

Informantene benyttet slike eufemismer da de beskrev intime situasjoner og kroppsdelar i intervjusituasjonen. Ordet rompe ble brukt i ett tilfelle, men hovedsakelig brukte de uttrykk som ”nedentil”, ”baken” og ”området som skulle undersøkes”. Utover dette hadde de lite språk tilgjengelig for å benevne kroppsdelar. Det språket vi bruker til daglig inneholder ikke ord som beskriver intime kroppsdelar på en nøytral måte. Enten blir det alt for høytidelig, eller det blir vulgært (Thornquist, 2009). Dette er også gjenkjennelig i Isaksens beskrivelser (Isaksen, 2001). Dermed har vi ikke verktøy tilgjengelig for å kommunisere omkring koloskopi på en dagligdags måte. Språket som helsepersonell bruker har utgangspunkt i latin, som for eksempel rektum og anus. Medisinsk terminologi kan være vanskelig å forstå for personer uten helsefaglig bakgrunn. Ordene kan oppleves som fremmede. I følge Madssen (2007) kan ordforrådet vårt deles i to. Vi har et register av passive ord som vi kan forstå når vi leser eller hører dem og et register av aktive ord som vi selv bruker. For at kommunikasjonen skal være vellykket må de som deltar ha et felles ordforråd (Madssen, 2007). Når vi mangler ord for å uttrykke det vi ønsker å si, blir grunnlaget for samtale vanskelig. Det at informantene i studien hadde så få tilgjengelige ord er sannsynligvis medvirkende til at det var vanskelig å snakke om temaet. Det kan stilles spørsmål om helsepersonell til tider har et språk som kan stå i veien for ærlige og åpne samtaler som gir mening for pasienten.

Når informantene snakket med andre om temaene knyttet til koloskopi, var situasjonen hvor samtalen fant sted og hvem man snakket med nøye utvalgt. Noen valgte å snakke med personer de visste hadde gjennomgått noe liknende. Det å få høre fra noen som selv hadde erfart noe av det samme med sin egen kropp, var en egnet ramme for å snakke om tema omkring koloskopi. Sitatet fra en mannlig informant om at en brukket arm i gips enkelt kan vises frem, men ikke en rompe som blør, illustrerer dette godt. Dette er forenelig med funn Album gjorde i sin studie av relasjonene mellom pasienter på sykehus (Album, 1996). Formidling av opplevelsen av en undersøkelse eller en tømmingsprosedyre er noe som gjøres best av en som selv har erfart det. En felles sykdomserfaring knytter et bånd mellom personer som tillater at man snakker om emner som ellers ville ha vært tabu (Album, 1996).

Noen informanter valgte en ramme for samtale hvor de var fremmede for den de snakket med. For eksempel hadde noen snakket med betjeningen på et apotek. På den måten kunne de snakke med en person som de forventet en viss faglig kunnskap fra, og en som de ikke behøvde å forholde seg til senere i livet. Lawler (1996) hevder at fordi relasjonen mellom

sykepleier og pasient ofte er tidsavgrenset, åpnes det for en nærhet mellom dem som ellers ikke ville oppstått. Album (1996) fant at en avgrenset tidsramme for relasjonen mellom pasienter åpnet for samtaler om vanskelige tema. Hvis man til sammenlikning snakker med en person som man har en varig tilknytning til, vil en samtale om et problematisk tema alltid være en felles erfaring for dem. Det kan være vanskelig å skape avstand til de negative følelsene dersom kontakt med en nær person knyttes til erfaringen. Funn i min studie viser at nære relasjon til familiemedlemmer ikke nødvendigvis fjerner det tabubelagte omkring temaet. Sitatet fra kvinnen som opplevde det vanskelig å snakke med sønnen sin om luft i magen er illustrerende for dette.

Tidligere erfaringer fra sykehus og helsevesen hadde betydning for hvordan koloskopiundersøkelsen ble opplevd. Spesielt kroppslige erfaringer som hadde likhetstrekk med å få utført koloskopi ble uthevet som viktige. Merleau-Ponty beskriver hvordan det å være et subjekt, betyr å være i verden som kropp (Merleau-Ponty, 2009). Sett i dette perspektivet er opplevelsen av koloskopiundersøkelsen knyttet til at personen som opplever den, tolker opplevelsen i lys av livshistorie og erindring. Erfaringer i livet man har levd, avleires i kroppen. Teknisk og praktisk likner koloskopiundersøkelser på hverandre, men i et fenomenologisk perspektiv er hver persons opplevelse unik for den personen som blir undersøkt.

Kroppens posisjon hadde betydning for pasientens opplevelse av å bli undersøkt. Sideleie med ryggen mot legen var en bedre posisjon enn ryggeleie og mulig blikkontakt med legen. ”Å snu ryggen til noen” er et vanlig språklig uttrykk som har betydningen å ta avstand fra noe eller noen. Å kroppslig snu ryggen til noe eller noen, innebærer å avvise eller skape avstand til det man vender seg vekk fra. Når funn fra studien viser at det opplevdes godt å kunne ha ryggen mot legen, kan det forstås slik at det var ønskelig å skape avstand til legen som utførte undersøkelsen. I denne situasjonen kunne det oppleves som en fordel at kroppen ble betraktet som et objekt. Kanskje føler man seg mer som kroppssubjekt når framsiden av kroppen er vendt mot den som utfører undersøkelsen. Som Thornquist hevder, påvirker kroppsstillinger og bevegelser hvordan vi erfarer verden omkring oss og er knyttet til vår fundamentale selvfølelse og identitet. Det er sammenheng mellom hva vi føler og hvordan vi uttrykker oss med kroppen. Mye er kulturelt betinget, men noen uttrykk er universelle. Svært få hopper av sorg eller synker sammen i glede (Thornquist, 2009).

Å unngå blikkontakt med legen når man gjennomgikk undersøkelsen ble også opplevd som en fordel. Med blikket viser mennesker interesse for hverandre og om vi er tilgjengelige for kontakt. Blikket er regnet for å være overordnet kroppen når det gjelder å kommunisere tilgjengelighet eller avvisning (Thornquist, 2009). Ved å se på noen tillegges de betydning. Når funn i studien viser at det var ønskelig å vende blikket vekk fra legen, er det naturlig å forstå det også på samme måte som å snu ryggen til, et behov for avstand.

Det å unngå en annens blick blir noen ganger sett i sammenheng med følelse av skam. En person som føler skam vil forsøke å skjule ansiktet for å beskytte selvet sitt (Finset, 2006). Det kan tenkes at en undersøkelse som koloskopi, i lys av området som tabubelagt, kan bringe fram følelse av skam hos den som blir undersøkt. Det kan være slik at å skjule ansiktet er et uttrykk for dette. Dyp skam er blitt kalt blikkets sykdom. Skammen knytter seg til å bli sett i den negative betydningen av å bli, eller fantasere om å bli avslørt for noe som ikke er attraktivt (Skårderud, 2006).

I undersøkelsessituasjonen var det et ønske om å skape avstand til legen ved å vende ryggen til. Det ble i denne situasjonen oppfattet som positivt å være kroppsobjekt framfor kroppssubjekt. At legen festet blikket på skjermen framfor personen ble positivt oppfattet og førte til mindre forlegenhet i situasjonen. Ofte blir det ikke å se en person som subjekt sett i sammenheng med å påføre personen ubehag. Det blir framhevet at det er viktig å se personen bak pasienten. I sykepleiefaget er det lang tradisjon for å legge vekt på hvor betydningsfullt det er for pasienten at han eller hun også blir sett som menneske (Martinsen, 2000). Det er viktig for mennesket å bli sett og anerkjent som subjekt (Skårderud, 2006). Men i noen situasjoner kan det å bli sett vekke ubehag. Merleau-Ponty (2009) skriver at bluferdighet befinner seg i en herre-slave dialektikk mellom meg og den andre. Mennesket vil ikke gjerne vise fram sin kropp, og når den fremmedes blick ser ens kropp føler en at kroppen blir forsvarsløst utlevert (Merleau-ponty, 2009). Å være et objekt for andres blick blir framhevet som noe negativt. Hvis de instrumentelle oppgavene blir vektlagt og den biologiske kroppen er i sentrum, er det risiko for at personen som er pasient blir tilsidesatt (Graubæk, 2010). Schei (2006) hevder at å snakke med en lege som behandler en upersonlig og ikke møter ens blick er en ydmykelse. Funnene i min studie tyder på at det spiller en rolle hva som foregår i situasjonen for om pasienten føler skam ved å bli sett eller ikke.

Hva som foregår i situasjonen, om det er informasjon som gis eller om det er kroppen som undersøkes, er viktig for om pasienten ønsker den andres blikk eller ikke. Det har betydning hvilken posisjon kroppen har når man blir sett av andre, og hvilken plassering man har i forhold til den andre. Når man ligger på en benk vil legen og sykepleieren se en fra en øvre posisjon. I liggende stilling opplever man seg lett forsvarsløs og hjelpeløs. Forløpet av samtalen påvirkes av om den foregår mens pasienten ligger avkledd på benken eller etter at pasienten er påkledd og sitter i likeverdig høyde som terapeuten (Thornquist, 2009). Dette er gjenkjennelig med funn fra min studie. Pasienten ønsker å bli sett som kroppssubjekt i situasjoner hvor han eller hun er påkledd og i en jevnbyrdig posisjonering i forhold til legen. Liggende på benken med rompa bar, kan det oppleves best å være et kroppssubjekt. Utdraget fra Fugellis bok illustrerer at når pasienter skal motta viktig informasjon, oppleves det best å være i en likeverdig posisjon som legen.

En situasjonsdefinisjon som er gitt ved en koloskopiundersøkelse har en konkret og tydelig kontekst. Helsepersonellens arbeidsdrakter, rommets undersøkelsesbenker, skjerm Brett, tekniske instrumenter og skjermer er alt sammen med på å definere at samhandlingen mellom personene i rommet ikke er av privat karakter. Goffman (1992) er opptatt av områdedefinisjoner og at menneskers adferd styres av hvilket område man er på. Thornquist (2009) peker på at jo mer kroppslig nærhet og berøring en undersøkelse omfatter, og jo mer intime kroppsregioner den er knyttet til, desto viktigere er det at situasjonen er tydelig definert. I en slik situasjon må personene ikke fremstå for hverandre først og fremst som subjekter (Thornquist, 2009). En koloskopiundersøkelse er knyttet til de mest intime kroppsdelene og den innebærer en inntrengning i pasientens kropp. Mengden av teknisk utstyr som er i rommet definerer at dette ikke er noe privat møte, men finner sted i den hensikt å undersøke pasientens tarm. Ved at oppmerksomheten til legen er rettet mot skjermen og det tekniske utstyret, defineres situasjonen tydelig som medisinsk undersøkelse. Et slikt perspektiv gjør det forståelig at pasienten kan oppleve det som positivt å være kroppssubjekt i relasjon til legen mens undersøkelsen pågår.

Opplevelsen av å være kroppssubjekt ble også tydelig ved å ha tilgang til forstørrede bilder av ens egen tarm på skjermen. Funn i studien viser at mange opplevde det fascinerende og

positivt å kunne se skjermen. Ragnar Hovland (2002) har skrevet en roman med blant annet dagboknotater fra da han fikk kreft i tykktarmen.

Koloskopien var elles svært fascinerande, sjå sitt indre på tv i beste sendetid, reise innover i seg sjølv, lure på kva som møter ein bak neste sving. (Hovland, 2002, s.9)

Bildene fra tarmen gir visuell persepsjon av pasientens kropp. Teknikken med koloskopet gjorde det mulig for infomantene å få ny tilgang til en del av seg selv.

5.2 Redsel for smerte

Funn fra studien viser at alle opplevde smerte i forbindelse med koloskopien, men at det var stor variasjon i hvor intenst de opplevde smerter og hvordan de forholdt seg til smertene. Det var forventet at undersøkelsen skulle være smertefull. At personer som skal til koloskopi har forventning om smerte er kjent fra tidligere studier (Sewitch, et al., 2011). Forskning har vist at forventning om smerte og oppmerksomhet mot smerten kan forsterke opplevelsen av smerte (Valeberg & Wahl, 2008). Det at smerte var forventet kan ha bidratt til at de faktisk opplevde undersøkelsen som smertefyllt. Forskning har vist at forventet smerte ved koloskopi er en indikator for hvilken smerte pasienten vil rapportere under koloskopien, og for hvordan pasienten i ettertid husker smerten (Gavaruzzi, et al., 2010). Informantene i min studie som forventet at det skulle bli smertefullt, opplevde også undersøkelsen som smertefull. Dette er forenelig med Gavaruzzi og kollegaer sin studie.

Angst og bekymring er også disponerende faktorer for opplevelse av smerte (Jones & Zachariae, 2003). Det var mange faktorer som bidro til at informantene grudde og bekymret seg før koloskopien. Den største bekymringen var om undersøkelsen skulle avdekke at de var alvorlig syke. Utgangspunktet for at mange i det hele tatt skulle få utført koloskopi, var nettopp bekymring for kreft. Om undersøkelsen gjorde vondt var underordnet beskjeden om de var syke eller friske. Dette kjennes igjen fra forskning (Sewitch, et al., 2013). Det kommer også til uttrykk i Hovlands beskrivelse.

Eg var på Aker og doktor N. stakk ymse saker opp i ræva på meg, og behageleg var det definitivt ikkje, det var til dels svært vondt, men verre var altså beskjeden om konsekvensen av operasjonen (Hovland, 2002).

Funn viste at det også var redsel for komplikasjoner knyttet til selve gjennomføringen av undersøkelsen. Det spiller en stor rolle om man tenker at det er gass i magen som er årsak til smerter eller om man tenker at det er kreft, eller at det er i ferd med å gå hull på tarmen. Nervøsitet og angst er de enkeltfaktorene som har størst betydning for å oppleve koloskopiundersøkelsen som smertefull (Bechtold, et al., 2008; Ylinen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä, Hannila, & Heikkinen, 2009).

Halvparten av informantene ønsket smertestillende medikamenter og alle disse var kvinner. Kvinnene uttrykte ønske om slike medisiner før undersøkelsen hadde begynt. Det var forventningen om smerte som var grunnlaget for ønsket om medisiner, og ikke allerede opplevd smerte. Kvinnene fikk smertestillende medisiner men opplevde likevel smerter i løpet av undersøkelsesprosedyren. En norsk studie av Seip og kollegaer (2009) som inkluderte i underkant av 15 000 koloskopiundersøkelser, viste at et stort antall pasienter vurderte koloskopien som smertefull. Studien viste også at bruk av medikamentell sedasjon ikke førte til lav forekomst av rapportert smerte (Seip, et al., 2009). Andre faktorer har større betydning enn medikamenter når det gjelder pasientens smerteopplevelse. Det har også betydning hvilken formasjon instrumentet har i tarmen. Skopet er fleksibelt, og krøll på slangen betyr større risiko for smerter for pasienten. Hvordan instrumentet manøvreres er avhengig av legens ferdigheter og hvor godt tarmen er tømt (Ko, et al., 2009; Seip, et al., 2009). Disse faktorene er imidlertid helt utenfor pasientens kontroll.

