

***Kan pasientopplevelser brukes til å kvalitetsforbedre  
behandling av lyskebrokk?***

**Intervjuer av pasienter etter dagkirurgi med laparaskopi**

Siri Færden



Prosjektoppgave  
Profesjonsstudiet i medisin  
Vår 2015

Det medisinske fakultet  
UNIVERSITETET I OSLO

# Kap 1: Bakgrunn

## 1.1 Helseøkonomisk bakgrunn

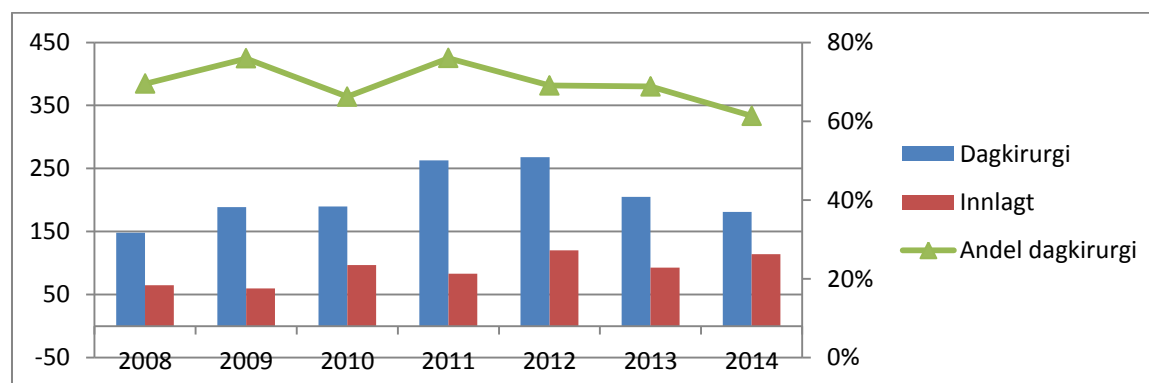
Siden 1980-årene har norsk helsepolitikk dreid i retning av en offensiv effektiviseringspolitikk for å møte presset fra en voksende pasientpopulasjon på grunn av den aldrende befolkningen og babyboom-generasjonen<sup>1</sup>. Siden 1980 er sengetallet i norske somatiske sykehus mer en halvert. I samme periode er liggetiden redusert fra 10 til 4,5 døgn, men likevel er beleggsprosenten økt fra 78 til 93%. En løsning på overleggsproblemet har vært økende dagkirurgi, som gjør det mulig å behandle flere pasienter på kortere tid<sup>2</sup>, og dagkirurgien omtales som den nye hverdagskirurgien<sup>3</sup>. En av de hyppigst utførte dagkirurgiske operasjoner er lyskebrokkkirurgi, og kan dermed være illustrativ for effektiviseringen. Årlig utføres det rundt 6000 operasjoner for lyskebrokk i Norge<sup>4</sup>. Tradisjonelt benyttet man åpen teknikk med innleggelse av nett, i dag er det laparoskopisk eller mini invasiv teknikk (MIS) som dagkirurgi som er gullstandard<sup>5</sup>. Dog finnes ingen forskning som tilsier at den ene metoden er mer samfunnsøkonomisk enn den andre, ikke minst grunnet muligheten for postoperative komplikasjoner som gir totalt sett flere innleggelser enn selve det dagkirurgiske oppholdet<sup>6</sup>.

## 1.2 Diakonhjemmet

Diakonhjemmet er et spennende case fordi det er et relativt lite lokalsykehus med et nedslagsfelt på 115.000 mennesker<sup>7</sup>, men allikevel stort nok til å speile konsekvensene av effektivisert kirurgi. Fra 2009 ble refusjonen for dagbehandling redusert da man fikk en kraftig økning i dagkirurgien, refusjonen før dette hadde vært lik for døgn- og dagkirurgi. Dagkirurgi har likevel holdt seg som den mest benyttede prosedyren (se tabell 1, figur 1).

**Tabell 1** Lyskebrokk fordelt på omsorgsnivå (Kilde: Diakonhjemmet sykehus)

Omsorgsnivå	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Sum
Dagkirurgi	148	189	190	263	268	205	181	1444
Innlagt	65	60	97	83	120	93	114	632
<b>Andel dagkirurgi</b>	<b>69 %</b>	<b>76 %</b>	<b>66 %</b>	<b>76 %</b>	<b>69 %</b>	<b>69 %</b>	<b>61 %</b>	<b>70 %</b>

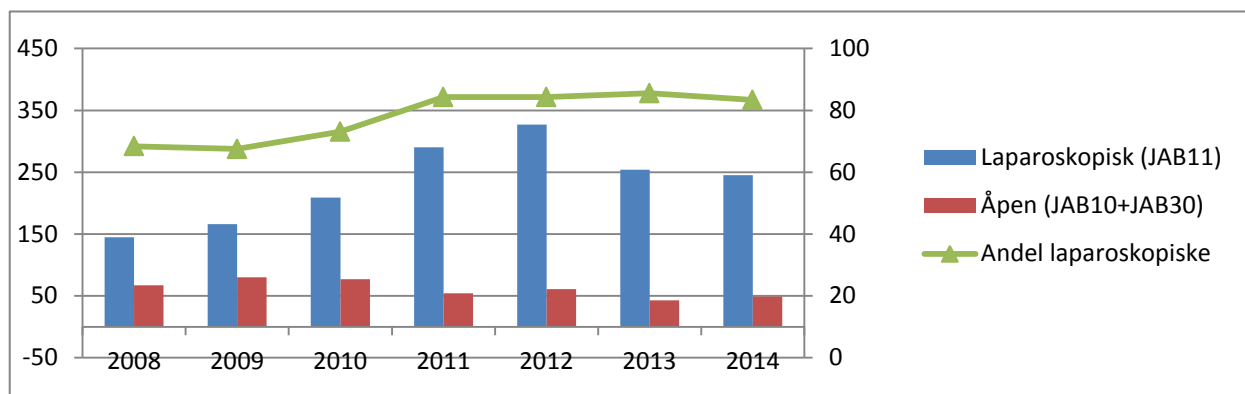


### 1.3 Problemstilling

Internasjonalt har man kommet til konsensus om at den teknikk som foretrekkes av kirurgene på den respektive avdeling er den som skal anbefales som standard metode<sup>6</sup>. Siden 2007 ble det bestemt av laparaskopi skulle være den foretrukne metode ved avdelingen<sup>5</sup>. Fram til 2014 økte andelen laparoskopiske inngrep til 83% av den totale brokkkirurgien (se tabell 2, figur 2). Men de laparoskopiske operasjonsteknikkene har måttet læres og implementeres av kirurgene og pleiepersonalet på kort tid. Det har vært nødvendig med endring av kirurgisk kultur og tenkning skriver sykehusledelsen<sup>8</sup>. Har dette hatt en innvirkning på kvaliteten av behandlingen?

**Tabell 2** Lyskebrokk fordelt på operasjonsteknikk (Kilde: Diakonhjemmet sykehus)

Kategori	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Sum
Laparoskopisk (JAB11)	145	166	209	290	327	254	245	1636
Åpen (JAB10+JAB30)	67	80	77	54	61	43	49	431
<b>Andel laparoskopiske</b>	<b>68</b>	<b>67</b>	<b>73</b>	<b>84</b>	<b>84</b>	<b>86</b>	<b>83</b>	<b>79</b>



Debatten om hvilken metode som er best er ikke løst<sup>6</sup>, men politisk går utviklingen i den retning at dagkirurgi skal bli den nye normen i forsøk på å øke ratene<sup>8</sup>, og det er laparaskopi som blir gullstandard<sup>9</sup>.

