

Hustruers oplevelse af det postoperative forløb efter ægtefællens prostataoperation

Karin Mogensen

Master of Public Health

MPH 2006:19



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel				
Hustruers oplevelse af det postoperative forløb efter ægtefællens prostataoperation				
Författare				
Karin Mogensen				
Författarens befattning och adress				
Afdelingslæge, Urologisk Klinik, Frederiksberg Hospital, Nordre Fasanvej, DK-2000 F.				
Datum då uppsatsen godkändes			Handledare NHV/extern	
2006-06-01			Professor, dr. Med., MPH Ingvar Karlberg	
Antal sidor	Språk – uppsats	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
40	Dansk	Engelsk	1104-5701	91-7997-152-0

Sammanfattning

Indlæggelsestiden i forbindelse med kirurgi er blevet kortere. Der er meget lidt viden om, hvordan den umiddelbare postoperative periode forløber.

Formålet med undersøgelsen har været at vurdere om korte hospitalsforløb hos patienter, der er opereret for forstørret prostata, bevirker at de pårørende overtager en del af plejen, at undersøge om der kommer en øget belastning på andre dele af sundhedsvæsenet, samt at få en viden om hvordan patienterne har det i de første uger efter operationen.

Der er foretaget kvalitative interviews med ti hustruer. Til analyse af interviewene er brugt den fænomenologiske metode, beskrevet af Giorgi og Karlsson. På baggrund af disse interviews er der udarbejdet et spørgeskema, som er udsendt til alle hustruer, hvis ægtefælle i perioden november 2004 til maj 2005 er blevet prostataopereret. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen blev sat ind i en access database.

Resultatet viser at den første postoperative periode er præget af mange vandladningsgener så som inkontinens, hyppige vandladninger, blødning og urinstop. Gener som også belaster hustruerne. Hustruerne følte sig usikre på om efterforløbet var normalt, og de manglede viden om, hvor de kunne henvende sig med problemer.

Nyckelord

hustruer, transurethral prostataresektion, tidlig udskrivelse, belastning, postoperative komplikationer



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay				
Spouses experience with the postoperative period after prostatic operation				
Author				
Karin Mogensen				
Author's position and address				
Medical Consultant, Clinic of Urology, Frederiksberg Hospital, Nordre Fasanvej, DK-2000 F				
Date of approval			Supervisor NHV/External	
			Professor, dr. Med., MPH Ingvar Karlberg	
No of pages	Language – essay	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
40	Danish	English	1104-5701	91-

Abstract

The length of stay at hospital after surgery has shortened. Little is known about the immediate post-surgery period.

The aim of this study is to assess whether spouses have to take active care of their husbands and to assess if the burden of other part of the health service increases as a result of early discharge after prostatic surgery. Furthermore, the study intends to increase the knowledge about how patients experience the first postoperative weeks.

Initially qualitative interviews were conducted with ten spouses. The Phenomological method described by Giorgi and Karlsson was used for analysing the interviews. Based on the experience of this, a questionnaire was prepared and sent to all spouses of patients who had undergone prostatic surgery between November 2004 and May 2005. The results of the questionnaires were put into an access database.

The principal finding is that many patients during the first postoperative period experience various urinary problems such as incontinence, frequency, haematuria, and urinary retention. Problems which negatively impacted on the spouses. Furthermore, the spouses were uncertain whether it was common to experience these problems, and they did not know whom to contact when in need of support.

Key words

spouses, transurethral prostata resection, impact, early discharge, postoperative complications

INDHOLDSFORTEGNELSE

Introduktion	5
Ambulant udredning	6
Hospitalsforløb	7
Folkesundhedsperspektiv	8
Baggrund	9
Accelererede patientforløb	10
Formål	13
Metoder	13
Interviewundersøgelser	14
Fænomenologiske metode	14
Spørgeskemaundersøgelser	15
Metodetriangulering	16
Dataindsamling	16
Interviews	16
Spørgeskemaundersøgelse	17
Journalgennemgang	18
Etik	19
Analyse	19
Interviewundersøgelsen	19
Spørgeskemaundersøgelsen	23
Diskussion	25
Metodediskussion	25
Diskussion af undersøgelsens resultat	26
Pårørende og behovet for hjælp og hjælpemidler	26
Pårørende og information	28
Afdelingens information og postoperative opfølgning	30

Konklusion	31
Referencer	33
Ordliste	36
Bilag	
Spørgeskema	37

Introduktion

Vandladningsproblemer på grund af forstørret prostata (blærehalskirtel) er almindeligt hos ældre mænd. Prostata er en kirtel beliggende omkring urinrøret (urethra) lige under blærehalsen. Prostata vokser med alderen, således er dens gennemsnitlige vægt i 20 års alderen 15 gram voksende til 40-60 gram i 60 års alderen. Væksten af prostata vil hos en stor del af mænd bevirke at vandladningen påvirkes, om end der ikke er nogen direkte korrelation mellem prostatas størrelse og graden af symptomer (1).

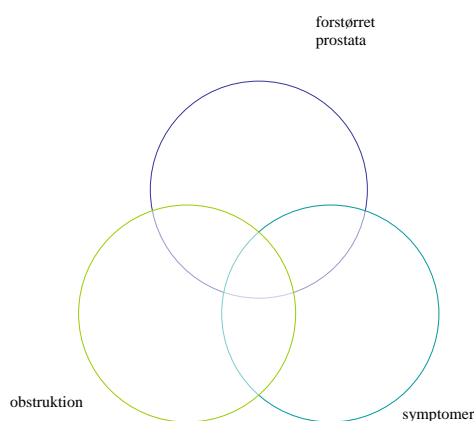
Generne varierer fra milde symptomer som slap urinstråle, igangsætningsbesvær og dryp efter vandladningen over inkontinens (ufrivillig vandladning i underbenklæderne) med brug af bleer, hyppige urinvejsinfektioner til decideret urinstop (retention), hvor det er nødvendigt med blærekateter mere eller mindre permanent. Generne kan komme snigende over lang tid og mange anser dem for almindelige aldersrelaterede vandladningsproblemer som man skal leve med, eller generne kan opleves akut indsættende som urinstop. Andre almindelige vandladningsproblemer er hyppige vandladninger, det kan være vandladning hver time både dag og nat. Dette medfører store gener i mændenes dagligdag, idet det sociale liv er koncentreret om hvor der er et toilet i nærheden, ligesom det hos mange ødelægger nattesøvnen.

De fleste accepterer deres gener uden intervention, mange bliver medicinsk behandlet via deres egen læge. En mindre del bliver henvist til videre udredning på en urologisk specialafdeling med henblik på eventuel kirurgisk behandling.

De mænd der henvises til videre undersøgelse er en blandet gruppe, bestående dels af mænd med tungere symptomer, så som gentagne urinvejsinfektioner der behandles med antibiotika, inkontinens af varierende grad med dagligt forbrug af bleer eller decideret urinretention og dels mænd som har svært ved at leve med forstyrret nattesøvn, fordi de ikke kan falde i søvn igen eller de ikke kan acceptere en dagligdag hvor deres færden er bestemt af, hvor der er toiletter i nærheden eller de synes at vandladningen er blevet for besværlig.

Da det ikke kun er forstørrelse af prostata der kan give vandladningsproblemer hos ældre mænd, og der er en række komplikationer til prostataoperationer, er det vigtigt, at patienterne udredes grundigt før de sættes til operation. Udredningen består i at sikre sig at deres symptomer kan skyldes en forstørrelse af prostata, i en grundig information om operationen og eventuelle komplikationer, samt ikke mindst i at finde ud af hvor meget symptomerne generer mændene.

Diagrammet (figur 1) nedenfor viser de forskellige aspekter ved vandladningsproblemer hos mænd. Patienterne med symptomgivende forstørret prostata befinder sig i midten af diagrammet, det vil sige de har både forstørret prostata, vandladnings symptomer og infravesikal obstruktion. På grund af den manglende korrelation mellem prostatas størrelse og symptomer, samt at mænd oplever vandladningsproblemerne forskelligt indgår der flere parametre, når mænd med nedre vandladningsproblemer (LUTS) skal udredes med henblik på operation.



Figur 1 Elementer ved klinisk forstørret prostata (2)

Ambulant udredning

Udredningen foregår ambulant. Mændene får allerede før de kommer til deres første ambulante besøg tilsendt to skemaer, som skal medbringes i udfyldt stand. Det ene er et væske-vandladningsskema, hvor de over tre døgn skal udfylde hvor meget og hvornår de drikker og hvor meget og hvornår de lader vandet. Det andet skema (DAN-PSS-1) er et afkrydsningsskema, hvor de dels skal afkrydse de symptomer de har men også gradere dem efter, hvor meget symptomerne generer dem.

DAN-PSS-1 skemaet giver et godt indblik i hvor belastende symptomerne er, og de mænd der har symptomer men ikke er generet heraf bliver ikke videre udredt.

Væske-vandladningsskemaet viser, om det er u hensigtsmæssige toilet- og drikkevaner der bevirker at der er vandladningsgener. Det er for eksempel ikke ualmindeligt at se et stort væskeindtag om aftenen og deraf flere natlige vandladninger. Er det natlig vandladning, der er hovedgenen, får mændene at vide at væskeindtaget om aftenen skal reduceres først for at se om det hjælper.

Disse skemaer diskuteres ved første besøg i urologisk ambulatorium, derudover måles urinstrålens hastighed, ved at mændene lader vandet i en tragt (flowmeter), ligesom deres evne til at tømme blæren måles ved at scanne blæren efter vandladningen. Endelig foretages en digital palpation af prostata for at vurdere størrelse og konsistens.