Funn i studien viser at pasienter som selv avgjorde om de skulle ha medisiner eller ikke, opplevde kontroll i situasjonen. Personer som opplever høy grad av kontroll over og ansvarlighet for egne livsbetingelser, mestrer smerter bedre enn personer som ikke opplever kontroll. Det er opplevelsen av kontroll som er av betydning, ikke den reelle kontrollen (Jones & Zachariae, 2003). At pasienten får anledning til selv å velge om han eller hun vil ha smertestillende medisin kan gi opplevelse av kontroll i situasjonen, og dermed i seg selv bidra til redusert smerte.

Studien viser at også mennene opplevde smerter under koloskopiundersøkelsen. Flere beskrev svært sterke smerter, men ingen hadde ønske om smertestillende medisiner, verken i forkant av prosedyren eller underveis. De mannlige informantene ga uttrykk for at selv om det gjorde svært vondt, så tålte de den smerten. Dette kan være uttrykk for en kulturell ulikhet mellom menn og kvinners forhold til smerte (Jones & Zachariae, 2003; Rustøen & Stubhaug, 2008). Alder og kjønn har også betydning for hvordan vi opplever og uttrykker smerte. Forskning har vist at kvinner har lavere smerteterskel og rapporterer høyere smerteintensitet enn menn (Jones & Zachariae, 2003). I forbindelse med koloskopi er det også vist at kvinner rapporterer oftere smerte og høyere smerteintensitet enn menn (Ylinen, Vehviläinen-Julkunen, & Pietilä, 2009). Det ble ikke gjort noen dokumentert smertere registrering under selve koloskopien i min studie.

Funn i studien viser at tidligere erfaring fra liknende episoder hadde betydning for hvordan pasientene forholdt seg til smertene. Smertefulle påkjenninger som hadde vist seg å gå bra, bidro til en holdning om at de var herdet til å tåle en god del smerter. Men funn fra studien viser også at tidligere smertefulle erfaringer kunne bidra til lavere terskel for å akseptere smerte i forbindelse med koloskopiundersøkelsen. Et kroppsfenomenologisk perspektiv vil forsøke å beskrive hva det er å erfare smerte. Den legger ikke vekt på smertens årsaker men den subjektive opplevelsedimensjonen (Nortvedt & Nortvedt, 2001). I lys av kroppsfenomenologisk tenkning forstår jeg det slik at erfaringen med smerte er preget av personens livshistorie. Tidligere minner og kroppslige erfaringer har betydning for meningsdimensjonen av smerte. Dette gir individuelle utslag for hvordan man håndterer smerte.

Funn fra studien viser at forklaring på hva som kunne være årsak til smertene ble oppfattet positivt. Som regel innebar forklaringen at smerten ikke hadde sammenheng med noe farlig. Ved å motta slik informasjon underveis kan man anta at angstnivået hos pasienten ble redusert. Informasjonen virket beroligende. Forskning viser at kroppens endogene smertehemmende mekanismer kan forsterkes ved positiv informasjon om behandlingen (Nilsen, Flaten, Hagen, Matre, & Sand, 2010). Dette er i samsvar med min studie, hvor funn tyder på at kognitiv informasjon og reduksjon av angst førte til reduksjon av smerteopplevelse.

I all hovedsak ble pasientene møtt med forståelse hos helsepersonellet da de ga uttrykk for smerte. Spesielt sykepleierne kommuniserte verbalt og kroppslig at de så at pasientene hadde vondt. De holdt hånden til pasientene, støttet med hendene på magen til pasientene og snakket vennlig med dem. Ylinen og kollegaer (2007) gjorde en tverrsnittsstudie i Finland om hvilke ferdigheter sykepleiere benyttet for å redusere pasienters smerte i forbindelse med koloskopi. Sykepleierne oppga informasjon og samtale med pasientene som den viktigste ikke-medikamentelle faktoren for å redusere smerte. Andre faktorer var rolig empatisk adferd, støtte hender mot pasientens mage og berolige pasienten ved berøring og veiledning til å puste rolig (Ylinen, Vehviläinen-Julkunen, & Pietilä, 2007). Dette er sammenfallende med funn fra min studie.

5.3 Roller og relasjoner

Ved koloskopiundersøkelsen tyder funn i studien på at pasientrollen utøves i spennet mellom den klassiske og den moderne pasientrollen (Lian, 2008; Stokken, 2008). Rammen for relasjonen mellom pasient, sykepleier og lege i forbindelse med koloskopiundersøkelsen er gitt allerede før undersøkelsen begynner. Det åpenbare utgangspunktet for relasjonen er at pasienten er der fordi han trenger hjelp til å bli undersøkt. Lege og sykepleier er der fordi det er deres jobb, og de har godkjent autorisasjon og kompetanse for å hjelpe pasienten. Med dette som utgangspunkt ser man at relasjonen mellom dem er preget av asymmetri. Noen vet, andre vet ikke. Pasienten må stole på fra en underlegen posisjon. Som Nortvedt og Grimen (2004) sier det, den som vet er herre over situasjonen.

Funn i studien viser at relasjonene mellom personene i de ulike konsultasjonene varierte fra undersøkelse til undersøkelse. Selv om konteksten og situasjonen var gitt, ble relasjonene også påvirket av personene. Eksempelet om mannen i sekstiårene som spør legen om å få se skjermen uten at legen svarer, forteller om en relasjon hvor maktubalansen er tydelig. Legen benytter seg av maktposisjonen han har til å unnlate å svare på spørsmålet. Sykepleieren velger å innta en mellomliggende posisjon. Hun mener at pasienten fortjener et svar, men hun ønsker ikke å utfordre legens maktposisjon. Derfor svarer hun at det viktige er at legen ser

skjermen. Med dette bygger hun opp legen som den med mest makt i relasjonen. Pasienten velger etter dette å la temaet ligge, i frykt for at det skal gå utover hans undersøkelse.

Pasienten i eksempelet over handlet i overensstemmelse med den klassiske pasientrollen (Lian, 2008; Stokken, 2008). Han inntar en underlegen rolle. Legen og sykepleieren opptrer også ut fra en slik klassisk rolleforståelse. Dersom aktørene i relasjonen hadde framstilt seg selv annerledes, kunne asymmetrien i forholdet vært mindre. Legen kunne for eksempel ha svart på spørsmålet. Eller man kunne tenke seg at sykepleieren hadde gjentatt spørsmålet fra pasienten henvendt mot legen, eller også kunne pasienten bedt om begrunnelse for hvorfor ikke både han og legen kunne se skjermen. Ved den måten en person fremstår er han eller hun med å definere situasjonen (Goffman, 1992). Det handler om hvordan den som har makt bruker den og hvordan de som har underliggende maktposisjon avfinner seg med en slik rolle. Den som har mest makt kan neglisjere den andre, men det skjer ikke like lett omvendt. Spørsmålet er om pasienten godtar en slik situasjonsdefinisjon og rolletilskrivning. Det ligger i kortene at pasientene lett vil oppfattes som brysomme hvis de ikke gjør det (Thornquist, 2009).

Eksempelet over viser at pasienten mente at helsepersonellet burde ha oppført seg annerledes, men han utøvde likevel den klassiske pasientrollen. Studien viser flere slike eksempler hvor pasientene var kritiske til hvordan helsepersonellet utøvte jobben sin, uten at de ga uttrykk for det i undersøkelsessituasjonen. For eksempel mannen i femtiårene som følte seg utenfor samtalen som foregikk i rommet da han ble undersøkt. Dette kan tyde på at den sosiale normen for hvordan man oppfører seg som pasient i en slik kontekst er sterk og at den er preget av en klassisk rolleoppfatning av pasienten. Pasienten er en aktør som sammen med sykepleier og lege danner gjensidige adferdsmønstre (Berger & Luckmann, 2000).

Andre undersøkelsessituasjoner hadde mindre preg av asymmetri i relasjonene. Det var likevel tydelig at legen var den med mest makt, men forskjellene var mindre enn i eksempelet ovenfor. Det ble også gitt eksempler som kan tyde på en jevnere maktfordeling mellom lege og sykepleier. Vurdering av bilder på skjermen ble gjort av både sykepleier og lege, og det ble gitt eksempel på at legen tok i mot råd fra sykepleieren. Det foregikk hele tiden kommunikasjon med pasienten med forklaring av hva som skjedde og med anledning for pasienten til å se skjermen og til å stille spørsmål. Det er tydelig at aktørene ved sin måte å

framstå på preger situasjonen slik at maktfordelingen blir utfordret. I eksempelet hvor pasienten hele tiden ble forklart bildene på skjermen og ble gitt god anledning til å stille spørsmål, hadde pasienten en rolle som har preg av den moderne pasientrollen (Lian, 2008; Stokken, 2008). Når asymmetrien ble mindre var det fordi den eller de med mest makt utspilte sin rolle annerledes. De valgte å forvalte makten på en annen måte. Når en maktbalanse forandrer seg skjer det enklest ved at den med mest makt initierer forandringen (Thornquist, 2009).

Vi kan se tilfeller hvor pasientene er aktive aktører i å påvirke sin behandling. Et tydelig eksempel fra studien er kvinnen som sier at hun ønsker smertestillende medisin, men som møter motvilje hos helsepersonellet. Hun står fast ved sitt ønske og får til slutt gjennomslag for det. Denne situasjonen er i tråd med den moderne pasientrollen (Lian, 2008; Stokken, 2008). Maktbalansen blir utfordret nedenfra ved at hun tydelig uttrykker hvordan hun vil ha det, og at hun ikke gir seg selv om hun møter motstand. Hun opplevde imidlertid dette som svært ubehaglig. Det var ikke en enkel posisjon for henne å innta.

Uansett rolleutøvelse tyder funn i studien på at helsepersonellet har en overlegen maktposisjon. Pasienten har behov for hjelp og den spesielle kompetansen som helsepersonellet kan tilby. Det fører nødvendigvis til slik Martinsen (2005) beskriver, at relasjonen må ha en grad av asymmetri hvor helsepersonellens rolle er preget av svak paternalisme.

Informantene uttrykte stor grad av tillit til legen som hadde gjennomført koloskopien. De fleste hadde tillit til at legen var flink både til å utføre undersøkelsen og til å vurdere det han så. At de hadde tillit førte til følelse av trygghet. Tilliten gjør godt for menneskene som opplever den (Løgstrup, 2008; Vetlesen, 2010). Det var eksempel fra studien hvor en informant tidligere hadde erfart at en koloskopiundersøkelse måtte avbrytes fordi legen, slik han oppfattet det, ikke hadde gode nok ferdigheter. Han opplevde at hans mistillit ble snudd til tillit gjennom en god forklaring fra den nye legen før koloskopiundersøkelsen startet. Legen som tok seg tid til den samtalen før undersøkelsen begynte, gjorde seg verdig pasientens tillit (Martinsen, 2005).

I løpet av undersøkelsen er alle aktørene, sett i lys av Goffmans rolleteori, "front-stage". De utøver alle sine roller som henholdsvis pasient, lege og sykepleier. Da informantene skulle bli undersøkt fikk de spesielle pasientklær på. Dette var et helt konkret og tydelig symbol på at de var pasienter. Ordet pasient ble benyttet som et positivt begrep av informantene. Noen av informantene fikk tildelt flere fysiske symbol enn andre på at de var pasienter, som pasientskjorte og pasientseng. De uttrykte selv at de følte seg mer som ordentlige pasienter på den måten. Den fysiske forandringen med å ha på pasientklær gjorde at noen framsto mindre velkledd enn de ønsket. Buksa ga et komisk utseende som de ikke følte seg vel med.

Når informantene opplevde det som positivt å være det de kalte tydelig pasient, var det sannsynligvis på grunn av at de opplevde at det ga noen fordeler. Som pasient er man mottaker av helsepersonells ekspertise. Å innta pasientrollen betyr ofte å overføre ansvar til de som utfører behandlingen (Lian, 2008). Jeg tolket flere av informantene slik at de opplevde det positivt at ansvaret for det som skulle skje ikke var deres da de inntok pasientrollen. Forventningene til at de skulle prestere eller bidra ble senket. Dette er forenelig med den klassiske pasientrollen (Lian, 2008; Stokken, 2008).

Andre informanter ønsket ikke en passiv rolle som pasient. Det var derimot viktig at de hele tiden visste hva som skjedde og at de ble informert om hva som ble gjort og hensikten med handlingene. Selv om de ønsket en moderne pasientrolle, opplevde de i større grad tildeling av den klassiske pasientrollen, som ikke hadde så stor påvirkningsmulighet på hvordan undersøkelsen skulle foregå (Lian, 2008; Stokken, 2008). Å ønske en aktiv deltakende rolle, kan sees i lys av markedstenkning i dagens samfunn.

Flertallet av informantene i studien anså seg i utgangspunktet som friske personer. Grunnen til at de skulle få utført koloskopiundersøkelsen var for å utelukke alvorlig sykdom. De var oppmerksomme på økt risiko for kreft i tarmen på grunn av oppslag i media. Ønsket var å forebygge eller hindre utvikling av sykdom. De fleste var ikke pasienter i kraft av at de var syke, men fordi de benyttet helsevesenets ekspertise. Denne måten å være pasient på stemmer overens med den moderne pasientrollen (Lian, 2008; Stokken, 2008). Man kan se på pasienten som en kunde og helsevesenet som en leverandør av ekspertise (Lian, 2008). Ved å bruke en slik konsumentmodell og ord som vanligvis har en annen betydning, overføres også meningsinnhold fra dette fenomenet inn i pasientrollen. I norsk helsevesen har

kundemetaforen blitt integrert i språket i offentlige lover og utredninger. Lov om pasient- og brukerrettigheter fikk nytt navn i 2011 Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Tidligere het loven kun pasientrettighetsloven. Begrepet ”bruker” tilfører en annen dimensjon til innholdet og til rollen enn ”pasient”. Det er et uttrykk for endret syn på pasientrollen fra myndighetenes side i samfunnet.

I funn fra studien kom det fram tydelige forskjeller i hvordan informantenes relasjon var til lege og sykepleier. Informantene hadde forventninger til legen om å være faglig flink og til å gi svar som angikk undersøkelsen. Dette var forventninger som samsvarte med hvorledes informantene opplevde at legene faktisk hadde oppført seg. Ingen fortalte om utenomsnakk eller småprat med legen. Legene snakket lite med pasientene og når de først snakket, så angikk det pasientens kropp og koloskopiundersøkelse. Dette var også hva pasientene forventet og ønsket av kommunikasjonen med legen. Liknende funn ble gjort i Ersfjord sin studie (Ersfjord, 2008). Hun gjorde et antropologisk feltarbeid på et norsk universitetssykehus hvor hun fant store forskjeller i hvordan sykepleiere og leger kommuniserte med pasienter med akutte magesmerter. Pasientenes konsultasjon med legene var preget av en formell struktur, mens kommunikasjonen med sykepleierne hadde preg av uformell struktur (Ersfjord, 2008).