Jeg vil i denne oppgaven ta utgangspunkt i at effektiviseringen er blitt gjort og se på konsekvensene for kvaliteten av behandlingen ut fra pasientenes opplevelser. Av hensyn til oppgavens omfang vil jeg konsentrere meg om det behandlingsforløpet som i dag er det mest benyttede, altså dagkirurgi med laparaskopi.

### Problemstilling:

**Hvordan opplever pasienter dagkirurgisk behandling for lyskebrokk og kan disse brukes til å evaluere og kvalitetsforbedre effektivisert lyskebrokkkirurgi?**

## Kap 2: Metode

### 2.1 Kvalitativ metode

Det er kvantitative målinger av utfall som har vært standard for å måle livskvalitet hos pasienter etter laparoskopisk kirurgi. Resultatene har vært gode særlig når det gjelder postoperative komplikasjoner og kortere tid tilbake til jobb. Men det er få studier som har adressert det subjektive perspektivet, og dette etterlyses også i litteraturen<sup>1</sup>,<sup>10-11-12</sup>). Likeledes er det lite forskning på livskvalitet og pasientperspektivet i denne gruppen<sup>13</sup>.

Pasientsentrerte mål på utfall, og måling av livskvalitet etter ulike intervensjoner har blitt utviklet og rekommandert som verktøy i evalueringen av effekten av en behandling<sup>14</sup>.

Brukerorientering er både et mål og et middel i helsetjenesten og viktig for et demokratisk samfunn. I helselovgivningen har dette blant annet kommet til uttrykk gjennom bestemmelser om rett til informasjon, krav til informert samtykke ved behandling og rett til pasient- og brukermedvirkning<sup>15</sup> gjennom såkalt SDM «shared decision making» som har fått stadig større oppmerksomhet i norsk helsepolitikk<sup>16</sup>.

### 2.3 Metode for datainnsamling

Formålet var å gi en fullstendig beskrivelse av et behandlingsforløp, men også generere ny kunnskap for å komme fram til forslag til forbedring av dette forløpet.

Kvalitativ forskningsmetode anbefales som virkemiddel for utvikling av kunnskap når vi vil vite mer om hvordan noe ser ut, hva det består av, hva vi kan kalle det og hvilken sammenheng det står i<sup>17</sup>.

For å få et bilde av hvordan effektiviseringen oppleves subjektivt av pasientgruppen valgte jeg intervju som metode. Kvale anbefaler intervjuet som den beste måten for å forstå verdenen fra subjektene ståsted, gjengi meningen i deres erfaringer, og avdekke deres levde verden forutfor vitenskapelige forklaringer<sup>18</sup>.

For å kartlegge hele forløpet, inkludert tiden hjemme etter utskriving, intervjuet jeg pasientene 3 dager etter inngrepet om perioden fra mottagelse til etter utskriving.

Jeg tok utgangspunkt i en intervjuguide som er utarbeidet på forhånd. I denne studien benyttet jeg semistrukturerte intervjuer med relativt stor grad av strukturering fordi dette sikret sammenlignbart datamateriale på tvers av de ulike tilfellene, og mulig å understøtte funnene med lignende studier i litteraturen som i stor grad er kvantitative.

Jeg utarbeidet en intervjuguide bestående av en liste med spørsmål om ulike temaer. Temaene ble utarbeidet ut fra forskningsspørsmålene som undersøkelsen skulle belyse fra foreliggende forskningslitteratur, og validerte spørreskjema fra Kunnskapssenteret som brukes i norsk helsevesen til kvalitetsforskning.

Intervjuguiden ble som følger:

## Interjvuguide

<b>Tilgjengelighet og mottagelse</b>
I hvilken grad synes du at ventetiden fra du ble henvist til du fikk behandling var akseptabel?
Var det lett å finne veien til dagkirurgisk senter da du ankom sykehuset?
Opplevde du uforutsett venting etter at du ankom dagkirurgisk senter?
<b>Erfaring med behandling og pleie</b>
Snakket legene til deg slik at du forsto dem?
Har du tillit til legenes faglige dyktighet?
Har du tillit til pleiepersonalets faglige dyktighet?
Opplevde du at pleiepersonalet hadde omsorg for deg?
Opplevde du at legene var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?
Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet (etter det du selv kan bedømme)?
<b>Informasjon</b>
Fikk du nok informasjon i forkant av sykehusoppholdet?
Opplevde du at det kun ble lagt opp til et valg for kirurgi (kikhullsoperasjon)?
Hadde du valgt åpen kirurgi hvis det hadde vært en mer tydelig valgmulighet?
Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan operasjonen skulle foregå?
<b>Tiden etter utskrivningen</b>
Fikk du den informasjonen du mente var nødvendig om tiden hjemme etter utskrivning?
Fikk du vite det du syntes var nødvendig om smerter etter operasjonen?
Hadde du noen ubesvarte spørsmål da du forlot dagkirurgisk senter?
Opplevde du det var for tidlig å reise hjem?
Har du hatt problemer eller komplikasjoner knyttet til operasjonen etter at du kom hjem fra sykehuset?
Synes du telefonkontakt med sykepleier var nok, eller ville du heller hatt et møte med kirurgen?

Til slutt ba jeg om en samlet vurdering og spurte om informanten hadde konkrete forslag til forbedring. Var det et tema informanten følte vi ikke hadde vært gjennom eller et tema han eller hun ønsket å fordype brukte vi mer tid på dette.

Den semistrukturerte formen på intervjuene gjorde det således mulig å utdype ulike temaer i ulik grad i de ulike intervjuene og ta opp nye temaer som ble brakt opp av informantene i løpet av intervjuet. Nye temaer som dukket opp i et intervju, kunne tas opp i neste intervju. De nye temaene som oppsto var:

<b>Sykemelding – er en uke nok?</b>
<b>Mer strukturert informasjon om oppholdet etterpå.</b>
<b>Fortsatt i narkose, får ikke med seg informasjonen som blir gitt etter operasjonen.</b>

## 2.4 Metode for analyse

### 2.4.1 *Constant comparison*

*Grounded theory* anbefales av Malterud som en av formene for mulig analyse av kvalitative medisinske data<sup>19</sup>. *Grounded theory* omfatter analysestrategien *constant comparison* (gjentatt sammenligning) som innebærer at hver enkelt ny observasjon sammenholdes med allerede eksisterende data for å identifisere likheter og forskjeller<sup>22</sup>. Jeg startet analysen med å lete etter meningsfulle kategorier i datamaterialet. Så jeg andre steder i materialet der denne kategorien kom til uttrykk utsorterte jeg disse fra materialet og samlet dem under en og samme kategori. Jeg foretok en stadig fram og tilbakegang til data og hver kategori ble utprøvd mot de andre deler av datamaterialet til jeg hadde et sett med kategorier som passet til situasjonen jeg forsket på og som var meningsfulle i den grad de kunne brukes videre i annen forskning. I diskusjonsdelen søkte jeg etter forskning som kunne underbygge funnene mine. Jeg forsøkte ikke å finne opp kruttet, men bygge opp mine kategorier med evidensbasert forskning.