Ud fra disse undersøgelser, samt ud fra samtalen med patienten, afgøres det om det er sandsynligt at vandladningsgenerne kan skyldes forstørrelse af prostata, samt om mændene vil være interesseret i en operation. Er dette tilfældet får patienten foretaget en urodynamisk undersøgelse, som endeligt viser om vandladningsproblemerne skyldes obstruktion og dermed om det kan have mening at tilbyde patienten en prostataoperation (som TUR-P).

Når patienten tilbydes TUR-P, orienteres de om dels operationen men også om de bivirkninger der kan komme tidligt i efterforløbet (blødning, infektion) og om mere permanente gener, så som at 1-2 % risikerer at blive permanent inkontinente, at en lille del kan risikere at blive impotente og 70 % får retrograd ejakulation, således at sæden i tilslutning til udløsning løber op i blæren og udtømmes sammen med den første vandladning, således at evnen til at få børn mistes. Der udleveres endvidere til alle en skriftlig vejledning omhandlende disse oplysninger, samt en beskrivelse af selve operationen, efterkontrol og hvad der sker den første tid efter udskrivelsen. Det er på baggrund af disse oplysninger at patienterne tager beslutningen om de vil opereres.

Hele udredningsprogrammet er komprimeret og strækker sig over tre ambulante besøg. Første besøg er hos en læge, hvor der optages en journal på patienten inkluderende samtale og objektiv undersøgelse. Ved dette besøg diskuteres de skemaer patienten har udfyldt, og patientens lader vandet i flowmetret. Besøg to er hos en sygeplejerske der foretager den urodynamiske undersøgelse. Det sidste besøg er igen hos en læge, her informeres patienterne om resultatet af den urodynamiske undersøgelse og eventuel operation tilbydes.

Hospitalsforløb

Såfremt patienten beslutter sig for at blive opereret, foretages der booking til dette og patienten får tid til indlæggelse med henblik på operationen. Patienterne indlægges dagen før operationen, hvor der tages blodprøver og de taler med en anæstesi-læge om anæstesi-form. De fleste patienter bliver indlagt på hospitalets 5-døgnsafsnit.

Operationen foregår gennem urinrøret ved, at prostatavævet successivt skrælles af (elektroresektion) med en varm slynge til det meste er væk og der er god passage gennem urinrøret. Operationen forgår enten i fuld anæstesi (patienten sover) eller i spinal analgesi (rygmarvsbedøvelse, hvor patienten er vågen). Efter slutningen af operationen oplægges et tykt tre-vejs kateter til blæren. Dette kateter tillader kontinuerlig ind- og udskylning af saltvand. Der slukkes for skyllet, når skyllevandet er uden blod, og blærekatetret fjernes når urinen er klar.

Patienterne udskrives når de kan lade vandet frit. Der planlægges ambulant kontrol seks måneder efter operationen.

Stadig forbedringer i teknik (herunder anæstesi-former) og apparatur har bevirket, at operationstiderne gennem årene er nedsat. Sparekrav med blandt andet oprettelse af 5 døgns afsnit har været medvirkende til, at det postoperative forløb er blevet bedre planlagt med tidlig mobilisering, bedre analgetika, og et dedikeret sygeplejerspersonale der selv tager stilling til hvornår skyl skal slukkes, kateter skal seponeres, således at patienten ikke skal afvente stuegang.

Det har bevirket at den postoperative indlæggelsestid er væsentligt reduceret. De fleste bliver i dag uanset alder udskrevet en til to dage efter operationen. I sin disputats fra 1989 fandt Klaus Møller Jensen (3) en median indlæggelsestid på 7 dage. Bettina Nørby (4) fandt i sin undersøgelse fra 2000 en median indlæggelsestid på 5 dage.

Vi ved dog at mange efter den første tid er generet af hyppig vandladning (pollakisuri) og inkontinens (5), men vi ved meget lidt om, hvordan det går patienterne hjemme i de første uger efter udskrivelsen.

Folkesundhedsperspektiv

Middellevetiden for mænd i Danmark er fra 1970 til 2004 steget med godt 4 år, således at middellevetiden for mænd i 2004 var 75,2 år (6).

Nedre vandladningsproblemer hos mænd er et typisk aldersfænomen og med den stadig stigende middellevetid, kan man forvente at et stigende antal mænd skal behandles for forstørret prostata. De ældre vil fremover være mere raske og mobile, de vil dyrke sport og rejse. Man må derfor forvente, at kommende generationer af ældre mænd ikke vil acceptere vandladningsgenerne i ligeså høj grad som mænd tidligere har gjort.

Der vil også blive stillet større krav til den behandling der ydes på sygehusene, både i form af effektive og sikre behandlingsmetoder men også i form af information og vejledning i forbindelse med de forskellige behandlinger. Der kræves i dag udover teknisk kvalitet også, at patienten oplever tryghed og tilfredshed med behandlingsforløbet. Dette vil medføre et øget pres på sygehusvæsenet både med hensyn til organisation, hvor et øget antal patienter vil sætte et større pres på hurtigere og mere effektive patientforløb, men også et pres på at få styrket den måde der kommunikeres og informeres på. Dette kræver imidlertid dels en viden om hvad patienterne forventer og dels en viden om hvordan patienterne oplever udrednings og behandlingsforløb.

Mange epidemiologiske studier har undersøgt prævalensen af symptomgivende vandladningsproblemer som følge af forstørret prostata. I et survey blandt skotske mænd i alderen 40-79 fandt Garraway og kollegaer (7) prævalensen til at være henholdsvis 14 % hos mænd i alderen 40-49, 24 % i alderen 50-59 og 43 % i alderen 60-69 år.

Omregnet til danske tal vil det svare til, at pr. 1.1.2005 havde 54.739 mænd i alderen 40-49 år, 90.213 mænd i alderen 50-69 år og 118.214 mænd i alderen 60-69 år symptomgivende prostataproblemer (8). Det er således den mest almindelige lidelse hos mænd over 55 år. Mange mænd fortrænger eller fornægter deres symptomer. Man oplever ofte at de er flove ved at skulle sidde ned og lade vandet. De indretter deres tilværelse efter hvor der er mulighed for at lade vandet, og de betragter brug af ble som pinligt. De udtaler ofte at de er komme til deres anden barndom.

Der er kommet flere kirurgiske behandlingsformer frem, men den foretrukne operation i dag er stadig transurethral prostataresektion (TUR-P), den er 'the golden standard'. Den transurethrale teknik er kendt gennem de sidste 20-30 år og operationen er en almindelig urologisk operation, som dog kræver en vis rutine og i dag udføres på specialistniveau.

Tabel 1 viser, hvor mange TUR-P operationer der i 2003 blev foretaget i Skandinavien fordelt på aldersgrupper. TUR-P var i 2003 den tredje hyppigste operation foretaget på mænd i både Danmark, Sverige, Norge og Finland. En til halvanden procent af alle mænd over 65 år fik i 2003 foretaget TUR-P i Skandinavien, færrest i Finland og flest i Norge (9).

Tabel 1 Antallet af TUR-P foretaget i Skandinavien i 2003 fordelt på alder

Alder år	Danmark	Sverige	Norge	Finland
40-49	78	67	34	49
50-59	485	678	415	425
60-69	1228	2042	1204	1145
70-79	1885	3215	1877	1592
80-89	807	1726	1272	599
+ 90	33	90	81	21
totalt	4527	7825	4856	3880

Nomesko 2003

Urologisk Klinik Frederiksberg Hospital får årligt henvist 1800 mænd til udredning for nedre vandladningsgener, heraf videreudredes 500 med urodynamiske undersøgelser og 350 mænd får foretaget prostataoperation (egne oplysninger).

Baggrund

Urologisk Klinik, Frederiksberg Hospital er en del af Hovedstaden Sygehusfællesskab, som dækker kommunerne København og Frederiksberg. Klinikken har ingen akut modtagefunktion men varetager udredning og behandling i urologisk elektive patientforløb. Klinikken bliver drevet så effektivt som muligt, og antallet af behandlede patienter stiger blandt andet ved at patientforløbene bliver kortere og kortere. Dette ses af aktivitetstallene for henholdsvis 1999 og 2002 (tabel 2, egne oplysninger).

Reduktionen i antal ambulante besøg skyldes, at besøgene komprimeres. Der laves flere undersøgelser per ambulant besøg end tidligere, ligeledes er der sket en reduktion i de postoperative kontroller.

Tabel 2. Antallet af patienter undersøgt og behandlet på Urologisk Klinik, Frederiksberg Hospital.

År	Ambulante besøg	Antal indlagte patienter	Operationer	Heraf som sammedags kirurgi
1999	15.000	2.000	3.900	700
2002	13.000	1.900	4.800	1.400

Sammedagskirurgi: patienterne kommer hjem samme dag som de er opereret.

Man prøver indenfor urologien at tage ny teknologi i brug, så som laserbehandling af prostata hypertrofi, for at omlægge så meget som muligt af behandlingen til sammedagskirurgi.

Accelerede patientforløb

Danmark er et af de vesteuropæiske lande, der har omlagt flest mulige behandlinger til sammedagskirurgi (10).

Så snart patienterne er udskrevet ved vi meget lidt om hvad der sker. Vi kender ikke til den del af behandlingsforløbet som foregår i eget hjem. Vi ved ikke, om de pårørende og/eller andre sociale og sundhedsfaglige myndigheder overtager plejemæssige opgaver, der før lå i hospitals regi, og vi ved ikke hvordan de pårørende til patienterne oplever den umiddelbare postoperative tid i hjemmet.

Rationalisering og effektivitet sammen med ændrede anæstesiformer og udviklingen indenfor postoperativ smertebehandling har betydet at udredning og behandling bliver mere og mere komprimeret. Så meget som muligt bliver foretaget ambulantly og indlæggelsestiden skal være så kort som muligt. Selve rekreativ forløbet, som før i tiden var dels på hospitalet og dels ved behov kunne foregå på rekreativshjem, er nu skudt helt og holdent over til de private hjem (11,12).