Funn fra min studie indikerer at da legen snakket med pasienten var det i tråd med den medisinske tradisjon. Han stilte konkrete spørsmål knyttet til pasientens kropp, eller han ga tilsvarende slik informasjon til pasienten. Informantene fortalte at de stilte spørsmål til legen. Det de spurte om var også konkrete medisinskfaglige spørsmål som for eksempel hva de så på skjermen under koloskopien. De tilpasset spørsmålene sine til at det var en lege de snakket med. Dette er også i samsvar med funn i Ersfjord (2008) sin studie. Hun fant at pasientene brukte medisinsk terminologi når de snakket med legen. I min studie vises dette også i informantenes gjengivelser av samtaler med legen. Da brukte de eksempelvis ord som *divertikler* og *biopsier*, noe som er medisinske uttrykk for *blindsekk til en av innvollene* og *vev fra en levende organisme* (Berulfsen & Gundersen, 1989). Dette viser at samtalen med legen hadde preg av å være naturvitenskaplig, ikke bare fordi legen tilstrebet dette, men pasienten hadde også en slik forventning og tilnærming.

Funn i studien peker i retning av at informantenes relasjon til sykepleierne var av en helt annen karakter. Sykepleierne forholdt seg til pasienten som samtalepartner. Informantene hadde forventninger til sykepleierne som er i tråd med den tradisjonelle omsorgsrollen. De ble vurdert for sine sosiale ferdigheter, for hvor snille og hyggelige de var. Utsagn tyder på at det betydde mye at hun var blid og i godt humør. Alle sykepleierne i studien var kvinner og alle legene var menn. Når det gjelder smil har vi forkjellig kultur knyttet til kjønn og maktposisjon. Kvinner og underordnede smiler mer enn menn og overordede (Thornquist, 2009). I denne konteksten er legene både overordnet og menn. Det kan være at dette spiller inn når pasientene forventer smil og vennlighet fra sykepleierne, men ikke fra legene.

Et eksempel som tydelig illustrerer ulik forventning til lege og sykepleier, er mannen i sekstiårene som henvender seg til legen og spør om han kan snu skjermen slik at mannen kan se. Legen svarer over hodet ikke på forespørselen. Men sykepleieren som informant omtaler som sjersjanten, svarer at det er viktigst at legen ser godt. At legen velger å overse spørsmålet kommenteres ikke av informanten. Men mannen gir tydelig uttrykk for at sykepleieren ikke burde ha sagt det hun gjorde. Goffman (1992) hevder at vi som aktører tilpasser vår væremåte til den scenen vi er i. Vi er motspillere i teaterstykket samtidig som vi er publikum til de andres fremføring. I situasjonen som her er omtalt, opptre sykepleieren på en måte som bekrefter legen som overordnet og viktig. Goffman viser til flere eksempler fra sykehus hvor leger og sykepleiere opptre konserverende med tanke på hverandres roller. For eksempel at sykepleiere ikke åpent bryter regler når en overordnet er til stede (Goffman 1992). Samtidig som informant er kritisk til hvordan sykepleieren opptre, inntar han selv en medgjørlig pasientrolle. Han ønsker ikke å provosere noen i frykt for at det går ut over hans undersøkelse. Informanten kommenterer ikke i det hele tatt at legen velger å ikke svare på hans spørsmål. I boka "Nære fremmede" av Dag Album (1996) beskrives pasientkulturen i sykehus. Der beskrives også at personalet hovedsakelig vurderes av pasienter etter kriteriene "dyktig" og "menneskelig". Pasienter aksepterer at leger ikke er hyggelige så lenge de er dyktige. Men hvis sykepleierne ikke er hyggelige, så aksepteres det ikke (Album, 1996). Episoden med pasienten som ønsket å se skjermen viser også som omtalt tidligere, en relasjon som er preget av asymmetrisk makt.

Funn i studien viser at sykepleierne hadde en form for fysisk kontakt med pasientene som ble satt pris på. Sykepleierne berørte pasientene ved for eksempel å holde dem i hånda, holde

rundt dem og holde hendene på magen til pasienten i løpet av koloskopien. Berøring knyttes i alle kulturer til nærhet, intimitet og kjærtegn. Men berøring er også en generell sosial regulering av kontakt mellom mennesker (Thornquist, 2009). Man kan formidle medfølelse, trøst og støtte gjennom berøring dersom personene og situasjonen tillater det (Eide & Eide, 2007). Berøring vil bli opplevd positivt når den regnes som passende i forhold til situasjonen. Det oppleves negativt hvis berøringen fører til større grad av intimitet enn mottakeren ønsker (Autton, 1990). Å bli berørt av sykepleierne ble oppfattet som godt og trygt av informantene. Det ble ikke fortalt om noen slik berøring mellom lege og pasient i studien. Dette er forenelig med det Ersfjord (2008) fant i sin studie. Hun hevder at sykepleiere og leger har ulik berøringslisens overfor pasienter. En slik lisens innebærer at en lege kan berøre en pasient dersom det har med fysisk undersøkelse for å kunne stille diagnose. Hvis en lege berørte en pasient utover den fysiske undersøkelsen ville det antakelig ført til sanksjoner (Ersfjord, 2008). Lawler (1996, s.149) hevder også at sykepleieren ”har tilgang til pasientens kropp i samsvar med pasientens tilstand”. Situasjonen og rolleutøvelsen regulerer hvilken berøring som er akseptert.

Sykepleierens rolle beveget seg i noen tilfeller over mot legens domene. Eksempler fra studien viser at sykepleiere også var med å vurdere bildene på skjermen. Det er en oppgave som tradisjonelt tilhører legens rolle. Dette ble oppfattet positivt fra pasientens side og oppfattet som en trygghet. Legen hadde tatt imot og fulgt råd fra sykepleieren. Sykepleierrollen i samfunnet har gradvis forandret seg til å bli mer spesialisert. Det har vært økonomisk lønnsomt at sykepleiere har overtatt avgrensede oppgaver fra legene (Berg, 2012). Episoden trenger likevel ikke bety at rollene er i endring. Det kan også være at de aktuelle rolleinnhaverne handlet i strid med sin rolle. Det kan tenkes at sykepleieren var avdelingsleder og hadde lang erfaring, mens legen var fersk i sitt fag. Da vil den tradisjonelle maktbalansen mellom lege og sykepleier være forskjøvet og oppførselen deres vil bli påvirket av disse posisjonene. Rollene de utøver blir påvirket av andre roller som personene også innehar (Goffman, 1992).

Funn viser en form for personlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Det kan forstås som Kari Martinsen uttrykker det, at sykepleier og pasient begge er tydende til stede i relasjonen (Martinsen, 2012). Sykepleierrollen har sine røtter i kvinners private omsorgsrolle. Lenge var sykepleierrollen uten avgrensning til sykepleierens private liv. Sykepleieryrket

representerte i stor grad det kvinnelige privatliv som var flyttet ut fra hjemmet og tilpasset syke mennesker (Berg, 2012). Man kan forstå en slik ulik berøringslisens ut fra hvordan den private omsorgsrollen har formet rollen som sykepleier. Omgangstonen mellom pasient og sykepleier kan tillate berøring som uttrykker støtte og medfølelse, og samtalen kan ha en personlig uformell karakter.

Man kan forstå legens rolle som konstruert gjennom medisins historie. Funn i studien tyder på at legens motspillere, sykepleieren og pasienten, forventer at han oppfører seg nettopp slik han gjør. Legene fokuserte på den objektive kroppen og da spesielt tarmen til pasientene. Utsagn fra informantene tyder også på at det er nettopp slik de ønsker og forventer at legen skal være. En slik forventning fra pasienten vil være med til fortsatt å konservere legens rolle.

5.4 Tillit til informasjon

Funn i studien viser at den viktigste skriftlige kilden til informasjon om koloskopi var brosjyren som ble sendt til pasientene fra sykehuset. Det var høy grad av tillit til at det som kom fra sykehuset var sikker informasjon, men det ble stilt spørsmål om nødvendigheten av å informere om risiko for komplikasjoner. Begrepet "hull på tarmen" var et uttrykk som virket skremmende. I følge pasient- og brukerrettighetsloven er pasienten sikret rett til informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. Det er naturlig å anta at det er med bakgrunn i denne paragrafen at sykehusene velger å ha "hull på tarmen" med i sin brosjyre. Et av sykehusene i studien hadde formulert informasjonen om risiko annerledes. I deres brosjyre sto det "skade i tarmveggen". Informantene fra dette sykehuset kommenterte ikke dette innholdet i den skriftlige informasjonen. Man kan kanskje tolke "skade i tarmveggen" som et mildere uttrykk enn "hull på tarmen". Kanskje vekket begrepet mindre bekymring og dermed ikke så mye oppmerksomhet? Thornquist (2009) skriver at å studere språket er å legge vekt på bruk og funksjon. Meningen med et begrep kan ikke forstås uten at man forstår hva slags sammenheng begrepet inngår i (Thornquist, 2009). Det er korrekt informasjon at det kan gå hull på tarmen i forbindelse med en koloskopi, men gitt sammenhengen begrepet er brukt, kan det tenkes at budskapet blir mottatt av leseren på en måte som ikke var hensikten. En person som skal forberede seg til en koloskopiundersøkelse vil antakelig være usikker og spent på det

som skal skje. Dette kan føre til uforutsette reaksjoner og misforståelser. Det er et viktig hensyn at også pasientens angst skal møtes, slik det er beskrevet i Pasienten først! (NOU 1997:2).

Et annet begrep som det ble stilt spørsmål til var ”klare væsker”. Dette begrepet er ofte brukt i informasjonsskriv til røntgenundersøkelser og undersøkelser som krever tømming av tarmen. I bokmålsordboka defineres betydningen av ordet klar som; strålende, blank, ren, skarp og tydelig (Bokmålsordboka, 1994). I dagligdags språk er det sjelden at juice, kaffe og cola omtales som klare væsker. Bruk av ordet i denne sammenhengen bidrar heller til forvirring enn til tydeliggjøring. Ved å fjerne begrepet ”klare væsker” fra informasjonsbrosjyren og heller gi eksempler på hva man kan drikke, vil budskapet framstå tydeligere. Hvilket språk som benyttes i skriftlig informasjon har avgjørende betydning for om det forstås og hvordan det forstås. Bruk av fagspesifikke uttrykk fører til at mange har problemer med å forstå innholdet (Fagermoen & Jakobsen, 2009; Smith, et al., 2012). I en studie av Fagermoen og Jakobsen hvor kvaliteten i sykehusinterne brosjyrer ble evaluert, fant man at det var hyppig bruk av uttrykk som kunne tolkes flertydig (Fagermoen & Jakobsen, 2009).

Det var ønske om mer utfyllende informasjon enn det som ble sendt fra sykehuset. Funn fra studien peker i retning av at den skriftlige brosjyren ikke var utfyllende nok til at pasientene opplevde seg godt forberedt til koloskopi. Brosjyren var ikke opplysende nok om hvor lang tid man måtte beregne på selve undersøkelsen og heller ikke hvor lang tid man skulle forvente at tømmingen av tarmen skulle ta. I tillegg var det mye frustrasjon i forbindelse med prosedyren for tarmtømming, og det var også uklart om man ville få smertestillende medisiner. Hva som er riktig informasjon i disse tilfellene vil altså være individuelt. Pasienter har ulike forutsetninger for å forstå skriftlig informasjon. For at en skriftlig brosjyre skal være gyldig for alle, må man bruke runde formuleringer der det kan forekomme variasjon. Tilpasset informasjon som ikke gjelder alle mottakerne er ikke egnet i masseprodusert skriftlig form. Forskning har vist at kombinasjon av skriftlig og muntlig informasjon øker forståelsen av innholdet i informasjonen (Fagermoen & Hamilton, 2006; Thornquist, 2009). Ønske om detaljert og instruktiv informasjon var et kvalitetskriterium som ble vurdert som viktig i Sewitch og kollegaer (2013) sin studie.

Når det gjelder den muntlige informasjonen som ble gitt i forbindelse med koloskopien, viser funn i studien at den ble oppfattet som utfyllende og god. Både sykepleier og lege informerte underveis i undersøkelsen. At pasientene hadde mulighet for å stille spørsmål ble oppfattet som svært positivt. Muntlig informasjon foregår to veier gjennom dialog og blir ofte ansett som den beste måten å informere på (Kielty, 2008b; Thornquist, 2009). Men spørsmålene som pasientene hadde omkring forberedelser til koloskopien var for sent å stille i forbindelse med undersøkelsen. Tidspunktet for når informasjon blir gitt er avgjørende for hvilken nytte man kan gjøre seg av den (Kielty, 2008b). Forskning har vist at informasjon gitt i forkant av endoskopiske undersøkelser har størst effekt på å redusere angst knyttet til undersøkelsen (Kielty, 2008a; Thompson, Melby, Parahoo, Ridley, & Humphreys, 2003).

En viktig kilde for informasjon var muligheten for å se på skjermen under koloskopien. Det var informasjon som ble skapt i øyeblikket og pasienten mottok de visuelle bildene samtidig som de ble tilgjengelige for legen og sykepleieren. Sammen med muntlig forklaring av hva de så, fikk pasientene økt forståelse for hva som foregikk. At bildeinformasjonen var tilgjengelig for pasient og helsepersonell samtidig var et grunnlag for økt tillit til helsepersonellet. Sagt med Goffmans dramaturgiske metaforer, var det ikke anledning for ”backstage” vurdering før pasienten fikk presentert meningsinnholdet ”frontstage”. Pasientene i studien følte seg trygge på sannhetsinnholdet i informasjonen.

Funn i studien viser at få hadde søkt informasjon på internett. Det kan ha noe sammenheng med informantenes alder, da den yngste informanten hadde søkt og funnet mye informasjon på internett. Det er i følge Statistisk sentralbyrå hyppigst bruk av internett i aldersgrupper under 30 år, men bruken er økende også i høyere aldersgrupper (Statistisk sentralbyrå, 2012). Alle informantene i studien hadde tilgang til internett. Det var ønske om å unngå feilaktig informasjon og frykt for å bli skremt som var årsaken til at de ikke ønsket internett som informasjonskilde om koloskopi. Aviser og fjernsyn var kilder til informasjon om sykdom. Det ble festet tillit til sannhetsinnholdet i slike artikler og reportasjer. På spørsmål om hvorfor de bekymret seg for kreft, henviste de til oppslag i media om økning av forekomst av kreft i tykktarmen.

Informasjon som man fikk fra personer man kjente ble tillagt stor betydning av informantene. Det var ikke mange koloskopipasientene snakket med, men dem de rådførte seg med hadde

høy troverdighet. I særstilling var førstehånds informasjon fra noen som selv hadde gjennomgått koloskopi. Disse funnene stemmer overens med Albums forskning om pasientkulturen på norske sykehus. Med personer som har opplevd det samme, går det an å sammenlikne og diskutere helt på detaljnivå (Album, 1996). Funn i studien viser at slik personlig formidling inneholdt mye sensorisk informasjon spesielt omkring smerte. Forskning viser at sensorisk informasjon om følelsesmessige reaksjoner er etterspurt av pasienter (Fagermoen & Jakobsen, 2009; Kielty, 2008a; Thompson, Melby, Parahoo, Ridley, & Humphreys, 2003).