### 2.4.2 *Saturation*

Jeg valgte sosiologene Glaser og Strauss kriterium om *saturation* (metning) for å avgrense utvalget i forhold til kategoriene som kom fram underveis<sup>20</sup>. Metningspunktet er nådd når man vurderer at ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap<sup>21</sup>. Jeg intervjuet til slutt totalt ti informanter. Hvis forskeren har gjort et godt teoretisk forarbeid, kjenner sitt metodehåndverk, har grundig feltkunnskap og en fleksibel strategi for feltarbeid og analyse kan data fra et lavt antall informanter (fire til syv) være tilstrekkelig for å gi et rikt materiale<sup>20</sup>. Intervjuene var av 20-25 min varighet og ble gjort over telefon, i etterkant ble de transkribert og altså systematisert etter nevnte metode.

I diskusjonsdelen fant jeg foreliggende litteratur på pasientopplevd kvalitet som kunne støtte opp om funnene. Disse var i stor grad kvantitative. Som søkestrategi ble det utviklet et PICO-skjema i samarbeid med bibliotekar. Ovid MEDLINE® ble benyttet som søkemotor, samt nordisk litteratursøk på Svemed+, og internasjonalt litteratursøk på BMJ Best Practice og UpToDate.

## Kap 3. Ethiske overveielser

### 3.1 Informert samtykke

På forhånd fikk jeg forhåndsgodkjent prosjektet av REK og Forskningsutvalget ved Diakonhjemmet sykehus ved Tore Kvien og Kåre Birger Hagen. Videre utarbeidet jeg et informasjonsskriv til pasientene ved hjelp av jurist ved avdeling for fag og kvalitet ved Diakonhjemmet sykehus Gorm Are Grammeltvedt.

Jeg innhentet informert samtykke muntlig hos pasientene fordi dette vil gi meg best mulighet til å informere pasientene på forhånd om prosjektet.

Informert samtykke betyr at forskningsdeltakerne informeres om undersøkelsens overordnede formål og om hovedtrekkene i designen, og at man sikrer seg at de involverte deltar frivillig. En skriftlig avtale kan tjene som beskyttelse både for deltakerne og forskeren<sup>22</sup>.

Pasienten fikk vite at studien var et kvalitetssikringsprosjekt på kirurgisk avdeling ved Diakonhjemmet sykehus også med formål om komme fram til mulige forslag til forbedringer

på avdelingen, samtidig som opplysningene ville bli brukt til å skrive en prosjektoppgave på profesjonsstudiet i medisin under veiledning av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. De ble informert om at intervjuene var anonyme, det vil si at studien ikke ville bruke navn og andre opplysninger som var direkte identifiserbare, og de helseopplysninger som fremkom i studien ville integreres uten at de kunne knyttes til enkeltpersoner. Opptak samt det jeg skrev fra samtalen ville bli makulert når studien var avsluttet.

Fordi jeg for å få et fullstendig bakgrunnsbilde av dem som pasient trengte jeg tillatelse til å lese pasientjournalen fra den aktuelle innleggelsen innhentet jeg også intervjupersonens skriftlige samtykke til å delta i undersøkelsen slik det anbefales av Kvale<sup>27</sup>.

### 3.2 Forskerens førforståelse

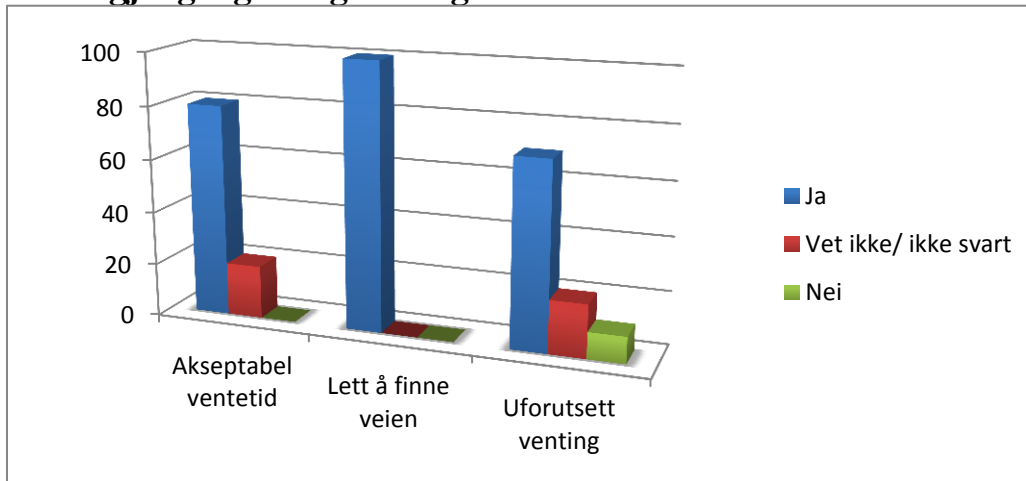
Den kvalitative forskningstradisjonen støtter seg til teorier fra postmodernisme og sosial konstruksjonisme, der forskeren er aktiv deltaker i en kunnskapsutvikling som aldri kan bli fullstendig, men som handler mer om nye spørsmål enn om universelle sannheter<sup>20</sup>. I anskaffelsen av valide data var det derfor viktig å redegjøre for min egen førforståelse.

Uansett hvilken forskningsmetode vi bruker, vil forskerens person på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og dens resultater<sup>20</sup>. I mitt tilfelle hadde jeg en bakgrunn som var veldig forskjellig fra den medisinske, med en master i sosiologi. Den kunne være interessant som ny meningsbærer, men også representere en utfordring for resultatenes validitet. Jeg utfordret derfor min sosiologiske tenkemåte og loggførte min førforståelse underveis fordi spørsmålet ikke er hvorvidt forskeren påvirker prosessen men hvordan<sup>20</sup>. Her er et sammendrag fra min logg, med utgangspunkt i modellen til Malterud om forskerens rolle gjennom forskningsprosessen<sup>20</sup>.

I ideen og nysgjerrigheten, og i spørsmålsformuleringen prøvde jeg å finne ut hvilket bilde jeg hadde fra før av det kirurgiske feltet, og også sykehuset som institusjon. Dette var teorien New Public Management, regjeringspolitikken som siden 1980-tallet har søkt å modernisere offentlig sektor i retningen større kostnadseffektivitet som for eksempel dagkirurgi. Videre var det teorien om *homo economicus* til de klassiske økonomene Adam Smith og David Ricardo og ideen om den moderne legen som presses innenfor et system og som for yte sitt arbeid må utsettes for sanksjoner og kontroll. Det var også den franske filosofen Michel Foucaults teorier om moderne institusjoner og overvåkning og straff. Karl Marx ide om samlebåndsarbeid og den fremmedgjorte legen, fremmed fra seg selv og sitt arbeid, økende grad av spesialisering og oppstyking som var også ideer fra kritisk teori jeg måtte frigjøre meg fra. I analysen var det særlig Max Webers interpretative sosiologi (*Verstehen*) som ser på formålet og meningen individer tilskriver sine handlinger i rasjonaliseringen og «avmystifiseringen» assosiert med kapitalismen og det industrielle samfunnet, og Anthony Giddens *micro level sociology* som går på nivået mellom individers ansikt til ansikt samhandling (*human agency*) og ser på hvordan disse reproducerer og forklarer strukturen i moderne sosiale systemer. Fortløpende tok jeg meg altså opphold hvor jeg loggførte hva som kunne finnes av faglig terminologi og tankemønstre og utsortere disse for å gjøre meg mest mulig objektiv i analysen.