Man taler om managed care æraen (13) hvor diskussionen er skiftet fra at omhandle resultaterne ved de forskellige behandlinger til omkostninger og effektivitet målt i forhold til indlæggelsestider. Det vigtigste for kirurger er i dag at finde måder at nedsætte omkostningerne på uden at slække på kvaliteten. Indførelsen af DRG (Diagnose relaterede grupper, se ordliste) taksterne er et incitament til at få reduceret omkostningerne. DRG taksterne gives ud fra den kirurgiske ydelse, uden at der tages hensyn til hvor længe patienterne har været indlagt og uden at tage hensyn til om der er konkurrerende lidelser, der komplicerer behandlingen. En af de vigtigste metoder til at nedsætte omkostningerne på har været at reducere indlæggelsestiden.

Korte indlæggelsestider er også succeshistorier i pressen. Den 21.5.2004 stod følgende artikel i en af de store danske aviser, Berlingske Tidende: Hjem fra sygehuset på rekordtid efter en stor hofteoperation. I artiklen beskrives, hvordan indførelsen af en ny plan ANORAK – accelereret nyt optimeret rationaliseret alloplastik koncept – har medført at den gennemsnitlige indlæggelsestid er nedsat fra et par uger til 3,9 dage. Artiklen (14) bruger samme terminologi som man finder i industriens management teorier.

Nedsættelse af den tid patienterne er på hospitalet foregår overalt i den vestlige verden. Som et mål herpå kan ses at antallet af senge på hospitalerne støt er faldet gennem de sidste 20 år, (tabel 3) selv om behandlingstilbuddene i samme periode er steget. OECD (15) tilskriver reduktionen i antallet af senge at indlæggelsestiden er mindsket, og antallet af dagkirurgiske indgreb er øget.

Tabel 3. Antal hospitalsenge per 100.000.

	1980	1985	1990	1995	1998	2003
Denmark	5,3	4,9	4,3	3,8	3,5	3,4
Norway	5,2	4,7	3,8	3,3	3,2	3,1
Sweden	5,1	4,6	4,1	3,0	2,6	2,4
Finland	4,9	4,8	4,3	4,0	2,6	2,3
United States	4,4	4,2	3,7	3,3	3,1	2,8
UK	-	-	-	-	-	3,7

The beds are defined as curative care beds. OECD health data 2000

Den engelske regering har via National Health Board Service (16) identificeret længden af hospitalsindlæggelser (LOS) som et mål på effektivitet og det er med som et af de seks 'performance' punkter de har sat op.

Den mest brugte måde at reducere indlæggelsestiden er ved at opstille guide-lines for patientforløb. Flere undersøgelser har vist, at god planlægning med patient guidelines, tidlig mobilisering og god postoperativ smertebehandling kan forkorte indlæggelsestiden (17,18). Der findes mange undersøgelser, der viser at patienterne generelt er tilfredse med at komme hurtigt hjem. Mange af undersøgelserne er dog retrospektive og de fleste måler alene på generel tilfredshed, genindlæggelsesfrekvens, komplikationer, samt hvornår de daglige funktioner genoptages (13).

Knight og kollegaer (19) sammenlignede tre forskellige former for analgetika efter donornefrektomier. De fandt ved brug af accelererede patientforløb forkortedes hospitalsindlæggelsestiden og forbruget af postoperativ analgetika blev nedsat. De fandt endvidere at patientomkostningerne i gruppen med accelereret patientforløb var lavere end i den anden gruppe. Deres målparametre var udover omkostninger og indlæggelsestiden, hvornår patienterne genoptog deres daglige aktiviteter som arbejde og bilkørsel.

Heidelin og kollegaer (20) udførte 200 telefoninterview på patienter der var blevet opereret for blæretumorer i dagkirurgisk regi. Patienterne blev kontaktet 14 dage efter indgrebet og de blev spurgt om der havde været komplikationer. De patienter, der havde fået foretaget indgrebet før, blev spurgt om hvilken form de foretrak, dagkirurgi eller indlæggelse. De angiver ikke hvad patienterne foretrak men fandt at komplikationerne var få og omkostningerne blev væsentligt reduceret.

Charlotte Møller (18) sammenlignede i sin Ph.d. afhandling indlæggelsestiden for kvinder der blev abdominalt hysterektomerede og for kvinder der fik operationen

foretaget ved laparoskopisk teknik. Hun fandt at indlæggelsestiden var væsentligt reduceret gennem årene uanset operationsmetode, fra fire dage i 1969-97 til to dage i 2001. Alle kvinderne i undersøgelsen var underlagt et nøje skematiseret patientforløb, og alle kvinderne vidste at de postoperativt ville blive kontaktet telefonisk. Hun finder generel tilfredshed med udskrivningstidspunktet, men det fremgår ikke hvornår kvinderne er blevet kontaktet. Mål parametre var udover tilfredshed med udskrivningstidspunktet, komplikationsfrekvens, genindlæggelser og genoptagelse af de daglige funktioner. Der var ikke forskel i forløb efter de to operationsmetoder.

Bröte og kollegaer (21) kobled den hurtige udskrivelse sammen med postoperativ pleje i hjemmet. De foretog prostataresektion (TUR-P) på 24 mænd som havde accepteret at indgå i studiet. Patienterne blev dagen efter operationen sendt hjem med blærekateter (KAD). Der blev etableret kontakt til hjemmesygeplejen, så patienterne i hjemmet kunne modtage både besøg fra sygeplejerske og fra læge. Der var i gennemsnit 5,8 besøg, heraf havde to patienter fem natlige besøg på grund uro over vandladningen. Tilknytningen til ordningen var gennemsnitligt 4,9 døgn. Den vanlige indlæggelsestid var for denne operation på dette tidspunkt fire dage. De konkluderede at der spares penge ved at flytte den postoperative pleje over i patientens eget hjem. Tre måneder efter operationen skulle patienterne udfylde et spørgeskema, på dette tidspunkt angav de fleste at de havde været tilfredse med forløbet. Der er ingen angivelse af om patienterne boede alene eller havde en samlever, ligesom det kun var 24 ud af 68 patienter der accepterede at indgå i studiet.

Hvorvidt de korte hospitalsforløb reducerer omkostningerne eller blot forskyder udgifterne til andre institutioner er ikke nøje undersøgt. Lazar og kollegaer (22) undersøgte om tidlig udskrivelse af patienter, der havde fået foretaget coronar-bypass operation, medførte at man blot flytter udgiften til plejen fra hospitalet over til rehabilitations institutioner. De sammenlignede 407 patienter opereret i 1990, hvor der ikke var plan for accelereret patientforløb med 379 patienter der blev opereret i 1998, hvor det accelerede patientforløb var etableret. De fandt at forbruget af plejefaciliteter uden for hospitalet var steget markant, således blev 3 % af patienterne i 1990 udskrevet til plejefaciliteter og 15 % fik sygeplejehjælp i hjemmet, hvorimod i 1998 drejede det sig om henholdsvis 43 % og 47 %. De finder endvidere at flere bliver genindlagt.

Clarke og Rosen (23) foretog en søgning via Medline for at finde publikationer vedrørende Length of Stay (LOS) fra perioden 1983 – 1997. Hensigten med søgningen var at finde ud af, om kortere indlæggelsestider kunne ses som et mål for effektivitet eller det blot bevirkede et skift af omkostninger til andre servicesystemer eller pårørende. De fandt 66 relevante artikler og konkluderede, at LOS er et dårligt mål for god behandling. De fandt at nogle patienter helst vil behandles i eget hjem, men de fandt også eksempler på at nogle patienter ville foretrække længere indlæggelse trods, at de rent medicinsk godt kunne udskrives. Et eksempel er brystcancer patienter der kirurgisk ikke behøver lang indlæggelsestid men psykisk skal omstille sig til den nye rolle som cancer patient. Endvidere fandt de at nedsættelse af LOS ikke reducerer hospitalsomkostningerne, tværtimod, det øger antallet af dyre sengedage, nemlig behandlingsdagene. Det der reduceres er de billige sengedage, plejedagene. Hvis omkostningerne skal reduceres skal der skæres i sengekapaleten. De advokerer dog for at behandling og pleje godt kan foregå udenfor hospitalerne.

Andre har også set korte indlæggelsesdage som et middel til at få nedbragt ventelisterne og til at reducere omkostningerne (24). Den danske kirurg der mest har arbejdet med og advokeret for accelerede patientforløb hos kirurgiske patienter er mavetarm kirurgen Henrik Kehlet (12,25). Hans forskning i det kirurgiske stress respons og påpeging i vigtigheden af at eliminere unødvendige udokumenterede rehabiliteringsregimer, oprettelse af patientinformationssystemer, bedre samarbejde med anæstesiolog og kirurg har været trendsættende for de postoperative forløb i Danmark. Han er en stor fortaler for nedsættelse af indlæggelsestiden og at det vil medføre store behandlingsmæssige og økonomiske fordele. Han påpeger dog at der mangler kontrollerede undersøgelser til at bekræfte at dette er tilfældet. H. Kehlet understreger vigtigheden af, at hospitalejerne forstår, at indførelsen af det accelerede patientforløb ikke medfører mindre plejetyngde, og at den hidtidige praksis med at foretage en ligelig reduktion af sengemassen og personaleantal ikke kan fortsætte. Dertil kommer at accelerede patientforløb betyder større krav til information i forbindelse med operationer og udskrivelse og god information tager tid.