Funn i studien viser at det var legene som formidlet resultatet fra koloskopien til pasientene. Denne informasjonen var for alles vedkommende gitt muntlig, men det varierte hvor lang tid som ble brukt og i hvilken kontekst samtalen ble gjennomført. Funn tyder på at det noen ganger var liten tid til rådighet for informasjon om resultatet. I de tilfellene ble det dermed ikke anledning for å stille oppklarende spørsmål, noe som førte til frustrasjon hos pasienten. Men det var også eksempler på at legen tok seg tid til spørsmål fra pasienten. Det ble tatt svært godt imot av pasientene. Betydningen av fysisk plassering og kroppslig posisjon ved samtale med legen ble diskutert under punkt 5.1. Resultatet fra koloskopien var den viktigste delen av undersøkelsen for pasientene. Stress og uoppmerksomhet i forbindelse med undersøkelse på sykehus, for eksempel koloskopi, kan føre til at man ikke får med seg innholdet i informasjon som blir gitt muntlig (Brataas & Hellesø, 2011; Kielty, 2008a). Som tidligere omtalt viser forskning at kombinasjon av skriftlig og muntlig informasjon øker sannsynligheten for at man forstår innholdet (Fagermoen & Hamilton, 2006; Thornquist, 2009). Forskning viser at informasjonssamtaler bør foregå uten hastverk og med rolig opptreden for at informasjonen skal bli oppfattet av pasienten (Brataas & Hellesø, 2011).

Hvorvidt resultatet fra koloskopien ble oppfattet som positivt eller negativt for pasienten hadde betydning for hvordan de opplevde hele koloskopiundersøkelsen. ”Alt annet var bagateller i forhold til resultatet av undersøkelsen” var det en informant som beskrivende uttalte. For de flestes vedkommende var resultatet positivt, men det var ett tilfelle hvor pasienten fikk formidlet beskjed om at han med stor sannsynlighet hadde kreft. Denne personen fikk ikke annen beskjed enn at han måtte reise hjem og vente på å bli kontaktet. Han fikk ikke noe skriftlig med seg og heller ikke noe sted å henvende seg for spørsmål som måtte oppstå. Eksempelet tyder på at det noen steder er mangel på system for å ivareta pasienter

som får sjokkerende resultat etter koloskopi. Det bør være etablert rutiner som sikrer at pasienter ikke blir overlatt til seg selv etter å ha mottatt informasjon om at de har kreft (Nortvedt, 2010). Som tidligere omtalt ville skriftlig informasjon økt muligheten for å sikre at pasienten fikk forståelse av innholdet i informasjonen.

Funn i studien tyder på at å få beskjed om at en ikke feiler noen ting også kan oppleves som frustrerende, hvis man har hatt smerter og ubehag fra magen. Det var forventning fra pasientene om å få vite hva som kunne være årsak til magesmertene etter å ha gjennomgått koloskopi. Det var ønskelig fra pasientens side at spesialisten på magesykdommer kunne vist interesse for problemene med magesmertene utover at koloskopien ikke viste noe galt. Ekeland (2007) hevder at det er en egenskap ved vår biologi at vi er både meningsproduserende og meningssøkende. Behovet for å skape mening er et kjennetegn ved vår art. ”Vi tåler dårlig uorden, kaos og usikkerhet. Det fører til angst og uro. Derfor insisterer vi på mening og der det ikke fins mening, lager vi en som kan tjene formålet” (Ekeland, 2007 s.34).

6 DISKUSJON AV STUDIEN

I vurderingen av studien i ettertid, ser jeg at den har noen styrker og noen begrensninger. Metoden som ble brukt var kvalitativt dybdeintervju. Datamaterialet som genereres ved slike intervju må vurderes ut fra at interaksjonen mellom intervjuer og informant er et sosialt møte. Som alle sosiale møter ansikt-til-ansikt, påvirkes man av hverandre og tolker hverandres verbale uttrykk og hverandres kroppsuttrykk (Berger & Luckmann, 2000). Det kan oppstå feiltolkninger av hva den andre sier. I møter mellom mennesker vil vi i følge Goffman (1992) opptre "front-stage" og "back-stage" alt etter hvordan rammen for situasjonen er. Ved et dybdeintervju vil informasjonen som deles avgjøres av hvordan informanten ønsker å fremstille seg for intervjueren. Noe informasjon deles og noe informasjon holdes tilbake.

Et kvalitativt forskningsintervju er i følge Kvale og Brinkmann (2009) avhengig av intervjuerens ferdigheter og hvordan spørsmålene stilles, og de hevder at det er nødvendig med omfattende trening for å bli en høyt kvalifisert intervjuer. Dette prosjektet er min første erfaring med forskningsintervju. En erfaren intervjuer ville sannsynligvis bidradd til et rikere datamateriale. Men som Kvale og Brinkmann (2009) også sier, finnes det teknikker som hjelper den som utfører intervjuet. Jeg har vært bevisst i å stille åpne spørsmål og komme med oppfølgingsspørsmål som "kan du fortelle litt mer om...". I metodelitteraturen fremheves det at forskeren er kjent i forskningsfeltet kan være både en styrke og en svakhet. Jeg har tilstrebet å utfordre min forforståelse, ved aktivt å se etter tegn på at den har vært feilaktig. Samtidig mener jeg at det har styrket studien at jeg har hatt god kjennskap til temaet.

Ved å ha gjennomført flere intervju med hver informant, ville sannsynligvis datagrunnlaget ha blitt rikere. Et funn som har blitt belyst i denne studien er at informantenes tidligere erfaringer og forventning til koloskopiundersøkelsen i forkant, hadde betydning for hvordan de opplevde undersøkelsen. Dersom jeg hadde intervjuet informantene også før koloskopiundersøkelsen fant sted, ville studien kunne ha sagt noe mer om forventingene til koloskopi, før informantene hadde erfart selve koloskopiundersøkelsen. Informantenes erfaring fra koloskopien og resultatet av den, har nødvendigvis farget hvordan informantene erindret tiden før undersøkelsen. Imidlertid ville et intervju før undersøkelsene fant sted antakelig ført til at informantene reflekterte annerledes rundt hvordan de opplevde undersøkelsen. De ville

kanskje lagt merke til faktorer ved konteksten som de ellers ikke ville tenkt over.

Datagrunnlaget ville dermed ha blitt annerledes og resultatet hadde blitt en annen oppgave.

Oppfølgende intervju i ettertid kunne ha gitt mulighet til å generere utdypende informasjon om tema som har vært gjenstand for analyse. Jeg kunne for eksempel ha bedt informantene reflektere omkring asymmetri i relasjonene, sitt syn på pasientrollen, og betydningen av kroppens posisjon ved undersøkelse og ved samtale med lege og sykepleier. I Mikocka-Walus og kollegaer (2012) sin studie ble informantene intervjuet på fire ulike tidspunkt, ett før og tre etter koloskopien, og resultatene deres tydet på at informantene ga uttrykk for mer angst i intervjuet før undersøkelsen enn de hadde gjort i senere intervju.

Datagrunnlaget kunne også vært utvidet og blitt rikere ved deltagende observasjon som metode. Deltakende observasjon innebærer at forskeren er til stede og systematisk studerer hvordan informantene oppfører seg. Metoden er ifølge Thagaard (2009) særlig godt egnet til å studere relasjoner mellom mennesker. Det var flere grunner til at denne metoden likevel ikke ble valgt. Observasjon ville medført at jeg hadde vært tilstede ved koloskopiundersøkelser. Jeg vurderte at det ikke var riktig, fordi det ville utsette informanter for observasjon i en sårbar situasjon, som en koloskopiundersøkelse er. Deltakende observasjon ville slik jeg vurderer det, også påvirket hvordan de som ble observert oppførte seg. Det er sannsynlig at sykepleier og lege ville vært bevisst hva de sa og hvordan de handlet overfor pasienten. Det ville dermed også påvirket hvordan pasienten opplevde å bli undersøkt.

Utvalget av informanter i studien har vært strategisk for studiens hensikt. Det er slik jeg vurderer det, sannsynlig at funnene som ble identifisert i studien vil kunne kjennes igjen av andre voksne, norsktalende personer på østlandsområdet. Slik jeg forstår Isaksen (2001) vil den språktradisjon og kultur man er en del av, ha betydning for hvordan personer opplever skam knyttet til det kroppslige og språklige ved koloskopi. Det kan tenkes at personer fra ulike regioner og kulturer kan oppleve koloskopiundersøkelsen forskjellig, med tanke på ulik holdning til tabu og skam knyttet til språk og kultur.

Resultatene fra Mikocka-Walus og kollegaer (2012) sin studie og Sewitch og kollegaer (2013) sin studie, bekrefter tolkninger av resultater fra min studie, noe som øker studiens validitet.

7 MULIGE IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Denne studien har belyst og diskutert faktorer som har betydning for pasientenes opplevelse av koloskopiundersøkelsen. På bakgrunn av resultatene i studien vil jeg i dette kapittelet komme med noen refleksjoner rundt mulige implikasjoner denne kunnskapen kan ha for praksis.

Studien viser at informasjon både før undersøkelsen og resultatene etterpå, var av svært stor betydning for pasientene. Den skriftlige informasjonen om hvordan pasienten skal tømme tarmen før undersøkelsen (vedlegg 7) ble oppfattet som svært mangelfull. Det var begrep i informasjonsbrosjyrene fra sykehusene som førte til forvirring og i den sammenhengen ble spesielt uttrykket ”klare væsker” fremhevet. Ved å utelate ”klare væsker” og istedenfor liste opp alternativer som pasienten kan drikke, vil informasjonen bli mer tydelig.

Det ble oppfattet som vanskelig å planlegge om man kunne gå på jobb den dagen man skulle drikke tømmingsmiddelet og det var usikkerhet knyttet til hvor lenge man kunne drikke frem til undersøkelsen, fordi pakningsvedlegget og beskrivelsen fra sykehuset var avvikende på dette punktet. Det kom fram i informantenes beskrivelser at samme medikament kunne ha svært ulik effekt på forskjellige personer. Dette er også et kjent problemområde fra min erfaring som sykepleier på gastrolab. I Sewitch og kollegaer (2013) sin studie var en av de 17 kvalitetsfaktorene de kom fram til, at pasienten skulle kunne velge mellom flere alternative tømmingsmidler. Sykehusene i min studie anbefalte to tømmingsmidler, men begge midlene har samme virkningsmekanisme og innebærer ikke noe reelt alternativ for tømmingsprosessen.

Hvor godt tarmen er rengjort før koloskopi har stor betydning på flere områder. Teknisk sett er det enklere å undersøke en tarm uten innhold. Tarmen blir bedre undersøkt når den er tom og det reduserer risikoen for smerter for pasienten ved prosedyren (Park, et al., 2007). At tarmen er utilstrekkelig tømt har også praktiske og økonomiske konsekvenser. Selve prosedyren kan ta lengre tid dersom det er innhold i tarmen og i verste fall må pasienten komme tilbake en annen gang, fordi undersøkelsen ikke lar seg gjennomføre. Funn fra denne studien har vist at det også har stor betydning for pasientenes opplevelse av undersøkelsen

hvorvidt pasientene er optimalt forberedt eller ikke. Det var forbundet med forlegenhet og skam at det var synlig avføring i tarmen. Funnene er belyst og underbygges blant annet av Isaksens teori (2001). Dette er grunner som argumenterer for å bedre informasjonen til pasienter om hvordan de på best mulig måte kan forberede seg til koloskopiundersøkelse. Det kan innebære både en tydeliggjøring av skriftlig informasjon, og en mulighet for pasientene til å stille individuelle spørsmål i forkant av undersøkelsen. Kombinasjon av skriftlig og muntlig informasjon øker forståelsen av innholdet i informasjonen (Fagermoen & Hamilton, 2006; Thornquist, 2009).

Informasjon om risiko knyttet til koloskopi ble uttrykt ulikt i brosjyrene fra de tre sykehusene (vedlegg 6). Det kan se ut til at ” hull på tarmen” vekket mer angst enn uttrykket ” skade i tarmveggen”. Pasient- og brukerrettighetsloven krever at pasienter skal informeres om mulig risiko ved undersøkelser og behandling. Samtidig skal ikke informasjonen være skremmende. I retningslinje for utarbeidelse av skriftlig pasientinformasjon (Jakobsen & Fagermoen, 2010), anbefales det at man formulerer språket slik at innholdet ikke blir mer skremmende enn nødvendig. Det bør vurderes om det er en distinksjon av betydning mellom ”hull på tarmen” og ”skade i tarmveggen”, og om noen endringer bør gjøres i de informasjonsbrosjyrene som er i bruk.

Funn i denne studien tyder på at det er få arenaer hvor pasienter kan snakke grundig og personlig om tema knyttet til koloskopi. Det fører til at pasienter sitter inne med ubesvarte spørsmål, både før og etter koloskopiundersøkelsen. Pasienter som skal til undersøkelser som av pasienten og deler av samfunnet for øvrig ansees som tabubelagt, har et særlig behov for informasjon av fagpersoner fordi det ellers er få gode kilder til informasjon for pasientene. Sett i lys av at spesialisthelsetjenesten har et lovpålagt ansvar for å gi utfyllende informasjon, bør det innebære at pasientene gis mulighet for å stille spørsmål knyttet til koloskopiundersøkelsen før og etter prosedyren av de som tilbyr undersøkelsen.

Tid nok til informasjon etter koloskopiundersøkelsen ble fremhevet som viktig for informantene. Resultatet av undersøkelsen er for pasientene det absolutt viktigste ved koloskopiundersøkelsen. At informasjon om resultatet blir gitt på en god måte er derfor av stor betydning. Dette gjelder også dersom legen ikke finner tegn til sykdom. Min studie tyder på at beskjed om at tarmen var frisk kunne føre til bekymring for hva som da var årsak til

smarter. Liknende funn ble gjort i Mikocka-Walus og kollegaer (2012) sin studie. En kort samtale med legen kan oppklare misforståelser og berolige pasienten. Asymmetrien i forholdet mellom pasient og lege tilsier at det er vanskelig for pasienten å komme med spørsmål dersom rammen i situasjonen ikke er tilrettelagt for det. Funn i studien tyder på at viktig informasjon kan være vanskeligere for pasienten å motta samtidig som undersøkelsen pågår. Det bør avsettes tid spesielt for samtale om resultatet av undersøkelsen. Som Fugelli uttrykker det; ” Vel og bra med effektivisering i helsetjenesten, men av og til er det feil å gjøre to ting på en gang” (2010,s.29). Ekeland (2007) sier at uten en god relasjon kan det føre til mye sendt informasjon, men lite mottatt informasjon. For pasienten er det den mottatte informasjonen som har betydning. Tid til informasjon sammen med legen etter undersøkelsen ble også i Sewitch og kollegaer (2013) sin studie, vurdert som en faktor av svært stor betydning for kvaliteten av koloskopien for pasienten.