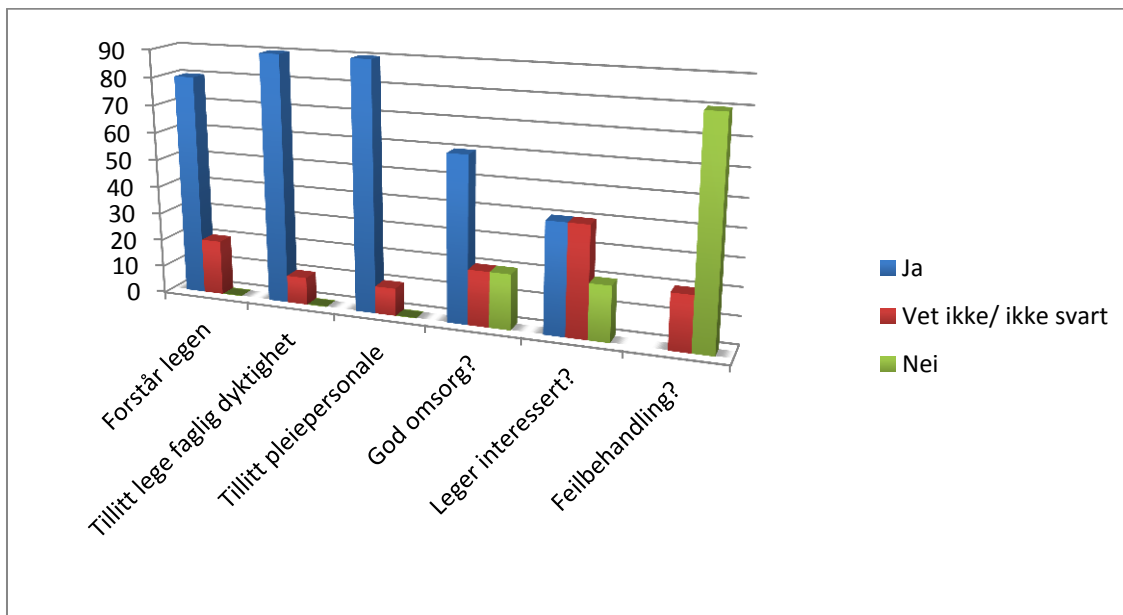
## Kap 4. Resultater

### 4.1 Tilgjengelighet og mottagelse



70% av pasientene syntes de opplevde uforutsett venting, allikevel opplevde 80 % prosent av informantene at ventetiden var akseptabel begrunnet med at de var forberedt på ventetiden, selv når denne var opptil 8 timer lang.

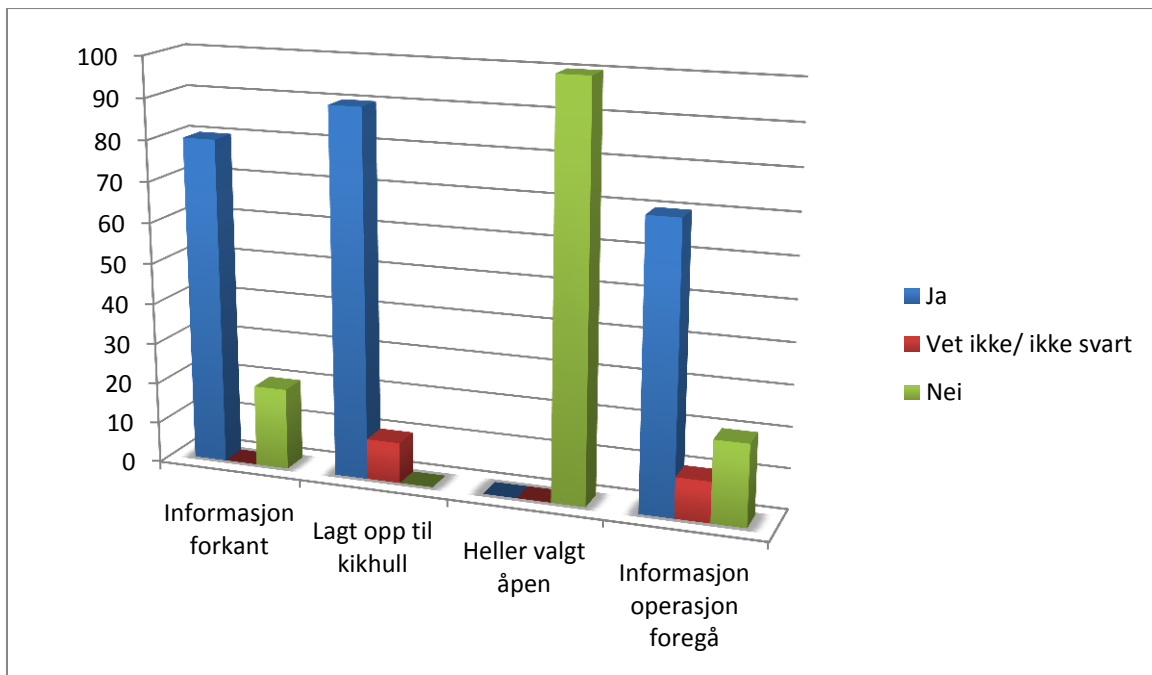
### 4.2 Behandling og pleie



Pasienters grad av tilfredshet er høy, både når det gjelder tillitt til legenes og pleiepersonalets faglige dyktighet, opplevelsen av å bli forstått og ivaretatt under oppholdet, og tryggheten i forhold til feilbehandling. Samlet sett svarte alle informantene ja på at de hadde vært fornøyd med oppholdet.