SPRI (Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut) udgav i 1992 en rapport om dagkirurgi (26), hvori der står ” Anhörige visar ofta en stor beredvillighet att hjälpa till. Ur samhällets synspunkt innebär det dock förstås att sjukvården övervältrar en del av sina kostnader på patient och anhörige utan ersättning. Kravet på hjälp hem från operationen kan ur samhällsekonomisk synspunkt ses som en informell ökning af patientavgiften eller snarare av självfinansiering av kostnaderne for sjukvård”.

Formål

Formålet med denne undersøgelse har været at se om korte hospitalsforløb hos kirurgiske (urologiske) patienter bevirker at de pårørende efter udskrivelsen overtager en del af plejen, samt om der kommer et øget forbrug af andre sundhedsmyndigheder som følge af den kortere indlæggelsestid.

Endvidere ønskes en øget viden om hvordan det går, når patienterne bliver udskrevet til eget hjem, en viden der skal bruges til at gøre hele patientforløbet bedre.

Metoder

Formålet med undersøgelsen var at belyse hvordan ægtefæller oplever mandens prostataoperation, derfor syntes den kvalitative tilgang mest relevant. Det er sjældent at der bruges kvalitative undersøgelser når resultatet af en operation og tilfredsheden med et hospitalsophold skal måles, hvorimod der er lavet mange spørgeskemaundersøgelser i form af standardiserede afkrydsningsskemaer (patienttilfredshedsundersøgelser). Brugen af spørgeskemaer som eneste måleparameter bliver mere og mere problematiseret, idet de ikke viser noget om de oplevelser og erfaringer patienter og pårørende har med systemet (27). Spørgeskemaundersøgelserne kritiseres for at give et for rosenrødt billede af hvordan patienterne oplever deres hospitalsforløb.

At bruge en kvalitativ metode alene, vil på den anden side risikere at gøre materialet for lille. Det ville være svært at bevise at det ikke kun er den lille gruppe pårørende, der er interviewet, der havde disse oplevelser. Derfor består denne undersøgelse både af en semistruktureret interviewundersøgelse og af en efterfølgende spørgeskemaundersøgelse.

Interviewundersøgelser

Interview er en kvalitativ undersøgelsesmetode, som giver den undersøgte (interviewpersonerne) mulighed for at udtrykke sit synspunkt eller sin oplevelse på sin egen måde. Interview er en samtale mellem to parter, hvor interviewereren spørger og interviewpersonen (rne) svarer.

Samtalen er præget af den kontekst den foregår i, de personer den foregår mellem, samt det sted interviewet foregår. Et interview der foregår i interviewpersonens eget hjem kan virke for intim, når der skal tales om ægtefællens sygdom, hvorimod et rum i ambulatoriet kan virke som mere neutral grund. Der kan være ting man ikke har lyst til at fortælle en læge og omvendt kan det netop føles naturligt at tale med en læge om vandladningsproblemer idet det er en del af lægens hverdag. Selv om man som læge er vant til at have patientsamtaler, er der stor forskel på dette og at udføre forskningsinterview. I den første samtale, er det lægen der spørger for at få så eksakte svar som muligt på kort tid, idet der hele tiden er nye patienter der venter. Samtalens formål er at få fat i patientens problem og få det fortolket indenfor den lægelige forståelsesramme, så relevant udredning og/eller behandling kan iværksættes. Formålet med forskningsinterviewet er, at interviewpersonen skal hjælpe forskeren med at få belyst nogle forhold forskeren er interesseret i at undersøge. Det er primært interviewpersonen, der taler, og det er her vigtigt at få belyst hvordan interviewpersonen har oplevet situationen.

Forinden interviewet skal man gøre sig klart hvad det er, der skal undersøges og hvad man vil opnå ved interviewet. Den måde hvorpå spørgsmålene bliver stillet har også stor betydning for de svar der fås, ligesom det er vigtigt at kunne være tavs indimellem, for at give interview personen lejlighed til at tale i sit eget tempo (28).

For at sikre, at en række områder blev belyst i interviewet er der valgt den semistrukturerede interviewform, hvor interviewene er foretaget ud fra en interviewguide.

Interviewpersonerne er udvalgt, så de repræsenterede hele spektret af den gruppe, der opereredes (strategisk sampling). Dette er gjort for at få så mange aspekter belyst som muligt.

Der er interviewet indtil de samme svar kom igen og det har givet en interviewgruppe på ti personer.

Fænomenologiske metode

Fænomenologien som forskningsmetode blev grundlagt af den tyske filosof Edmund Husserl (1859-1938). Husserl arbejdede med studier af menneskets livsverden og med det forstod han en primær oplevet verden, fri for videnskabelige tolkninger af det oprindeligt givne.

Det fænomenologiske perspektiv fortolker betydningen af den oplevede hændelse, den søger at identificere subjektets oplevelse af et fænomen. Sådan som personen ser og oplever det. Individets oplevelse af hændelsen betragtes som den kontekst hændelsen sker i og som en kilde til forståelse og ikke som forurening. De oplevede fænomener kan være følelser som angst, vrede, ensomhed, det kan være relationer som ægteskab, venskab men det kan også være en organisation som et hospital eller en sygdomsbegivenhed (29). Data skal have en form så det vil være muligt at kunne gå tilbage til råmaterialet, det kan have form som en tekst for eksempel et interview.

Der arbejdes ikke ud fra en på forhånd given hypotese, men forskeren skal være så åben som mulig i forhold til sine data.

Der fortolkes heller ikke ud fra en given teori, det er alene forskerens egen historiske og kulturelle ballast som er baggrunden.

Det er en deskriptiv metode, og i stedet for 'hvorfor' er de spørgsmål der stilles 'hvad' og 'hvordan'. Perspektivet i den fænomenologiske tilgang er 'inside' forstået på den måde at forskeren skal være så tro som muligt mod det oplevede, og undgå at se på det med teorier og referencerammer udefra. Endvidere skal der ses på helheden i et fænomen, delelementer opfattes som en del af helheden og helheden består af delelementer (den hermeneutiske cirkel).

Som kvalitativ analysemetode er brugt den fænomenologiske metode som beskrevet af Giorgi og Karlsson (30,31). Giorgi har beskrevet fem trin i analysen:

Første trin er en gennemlæsning af hele materialet så forskeren har en god forståelse af det i sin helhed.

Trin to: materialet opdeles i meningsenheder, opdelingen sker ikke efter grammatiske regler, men alene efter hvor forskeren finder et meningskift i lyset af det fænomen, der ønskes undersøgt. Opdelingen i meningsenheder skal ske spontant, det vil sige uden nøjere analyse af teksten.

I tredje trin oversætter forskerens meningsenheder til sit eget forskningssprog. Det er i dette trin at analysen af teksten begynder.

Fjerde trin består i at meningsenheder samles til en struktur, her bestemmes hvilke meningsenheder der skal med og eventuel sættes nye meningsenheder på. Det er vigtigt at forskeren i alle trin hele tiden vender tilbage til råmaterialet, for at sikre at der ikke er overset noget.

I trin fem samles materialet.

Spørgeskemaundersøgelser

Spørgeskemaer er den mest brugte undersøgelsesmetode til indsamling af data i sundhedstjenesteforskning. Det har den fordel at store mængder af data kan indsamles relativt hurtigt og billigt. De er lette at analysere specielt, hvis spørgeskemaet er udformet med lukkede afkrydsningsvar. Det tillader endvidere anonym besvarelse.

Det er vigtigt at gøre sig klart hvad det er der skal undersøges, idet der er en tendens til at der stilles for mange spørgsmål, således at skemaet dels bliver for svært og dels for tidskrævende at udfylde (32).

Spørgsmålene skal være enkle og entydige, som eksempelvis lukkede afkrydsningskemaer med flere valgmuligheder. Der kan være mulighed for egne kommentarer i en åben rubrik til sidst. Spørgsmålene skal være stillet i et sprog så modtagerne forstår hvad der menes, det vil sige at fagudtryk skal oversættes til almindelig tale. Der skal være let at overskue og det skal være udformet så det ser ordentligt og pænt ud.

Når spørgeskemaudkastet er udformet kan det enten udsendes som et pilotskema, hvor det afprøves blandt den gruppe der skal undersøges, på baggrund af de besvarelser finder man ud af om skemaet skal revideres før den endelige udsendelse, eller det kan gives til gennemsyn hos personer der er vant til at foretage sådanne undersøgelser indenfor området. Den sidste model blev brugt i denne undersøgelse.

I udformningen af skemaet blev endvidere brugt formuleringer fra DAN-PSS skemaet, som er almindeligt brugt blandt denne gruppe.

Metodetriangulering

Denzin (33) definerer triangulering som en kombination af metoder ved studiet af samme fænomen. Triangulering kan bruges til at få mere indsigt i det fænomen der studeres, men den kan også bruges til at validere de spørgsmål der søges belyst.

Metodetriangulering er en samtidig anvendelse af to forskellige metoder i samme undersøgelse. Det kan være brug af både kvalitative og kvantitative metoder som her, hvor der er brugt interviews og spørgeskemaer. Det kan være brug af forskellige kvalitative metoder som fokusgruppeinterview og individuelle interview, brug af forskellige kvantitative metoder og forskellige analyseformer.

At bruge både en kvalitativ og en kvantitativ metode er valgt dels for at se om resultaterne fra de to undersøgelser understøtter hinanden, at få data valideret, og dels for at give en større indsigt i forløbet efter udskrivelse fra hospitalet. Interviewene ville kunne give informationer til brug for udfærdigelsen af spørgeskemaet, således at spørgsmål, vi ikke selv havde tænkt på at stille kommer med i spørgeskemaet. Interview formen giver et mere nuanceret og levende billede af hvordan det post operative forløb opleves. Resultatet af spørgeskemaundersøgelsen viser omfanget af problemerne, på denne måde bliver det studerede også belyst fra forskellige vinkler (34).