Opplevelse av smerte er sammensatt av flere årsaker. På to områder kan helsepersonell bidra til at pasienters opplevelse av smerte reduseres. For det første kan smerten reduseres ved at pasientens angst forminkes, fordi angst er den viktigste faktoren som disponerer for smerteopplevelse i forbindelse med koloskopi. Min studie tyder på at god informasjon og vennlig imøtekommenhet fra helsepersonell bidro til redusert angst. Disse funnene støttes av andre studier (Ylinen, Vehviläinen-Julkunen, & Pietilä, 2009; Ylinen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä, Hannila, & Heikkinen, 2009).

For det andre kan smerten reduseres dersom pasienten opplever å ha kontroll i situasjonen (Jones & Zachariae, 2003). Hvis pasienten opplever kontroll over om han eller hun kan får smertestillende medisin, kan det i seg selv bidra til redusert smerteopplevelse. Dersom pasienten opplever motstand mot å få slike medisiner, kan dette tvert i mot bidra til økt angst i situasjonen.

At årsaker til å gjennomføre koloskopiundersøkelse og forhold knyttet til temaet er preget av skam og tabu, er et bakteppe for pasienters opplevelse av undersøkelsen. Når pasienter møter til undersøkelse viser de tillit til helsepersonell. Funn fra studien tyder på at informantene hadde stor tillit til helsepersonellens kompetanse. I dette ligger det sett i lys av Løgstrups (2008) syn på tillit, en etisk fordring til helsepersonell om å behandle pasienter med respekt. Pasientens tillit blir misbrukt dersom dennes sårbarhet ikke blir ivaretatt. Som mottakere av

tillit må vi gjøre oss tilliten verdig (Løgstrup, 2008). Funn fra studien kan tyde på at det spiller en rolle for pasienten hvilken situasjon og posisjon kroppen har når han eller hun kommuniserer med den som utfører undersøkelsen. Dette området kan ikke reguleres av retningslinjer og rutiner alene, men det hviler et ansvar på hver enkelt om å behandle hver og en med respekt. Kari Martinsen (2005) sier at vi som yrkesutøvere står i et dilemma mellom åpenhet (sårbarhet) og beskyttelse, og at overtramp kan gjøres i flere retninger. Hun sier videre ”For å ta imot den andres utleverthet trengs faglig skjønn som balanserer mellom nærhet og avstand i relasjonen ut fra den konkrete situasjons appell” (Martinsen, 2005, s.147).

I fremtiden kan kanskje flere kvalitative studier som fokuserer på faktorer som har betydning for pasientens opplevelse av koloskopiundersøkelsen, føre til utvikling av kvalitetsindikatorer som kan benyttes systematisk av kvalitetssikringsnettverk, som Gastronet. Det vil i så fall være i tråd med hvordan kvalitet defineres av Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helsetjenesten (Og bedre skal det bli!, 2005).

8 LITTERATURLISTE

- Album, D. (1996). *Nære fremmede: pasientkulturen i sykehus*: TANO.
- Autton, N. (1990). *Berøring: berøringens bruk i omsorg og terapi* (B. Sjøfjell-Hansen, Trans.): Eikstein Forlag.
- Bechtold, M. L., Puli, S. R., Othman, M. O., Bartalos, C. R., Marshall, J. B., & Roy, P. K. (2008). Effect of Music on Patients Undergoing Colonoscopy: A Meta- Analysis of Randomized Controlled Trials. *Digestive and Liver Disease*(54), 19-24.
- Berg, O. (2012). På letning etter identitet. *Sykepleien*(10), 76-85.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnsskapte virkelighet* (F. Wiik, Trans.): Fagbokforlaget.
- Berulfsen, B., & Gundersen, D. (1989). *Fremmedordbok* (15 ed.): Kunnskapsforlaget Ashehoug Gyldendal.
- Bjørnebekk, W. (2013). Nakenhet er naturlig. [kronikk]. *Aftenposten morgenutgave*(8.januar). Bokmålsordboka. (Ed.) (1994). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brataas, H. V., & Hellesø, N. S. (2011). Sykepleiepedagogikk på somatisk praksisarena. In H. Brataas (Ed.), *Sykepleiepedagogisk praksis : Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (pp. 102-122): Gyldendal Akademisk.
- Bretthauer, M., Thiis-Evensen, E., Huppertz-Hauss, G., L.Gisselsson, Grotmol, T., Skovlund, E., et al. (2002). NORCCAP (Norwegian colorectal cancer prevention): a randomised trial to assess the safety and efficacy of carbon dioxide versus air insufflation in colonoscopy. *Gut*, 50(5), 604-607.
- Buus, N., Hansen, H. P., Huniche, L., Hvidt, N. C., Rostgård, L., & Johannessen, H. (2012). Fleksibilitet i forskningsprosessen. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(2), 156-164.
- Douglas, M. (1997). *Rent og urent: en analyse av forestillinger omkring urenheter og tabu*. Oslo: Pax forlag A/S.
- Eide, H. (2008). Kommunikasjon, relasjon og smerte. In T. Rustøen & A. K. Wahl (Eds.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (pp. 354-372). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T.-J. (2007). Kommunikasjon som helseressurs. In T.-J. Ekeland & K. Heggen (Eds.), *Meistring og myndiggjøring: reform eller retorikk?* (pp. 29-52): Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (Eds.). (2007). *Meistring og myndiggjøring: reform eller retorikk?* : Gyldendal Akademisk.
- Ersfjord, E. M. I. (2008). Pasienten i den medisinske diskurs. In A. Tjora (Ed.), *Den moderne pasienten* (pp. 76-88). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fagermoen, M. S., & Hamilton, G. (2006). Patient information at discharge: A study of a combined approach. *Patient Education and Counseling*, 63, 169-176.
- Fagermoen, M. S., & Jakobsen, V. H. (2009). Kvalitet i skriftlig pasientinformasjon: En evaluering av sykehusinterne brosjyrer. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*(1), 3-15.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2 ed.): Fagbokforlaget.
- Finset, A. (2006). Om skam og fallgruver i konsultasjonen. In P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G. H. Stang & B. Wilmar (Eds.), *Skam i det medisinske rom* (pp. 31-45): Gyldendal Akademisk.

- Fretheim, A., & Bretthauer, M. (2010). Forventede virkninger ved innføring av screening for kolorektal kreft i Norge: hurtigoversikt., Fugelli, P. (2010, s.29). *Døden, skal vi danse?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Gavaruzzi, T., Lazzari, F. D., Carnaghi, A., Lotto, L., Rumiati, R., Meggiato, T., et al. (2010). Recalling pain experienced during a colonoscopy: Pain expectation and variability. *The British Psychological Society*(15), 253-264.
- Gjernes, T., & Måseide, P. (2008). Forebyggingspasienten. In A. Tjora (Ed.), *Den moderne pasienten* (pp. 194-212): Gyldendal Akademisk.
- Goffman, E. (1956). Embarrassment and Social Organization. *American Journal of Sociology*, 62(3), 264-271.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: En studie i hverdagslivets dramatik*: Pax Forlag A/S.
- Graubæk, A.-M. (Ed.). (2010). *Å være pasient: En innføring i pasientologi*: Akribe.
- Gulbrandsen, P. (2006). Skam og sykdom. In P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G. H. Stang & B. Wilmar (Eds.), *Skam i det medisinske rom* (pp. 99-113). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hall, E. O. C., & Graubæk, A.-M. (2010, s. 64). Pasientologi- fra fortelling til grunnleggende verdier. In A.-M. Graubæk (Ed.), *Å være pasient: En innføring i pasientologi* (pp. 51-69): Akribe AS.
- Haug, E., Sand, O., & Sjaastad, Ø. V. (1992). *Menneskets fysiologi*: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2013) *Fritt sykehusvalg Norge*. Hentet fra <http://www.frittsykehusvalg.no/start/>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av tykk- og endetarmskreft*: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.: Trådt i kraft 1.januar 2001*.
- Hovland, R. (2002). *Ei vinterreise*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Hutson, P. (2009). Is the use of intravenous opioids essential to control pain during colonoscopy? *Gastrointestinal nursing*, 7(3), 15-23.
- Isaksen, L. W. (1996). Den ubehagelige kroppsligheten. *Sociologisk forskning*, 33(2/3), 71-86.
- Isaksen, L. W. (2001). Om angsten for de andres avsky: inkontinens som et sosialt og kulturelt fenomen. In T. Wyller (Ed.), *Skam: perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (pp. 213-242): Fagbokforlaget.
- Isaksen, L. W. (2002). Kroppsutsondringers symbolske makt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*(122), 79-81.
- Jakobsen, V., & Fagermoen, M. (2010). Vurdering av skriftlig pasientinformasjon - skjema og retningslinjer. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 12(2), 38-41.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4 ed.): Abstrakt forlag AS.
- Jones, A., & Zachariae, B. (2003). Psykologiske processers betydning for smerteopplevelsen. In T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (Eds.), *Smerter: en lærebog* (pp. 129-140). Copenhagen: FADLs Forlag A/S.
- Kielty, L. A. (2008a). An Investigation Into the Information Received by Patients Undergoing a Gastroscopy in a Large Teaching Hospital in Ireland. *Gastroenterology Nursing*, 31(3), 212-222.
- Kielty, L. A. (2008b). Patient education and endoscopy: a literature review. [review]. *gastrointestinal nursing*(6), 28-36.
- Ko, H., Zhang, H., Telford, J., & Enns, R. (2009). Factors influencing patient satisfaction when undergoing endoscopic procedures. *Gastrointestinal Endoscopy*, 69(4), 883-891.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 ed.): Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lawler, J. (1996). *Bak skjerm Brettene: Sykepleie, somologi og kroppslige problemer*. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.
- Lian, O. S. (2008). Pasienten som kunde. In A. Tjora (Ed.), *Den moderne pasienten* (pp. 34-54): Gyldendal Akademisk.
- Løgstrup, K. E. (2008). *Den etiske fordring* (3 ed.): Gyldendal.
- Madssen, K.-A. (2007). Språk og kommunikasjon: myndiggjering eller umyndiggjering. In T.-J. Ekeland & K. Heggen (Eds.), *Meistring og myndiggjering: reform eller retorikk?* (pp. 165-183): Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*: fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*: Akribe.
- Martinsen, K. (2012). Filosofi og fortellinger om sårbarhet. *Klinisk sykepleje*, 26(2), 30-37.
- Maslekar, S., Hughes, M., Gardiner, A., Monson, J. R. T., & Duthie, G. S. (2010). Patient satisfaction with lower gastrointestinal endoscopy: doctors, nurse and nonmedical endoscopists. *Colorectal Disease*, 12, 1033–1038.
- McLachlan, S. A., Clements, A., & Austoker, J. (2012). Patients' experiences and reported barriers to colonoscopy in the screening context--a systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 86(2), 137-146.
- Merleau-Ponty, M. (2009). *Kroppens fenomenologi* (B. Nake, Trans. 2 ed.): DET lille FORLAG.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic pain: Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2 ed.). Seattle: IASP Press.
- Mikocka-Walus, A. A., Moulds, L. G., Rollbusch, N., & Andrews, J. M. (2012). It's a tube up your bottom; It makes people nervous: The experience of anxiety in initial colonoscopy patients. *Gastroenterology Nursing*, 35(6), 392-401.
- Nilsen, K. B., Flaten, M. A., Hagen, K., Matre, D., & Sand, T. (2010). Sentralnervesystemets mekanismer for smertehemming. (19), 1921-1924
- Nortvedt, F. (2008). Kroppsfenomenologisk forskning - i grenselandet mellom empiri og filosofi. *Vård i Norden*, 28(3), 53-55.
- Nortvedt, F., & Nortvedt, P. (2001). *Smerte: fenomen og forståelse*: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. (2010). Om å etterlate seg pasienten i sjokk. *Sykepleien*(4), 82-83.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*: Gyldendal Norsk Forlag.
- Og bedre skal det bli! (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten* (Vol. IS-1162).
- Park, D. I., Kim, H. J., Park, J. H., Cho, Y. K., Sohn, C. I., Jeon, W. K., et al. (2007). Factors affecting abdominal pain during colonoscopy. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*(19), 695-699.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter: Trådt i kraft 1. januar 2001*.
- Pasienten først! (1997). *Norges offentlige utredninger*. NOU 1997:2
- Rustøen, T., & Stubhaug, A. (2008). Kjønnforskjeller og smerte. In T. Rustøen & A. K. Wahl (Eds.), *Ulike tekster om smerte* (pp. 128-135). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Råheim, M. (1997). Forståelse av kroppen som fenomen: Kritikk og utfordringer i helsefagenes grunnlagsforståelse. In H. Alvsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal & M.

- Råheim (Eds.), *Kunnskap kropp og kultur: Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Schei, E. (2006). Skam i pasientrollen. In P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G. H. Stang & B. Wilmar (Eds.), *Skam i det medisinske rom* (pp. 15-30). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Seip. (2012). *Improving the quality of gastrointestinal endoscopy services: A study of the Norwegian quality programme for gastrointestinal endoscopies (Gastronet)*: (Doktoravhandling, Faculty of Medicine, University of Oslo). AIT Oslo AS
- Seip, B., Bretthauer, M., Dahler, S., Friestad, J., G.Huppertz-hauss, O.Høye, et al. (2009). Patient satisfaction with on-demand sedation for outpatient colonoscopy. *Endoscopy*(42), 639-646.
- Seip, B., Bretthauer, M., Dahler, S., Friestad, J., Huppertz-Hauss, G., Høie, O., et al. (2010). Sustaining the vitality of colonoscopy quality improvement programmes over time. Experience from the Norwegian Gastronet programme. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 45, 362-369.
- Sewitch, M. J., Dubé, C., Brian, S., Jiang, M., Hilsden, R. J., Barkun, A. N., et al. (2013). Patient-identified quality indicators for colonoscopy services. [in process]. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 27(1), 25-32.
- Sewitch, M. J., Gong, S., Dubé, C., Barkun, A., Hilsden, R., & Armstrong, D. (2011). A literature review of quality in lower gastrointestinal endoscopy from the patient perspective. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 25(12), 681-685.
- Shah, S. G., Brooker, J. C., Thapar, C., Suzuki, N., Williams, C. B., & Saunders, B. P. (2002). Effect of magnetic endoscope imaging on patient tolerance and sedation requirements during colonoscopy: a randomized controlled trial. *Gastrointestinal Endoscopy*, 55(7), 832-837.
- Skårderud, F. (2001). Tapte ansikter: Introduksjon til skampsykologi I. Beskrivelser. In T. Wyller (Ed.), *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*: Fagbokforlaget.
- Skårderud, F. (2006). Flukten til kroppen: senmoderne skamfortellinger. In P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G. H. Stang & B. Wilmar (Eds.), *Skam i det medisinske rom* (pp. 45-64). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smith, S., Wagner, C. v., McGregor, L. M., Curtis, L., Wilson, E., Serper, M., et al. (2012). The influence of health literacy on comprehension of a colonoscopy preparation leaflet. *Diseases of the Colon & Rectum*, 55(10), 1074-1080.
- Statistisk sentralbyrå. (2012) *Bruk av IKT i husholdningene 2012, 2.kvartal*. Hentet fra <http://ssb.no/teknologi-og-innovasjon/statistikker/ikthus>
- Stokken, R. (2008). Den kunnskapsrike pasienten. In A. Tjora (Ed.), *Den moderne pasienten* (pp. 57-75): Gyldendal Akademisk.
- Stubhaug, A., & Ljosjø, T. M. (2008). Hva er smerte? In T. Rustøen & A. K. Wahl (Eds.), *Ulike tekster om smerte* (pp. 21-50). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (3 ed.): Fagbokforlaget.
- Thompson, K., Melby, V., Parahoo, K., Ridley, T., & Humphreys, W. G. (2003). Information provided to patients undergoing gastroscopy procedures. *Journal of Clinical Nursing*(12), 899-911.
- Thornquist, E. (2003). *vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2 ed.): Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (Ed.). (2008). *Den moderne pasienten*: Gyldendal Akademisk.