## 4.3 Informasjon

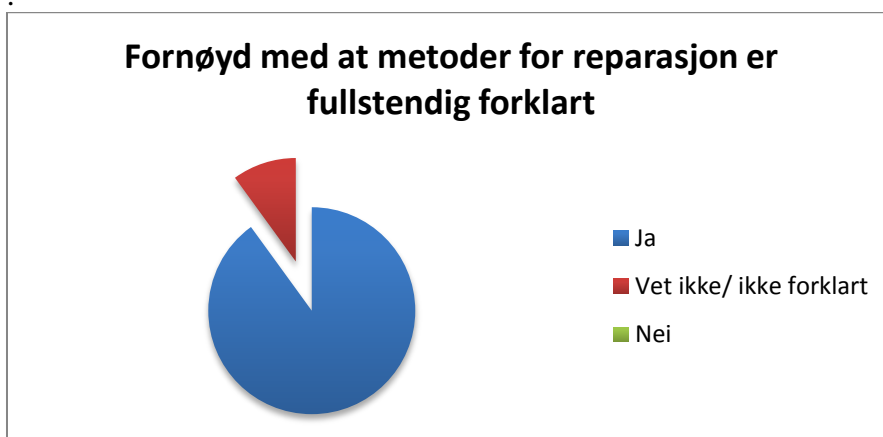


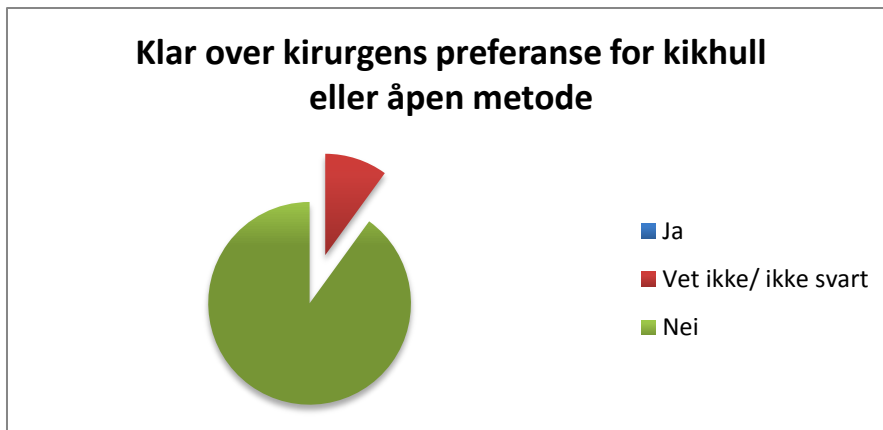
### 4.3.1 Informasjon

Slik det er i dag, mottar pasientene preoperativt skriftlig informasjon i form av en brosjyre om dagkirurgi og et notat om lyskebrokk, i tillegg til muntlig informasjon fra en kirurg. Postoperativt får de muntlig informasjon i form av telefonoppringning dagen etter fra en sykepleier. 80% av informantene var fornøyd med å få både skriftlig og muntlig informasjon i forkant.

### 4.3.2 Informasjon om behandlingsmuligheter

Kirurgens preferanser er som beskrevet den metoden det er konsensus om å velge på avdelingen. 90 % var ikke klar over dette og 10 % hadde ingen formening om saken.





Da jeg som intervjuer informerte om åpen operasjon som et alternative svarte 100% prosent dog at de ikke ville ha valgt åpen om det hadde vært en mer tydelig valgmulighet.

#### 4.3.3. Fullstendig informert samtykke

Kun en av informantene kunne huske å også ha blitt informert om åpen metode som et alternative til laparaskopi, og intervjuene viste at pasientene i stor grad bruker andre kilder for å informere seg om operasjonsmulighetene og gjennomføringen av operasjonen.

*Hvis jeg hadde vært helt uvitende på forhånd så vil jeg kanskje si at jeg kunne fått mer informasjon, men i og med at jeg visste en god del om operasjonen på grunn av at jeg kjenner noen som har gått gjennom den så visste jeg jo hva som skulle gjøres. Han kunne si noe om hvordan det kom til å bli gjort. Den informasjonen fikk jeg ikke av kirurg.*

*Pasient, 71 år.*

Figur 3 illustrerer andre referanse kilder pasientene benyttet seg av for å finne ut mer om operasjonen sin i denne studien.

**Figur 3**



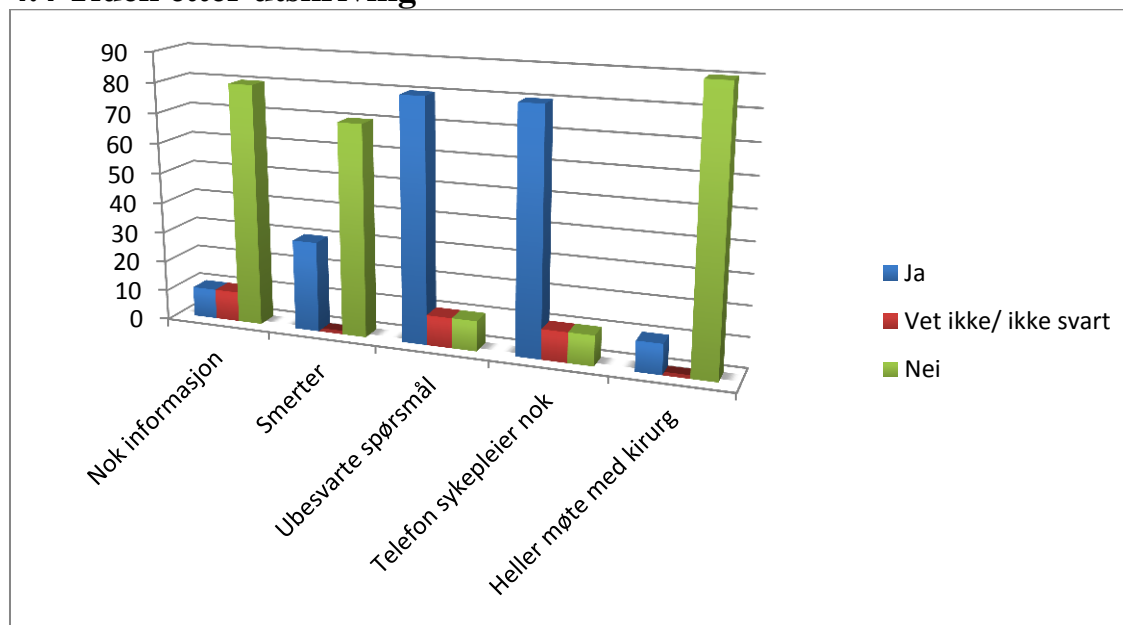
#### 4.3.4 Ikke klar etter narkosen

En av de nye temene som oppsto i intervjuene var spørsmålet om informasjon postoperativt da pasienten våkner opp fra narkosen. 30 % av informantene var av den oppfatning av at kirurgen kommer for fort inn etter oppvåkningen.

*”Jeg synes kanskje det at legen var litt for kjapp da. Han hadde god tid, så det var ikke det at han hadde for dårlig tid. Men jeg var ikke klar nok. Absolutt ikke. Jeg holdt på å si jeg kunne godt sikkert ha fått i meg både mat og drikke før han kom, da hadde jeg kanskje følt meg litt bedre i hodet. ”*

*Pasient, 71 år.*

#### 4.4 Tiden etter utskriving



##### 4.4.1. Mangelfull informasjon postoperativt

80 % av pasientene syntes det var for mangelfull informasjon postoperativt. Kun 20 % syntes en telefonoppringning var nok.

For 90% av informantene spilte det ingen rolle om den muntlige informasjonen ble gitt av en sykepleier eller en lege. Poenget var at det ble uttrykt ønske om skriftlig informasjon i tillegg til muntlig. Fordelen med muntlig i tillegg til skriftlig informasjon etterlyst preoperativt bekreftes altså postoperativt.

*”Jeg lurte på hvor stort brokket var, og det var det vel ingen egentlig som kunne svare meg på, det ville i så fall bli en sånn operasjonsbeskrivelse. Men for allmennmennesket så er ikke sånne operasjonsbeskrivelser så lette å forstå. (...) det hadde vært fint med en brosjyre som var lett å forstå.”*

*Pasient, 65 år.*

##### 4.4.2 Postoperativ smerte – mismatch?

Tilfredsnivåene var høye sett i forhold til postoperativ smerte. Men det var en forskjell mellom de eldre og de unge lyskebrokkpasientene. De eldre pasientene som opplevde at smertene de opplevde dagene hjemme ikke matchet forventningene var samlet sett fornøyd med oppholdet. For de unge arbeidsføre informantene var en ukes sykemelding ikke tilstrekkelig, og de hadde opplevd at det var for prematurt å reise hjem.

”De sa jeg skulle reise, og sa jeg at det er ikke nok. Kirurgen sa hvis du trenger to uker så må du ta dette med legen din sa hun. Det var ikke bra. Jeg fikk ikke forståelse for min situasjon.”

Pasient, 35 år.