Dataindsamling

Interviews

I perioden juni - november 2004 udførtes interview med hustruer til patienter som seks uger inden havde fået foretaget TUR-P på urologisk klinik Frederiksberg Hospital. De pårørende blev udvalgt således, at alle patientkategorier blev repræsenteret; både pårørende til socialt stærke og svage, til ældre og yngre, raske og fysisk skrøbelige blev interviewet (strategisk sampling). Derudover skulle de pårørende være dansktalende og af etiske hensyn skulle der i patientjournalen være accept af at den pårørende måtte

kontaktes med hensyn til den pågældende indlæggelse. På denne måde sikredes det at ægtefællen var orienteret om indlæggelsen.

Relevante journaler blev fundet og gennemset og der blev udsendt breve til syv samlevere. I brevet blev der redegjort for undersøgelsen og der var angivet direkte telefonnumre til de to læger på afdelingen, der stod for undersøgelsen. Det gav kun kontakt til en ægtefælle som selv var vant til at gennemføre interviews. På denne baggrund blev brevet ændret således, at sammen med en frankeret svarkuvert blev der vedlagt et brev, hvori ægtefællerne ved deres underskrift gav tilladelse til, at vi kunne kontakte dem med henblik på et interview. Efter denne ændring var der kun to, som ikke reagerede på anmodningen om interview. Der blev foretaget interview til mætning opnåedes, det vil sige at det var de samme informationer der kom frem under interviewene. I alt ti samlevere indgik i interviewundersøgelsen.

Interviewene blev aftalt telefonisk og alle blev tilbudt interview på klinikken eller et sted efter eget valg. Otte af interviewene blev foretaget efter arbejdstid i ambulatoriet på Urologisk Klinik, Frederiksberg Hospital. Et interview blev foretaget på hustruens arbejdsplads og et interview blev foretaget i hustruens hjem. Alle interview er foregået uden nærvær af patienten, men interview personerne blev opfordret til at fortælle deres ægtefæller om interviewet.

Interviewene foregik ud fra nedenstående interviewguide:

- Hvordan er operationen gået
- Var det det rette tidspunkt at komme hjem på
- Hvordan er det gået herhjemme efter at han kom hjem
- Har der været problemer, beskriv i så fald hvilke
- Har I kunnet opretholde samme sociale liv som før operationen
- Har der været brug for ekstra hjælp evt. udefra (hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, ekstra bleer, mad)
- Blev den hjælp der var behov for ydet tilstrækkeligt og hvis ikke, hvad manglede
- Var informationen fra afdelingen god nok, hvad manglede, hvordan kunne det have været gjort bedre, mundtlig og skriftlig.
- Kunne forløbet have været anderledes
- Svarede forløbet efter hjemsendelsen til det forventede

Interviewguiden sikrede at de vigtigste områder blev berørt, men interviewet var åbent så de interviewede selv havde mulighed for at supplere med oplysninger. Interviewene havde en varighed på cirka 45 minutter og alle interviews blev optaget på bånd og er transskriberet ordret, dog er navne ændret. Alle de interviewede har givet accept til at anonymiserede citater må bruges i publikationer.

Som analysemetode er brugt den empiriske fænomenologiske metode som beskrevet af Karlsson (30), idet der er fokuseret på strukturen og essensen af de pårørendes oplevelser af forløbet efter operationen.

Interviewene er udskrevet i naturlige meningsenheder som er omskrevet til forskerens sprog (problemfelter). Interviewene er udskrevet umiddelbart efter optagelsen og problemfelterne i det enkelte interview er løbende udfærdiget. Ved afslutningen af interviewdelen er alle interviews igen gennemlæst og analyseret og problemfelter udformet, således at de har kunnet bruges til udfærdigelsen af spørgeskemaet.

Spørgeskemaundersøgelse

På baggrund af interviewene blev der udarbejdet udkast til et spørgeskema. Dette spørgeskema blev diskuteret med de læger i klinikken, der har ansvaret for behandlingen af vandladningsgener som følge af forstørret prostata og på baggrund af disse diskussioner blev det endelige spørgeskema udformet (bilag 1).

Alle hustruer/samlevere, hvis mand i perioden 1.11. 2004 til 30.6.2005 har fået foretaget TUR-P på urologisk klinik Frederiksberg Hospital, er indgået i spørgeskemaundersøgelsen. Dog er der ikke sendt spørgeskemaer til samlevere, hvor der af journalen fremgik, at de ikke talte dansk eller at de som følge af demens eller anden psykisk lidelse ikke ville være i stand til at udfylde et spørgeskema. Endvidere har det været et krav, at det af de lægelige journaloplysninger eller af sygeplejeturnalen fremgik, at samleveren var informeret om mandens operation. Spørgeskemaet er sendt ud sammen med information om undersøgelsen og en frankeret svarkuvert. Samleverne blev i det vedlagte brev opfordret til at orientere deres ægtefæller om undersøgelsen. Undersøgelsen er anonym og der er ikke sendt rykkere.

Vi har valgt at udsørge om forløbet i de første seks uger, da det er det tidsrum hvor i der forventes at være de største postoperative problemer som inkontinens (afgang af urin i underbenklæderne), hæmaturi (blod i urinen), infektion. Efter seks uger er der en forventning om, at generne er ved at være på retur. Endvidere er det ikke så lang tid efter operationen, at de problemer, der har været, vil være glemt. Når vi ser patienterne ved den planlagte seks måneders kontrol, kan meget få af dem huske hvordan det umiddelbare post operative forløb var. Data fra spørgeskemaundersøgelsen er løbende indtastet i en Access database som er udarbejdet til undersøgelsen.

Der blev udsendt 78 spørgeskemaer, hvoraf 69 blev returneret, det giver en svarprocent på 88,5. Median alderen for de adspurgte er 65 år (range 43-90 år). Median alderen for patienterne er 70 år (range 46-85 år), median indlæggelsestid er tre dage (2-9 dage), indlæggelsestiden dækker operationsdagen og de efterfølgende postoperative dage.

Journalgennemgang

Journalerne, både lægejournaler og plejeturnaler til alle patienterne i undersøgelsen er gennemgået med hensyn til alder, komplikationer, ekstra ambulante besøg og forbrug af hjælp i hjemmet. Endvidere er registreret hvordan det gik patienten ved den afsluttende kontrol 6-8 måneder efter operationen. Disse data er ligeledes sat ind i en Access database.

Gennemgangen af journalerne er gjort for at sikre at det er en repræsentativ gruppe der har svaret, med hensyn til alder, umiddelbare og sene postoperative komplikationer. Vi har opgjort antallet af postoperative ikke rutinemæssige kontroller, som vævsprøvesvar og oplæring i at tømme blæren med et kateter. Efterkontroller som vi i de givne forløb har skønnet nødvendige. Journalerne er endvidere gennemset med henblik på, hvor

opmærksomme læger og plejepersonale har været med hensyn til at opdage postoperative infektioner, postoperativ inkontinens. Det vil sige at sørge for at patienterne ved udskrivelsen fik relevant antibiotika og fik bleer med hjem ved behov. Det er gratis at få bleer fra sygehuset så længe ens sygeforløb ikke er afsluttet.

Etik

De pårørende er skriftligt orienteret om formålet med undersøgelsen, samt at det er frivilligt at deltage. Der er indhentet skriftlig informeret samtykke fra interviewpersonerne, endvidere er der mundtligt samtykke fra alle interviewpersonerne til at bruge citater fra interviewene i anonymiseret form. Alle patienter behandles ens og efter afdelingens sædvanlige principper, der er ingen klinisk intervention.

Den videnskabetiske komite for Københavns og Frederiksberg kommuner har gennemlæst undersøgelsens protokol og har skriftligt tilkendegivet at undersøgelsen ikke skal godkendes i den videnskabetiske komite. Undersøgelsen er godkendt af klinikchefen på Urologisk Klinik.

Selv om der ikke er nogen klinisk intervention i undersøgelsen, så er patienterne ikke afsluttet fra klinikken, hvilket man må være sig bevidst, da der i et interview let kan komme følsomme data frem om patienten. Ægtefællerne blev derfor opfordret til at fortælle deres mænd om undersøgelsen. Flere af hustruerne havde talt med deres ægtefæller inden interviewet, så mange af problemerne fremstod som fælles problemer. Det opleves også som en beskyttelse af patienterne, at de fleste valgte at interviewene skulle foregå på hospitalet.

Analyse

Interviewundersøgelsen

Interviewgruppen fordeler sig med en patient alder fra 58 – 82 år. De interviewede hustruer er jævnaldrende med deres mænd og svarer til den aldersgruppe, der opereres for prostataproblemer. Indlæggelsestiden er to til tre dage. En enkelt patient var indlagt fire dage, idet han blev re-opereret på grund af blødning.

Interviewgruppen indeholder selvstændige erhvervsdrivende, akademikere, faglærte arbejdere og pensionister, par der bor i eget hus, par der bor i lejlighed. Der er repræsenteret ægtefæller til mænd, der tidligere har gennemgået tilsvarende operation og par for hvem forløbet er første hospitalsophold.

Der er patientforløb der er komplicerede, som følge af umiddelbar re-operation på grund af blødning, urinvejsinfektioner og patientforløb der har været helt ukomplicerede. Patienter man kunne forvente komplicerede efterforløb hos på grund af at de før operationen havde

blærekateter som følge af urinstop og dermed store slappe blærer, har som ofte svært ved at fungere normalt trods afløbsforbedrende operation. Ægtefæller der selv har været syge, for eksempel har rheumatoid arthrit og dermed er afhængig af hjælp fra manden i det daglige. Patienter med følger efter apopleksi, patienter med tidligere alkoholproblem.