- Valeberg, B. T., & Wahl, A. K. (2008). Smerte og mestring. In T. Rustøen & A. K. Wahl (Eds.), *Ulike tekster om smerte* (pp. 308-320). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vetlesen, A. J. (2010). Tillitens forrang. *Nytt Norsk Tidsskrift*(3), 326-329.
- Wyller, T. (2001, s.10). Skam, verdighet, grenser. In T. Wyller (Ed.), *skam: perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne* (pp. 9-18): Fagbokforlaget.
- Ylinen, E.-R., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A.-M. (2007). Nurses` knowledge and skills in colonoscopy patients` pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 1125-1133.
- Ylinen, E.-R., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A.-M. (2009). Effects of patients` anxiety, previous pain experience and non-drug interventions on the pain experience. *Journal of Clinical Nursing*(18), 1937-1944.
- Ylinen, E.-R., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A.-M., Hannila, M.-L., & Heikkinen, M. (2009). Medication-free colonoscopy: factors related to pain and its assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2597-2607.

9 VEDLEGG

9.1 Vedlegg 1) Tillatelser fra sykehusene

25/5 – 2012

Viser til søknad fra Nora Rødbotten om å rekruttere pasienter fra Spesialistpoliklinikken ved Sykehus som informanter til en studie i forbindelse med masteroppgave ved institutt for sykepleie, HIOA .

Jeg bekrefter at Nora Rødbotten har fått godkjenning fra oss til å gjennomføre disse intervjuene med noen av våre pasienter. Pasientene blir spurt om å delta, og informasjonen blir anonymisert i oppgaven.

Med vennlig hilsen

avdelingssykepleier

HF


Spesialistpoliklinikk

Besøksadresse:

Tlf: +47

E-Pos

Web:

 Tenk miljø – ikke skriv ut denne om det ikke er absolutt nødvendig!



Nora Rødbotten

bekreftelse

0 e-poster

23:05 17. juni 2012

ATTEST

Det bekreftes med dette at Nora Rødbotten har hatt tillatelse til å rekruttere pasienter ved gastro poliklinikken, Sykehus. Dette som ledd i hennes masterstudie i klinisk sykepleievitenskap, hvor pasientene er informanter i studien.

Oslo 17/6-12

Seksjonsoverlege gastroseksjonen
Sykehus

Denne meldingen inneholder ikke sensitiv informasjon og er i samsvar med informasjonssikkerhetskravene til Sykehus.

The content of this message is of a non-sensitive nature and is in compliance with the security policy of Hospital.

Nora Rødbotten

Medisinsk klinikk
Gastromedisinsk avdeling

Vår ref.:

Deres ref.:

Saksbeh.:

Dato:

17.4.2013

Oppgis ved all henvendelse

Tillatelse til å rekruttere pasienter ved Endoskopiseksjonen, Gastromedisinsk avdeling

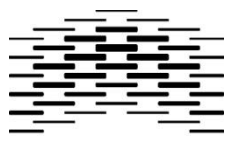
Nora Rødbotten har i forbindelse med sin masteroppgave hatt tillatelse til å rekruttere pasienter.

Det vises til søknad med nødvendige godkjenninger.

(sign)

Seksjonsleder dr med

9.2 Vedlegg 2) Informasjonsbrev til pasienter



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Informasjon om et prosjekt til masteroppgave ved Institutt for sykepleie, Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA)

Jeg er masterstudent i klinisk sykepleievitenskap ved HIOA og utfører i den sammenheng en studie om pasienters opplevelse av koloskopiundersøkelse. I juni 2012 vil jeg vil enkelte dager være til stede på venteværelset på Gastromedisinsk poliklinikk ved _____ sykehus, og invitere personer som skal til koloskopiundersøkelse til å delta som informant i min studie. Hensikten med studien er å bedre helsepersonell sin kunnskap om hvordan undersøkelsen oppleves for pasienter.

Deltakelse innebærer å bli intervjuet av meg i løpet av to til syv dager etter koloskopiundersøkelsen. Intervjuet forventes å ha en varighet på omtrent $\frac{3}{4}$ til 1 time og vil foregå i lokalene til HIOA i Oslo, eller på Gastromedisinsk poliklinikk, avhengig av hva som passer best for deg.

Det er helt frivillig å delta i studien. Det er ingen risiko forbundet med deltakelse. Det har ingen betydning i forhold til behandlingen ved sykehuset. Svarene fra intervjuene vil bli behandlet konfidensielt og blir anonymisert. Ingen spørsmål vil kunne tilbakeføres til deg i artikler eller foredrag som baseres på funn fra denne studien. Selv om du sier ja til å delta i studien, kan du trekke seg eller avbryte intervjuet når du måtte ønske det uten at det har betydning for nåværende eller fremtidig behandling ved sykehuset.

Ved å stille som intervjuperson vil du bidra til at helsepersonell bedre kan forstå pasientenes perspektiv og det kan føre til bedre behandling og sykepleie. Du vil få ytterligere informasjon på sykehuset den dagen du kommer til undersøkelsen.

Vennlig hilsen masterstudent Nora Rødbotten

9.3 Vedlegg 3) Intervjuguide

Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål
Innledning/åpent spørsmål	Kan du beskrive så detaljert som mulig din opplevelse av koloskopiundersøkelsen?
Hvordan påvirker de fysiske rammene ved koloskopien pasientens opplevelse?	Kan du beskrive rommet hvor du ble undersøkt? (rommets utseende, lyder, temperatur, lukter) Hvilken betydning hadde dette for din opplevelse av undersøkelsen?
På hvilke måter påvirker helsepersonellet pasientens opplevelse av koloskopiundersøkelsen?	Kan du huske hvor mange og hvilke personer som var tilstede under koloskopien? Hvordan opplevde du din kontakt med legen? Hvordan opplevde du din kontakt med sykepleieren? Kan du beskrive stemningen mellom dere som var i rommet?(humor, anstrengt, amper, formell stresset, avslappet, hyggelig) Hvilken betydning hadde dette for din opplevelse av undersøkelsen?
Hvordan påvirker informasjonen pasienten har mottatt opplevelsen av koloskopien?	Hva slags informasjon hadde du fått om koloskopi før undersøkelsen? (fra sykehuset, fra venner/familie, fra internett) Hvilken betydning hadde denne informasjonen for din opplevelse av undersøkelsen? Nå i ettertid, er det informasjon du gjerne ville hatt før du ble undersøkt?
Hvordan er pasientens kroppslige opplevelse av koloskopien?	Hvordan kjentes undersøkelsen ut kroppslig? Hvordan var det å ligge på benken? Frøs du? Var det varmt? Hadde du smerter? Kan du si noe om hvilke følelser du hadde under koloskopien? (Angst, sinne, glede, humor)
Avslutning/avrunding	Kan du til slutt fortelle hvilke faktorer som var spesielt viktige/viktigst for din opplevelse av koloskopien?

9.4 Vedlegg 4) Prosjektsøknad til REK og godkjenning

Prosjektsøknad Skjema for søknad om godkjenning av forskningsprosjekt i de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Dokument-id: 232971

Pasientopplevelse av koloskopi

1. Generelle opplysninger

a. Prosjekttittel

Pasientopplevelse av koloskopi

Hvordan pasienten opplever koloskopiundersøkelsen - en kvalitativ studie.

b. Prosjektleder

Navn: Bjørg Christiansen

Akademisk grad: dr. polit

Stilling: 1. amanuensis

Hovedarbeidssted: Avd. for sykepleierutdanning

Arbeidsadresse: Stensberggt 27

Postnummer: 0130

Sted: Oslo

Telefon: 22453738

E-post adresse: bjorg.christiansen@hioa.no

c. Forskningsansvarlig

1. Forskningsansvarlig

Institusjon: Institutt for sykepleie, fakultet for helsefag, HIOA

Kontaktperson: Dag Karterud

Stilling: Instituttleder

Telefon: 4722453740

Mobiltelefon: 4722453740

E-post adresse: dag.karterud@hioa.no

d. Andre prosjektopplysninger

Initiativtaker til prosjektet er prosjektleder eller forskningsansvarlig (bidragsforskning)

Utdanningsprosjekt/doktorgradsprosjekt Klinisk sykepleievitenskap, Master

e. Prosjektmedarbeidere

1. Prosjektmedarbeider

Navn: Nora Rødbotten

Stilling: sykepleier

Institusjon: Oslo Universitetssykehus

Akademisk rolle: Masterstudent

Prosjektrolle: prosjektmedarbeider

2. Prosjektopplysninger

a. Formål

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

Det gjennomføres i Norge mange tusen koloskopier årlig og det er økende etterspørsel etter undersøkelsen. Kunnskap om pasienters totale opplevelse av koloskopiundersøkelse er viktig for helsepersonell for at de skal kunne bidra til best mulig undersøkelse for pasienten. Det er nødvendig at det vurderes hva som er sentrale faktorer for at kvaliteten på koloskopiundersøkelsen er god sett fra pasientens side. Mange kvantitative studier omhandler pasienters opplevelse av koloskopi, men svært få studier går i dybden på hvordan pasienten opplever undersøkelsen. Hensikten med den planlagte studien er å utforske pasienters individuelle opplevelse av koloskopi. Studien vil ha et kvalitativt utforskende design. Det vil bli benyttet semistrukturert intervju for å innhente data. Utvalget vil bestå

av 6-10 personer over 18 år som nylig har gjennomgått poliklinisk koloskopiundersøkelse ved 1-2 sykehus på østlandet.

b. Forskningsdata

Nye helseopplysninger

Pasienters egne opplevelser av koloskopiundersøkelse. En vil kun benytte de helseopplysningene som pasientene selv forteller om, ikke innhente data fra journal eller lignende.

c. Forskningsmetode

Fortolkende (kvalitative) analysemetoder

Intervju med lydopptak

Begrunnelse for valg av data og metode

Det vil bli utført en kvalitativ studie hvor det er et mål at informantene skal fortelle mest mulig fritt slik at man kan innhente opplysninger om informantens livsverden. Intervjuet skal ha en deskriptiv orientering, der vi sikter mot å få fram rikest mulig beskrivelser, der informantens egne ord skaper bildene i den hensikt å fortolke betydningen av de beskrevne fenomenene (Malterud, 2003). Det er laget en intervjuguide som en hjelp under intervjuet til å utforske områdene tilknyttet forskningsspørsmålene. Intervjuene vil bli tatt opp på lydfil og transkribert før analyse.

Datamaterialet skal analyseres slik Kvale og Brinkmann beskriver (Kvale and Brinkmann, 2009), inspirert av fenomenologisk-hermeneutisk tenkning. Den transkriberte teksten skal kodes, meningsfortettes og meningsfortolkes.

d. Utvalg

Pasienter/klienter

Voksne pasienter over 18 år som har gjennomgått poliklinisk koloskopi ved 1-2 sykehus på østlandsområdet. Informantene må kunne snakke og forstå norsk flytende.

Strategisk utvalg av personer som har potensial til å belyse problemstillingen: "Hvordan opplever pasienten koloskopiundersøkelsen?"

e. Antall forskningsdeltakere

Antall forskningsdeltakere i Norge 10

For studiens problemstilling og formål antas det at et utvalg fra 6 til 10 informanter vil være tilstrekkelig til å gi et rikt materiale. I kvalitativ forskning begynner analysen parallellt med innsamling av data. Ved å øke antall informanter får man ikke nødvendigvis mer data, men gjentakelse av informasjon (Malterud, 2003).

3. Informasjon, samtykke og personvern

Samtykke innhentes for alle data

Spesifikt informert aktivt skriftlig samtykke

Beskrivelse av rekrutteringsprosedyre

Det skal sendes et informasjonsbrev til mulige informanter om den aktuelle studien sammen med innkallingen til koloskopiundersøkelsen. Der skal det stå at jeg som masterstudent vil være på venteværelset til avdelingen hvor koloskopien skal foregå den dagen de skal undersøkes, og at de vil bli invitert til å delta som informant i studien. I brevet står det at deltagelsen er frivillig, og at man når som helst kan trekke seg uten å oppgi grunn.

Jeg vil være tilstede på venteværelset de dagene det er informert om i informasjonsbrevet. Her vil jeg ta kontakt med pasientene som skal til koloskopiundersøkelse, og invitere til å delta i studien. Det skal presiseres at det er frivillig, og at man når som helst og uten å oppgi grunn kan trekke seg fra studien dersom man deltar.

4. Forskningsetiske utfordringer ved prosjektet

a. Fordeler

Den enkelte prosjektdeltaker

Det vil ikke være noen direkte fordeler for den enkelte prosjektdeltaker. Men det kan oppleves som en fordel å kunne være med å bidra til økt forståelse for hvordan det oppleves å være pasient som skal undersøkes med koloskopi. Det kan også føre til økt forståelse for informantens egen situasjon. Å snakke om tarm og tarmproblemer kan være tabubelagt for mange, og det kan oppleves positivt å snakke med en person som har erfaring med problemområdet.

Grupper av personer

Helsepersonell som jobber med koloskopi og pasienter som i fremtiden skal til koloskopiundersøkelse. Helsepersonell kan få økt kunnskap om pasienters opplevelse av koloskopiundersøkelsen. Det kan føre til bedre tilbud til pasienter som i fremtiden skal til koloskopiundersøkelse.

Samfunnet

Det er stor og økende etterspørsel etter koloskopi som følge av høy og økende insidens av kolorektal kreft (Helsedirektoratet, 2010). Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten vedtok i 2010 en anbefaling om å igangsette screening av kolorektal kreft, noe som øker etterspørselen ytterligere (Fretheim and Bretthauer, 2010). Helsepersonells kunnskap om hvordan det oppleves å gjennomgå koloskopi kan få betydning for et stort antall pasienter.

Vitenskapen

Det er gjort svært lite kvalitativ forskning på dette området, og at det blir gjort er veridfullt i seg selv. Denne studien kan gi grunnlag for større studier av kvalitativ og kvantitativ art senere.

b. Ulemper

Den enkelte prosjektdeltaker

Det kan oppleves som en ulempe å bruke tid på intervjuet.