## Kap 5: Diskusjon

### 5.1 Tilgjengelighet og mottagelse

Pasienttilfredshet med dagkirurgi viser seg å være høy i denne prosjektoppgaven og i litteraturen. En rekke studier på dagkirurgi viser lignende grad av tilfredshet (omtalt som “meget høy” og “eksellent”<sup>23\_24\_25\_26\_27\_28\_29\_30</sup>). Også her synes å matche pasientens forventning og den behandling de håper å være en av de viktige predikatorer for pasienttilfredshet<sup>31</sup>.

Informasjonen synes her å være av betydning. Det er ekstensiv litteratur gjennom flere kirurgiske spesialiteter, inkludert randomiserte kontroll studier og metaanalyser som viser at å gi informasjon i både skrevet og muntlig form er mer effektiv enn bare i muntlig form alene<sup>32</sup>. Dette bekreftes i denne prosjektoppgaven: 80% av informantene var fornøyd med å få både skriftlig og muntlig informasjon i forkant, og 20 % ønsket seg mer. 80 % uttrykte et ønske om den samme kombinasjonen av informasjon i etterkant.

### 5.3.2 Informasjon om behandlingsmuligheter

Som nevnt er det kirurgenes preferanser som er den metoden som velges, og det kommer fram i oppgaven at informantene er uvitende om at kirurgen har en personlig preferanse. Faren med dette er at pasienter kan være under antagelsen at laparaskopi er en tryggere metode (tabell 3). 100% prosent svarte at de ikke ville ha valgt åpen om det hadde vært en mer tydelig valgmulighet, men det finnes ingen evidens for at laparaskopi er en tryggere metode enn åpen teknikk. Åpne randomiserte studier konkluderer med at laparoskopisk teknikk ikke er bedre enn åpen sett i forhold til operasjonstid, hospitalisering, komplikasjoner, smerte og livskvalitet<sup>33</sup>.

**Tabell 3** Pasienters synspunkt på laparoskopisk teknikk sammenlignet med foreliggende evidensbasert forskning

Pasienters synspunkt på laparoskopisk teknikk for å reparere lyskebrokk	Evidens
61.5 % av pasientene opplevde laparoskopisk teknikk som tryggere	Ingen evidens
29.2 % av pasientene opplevde muligheten for residiv var mindre med laparoskopisk teknikk	Ingen evidens
81.5 % av pasientene opplevde at laparoskopisk teknikk førte til å komme raskere tilbake i jobb	Evidens som foreslår raskere tilbakegang til normal aktivitet Cochrane review 2003
76.9 % av pasientene opplevde at laparoskopisk teknikk var den eneste metoden som kunne gjøres som dagkirurgi	Ingen evidens
75.4 % av pasientene opplevde at laparoskopisk teknikk var raskere enn åpen kirurgi	Ingen evidens

Laparoskopisk teknikk versus åpen teknikk for behandling av inguinalt hernie<sup>34</sup>.

### **5.3.3 Fullstendig informert samtykke**

Pasienter har rett til full informasjon om alle behandlingsmuligheter som foreligger. Er det slik at informasjonen om operasjonen er for mangelfull er det større sannsynlighet for at det oppstår en skjevhet, fordi pasientene bruker andre kilder.

Det er en rekke influerende faktorer som må tas høyde for i denne pasientgruppen. For det første er dårlig hukommelse hos pasienten ikke likeverdig med inadekvat samtykkeinnhenting. Evnen til å huske informasjon er redusert og fortsetter å minke med tiden. Risikoen for å få lyskebrokk øker med alder, og den årlige insidensen er rundt 50 % ved 75 års alder<sup>35</sup>. I denne studien varierte alderen på informantene mellom 35 og 71 år. I tillegg korrelerer faktorer som lavere utdannelsesnivå og høyere alder med lavere nivå av forståelse og hukommelse<sup>36-37</sup>. Ulike pasienter har ulike bakgrunner og ulike personligheter, og til en viss grad må legen skreddersy informasjonen som skal gis til hver enkelte pasient<sup>36</sup>.

### **5.3.4 Ikke klar etter narkosen**

Nedsatt hukommelse kan ha særlig relevans når pasienter ikke klarer å huske funn eller postoperative instruksjoner som blir gitt under kirurgens postoperative visitt. I noen rapporter, har pasienter ikke vært kapable til å huske noe som helst av konsultasjonen, til tross for manifestert tilstedeværelse og samtalerespons på det daværende tidspunkt<sup>38-39</sup>. Det er foreløpig uvisst hvor lenge hukommelsesnedsettelsen varer postoperativt<sup>40-41</sup>, men en nyere studie anbefaler at for at kirurgens postoperative visitt bør denne utføres minimum 2 timer etter anestesiens stoppes. De anbefaler også å gi skriftlig I tillegg til muntlig informasjon<sup>42</sup>.

### **5.3.5 Mangelfull informasjon postoperativt**

Protokoller for telefonoppringning av sykepleiere har blitt beskrevet i den pediatrike kirurgiske litteraturen med suksessfulle resultater og god pasienttilfredshet<sup>43-44</sup>. Dette passer godt med pasientenes opplevelse at en godt informert sykepleier er vel så godt som en lege.

Men tillegget med skriftlig informasjon synes altså å være savnet i pasientgruppen. I en surveyundersøkelse om pasientperspektiver på postoperative visitter etter brokkkirurgi (339 responser) svarte 66% at de opplevde at mer oppfølging var nødvendig etter operasjonen, Bare 15% av lyskebrokkpasientene syntes en telefonoppringning var nok<sup>45</sup>. Lignende bilde får vi i denne prosjektoppgaven.

### **5.3.6 Postoperativ smerte – mismatch?**

Nyere forskning viser at jo mer pasienten vektlegger et godt utfall, jo høyere diskrepans blir det mellom forventning og oppnåelse. Til tross for dette var tilfredshetsnivåene høye. Hvorvidt forventningene til smertene postoperativt spiller en rolle for pasienttilfredsheten forblir altså usikkert<sup>46</sup>. Men forskning viser at yngre opplever mer smerte enn eldre<sup>47</sup>.

## Kap 6: Konklusjon

Lyskebrokkirurgi angår også en pasientgruppe (45-65 år) som vil vokse i fremtiden og illustrerer utfordringene moderne helsevesen møter ansikt til ansikt med høyere krav til kostnadseffektivisering uten at det skal gå på bekostning av kvaliteten av behandlingen og pleien<sup>48</sup>.

Opgavens hensikt var å innhente pasientenes subjektive perspektiv for å kartlegge behandlingsforløpet som i dag er det mest benyttede for lyskebrokk: laparaskopi som dagkirurgi, og videre metodologisk undersøke om dette kan nyttiggjøres for evaluering av kvaliteten, og komme med forslag til forbedring.

Resultatene viser at pasienters grad av tilfredshet med dagkirurgi er høy, både når det gjelder tillitt til legenes og pleiepersonalets faglige dyktighet, opplevelsen av å bli forstått og ivaretatt under oppholdet, og tryggheten i forhold til feilbehandling. Dette er funn som gjenfinnes i litteraturen<sup>49\_50\_28\_29-30\_51\_36\_32-33</sup>.

Dette kan love godt for fremtiden. Dagkirurgiske tjenester tilbyr vurdering, kirurgi og postoperativ behandling på en og samme dag, og kan på den måte møte den økte etterspørselen i befolkningen. Men spørsmålet er hvorvidt man samlet sett oppnår høyere kostnadseffektivitet.