Alle patienterne blev set af en læge ved den vanlige kontrol seks til otte måneder efter prostataoperationen og på dette tidspunkt var alle patienterne tilfredse med vandladningen.

Interviewene er læst igennem og en helhedsopfattelse af dem blev dannet. Interviewene opdeltes i meningsenheder efter indholdsmæssige skift, og der blev dannet nedenstående problemfelter eller problemområder.

Gennemgående i interviewene er en accept af at hospitalsforløb i dag er korte ”... *man kommer jo hurtigt hjem i dag*”, men også en forventning om at hurtig udskrivelse betyder et godt operationsforløb og et uproblematisk efterforløb. En mener, at hendes mand må være en ”... *god heler*”, når han bliver udskrevet så tidligt, og en anden oplyser at manden havde forestillet sig at det at blive opereret var: ”... *at I havde trykket på en knap og så var han ligesom før.*” Mange af hustruerne pointerer også, at det er mændene selv der vil hjem ”... *han fik lidt feber den dag, han skulle hjem, men han ville hjem*”, ”... *han havde så travlt med at komme ud*”, ”... *nu er Y også af den type, der vil hjem*” og én påpeger, at hendes mand blev udskrevet på eget ansvar. Nogle vidste ikke at manden stod for snarlig udskrivelse. Der er dog fire der udtrykker, at deres ægtefælle måske godt kunne have været indlagt i længere tid.

At der er forventelige problemer i efterforløbet, kommer bag på de fleste om end en udtrykker det således, ”...*når de kommer så hurtigt hjem så vil der være nogen minusser, ikke.*” Det går igen i stort set alle interviewene, at der efter udskrivelsen har været markante vandladningsproblemer. Af de ti interviews er der to forløb, man kan kalde uproblematisk. I journalerne er alle forløbene, fraset den patient der blev re-opereret, beskrevet som ukomplicerede. Alle patienter er udskrevet efter kort indlæggelsestid.

Nedenstående problemområder går igen i interviewene. I kursiv er angivet interviewpersonernes svar.

Man klarer sig selv

Efter udskrivelsen er det en gennemgående træk, at man skal klare sig selv. (Ægtefællen er urininkontinent efter operationen). ”... *Og så har det været køkkenrulle vi har hæftet os på, ikke. Ja, ja. I har ikke ringet herud? ... Nej, for sådan er vi ikke. Nej, nej, vi finder på altså*” og en anden siger. ”... *Og der var jo så det her lidt blod i og der stod han sådan lidt og sagde, hvad skal jeg gøre når jeg tisser, så kommer der blod. Har du nogen bind. Jeg kan love det er jeg jo efterhånden for gammel til, ik. Så fandt han så på, at han kunne sådan lægge noget wc-papir derhen, rundt om tissemanden og tage nogle stramtsiddende bukser på. Det var der så åbenbart ikke nogen der havde fortalt ham eller forberedt os på, at det skulle vi have parat eller. Det kunne man måske godt lige ...*”

En anden fortæller om hvordan hun indretter badeværelset med et lille bord og en balje, da det er lettere for manden at tømme urinkatetret deri end i toiletet, og hun fortæller hvordan urinposen kan placeres om natten, ”... vores senge er meget lave og posen er så stor her ikke, den kunne jo ikke ligge nede på gulvtæppet vel, så lagde jeg altså en stor balje og så lagde jeg den i baljen, så der ikke skulle ske noget, man finder ud af det. Så du har været kreativ, ja, sådan er det jo bare. Ja der må jeg nok sige, der mangler mænd jo noget selv, være lidt praktiske ikke og så er det jo godt at de har en kone, til at nej nu stiller du lige en balje der, den skal jo ikke ligge nede på gulvtæppet vel, det går ikke, så så gør vi sådan, indretter os på det ikke”.

En af mændene er blevet oplært i at tømme sin blære med et kateter efter flere tilfælde med urinretention (urinstop), hvor hustruen flere gange om natten har måttet køre patienten akut til skadestuen. Hun fortæller hvordan det går første gang manden forsøger derhjemme ”... Ja, der fik vi engangskatetre med hjem og så... kunne han selv gøre det. Så var der en dag hvor han besvimeede derhjemme, men der stod jeg tilfældigt lige udenfor badeværelses døren og nåede at komme ind og gribe ham. Hvorfor besvimeede han? Da han skulle engangskaterisere sig ok, ja men det gjorde han også her, da var han også ved at besvime herude da han skulle lære det, ja, ja, og alligevel så havde han mod på at gøre det. For så fandt jeg ud af at lægge et stykke plastik og et dynebetræk over på hans seng for så kunne han ligge ned og gøre det. Så var jeg sikker på at han ikke faldt, for han ville ikke have at jeg gjorde det”.

Omsorg

Det er helt tydeligt, at kvinderne har en stor omsorg for deres ægtefæller. De er vant til, at sygdom er noget, de tager vare på også når det gælder deres ægtefælles sygdom. Flere fortæller, at det er dem, der har sørget for at manden henvendte sig til læge med vandladningsproblemerne. ”... Nej gud ske tak og lov, han fik det lavet, og jeg må da indrømme, at det også var mig der prikkede til ham, da han ikke kunne tisse og sagde til ham, jamen jeg skal snart sagde han... Du ringer nu og taler med dem og hører om det er rigtigt. Og så havde han 2½ liter urin i sig, jamen altså helt ærligt. Så det ville en kvinde for eksempel ikke gøre”. En anden fortæller, at hun havde lagt en strategi med sin veninde for at få manden til at gå til læge.

Det går også igen, at det er hustruerne der tager initiativ til at kontakte enten egen læge eller den urologiske afdeling, når problemerne efter operationen opstår eller har varet for længe. ”Hvem sendte ham til hans egen læge? Det var mig, fordi altså ... han altså tænkte det går, han er opereret nu ikke så var han klar ikke, men jeg syntes bare det var for meget ikke”. ”... Men han var, han var sådan lidt hysterisk mandag morgen, det var derfor jeg ringede herind”.

Parrene har levet sammen meget længe, og de finder det helt naturligt, at de tager vare på hinanden og støtter hinanden. ”... Det går jo ikke ud over mig jo, jo men altså vi støtter hinanden selvfølgelig” og ”... ved du hvad vi har til næste år har vi guldbryllup, så bliver man jo næsten sådan en og to ikke.” Mandens sygdom bliver meget et fælles anliggende og flere nævner eksplicit, at udskrivelsen kom bag på dem, at de ikke var orienteret. Det udtrykkes på en måde, som at de ville godt have mere forberedt på, at deres ægtefælle kom hjem.

Usikkerhed.

Der er en stor usikkerhed efter udskrivelsen med hensyn til hvad der er normalt efter en prostataoperation, men også en usikkerhed om, hvem der skal kontaktes, og om de må kontakte Urologisk Klinik direkte. For nogle er det naturligt at kontakte egen læge, mens andre ikke har så tæt kontakt til egen læge og/ eller tvivler på om den praktiserende læge har den fornødne viden om operationen og efterforløbet.

Flere bruger ordet tryk i forbindelse med hospitalsopholdet og usikkerhed når de er hjemme.

Før operationen har de fået udleveret en folder der udover operationsforløbet også fortæller om de gener, der kommer bagefter. Enkelte har læst den, de fleste angiver at have fået den og at have læst folderen, men omkring det postoperative forløb hersker der stor usikkerhed, som en meget præcist udtrykker det: *"Hvor længe varede det ved? ... Ja det varede altså en uges tid tror jeg før det blev bedre. Og jeg mener også vi var herinde, ringede ind og fik kigget på det, men det gik meget godt, så man måtte jo tage det som, det kunne jo ikke gå så hurtigt vel? Det er jo det når man bliver sendt hjem så hurtigt, så skal vi selv tage standpunkt, når vi kommer hjem. Skal vi ringe eller skal vi prøve og se om det går over ikke? Og det kan somme tider være lidt svært."* En hustru, som selv arbejder indenfor samme sygehusvæsen men på et andet hospital, oplevede det således *"... Ja der stod vi, der stod vi jo der, der stod vi de første fjorten dage man kunne ringe, der troede jeg eller den første uge troede jeg man kunne kontakte herinde, ikke. Og så, fordi det stod ikke rigtigt om man, hvor, hvor vi skulle henvende os. Men det har I måske nok sagt til Y. Det ved jeg ikke. Fordi jeg var sådan lidt i tvivl, hvad vi så skulle gøre. Så tænkte jeg, så tager vi vores læge fordi, fordi vores læge han er ret god til det der med selv at kontakte, hvis det var det vi skulle have haft gjort. Der var jeg i tvivl, om vi skulle her eller vi skulle lægen, hvem der havde det."*

Andre angiver, at de bruger det netværk de har af sundhedspersonale i omgivelserne, både indenfor familien og naboerne.

Man sammenligner

Det er tydeligt, at der hvor ægtefællen eller andre har været gennem et lignende forløb, så sammenligner man med dette.