Det kan oppleves som psykisk belastende hvis man kommer inn på vanskelige emner for informanten. Fare for å ikke ivareta informantens integritet.

c. Tiltak

Informantene kan når som helst avslutte intervjuet og trekke seg fra studien. Det vil tilstrebes at tidspunkt og sted for intervjuet tilpasses informantens ønsker. Intervjuet kan foregå hjemme hos informanten dersom denne ønsker det. Da er informanten i et kjent miljø og slipper belastningen med å reise. Den transkriberte teksten vil ikke inneholde navn eller gjenkjennende opplysninger. Ved publisering av studien vil det tilstrebes at identiteten til informantene ikke kommer fram.

d. Forsvarlighet

Hensynet til beskyttelsen av den enkelte informant er overordnet. Ingen informanter skal kunne gjenkjennes i studien. Det skal tas hensyn til dette ved personbeskrivelser og ved sitering av informantene. Det skal vises varsomhet ved bruk av beskrivelser av informantene som kan tenkes å føre til gjenkjennelse. Det skal vises varsomhet ved fortolkning slik at ikke informantenes integritet blir krenket. Det må respekteres hvis det er tema informantene ikke vil snakke om.

Intervjueren vil være seg bevisst mulig asymmetri i maktforholdet mellom intervjuer og informant.

Det kan være et dilemma i å ønske så mye kunnskap som mulig, samtidig med at man respekterer intervjuerens integritet (Kvale og Brinkmann, 2009). Intervjueren vil sjekke ut med informanten i løpet av intervjuet og etterpå om informasjonen som er gitt har blitt riktig oppfattet. Intervjueren har mange års erfaring som sykepleier på endoskopiavdeling og kjenner undersøkelsen godt. Dette er en fordel for å skape en trygg og god relasjon for intervjuet.

Å forstå hvordan pasienten opplever en undersøkelse er viktig kunnskap for helsepersonell. Jeg mener på alle måter at dette er et forsvarlig prosjekt å gjennomføre.

5. Sikkerhet, interesser og publisering

a. Personidentifiserbare opplysninger

Opplysninger som registreres i prosjektet er indirekte personidentifiserbare - Aidentifiserte
Koblingsnøkkelene oppbevares hos forskergruppen

b. Internkontroll og sikkerhet

Personidentifiserbare opplysninger oppbevares:

Innelåst

En kode knytter forskningsdata til persondata. Listen med navn oppbevares separat innelåst i et skap hos forskeren. Transkriberte data oppbevares på passordbeskyttet PC. Lydfil oppbevares på ekstern harddisc som er innelåst hos forskeren.

På videooptak/fotografi/lydoptak På PC

Manuelt/papir

Passordbeskyttet

c. Forsikringsdekning for deltakere

Forsikring anses unødvendig

Ikke aktuelt siden dette er en kvalitativ studie.

d. Vurdering av andre instanser

Egen institusjon

e. Interesser

Finansieringskilder

Egen finansiering.

Godtgjøring til institusjon

Ikke relevant.

Honorar prosjektleder/-medarbeidere

Ikke relevant.

Kompensasjon for forskningsdeltakere

Det vil bli dekket eventuelle reisekostnader for forskningsdeltakerne.

Eventuelle interessekonflikter for prosjektleder/-medarbeidere

Ikke relevant.

f. Publisering

Det er ikke restriksjoner med hensyn til offentliggjøring og publisering av resultatene fra prosjektet

Resultatene vil bli publisert i form av masteroppgave ved HIOA.

h. Tidsramme

Prosjektstart 12.12.2011**Prosjektslutt** 28.06.2013

Etter prosjektslutt skal datamaterialet slettes

Lydfiler slettes senest to måneder etter at intervjuet har funnet sted. Transkriberte data makuleres og slettes fra PC når masteroppgaven har blitt godkjent.

6. Vedlegg

#	Type	Filnavn	Lagt inn dato
1.	CV for prosjektleder	Bjørg Christiansen CV nov2010rev.docx	13.12.11
2.	Øvrige vedlegg	forespørsel til deltakelse i forskningsprosjekt.doc	13.12.11
3.	Øvrige vedlegg	Informasjonsskriv til pasienter, innkallingsbrev.docx	13.12.11
4.	Øvrige vedlegg	søknad til sykehus.docx	13.12.11
5.	Intervjuguide	Intervjuguide.docx	12.12.11
6.	Forskningsprotokoll	prosjektskisse.docx	12.12.11

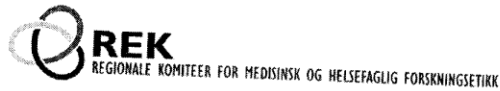
7. Ansvarserklæring

Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført i henhold til gjeldende lover, forskrifter og retningslinjer

Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført i samsvar med opplysninger gitt i denne søknaden

Jeg erklærer at prosjektet vil bli gjennomført i samsvar med eventuelle vilkår for godkjenning gitt av

REK eller andre instanser



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Jakob Elster	Telefon: 22845530	Vår dato: 02.02.2012	Vår referanse: 2011/2559/REK sør-øst B
			Deres dato: 13.12.2011	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Björg Christiansen
Avd. for sykepleierutdanning
Høgskolen i Oslo og Akershus

2011/2559 Pasientopplevelse av koloskopi

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK sør-øst B, i møtet 11.01.2012.

Prosjektleder: Björg Christiansen
Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus

Prosjektomtale

Formålet med studien, som er et mastergradsprosjekt, er å øke kunnskapen om pasientenes opplevelse av å gjennomgå en koloskopi. Forskningsspørsmålene omhandler hvordan de fysiske rammene for undersøkelsen påvirker pasientens opplevelse, hvordan informasjon mottatt før undersøkelsen påvirker opplevelsen, pasientens kroppslige opplevelse av koloskopien og på hvilken måte helsepersonellet påvirker opplevelsen av koloskopiundersøkelsen.

Det skal gjøres en kvalitativ undersøkelse med bruk av intervjuguide. Det skal rekrutteres 6-10 personer over 18 år, fra en til sykehus. Det sendes ut informasjonsbrev til aktuelle informanter sammen med innkallingen til koloskopiundersøkelsen. Masterstudenten vil så personlig ta kontakt med de aktuelle på venteværelset den dagen undersøkelsen skal foregå. Intervjuene skal foregå mellom to til syv dager etter undersøkelsen.

Komiteens vurdering

Komiteen har ingen forskningsetiske innvendinger til prosjektet.

Vedtak

Komiteen godkjenner prosjektet med hjemmel i helseforskningsloven §10.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden.

Godkjenningen gjelder til 28.06.2013.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder "Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren". Opplysningene skal ikke oppbevares lenger enn det som er nødvendig for å gjennomføre prosjektet, deretter skal opplysningene anonymiseres eller slettes.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Besøksadresse:
Gullhaug torg 4 A,
Nydalén, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post:
post@helseforskning.etikkom.no

Web:

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

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

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, se helseforskningsloven § 12, senest et halvt år etter prosjektslutt.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no. Vennligst oppgi vårt referansennummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

Stein Opjordsmoen Iiner (sign.)
Professor dr. med.
Komitéleder

Jakob Elster
Seniorrådgiver

Kopi til: dag.karterud@hioa.no,
Høgskolen i Oslo og Akershus ved øverste administrative ledelse postmottak@hioa.no

9.5 Vedlegg 5) Samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Pasientopplevelse ved koloskopi”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å øke kunnskapen om pasienters opplevelse av koloskopiundersøkelse. Det gjennomføres et stort antall koloskopier hvert år og det er økende etterspørsel etter undersøkelsen. Hensikten med denne studien er å bedre helsepersonell sin kunnskap om hvordan koloskopi oppleves fra pasientens side. Du er valgt ut til å forespørres fordi du har gjennomgått en slik undersøkelse. Ansvarlig institusjon for prosjektet er Institutt for sykepleie, fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus. Masterstudent i klinisk sykepleievitenskap Nora Rødbotten skal gjennomføre prosjektet.

Hva innebærer studien?

Deltakelse i studien innebærer at du blir intervjuet om din opplevelse av koloskopiundersøkelsen. Intervjuet antas å vare ¾-1 time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil eller lydbånd.

Mulige fordeler og ulemper

Resultatene av studien vil ikke ha betydning for din behandling, men kan på sikt bidra til bedre forståelse hos helsepersonell som arbeider med koloskopiundersøkelser.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til forskningsprosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Navnelisten og lydfiler vil bli slettet når studien er avsluttet, senest juni 2013. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Nora Rødbotten tlf. 971 28 469.

Kriterier for deltakelse

Voksne pasienter som har fått innkalling til koloskopi kan bli forespurt om å gi sitt samtykke til deltakelse i studien. Det er en forutsetning at man forstår og snakker norsk flytende.

Utdypende informasjon om studien

Det gjennomføres i Norge mange tusen koloskopier årlig og det er økende etterspørsel etter undersøkelsen. Koloskopi omfatter en privat og følsom del av kroppen og pasienter frykter i mange tilfeller at undersøkelsen skal avdekke alvorlig sykdom. Derfor er en pasient som skal til en koloskopiundersøkelse ofte i en sårbar situasjon.

Kunnskap om pasienters totale opplevelse av koloskopiundersøkelse er viktig for helsepersonell for at de skal kunne bidra til best mulig undersøkelse for pasienten. Som i helsevesenet for øvrig er det stort press på at det skal undersøkes flest mulig pasienter på kortest mulig tid. Det er nødvendig at det vurderes hva som er sentrale faktorer for at kvaliteten på koloskopiundersøkelsen er god sett fra

pasientens side. Svært få studier som er utført om denne tematikken går i dybden på hvordan pasienten opplever undersøkelsen. Hensikten med denne planlagte studien er å utforske pasienters individuelle opplevelse av koloskopiundersøkelsen.

Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?

Intervjuet vil bli gjort i løpet av to til syv dager etter koloskopien. Det antas at det vil vare fra ¾-1 time. Intervjuet vil foregå i et egnet rom på Høgskolen i Oslo og Akershus eller hjemme hos deg, dersom du ønsker det.

Mulige fordeler

Resultatene av studien vil ikke ha betydning for din behandling, men kan på sikt bidra til bedre forståelse hos helsepersonell som arbeider med koloskopiundersøkelser.

Mulige ulemper

Det kan ses som en ulempe at man bruker tid på å bli intervjuet.

Eventuell kompensasjon til dekning av utgifter for deltakerne

Det vil bli gitt kompensasjon til dekning av utgifter til reise dersom intervjuet skal finne sted på Høgskolen i Oslo og Akershus.

Personvern

Det vil ikke bli registrert opplysninger om deg utover informasjonen som blir gitt i løpet av intervjuet. Høgskolen i Oslo og Akershus ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

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, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Deltakere har rett til å få informasjon om resultatet av studien. I hovedsak vil resultatene bli presentert i mastergradsoppgave ved HIOA.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien (underskrift og dato):

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

9.6 Vedlegg 6) Informasjonsbrev om koloskopi

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG SOM SKAL TIL COLOSKOPI

SLIK KOMMER DU TIL BEHANDLINGSSTEDET

Hovedekspedisjonen, 1. etasje, 1. etasje, 1. etasje, 1. etasje

Formål:

Hensikten med undersøkelsen er å bekrefte eller avkrefte om du trenger behandling for symptomer fra mage/tarm.

Forhåndsregler før undersøkelsen:

Det er meget viktig at man følger tømingsregimet for å få gjennomført undersøkelsen. Se vedlegg.

Medisinbruk:

Dersom du bruker Marevan, må du slutte med dette **2 dager før undersøkelsen**. Du må ta INR blodprøve undersøkelsesdagen, og kan gi beskjed om dette når du møter i ekspedisjonen på poliklinikken.

Svar på INR-prøven må foreligge før undersøkelsen kan gjennomføres. Andre medisiner kan du ta som vanlig før undersøkelsen.

Andre medisiner kan du ta som vanlig før undersøkelsen.

Hvordan foregår undersøkelsen:

Under første del ligger du på venstre side, deretter snus du over på rygg. Endoskopet føres inn i endetarmsåpningen. Tykktarmen ligger i svinger og dens lengde er forskjellig fra person til person. Når endoskopet føres innover blir det noe "strek" i tarmen og de fleste føler dette som ubehagelige luft smerter. Undersøkelsen vil ta mellom 30-60 minutter. I noen tilfeller er det nødvendig å bruke smertestillende eller avslappende medisiner under undersøkelsen,

Coloskopi: Undersøkelse av tykktarm/endetarm.

Forhåndsregler etter undersøkelsen:

Dersom du har fått smertestillende/avslappende medisiner under undersøkelsen, kan du ikke kjøre bil resten av dagen. Dersom du føler deg sliten etter undersøkelsen kan du slappe av før du reiser hjem.

INFORMASJON TIL PASIENTEN OM COLOSKOPI (undersøkelse av tykktarm)

Generelt sett er dette en trygg og undersøkelse med få komplikasjoner. Det hender meget sjeldent at denne undersøkelsen forårsaker hull på tarmen, men det kan inntreffe etter tidligere mage/tarmoperasjoner og ved enkelte sykdommer som har skadet mage/tarmorganer. Dette vil medføre innleggelse, og operasjon kan bli nødvendig.

Hvis vi finner en polyp (eller flere), eller et lite område som mistenkes for å kunne være et tidlig stadium i utvikling av kreft, pleier vi å fjerne disse med en gang ved hjelp av diatermisk strøm, eller kanskje laser.

Risikoen for komplikasjoner ved denne prosedyren er meget liten, vi angir den som ca. 0,5 %, d.v.s. kan forventes hos 5 av 1000 behandlinger. Det kan oppstå blødning, eller hull på tarmen. Blødningen er som regel moderat som kan kanskje kreve en blodoverføring. Hull på tarmen kan kreve operasjon.

Hvis du tror at du har noen form for blødningstendens, d.v.s. har lettere for å blø enn andre, -vennligst si i fra om dette når du kommer til undersøkelse. Si også fra om du står på blodfortynnende medisin i form av Marevan eller acetylsalicylsyre (Albyl E, Novid, Globoid etc.)

Mistenker du en komplikasjon etter at du har kommet hjem fra sykehuset, må du kontakte poliklinikken straks, evt. vakthavende lege.

Dersom noe uklart:
Kontakt oss, eller rådfør deg med legen før undersøkelsen gjøres.

Ta med dette arket underskrevet når du møter til time.

Jeg har lest informasjonen og har akseptert at undersøkelsen gjennomføres.

..... dato:

Gastrolab/pol.

RESULTATET AV UNDERSØKELSEN

Vanligvis får du vite resultatet av undersøkelsen med en gang. Resultatet og eventuelle prøvesvar vil også bli sendt til legen som har henvist deg.

Det tar ca. 2 – 3 uker å få svar på eventuelle prøver som er tatt.

UNDERVISNING

En av hovedoppgavene ved er undervisning og forskning. Du vil derfor kunne bli spurt om at andre er tilstede under selve undersøkelsen.