Det finnes ikke vitenskapelig støtte for hvorvidt den dagkirurgiske metoden er mer kostnadseffektiv sett i forhold til hospitaliseringstid, operasjonstid, kostnader av utstyr og muligheten for komplikasjoner<sup>52\_53\_54\_55</sup>.

Helsedirektoratet beregner operasjonstidene til å være lavere ved dagkirurgi enn for døgnbehandling. Det er ikke tilfelle ved Diakonhjemmet sykehus ved brokkbehandling. Kostnadsvektingen for dagkirurgisk brokkbehandling blir for lav i forhold til de faktiske kostnadene<sup>5</sup>.

For di pasientene viser stor grad av tillit til legen blir det viktig å informere pasienten så fullstendig som mulig om alle behandlingsmulighetene.

Preoperativt ser man at mange pasienter benytter seg av fastlegen, venner eller internet som andre kilder til informasjon, og det er den enkelte klinikers ansvar å avdekke de forutinntatte ideer og forestillinger pasienter måtte ha om lyskebrokkirurgi og gi pasienter et minimum av grunnleggende fakta om alle de behandlingsmuligheter som finnes<sup>44</sup>. I tillegg kan noen klinikere bli påvirket av sine egne erfaringer og den metoden de er best på å utføre. Det er viktig at den kirurgen som innhenter informert samtykke fra pasienten gir han eller hun et nøytralt overblikk at de behandlingsmetoder som finnes og også gjør det klart for pasienten at hvilken er hans eller hennes foretrukne metode – altså åpen eller laparaskopisk teknikk<sup>44</sup>. Postoperativt ble også reist spørsmål om kirurgen kommer innfor tidlig postoperativt for å informere da enkelte pasienter ikke opplever de er våknet fullstendig etter narkosen.

Postoperativt oppleves også smertene større for noen pasienter, særlig unge og disse kan ha nytte av mer informasjon for å være forberedt på smertene og således ha mindre angst og tåle dem bedre.

Å matche pasientens forventning og den behandling de håper på er en viktig predikator for patienttilfredshet både når det gjelder teknikk, forløp, ventetid, per- og postoperative komplikasjonsmuligheter som smerter. Dagkirurgi kan for noen pasienter oppleves for prematurt, spørsmålet er om pasienten tørr å si fra til legen sin.

Disse observasjonene kan være viktige for helsetjenester som søker å maksimere kirurgiernes effektivitet samtidig som man styrker pasienttilfredshet. For å sikre kvaliteten på dagkirurgisk laparaskopi blir graden av oppfølging viktig langs hele forløpet viktig for å sikre at forventningene matcher pasientenes forventning og dermed minimerer diskrepansen mellom forventning og oppnåelse. Lett forståelig skriftlig i tillegg til muntlig informasjon synes her å vise bedre resultater både pre- og postoperativt.

Av forslag til forbedringer fra pasientene etterlyses bedre struktur i organiseringen som ved vaktskifte, muligheten for å kunne bevege seg rundt på sykehuset i ventetiden, og mer kontinuerlig informasjon om hvor lenge det er igjen av ventetiden preoperativt, skriftlig informasjon postoperativt i form av en brosjyre som skal være lett forståelig, og til slutt lengre sykemelding for unge pasienter.

## Referanser

---

<sup>1</sup> Berg, O. Helsevesenet – fra venstrepolitikk til høyrepolitikk. Tidsskr Nor Lægeforen. 2006; 126:29.

<sup>2</sup> Alvheim, J. og Nesvik H. Forslag fra stortingsrepresentantene om etablering av nye sengeplasser ved medisinske avdelinger i norske sykehus. Sosialkomiteen; 05.06.2001. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2000-2001/inns-200001-301/>

<sup>3</sup> Arregui ME. et al. Laparoscopic mesh repair of inguinal hernia using a preperitoneal approach: a preliminary report. Surg Laparosc Endosc. 1992;2(1):53.

<sup>4</sup> Husby, Anders. Behandling av lyskebrokk i Norge. Utvikling og finansiering. Master thesis, University of Oslo, 2013.

<sup>5</sup> Brooks DC. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults. UpToDate version 27.01.2015 Tilgjengelig fra: [http://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?source=search\\_result&search=inguinal+hernia+repair&selectedTitle=1%7E17](http://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?source=search_result&search=inguinal+hernia+repair&selectedTitle=1%7E17)

<sup>6</sup> Pryor A. et al. Abdominal access techniques used in laparoscopic surgery. UpToDate version 22.01.2015. Tilgjengelig fra: <http://www.uptodate.com/contents/abdominal-access-techniques-used-in-laparoscopic-surgery>.

<sup>7</sup> Jacobsen et al. Utvikling av minimalt invasiv kirurgi ved Diakonhjemmet Sykehus, Kirurgen 4/08. Tilgjengelig fra: <http://www.kirurgen.no/fagstoff/laparoskopi/utvikling-av-minimalt-invasiv-kirurgi-ved-diakonhjemmet-sykehus-kirurgen-408>.

<sup>8</sup> Darwin L, Chung F. Patient selection for day surgery. Anaesthesia and Intensive Care Medicine. 2013;14(3):114-8

<sup>9</sup> Toma H. et al. A ten year experience of totally extraperitoneal endoscopic repair for inguinal hernia, Surg Today. 2014. DOI 10.1007/s00595-014-1101-3

<sup>10</sup> Dr A. S. Poobalan. Chronic pain and quality of life following open inguinal hernia repair<sup>†</sup> British Journal of Surgery, Volume 88, Issue 8. 2001;1122–1126.

<sup>11</sup> Horstmann R. Impact of Polypropylene Amount on Functional Outcome and Quality of Life after Inguinal Hernia Repair by the TAPP Procedure Using Pure, Mixed, and Titanium-coated Meshes. Société Internationale de Chirurgie World J Surg . 2006; 30: 1–8.

<sup>12</sup> Mussack T. Health-related quality-of-life changes after laparoscopic and open incisional repair, Surg Endos. 2006; 20 410-413.

<sup>13</sup> Lawrence K. et al. Quality of life in patients undergoing inguinal hernia repair, Ann R Coll Surg Engl. 1997;79:40-45.