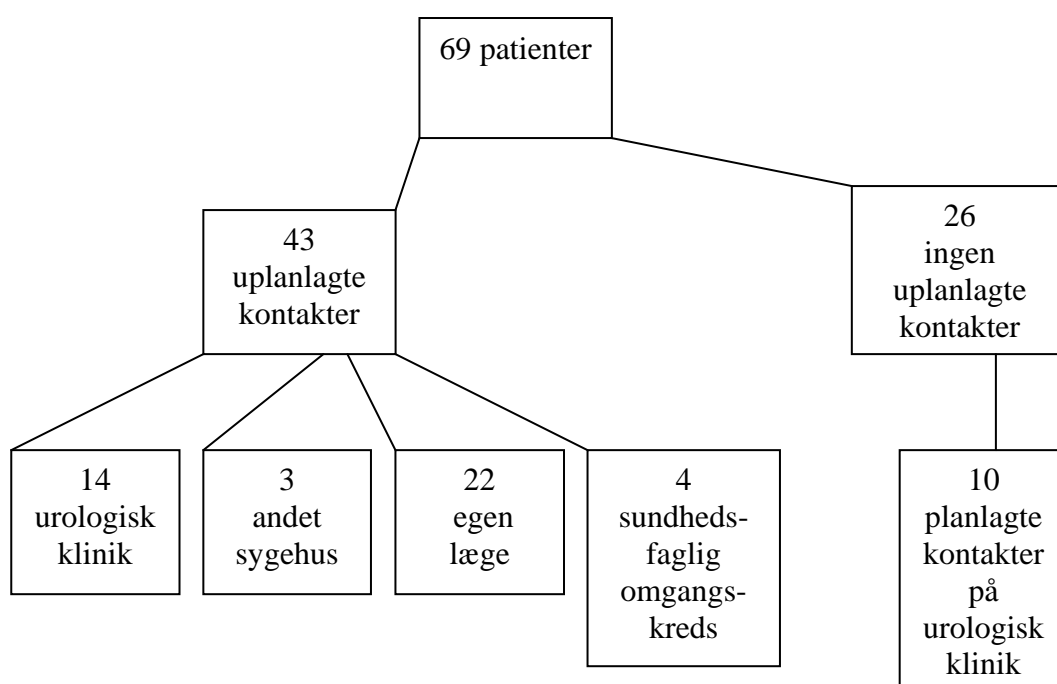
Fire af de interviewede har tidligere været igennem mere komplicerede indlæggelsesforløb. De kommer hele tiden tilbage til, at sammenlignet med tidligere er dette bedre også selv om det aktuelle efterforløb ikke har været ukompliceret. Det er en lettelse for dem, at det ikke var lige så slemt som tidligere. *"Så har du fået noget ekstra vask? ... Ja det må jeg nok sige. Det er underbukser i lange stride strømme, men altså det går jo også, ikke? I dag har man vaskemaskine og sådan noget, ikke. Igen det der, for kvinder der ikke kan lide sådan noget, og røre ved alt det der blod og tis, der må det altså ... lidt. Det kommer ikke mig ved. Jeg har været udsat for det der var værre, men det ved jeg godt, vi skal ikke snakke om dengang han var opereret for lysken, det var endnu værre."*

En anden har været sygehjælper på en hospitalsafdeling. Hun vender hele tiden tilbage til sine egne erfaringer, der har hjulpet hende meget ”... og det og jeg bliver ved at sige godt at jeg har været inden for systemet”. Andre sammenligner med hvordan de har oplevet at mandens medpatienter har haft det meget værre, ”... men han havde ikke nogle komplikationer på hospitalet på den måde, som nogle af de andre havde. Det var forfærdeligt”.

Spørgeskemaundersøgelsen

Kontakter efter udskrivelsen

Ud af 69 havde 26 patienter efter udskrivelsen ikke selv søgt egen læge, Frederiksberg Hospital, andet sygehus eller sundhedsfaglig omgangskreds og af disse 26 havde de ti planlagt ambulant kontrol til histologisvar og oplæring i selvkateterisation. Knap en tredjedel (22/69) af patienterne opsøger egen læge på grund af problemer efter operationen, og af dem har flere mere end en kontakt. Se figur 2.



Figur 2. Kontakter fordelt på antal personer

De 43 patienter har i alt 73 uplanlagte kontakter til sygehusvæsen eller egen læge i de første seks uger efter udskrivelsen, det svarer til 1,1 kontakt per opereret patient, heraf er over halvdelen af kontakterne til egen læge. Derudover er der syv kontakter til sundhedsfaglige personer i patienternes omgangskreds. (tabel 4).

Tabel 4. Antal kontakter til sundhedsvæsenet

Frederiksberg Hospital	28
Andet sygehus	4
Egen læge	41
Sundhedsfaglig omgangskreds	7

Inkontinens

Blandt mændene er 55 (79,7 %) inkontinente efter udskrivelsen (af journal gennemgangen fremgik det at 7,7 % var inkontinente ved udskrivelsen), heraf er 29 svarende til 42 % inkontinente i mere end fire uger (tabel 5).

Ni procent af samleverne finder det moderat eller meget generende. Af mændene bruger 36 (38 %) bleer mere end en uge og 13 % bruger bleer mere end fire uger. Femogtyve (36 %) mænd har enten selv købt bleer eller selv lavet nogen.

Tabel 5. Inkontinens, opgjort i antal personer. Fjorten patienter var kontinente.

Inkontinent få dage	7
Inkontinent 1-2 uger	13
Inkontinent 3-4 uger	6
Inkontinent > 4 uger	29

Øvrige komplikationer

Seksoogtyve (37,7 %) havde urinsvejsinfektion efter udskrivelsen. Af journalerne fremgik at 37 % havde urinvejsinfektion ved udskrivelsen og var sat i behandling herfor. Tredive (40 %) havde længerevarende blødning, ti (14 %) havde urinretention (urinstop), 37 (53,5 %) havde smerte ved vandladningen, og 41 (59,4 %) havde urge trang (dvs. man skal lade vandet her og nu og er afhængig af at der er et toilet i umiddelbar nærhed, når man er trængende).

Socialt liv

Tyve (34,8 %) har haft forstyrret nattesøvn mere end to uger, heraf har 13 (18,8 %) haft forstyrret nattesøvn i mere end fire uger. Syvogtyve (39 %) angiver at de har haft påvirket socialt liv efter operationen, i form af set færre mennesker, kun kunnet gå hvor der var toilet i nærheden.(tabel 6). Det var her muligt for den enkelte hustru at sætte mere end et kryds.

Tabel 6. Antal personer med påvirket socialt liv i de første seks postoperative uger.

Ikke set andre mennesker	3
Set færre mennesker	9
Kun kunnet gå hvor der var et toilet i nærheden	25
Undgå biograf/teaterbesøg	18

Ekstra arbejde

Toogtyve (31,9 %) angiver at de har haft ekstra arbejde i hjemmet som følge af ægtefællens operation (tabel 7). Ingen i spørgeskemaundersøgelsen har haft ekstra hjælp efter operationen. Det var også her muligt at sætte mere end et kryds.

Der var i spørgeskemaet afsat rubrikker til at hustruerne kunne afkrydse hvor mange timer per uge, de brugte på det ekstra arbejde de havde som følge af ægtefællens operation. Denne rubrik er imidlertid som den eneste stort set ikke udfyldt, idet kun to personer har sat kryds der. Det kan skyldes at tøjvask, indkøb med videre er en del af det vanlige huslige arbejde, der er blot mere af det hvorfor det kan være svært at sætte tid på.

Tabel 7. Antal personer, der har angivet at have haft ekstra arbejde i hjemmet

Tøjvask	18
Indkøb	10
Rengøring	13
Madlavning	5
Ekstra omsorg	15
Andet	2

Udskrivelse og information

Blandt hustruerne var det 44 (63,8 %) der angav at deres ægtefælle blev udskrevet til rette tid, men 19 (27,5 %) finder at udskrivelsen skete for tidligt. Femoghalvtreds (80 %) af hustruerne fandt at afdelingens mundtlige og skriftlige information om operationen var god, og 46 (68 %) fandt at informationen ved udskrivelsen var god, 11 angav ikke at have fået nogen information ved udskrivelsen.

Diskussion

Metodediskussion

Spørgeskemaundersøgelsen er konsekutiv, idet alle hustruer til mænd opereret i en syv måneders periode indgår. Kun hustruer der enten er demente eller ikke taler dansk er udelukket, det drejer sig om tre personer. På den måde fås et repræsentativt materiale, hvilket også understøttes af den høje svarprocent på næsten 90. Dem der har besvaret spørgeskemaerne matcher hele gruppen med hensyn til alder, indlæggelsestid og umiddelbare postoperative komplikationer. Undersøgelsen omfatter de mænd der har samlever. Der er i samme periode opereret ligeså mange mænd, der bor alene. Om gruppen af alene boende mænd oplever det postoperative forløb på samme måde, eller har det værre eller bedre er ukendt. Det er hustruerne det er adspurgt i denne undersøgelse. I interviewene fremgik det dog, at det i høj grad var en fælles oplevelse, hustruerne fortalte om. Så det kunne forventes at de enligt boende mænd oplevede efterforløbet på samme måde. Det må en fremtidig undersøgelse vise.

Da patienterne på undersøgelsestidspunktet stadig havde et uafsluttet forløb på Urologisk Klinik, blev det af etiske årsager valgt at gøre spørgeskemaundersøgelsen anonym. Det bevirker at det ikke er muligt, at gå i dybden med de patienter, hvor hustruerne mener at de er blevet udskrevet for tidligt.

En styrke ved denne undersøgelse er at det er relativt kort tid efter operationen, at interviewene er foretaget og spørgeskemaerne er sendt ud. Det bevirker at de pårørende stadig kan huske, hvordan forløbet har været. En anden styrke ved undersøgelsen er kombinationen af det kvalitative og den kvantitative metode. Interviewene gav anledning til nogle spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen som ellers ikke var blevet stillet. Det drejer sig om spørgsmålene vedrørende hvordan 'bleerne' var blevet anskaffet og om hustruens søvnrytme var påvirket. Interviewene viste at det var selve udskrivelsen der fungerede dårligt vedrørende information, hvorfor spørgsmålet om information blev delt i to, et vedrørende information om selve operationen og et vedrørende informationen ved udskrivelsen.