Gastromedisinsk avdeling, Medisinsk klinikk

Oppmøtested: Gastromedisinsk poliklinikk, Gastromedisinsk poliklinikk
Postadresse: Gastromedisinsk poliklinikk, Gastromedisinsk poliklinikk
Telefon: mandag til fredag kl.10.30 – 11.30 og 13.00 – 14.30
E-post til gastromedisinsk poliklinikk: Gastromedisinsk poliklinikk

Målgruppe: Pasienter til undersøkelse
Utgiver: Gastromedisinsk avdeling
Opplegg: xx stk
Trykk: lokal kopiering
Foto:

Date utkast: 20.10.2011

Opplysningsvesenetsloven § 1-10: Denne informasjonen er utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF, og er utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF, og er utarbeidet av Helse Sør-Øst RHF.



Til deg som skal til:

Koloskopi

En undersøkelse av endetarm og tykktarm.

Viktig: Drikk rikelig med klare væsker helt fram til undersøkelsen. Bruker du Plavix eller Marevan, må du stoppe med disse.



Hva er koloskopi?

Et koloskop er en ca 14 mm tykk bøyelig slange med et kamera på tuppen, som overfører bilder til en skjerm. Koloskopet føres inn gjennom endetarmen og opp i tykktarmen.

HVORFOR GJØRES KOLOSKOPI?

Ved koloskopi kan vi undersøke om det er sykdommer i endetarm og tykktarm.

Vi kan også ta vevsprøver (biopsi) og eventuelt behandle enkelte tilstander direkte via koloskopet.

HVORDAN FORBEREDER JEG MEG?

Forusetningen for en vellykket undersøkelse er at tarmen er helt ren. Derfor må du kjøpe tømningmiddel på apoteket. Se eget vedlegg om tømning av tarm.

Braker du Plavix eller Marevan og hvis din fastlege ikke har bestemt noe annet, må du stoppe disse medisinene for å redusere risikoen for blødning i forbindelse med undersøkelsen.

- Plavix må stoppes 7 dager før undersøkelsen.
- Marevan må stoppes 2 dager før undersøkelsen og 1 tillegg må du møte for blodprøvekontroll senest 1 time før undersøkelsen.
- Braker du Albyl-E kan du fortsette med denne.

Ta kontakt med avdelingen, dersom du

har kunnetlig hjerterklaff.

Du må ikke bruke jerntilskudd de siste 7 dagene før undersøkelsen.

Har du diabetes og bruker insulin, kan du kontakte oss for å få timeavtale tidlig på dagen. Ta gjerne med deg mat til etter undersøkelsen.

Fiberrikt brød, kornblandinger, hinfør eller frørike frukter/grønnsaker, må ikke brukes siste 5 dager før undersøkelsen.

Eventuelle morgen medisiner tar du som vanlig.

Ønsker du en nærmere avklaring:

Telefon poliklinikken:
Hverdager kl.10-11.30 og 13-14.30

Kan du ikke møte til avtalt time, må du snarest ta kontakt med sykehuset.

UNDERSØKELSEN

Under selve undersøkelsen ligger du på en undersøkelsesbenk. Det vil være behov for at du smur og vender på deg i løpet av undersøkelsen.

En sykepleier kan av og til støtte med hånden på utsiden av magen for at koloskopet skal komme lettere frem og for å redusere ubehag.

Tykktarmen er forskjellige. Hos enkelte går undersøkelsen greit, mens andre har en tarm som er vanskelig å undersøke. Undersøkelsen kan da bli smertefull og ta noe lengre tid.



Selv om dette kan oppleves ubehagelig så forsøk å slappe av og pust rolig mens undersøkelsen pågår.

Behovet for smertestillende medisin vurderes sammen med undersøkende lege.

Selve undersøkelsen tar fra 30 til 60 minutter.

aktuelt med videre observasjon og eventuelt innleggelse på sykehuset.

Etter undersøkelsen kan du føle deg litt oppblåst og ha noe mageknip.

Hvis du får sterke magesmerter eller annet ubehag etter at du er kommet hjem, må du kontakte sykehuset.

Behov for kontakt etter undersøkelsen; gjelder kun ved komplikasjoner:

Gastromedisinsk poliklinikk
Hverdager kl.08.00 – 15.30
Telefon

Akuttinnntak hele døgnet

Telefon:

Forklar kort din situasjon og at du har vært til koloskopi på gastromedisin ved

ETTER UNDERSØKELSEN
Som regel kan du reise hjem med en gang etter undersøkelsen.

Er det utført behandling som krever observasjon, må du være på sykehuset i 1-2 timer etter undersøkelsen.

Du kan ikke selv kjøre bil hjem etter undersøkelsen hvis du har fått beroligende medisin.

Koloskopi er en undersøkelse av endetarmen og tykktarmen, hvor man kan påvise forandringer i endetarmen og tykktarmen. Fjerne mindre svulster eller polyper i slimhinnen.

Forberedelser

Gi opplysninger om medikamenter du ikke tåler og spesielle sykdommer som f.eks. angina pectoris, hjertesvikt, blødningsforstyrrelser.

Har du hjerte- eller karsykdommer som gir økt risiko for betennelse i hjertet (opr. hjertklaff/klaffefeil, skal du ringe gastrolab fordi du eventuelt skal ha antibiotika.

Hvis du bruker medikamenter som gir økt blødningsstendens som Marevan, Plavix eller Albyl E (acetylsalisylsyre), må du slutte med disse **3 dager** før undersøkelsen.

Dersom du bruker Marevan, skal du ta blodprøve for å sjekke INR på vårt laboratorium (2. etasje), minst 1 time før undersøkelsen.

Les nye vedlagte informasjon om tømning av tarmen.

Selve undersøkelsen:

- Du får sykehustøy (benklær) av oss.
- Du ligger først i sideleie, etter hvert i ryggeleie.
- Endoskopet føres inn gjennom endetarmsåpningen.
- Du kan kjempe ubehagelige luftsmarter under undersøkelsen.
- Undersøkelsen varer fra 15 – 45 minutter.
- Du kan få beroligende / smertestillende medikamenter
- Intravenøst ved behov.

Etter undersøkelsen

Hvis du har fått beroligende/smertestillende medikamenter må du være 1-2 timer i avdelingen etter undersøkelsen. Du kan ikke kjøre bil de neste 24 timene.

Henvissende lege får beskjed om resultatet etter 1-2 uker. Sykmelding vil ikke bli skrevet av sykehusets lege.

Komplikasjoner

Det er sjelden komplikasjoner ved koloskopi. Når det tas vevsprøver eller fjernes en polyp blir det et lite sår i slimhinnen, men blødninger forekommer sjelden.

Blødning kan komme inntil 3-4 dager etter undersøkelsen. Som oftest er dette en ufarlig blødning som stanses av seg selv.

Ved mistanke om skade i tarmveggen, må du kontakte egen lege eller vaktavende lege ved medisinsk avdeling, telefon 47 47 47.

Nyoppståtte kraftige magesmarter er mest vanlig symptom på skade i tarmveggen. Dette er meget sjelden.

9.7 Vedlegg 7) Oppskrifter på tarmtømming

ORIENTERING TIL DEG SOM SKAL TIL COLOSKOPI FØR KL. 12.00

Retningslinjer for tarmtømming.

PICOPREP®

Reseptfritt legemiddel (kjøpes på apotek) til tømming av tarmen før tarmundersøkelse, koloskopi
Appelsinsmak

PICOPREP® er et avføringsmiddel som øker tarmaktiviteten og holder tilbake væske i tarmen slik at det oppnås en utvaskingseffekt.

Hva kan du bidra med for å oppnå en best mulig tarmtømming før koloskopi?

Uken før undersøkelsen bør du ikke spise brød eller frokostblandinger som inneholder helkornprodukter, som for eksempel linfrø, sesamfrø eller lignende, i tillegg bør du unngå druer med steiner, samt jerntabletter. Spis lett fordøyelig mat dagen før du tar PICOPREP®.

Dosering

En pakke PICOPREP® består av to poser med pulver.
Hver av disse skal blandes ut i 150 ml vann (se tilberedning under).

Alternative fremgangsmåter for bruk av PICOPREP®

Dersom du har time for koloskopi før kl. 12.00:

Dagen før undersøkelsen kan du spise frokost. Etter frokost må du ikke innta fast føde, men drikk rikelig med klar væske (se senere).

Ta første dose PICOPREP® før kl. 08.00 dagen før undersøkelsen. Den andre dosen tar du 6-8 timer senere.

Dersom du har time for koloskopi etter kl. 12.00 – splittdosering:

Spis gjerne en enkel middag innen kl. 17.00 dagen før undersøkelsen.
Ta første dose PICOPREP® om ettermiddagen (mellom 16.00-18.00) dagen før undersøkelsen og neste dose kl. 07.00 samme morgen som undersøkelsen.

Tilberedning av PICOPREP

Første pose:

- I. Fyll et krus med 1 ½ dl (150 ml) vann.
- II. Hell innholdet i posen i kruset
- III. Rør om i 2-3 minutter til alt pulveret er fullstendig oppløst. Blandingen vil være uklar. Drikkes umiddelbart. Smaker appelsin.(Blandingen kan bli varm; avkjøl den eventuelt før den drikkes).
- IV. Drikk deretter 2 liter klar væske fordelt på 250 ml hver time (vann eller klar væske). Dette er viktig både for tømmingseffekten og din væskebalanse. Eksempler på klar væske er foruten vann, klar styrkedrikk, eplejuice, klar (ikke rød) saft, klar buljong, klar suppe, mineralvann, te eller kaffe (ikke med melk).

Etter 6 – 8 timer tas andre pose.

Andre pose:

- Fyll et krus med 1 ½ dl (150 ml) vann.
- Hell innholdet i posen i kruset
- Rør om i 2-3 minutter til alt pulveret er fullstendig oppløst. Blandingen vil være uklar. Drikkes umiddelbart. Smaker appelsin.(Blandingen kan bli varm; avkjøl den eventuelt før den drikkes).
- Drikk deretter 2 liter klar væske fordelt på 250 ml hver time (vann eller klar væske). Dette er viktig både for tømmingseffekten og din væskebalanse. Eksempler på klar væske er foruten vann, klar styrkedrikk, eplejuice, klar (ikke rød) saft, klar buljong, klar suppe, mineralvann, te eller kaffe (ikke med melk).

Bivirkninger

De vanligste bivirkningene er hodepine, kvalme og smerter i endetarmen (proktalgi). Se pkt 4 i pakningsvedlegget for mer utfyllende opplysninger.

Bruk av andre legemidler sammen med PICOPREP

Se pkt 2 i pakningsvedlegget.

Tarmtømming til Koloskopi

Picoprep / Citrafleet

Innen undersøkelsen av tarmsystemet skal tarmen være fullstendig ren. Det blir den når du følger bruksanvisningen på utrensing med **Picoprep** (med appelsinsmak) eller **Citrafleet** (med sitronsmak). Begge kjøpes reseptfritt på apotek.

Husk at du i 5 dager før undersøkelsen skal du ikke spise brød eller frokostblandinger som inneholder helkornprodukter, som for eksempel linfrø, sesamfrø og frørike frukter/grønnsaker (f.eks. vannmelon, druer, tyttebær, bringebær, multer, kiwi og karve.) Bruker du jerntabletter, må du slutte med disse 5 dager før undersøkelsen. Bruker du MAREVAN må du møte en time før undersøkelsen for å ta blodprøve.

Hvis du bruker MAREVAN og du har kunstig hjerteklaff: KONTAKT AVDELINGEN.
Bruker du marevan av andre grunner: kontakt egen lege.

Tømmingsopplegg (i pakningsvedlegget kan det stå et annet opplegg):

Dagen før undersøkelsen

- Kl 13. 00 Ingen fast føde etter lunsj dagen før og inntil undersøkelsen.
- Kl 18.00 Om kvelden/ettermiddagen skal du ta den første dosen av tømningsmiddelet
1. Fyll et glass med 1 ½ dl (150 ml) vann.
 2. Hell innholdet av posen i glasset.
 3. Rør om i 2-3 minutter til alt pulveret er fullstendig oppløst. Blandingen vil være uklar. Drikkes umiddelbart (Blandingen kan bli varm; avkjøl den eventuelt før den drikkes).
 4. Drikk deretter ca 2 liter klar væske fordelt på 500 ml hver time (vann eller klar væske). Dette er viktig både for tømningseffekten og for din væskebalanse. Eksempler på klar væske er foruten vann, klar styrkedrikk, eplejuice, klar saft, klar buljong, klar suppe, mineralvann, te eller kaffe (ikke med melk).

Du må holde deg i nærheten av et toalett etter å ha tatt tømningsmiddelet. (det kan gå 1 til 3 timer før preparatet virker).

Undersøkelsesdagen

- Kl 7.00 Dersom undersøkelsen er før kl 10 , bør du starte kl 6.00, eller tidligere. Du må ha tid til tømningen og komme deg til sykehuset. Du får et generelt inntrykk av hvor lang tømningstiden blir etter første dose.
2. Dose Følg prosedyren som ved første pose. Prøv å få i deg drikke etter denne dosen også (klar væske).

Oppskrift på tarmtømming

Kjøp PICOPREP eller CitraFleet på apoteket.

5 dager før undersøkelsen:

Unngå jerntabletter, brød med hele korn/linfrø og små stener/frø fra frukt og bær.

Hvis du har time før kl. 12:00

Dagen før undersøkelsen:

Du skal ikke spise fast føde den dagen.

Du må holde deg i nærheten av toalettet etter å ha tatt tømmingsmiddelet. Virkningen kommer etter 1-3 timer.

Dose 1 kl. 12: Bland innholdet fra 1 dosepose i en kopp med 1,5 dl kaldt vann. Rør i 2-3 min.

Hvis blandingen blir varm kan du vente til den er avkjølt før du drikker den. Drikk hele blandingen så snart den er avkjølt. Oppløsningen vil se uklar ut.

Drikk rikelig med klar væske, minst 2 liter fram til du skal drikke dose 2.

Dose 2 kl. 20:00. tas som beskrevet ved dose 1.

Drikk rikelig med klar væske*, minst 2 liter i løper av ettermiddagen og kvelden.

Undersøkelsesdagen

Du skal drikke klare væsker* helt fram til undersøkelsen.

Hvis du har time etter kl. 12:00

Dagen før undersøkelsen:

Du kan spise en lett frokost fram til kl. 0800. Resten av dagen skal du kun drikke klare væsker*.

Dose 1 kl. 20:00: Bland innholdet fra 1 dosepose i en kopp med 1,5 dl kaldt vann. Rør i 2-3 min. Hvis blandingen blir varm kan du vente til den er avkjølt før du drikker den. Drikk hele blandingen så snart den er avkjølt. Oppløsningen vil se uklar ut.

Undersøkelsesdagen

Dose 2 kl. 06:00. Tas som beskrevet ved dose 1. Drikk rikelig med klar væske*, minst 2 liter før undersøkelsen.

*Med klare væsker menes: vann, saft, kaffe, te, mineralvann og buljong. Unngå melkeprodukter og juice med fruktkjøtt.