- 
- <sup>14</sup> Spilker B. Quality of Life Assessments in Clinical Trials. New York: Raven Press. 1990;25–35.
- <sup>15</sup> Strategiplan 2015-2017, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/om-oss/organisasjon-styring-og-ledelse/styring/attachment/192713>.
- <sup>16</sup> Brukermedvirkning – tilbakemelding som metode. Den norske legeforening 03.10.2013 Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Kvalitet/Kvalitetsforbedring---hva-er-det-og-hvordan-gjores-det/Forbedringsmetoder-basert-pa-motet-mellom-mennesker/Brukermedvirkning--tilbakemelding-som-metode/>
- <sup>17</sup> Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. Lancet. 2001 Aug 11;358(9280):483-8.
- <sup>18</sup> Kvale- Interviews Learning the Craft og Qualitative Research Interviewing, 2nd ed, Sage 2009: 1.
- <sup>19</sup> Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. 3. Utgave. Universitetsforlaget Oslo, 2011.
- <sup>20</sup> Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1967.
- <sup>21</sup> Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter, 1999.
- <sup>22</sup> Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. 2 utgave. Oslo: Gyldendal, 2009:89.
- <sup>23</sup> C.E.H Voorbrood et al. One-stop endoscopic hernia surgery: efficient and satisfactory, Hernia DOI 10.1007/s10029-013-1151-2.
- <sup>24</sup> Overdyk FJ, Burt N Tagge EP, Hebra A, Williams A, Roland PJ Wilder A, Othersen HB “One-stop” surgery: implications for anesthesiologists of an expedited pediatric surgical process. South Med J. 1999; 92:308-312.
- <sup>25</sup> Salam, MA, Matai, V, Salhab, M, Hilger, AW (2006) The facial skin lesions “see and treat” clinic: a prospective study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2006; 263: 764-766
- <sup>26</sup> Geer, S, Frunt, M, Romero, HL, Dellaert, NP, Jansen-Vullers, MH, Demeyere, TB. One-stop-shop treatment for basal cell carcinoma, part of a new disease management strategy. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012; Sep;26(9):1154-7.
- <sup>27</sup> Barnett, SJ, Frischer, JS, Gaskey, JA, Ryckman, FC, Allmen, D. Pediatric hernia repair: 1-stop shopping. J Pediatr Surg. 2011; 47: 213-216.
- <sup>28</sup> Jutte, EH, Cense, HA, Dur, AH, Hunfeld, MA, Cramer, B, Breederveld, RS. A pilot study for one-stop endoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repair. 2010; Surg Endosc 24: 2730-2734.

- 
- <sup>29</sup> Astuto, M, Disma, N, Sentina, P, P. Sanges. One-stop surgery in pediatric surgery. Aspects of anesthesia. *Minerva anesthesiol.* 2003; 69: 137-144
- <sup>30</sup> Ball, C, Pearse, M, Kennedy, D, Hall A, Nanchahal, J. Validation of a one-stop carpal tunnel clinic including nerve conduction studies and hand therapy. *Ann R Coll Surg Engl.* 2011; 93: 634-638.
- <sup>31</sup> McKinley RK, Stevenson K, Adams S, Manku-Scott TK. Meeting patient expectations of care: the major determinant of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Fam. Pract.* Aug. 2002;19(4):333-8.
- <sup>32</sup> Ashraff S, Malawa G, Dolan T, Khanduja V. Prospective randomized controlled trial on the role of patient information leaflets in obtaining informed consent. *ANZ J Surg.* 2006; 76(3):139-141
- <sup>33</sup> Asencio F et al Open randomized clinical trial of laparoscopic versus open incisional hernia repair, *Surg Endosc.* 2009; 23: 1441-1448.
- <sup>34</sup> Patel M. et al. Patient perception of laparoscopic versus open mesh repair of inguinal hernia, the hard sell. *Hernia*, 2012. 16:411–415.
- <sup>35</sup> Inguinal hernia: epidemiology. San Mateo (CA): Epocrates, Inc.; 14.07.2010. Tilgjengelig fra: <https://online.epocrates.com/noFrame/showPage.do?method=diseases&MonographId=723&ActiveSectionId=23>.
- <sup>36</sup> Lavelle-Jones C, Byrne DJ, Rice P, Cushieri A. Factors affecting quality of informed consent, *Brit Med J.* 1993; 306:885-890.
- <sup>37</sup> Sugarman J, McCrory DC, Hubal RC. Getting meaningful informed consent from older adults: a structured literature review of empirical research. *J Am Geriatr Soc.* 1998; 46:51-524.
- <sup>38</sup> Ogg TW, Fischer HB, Bethune DW, Collis JM. Day case anaesthesia and memory. *Anaesthesia.* 1979;34(8):784–9.
- <sup>39</sup> Blandford CM, Gupta BC, Montgomery J, Stocker ME. Ability of patients to retain and recall new information in the post-anaesthetic recovery period: a prospective clinical study in day surgery. *Anaesthesia.* 2011;66(12):1088–92.
- <sup>40</sup> Heath PJ, Ogg TW, Gilks WR. Recovery after day-case anaesthesia. A 24-hour comparison of recovery after thiopentone or propofol anaesthesia. *Anaesthesia.* 1990;45(11):911–5.
- <sup>41</sup> Kennedy DJ, Ogg TW. Alfentanil and memory function. A comparison with fentanyl for day case termination of pregnancy. *Anaesthesia.* 1985;40(6):537–40.
- <sup>42</sup> S. El Shafie et al. The effects of general anaesthesia on memory recall following day-case knee arthroscopy, *Ambulatory surgery vol.* 20.1. 2014; 10-12.
- <sup>43</sup> Koulack J. et al. Routine inguinal hernia repair in the pediatric population: is follow-up necessary? *J Pediatr Surg.* 1993;28:1185-7

- 
- <sup>44</sup> McVary MR et al. Postoperative follow-up: is a phone call enough? *J Pediatr Surg*. 2008;43:83-6.
- <sup>45</sup> G. Paul Wright et al. Patient perspectives on postoperative visits after common general operative procedures. *Surgery* Volume 154. 2013; 934-940. Michigan State University: Grand Rapids, MI.
- <sup>46</sup> AH McGregor et al. An exploration of patients' expectation of and satisfaction with surgical outcome. *Eur Spine J*. 2013; 22(12):2836-44.
- <sup>47</sup> Callesen T. Inguinal hernia repair: anaesthesia, pain and convalescence. *Dan Med Bull*. 2003 Aug; 50(3):203-18.
- <sup>48</sup> McCormack K, Wake B, Perez J, Fraser C, Cook J, McIntosh E, Vale L, Grant A. Laparoscopic surgery for inguinal hernia repair: systematic review of effectiveness and economic evaluation. *Health Technol Asses*. 2005; 9:1–203; iii–iv.
- <sup>49</sup> C.E.H Voorbrood et al. One-stop endoscopic hernia surgery: efficient and satisfactory, Hernia. *Eye (Impact Factor: 1.9)*. 03/2004; 18(2):226-7. DOI: 10.1007/s10029-013-1151-2.
- <sup>50</sup> Overdyk FJ, Burt N Tagge EP, Hebra A, Williams A, Roland PJ Wilder A, Othersen HB. “One-stop” surgery: implications for anesthesiologists of an expedited pediatric surgical process. *South Med J*. 1999; 92:308-312.
- <sup>51</sup> Bismil, M, Bismil, Q, Harding, D, Harris, P, Lamyman, E, Sansby, L. Transition to total one-stop wide-awake hand surgery service-audit: a retrospective review. *J R Soc Med Short Rep*. 2012; 3: 23.
- <sup>52</sup> C. J. O'Boyle et al. Medical Research Council Laparoscopic Groin Hernia Trial Group. Cost-utility analysis of open versus laparoscopic groin hernia repair: results from a multicentre randomized clinical trial. *Br J Surg*. 2001; 88:653.
- <sup>53</sup> Payne JH Jr, Grininger LM, Izawa MT, et al. Laparoscopic or open inguinal herniorrhaphy? A randomized prospective trial. *Arch Surg*. 1994; 129:973.
- <sup>54</sup> Hynes DM, Stroupe KT, Luo P, et al. Cost effectiveness of laparoscopic versus open mesh hernia operation: results of a Department of Veterans Affairs randomized clinical trial. *J Am Coll Surg*. 2006; 203:447.
- <sup>55</sup> Anadol ZA, Ersoy E, Taneri F, Tekin E. Outcome and cost comparison of laparoscopic transabdominal preperitoneal hernia repair versus Open Lichtenstein technique. *Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2004; 14:159.