Den undersøgte population afspejler et storbyområde, idet afdelingens optagelsesområde for denne gruppe patienter i den undersøgte periode var København og Københavns amt. Patienter udenfor storbyen har en tættere kontakt til deres praktiserende læge og vil måske ikke føle sig så usikre på, hvem de skulle kontakte i tilfælde af problemer. Selve arten og graden af komplikationer må dog forventes at være de samme. Urologisk afdeling, Frederiksberg Hospital er en af de urologiske afdelinger i Danmark, der foretager flest transurethrale prostata operationer. Afdelingens komplikationsfrekvens er på niveau med internationale opgørelser. Indenfor urologien er der et meget tæt nordisk samarbejde, således at udredningsprincipper og operationsmetoder er de samme.

Resultaterne fra undersøgelsen må forventes at kunne appliceres på storbyområder i de andre nordiske lande.

Diskussion af undersøgelsens resultat

Både interviewene og spørgeskemaresultaterne viser, at samlevere berøres af ægtefællens sygdom. I alle interview går det igen, at hustruen aktivt har taget del i ægtefællens sygdom og operation.

Resultatet af undersøgelsen som helhed kan opdeles i nedenstående problemområder.

Pårørende og behovet for hjælp og hjælpemidler

Det største postoperative problem er inkontinens, både hvad angår varighed og grad. Der findes ganske få undersøgelser om hvordan det går patienterne i den første periode efter udskrivelsen fra hospitalet og det har ikke været muligt at finde nogen, hvor det er partnerne, der er adspurgt. Puri R og kollegaer (35) foretog telefonopkald til 56 patienter fire uger efter TUR-P. De fandt at 59 % af patienterne stadig havde vandladningsproblemer, heraf var inkontinens og hyppig vandladning de største problemer. Der er imidlertid ingen angivelse af hvor stor en gene vandladningsproblemerne var for patienterne, lige som graden af inkontinens heller ikke er undersøgt. En anden svaghed ved denne artikel er, at det ikke fremgår om patienterne er urodynamisk udredt før der foretages TUR-P.

Det er kendt at der kan være umiddelbare vandladningsgener, hvilket er en årsag til at patienterne først får tid til den postoperative kontrol 3-6 måneder efter operationen. At de første 6 uger er præget af så mange gener kommer imidlertid som en overraskelse (36,37).

Hverken i den lægelige journal eller i sygeplejeturnalen er der nævnt noget om hvor mange af patienterne der var inkontinente ved udskrivelsen, kun syv patienter (9 %) fik bleer med hjem. Alligevel angiver 55 hustruer (79,7 %) at ægtefællen var inkontinent ved udskrivelsen og af disse er knap halvdelen inkontinente mere end fire uger, det svarer til at en tredjedel af patienterne er inkontinente seks uger efter operationen. Klinikken har i ambulatoriet et rum, hvori der er udstillet flere forskellige typer bleer, både til dag og nat. Patienterne kan få bleerne gratis, når det lægeligt vurderes at der er behov for dette hjælpemiddel. Derfor er det overraskende at 36 % af hustruerne enten selv har lavet 'bleer' eller selv har købt dem. Det kan skyldes dels manglende viden om graden af inkontinens efter TUR-P og dels at der ikke bruges nok tid på at udskrive patienterne.

At ægteparrene vælger at klare sig selv i stedet for at kontakte enten egne læge eller hospitalet kan forklares ved at inkontinens stadig er et tabu emne. Det er flovt at tisse i bukserne og mange mænd føler at det at bruge ble er som at blive spædbarn igen. Det er derfor typisk kvinderne, der tager initiativ til at reagere, hvis forløbet ikke går som forventet, de drager omsorg for ægtefællen, og det er dem der er kreative når ting skal løses.

En af hypoteserne før undersøgelsen startede, var at hurtig udskrivelse bevirkede at patienterne havde et øget forbrug af hjemmehjælp, hjemmesygepleje og madudbringning. Toogtyve hustruer (31,9 %) angiver at de som følge af operationen har haft ekstra arbejde i hjemmet, det er primært tøjvask, rengøring almindeligt omsorg og indkøb. Det er dog karakteristisk at de alle har villet klare det selv og kun én i de to undersøgelser (en af de interviewede) har som følge af ægtefællens operation fået hjemmehjælp.

Der er kun to, der har angivet, hvor megen ekstra tid de har brugt, formentlig er de funktioner der udføres så som tøjvask, madlavning, indkøb en så integreret del af dagligdagen at de ikke tænker over hvor lang tid det tager. De fleste er pensionerede og har som sådan tid nok, endvidere angiver nogle at det at man i dag har vaskemaskine er en stor lettelse. Disse kvinder tilhører en generation, der stadig kan huske, hvordan det var før moderne hjælpemidler, som for eksempel at vaskemaskine var naturligt at have i et hjem. En årsag til at den del af spørgeskemaet ikke er udfyldt, kan være at det har været for svært eksakt at huske hvor mange timer er blevet brugt ekstra uge for uge. Skal en sådan viden opnås, ville det være bedre hvis kvinderne havde skrevet dagbog lige fra udskrivelsestidspunktet og seks uger frem. Den metode blev fravalgt, idet det ville have bevirket en øget fokusering på ægtefællens komplikationer, og dermed kunne have givet en overrapportering.

Tyve hustruer (34,8 %) har haft påvirket nattesøvn i mere end to uger og 13 hustruer (18,8 %) har haft det i mere end fire uger. Sells og kollegaer (38) undersøgte hvor meget samlevere til mænd, der skulle behandles for forstørret prostata var påvirket af partnerens gener. De foretog både semi-strukturerede interviews og udsendte spørgeskemaer. I alt 105 personer indgik i undersøgelsen, hvoraf 15 blev interviewet. De fandt i interviewene at det der påvirkede partnerne mest var træthed som følge af afbrudt nattesøvn, når ægtefællen skulle på toilettet. Af de 90 personer som besvarede spørgeskemaet var der kun en som ikke var berørt af samleverens gener. Næsten to-tredjedele var bekymrede over om partneren havde prostata cancer og bekymrede for operationen, trods det at alle havde talt med en urolog, der dels havde fortalt om operationen og dels havde orienteret dem om at det drejede sig om en benign lidelse. Derudover var der påvirkning af det sociale liv så som problemer med at forlade hjemmet, fordi der skulle være et toilet i nærheden og partneren havde ikke lyst til at deltage i sociale arrangementer alene og endelig var der forstyrrelser i det seksuelle samliv. De fandt det vigtigt at samleveren deltager i konsultationerne omkring behandlingen.

Den aktuelle undersøgelse finder også at ægtefællens vandladningsproblemer i nogen grad påvirker parrets sociale liv, det gælder for 27 personer (39 %) i undersøgelsen. Det der hæmmer mest er, at bevægelsesmønsteret er relateret til hvor der er toiletter i nærheden. Det er den samme gene, der hæmmer mange mest inden operationen og at dette ikke bedres når operationen er udført, kan måske bidrage til usikkerheden om forløbet er i orden. Enkelte nævner at ægtefællen i den umiddelbare postoperative periode havde det værre end før de blev opereret.

Pårørende og information

Ordet usikkerhed går igen i interviewene. Hospitalet er den trygge base, men når man kommer hjem er man usikker. Usikker på om efterforløbet er normalt, hvornår det er tid til at reagere, hvem man skal kontakte.

For at undersøge hvordan den første postoperative tid i hjemmet oplevedes af henholdsvis nyopererede hjertepatienter og deres ægtefæller, udførte Davies (39,40) en spørgeskemaundersøgelse. Enogfyrre patienter og deres ægtefæller fik tilsendt et spørgeskema en uge efter udskrivelsen, og 45 fik det tilsendt seks uger efter udskrivelsen.

Patienter og ægtefælle fik hvert sit skema, skemaerne var dog ens fraset lidt ændring i ordvalgene. I alt 80,5 % returnerede spørgeskemaet efter en uge, 60 % returnerede det efter seks uger. Der var en tendens til, om end den ikke var statistisk signifikant, at patienterne var mere tilfredse med tidspunktet for udskrivelse end samleverne. Samleverne som returnerede skemaet efter seks uger var mere tilfredse, end dem der returnerede det efter en uge. Blandt patienterne var der ingen forskel. Samleverne følte sig alene og uden støtte, når de skulle tage ansvar for den nyligt udskrevne patient. De manglede information, hvorimod patienterne var mere tilfredse med den information de havde modtaget fra personalet.

Flere samlever efterlyste et 'panik telefonnummer', de kunne bruge ved behov.

Undersøgelsen må tages med et vist forbehold på grund af en relativt lav svarprocent efter seks uger. Desuden har forfatteren publiceret samme undersøgelse i to tidsskrifter og tallene er ikke helt ens.

Den usikkerhed som samleverne udtrykker i Davies' undersøgelse (39,40) genfindes også blandt de interviewede i vores undersøgelse og mange har benyttet sig af den åbne plads i spørgeskemaet til at skrive om usikkerhed ved efterforløbet og manglende viden om, hvordan det postoperative forløb ville være.

Pateman og Johnson (36) interviewede 13 mænd mellem 50 og 80 år om hvordan de oplevede resultatet en TUR-P. Interviewene blev foretaget tre måneder efter operationen, idet der på dette tidspunkt var en forventning om at de umiddelbare operations sequelae ville være væk. Seks mænd havde stadig vandladningsproblemer om end omfanget var mindsket. Det hospital de var udskrevet fra havde erstattet den tidligere rutinemæssige ambulante efterkontrol med et telefon check-up. Det fandtes tilfredsstillende for den gruppe af mænd, der ikke havde nogle postoperative gener, men andre følte sig i ingenmandsland mellem familielægen og hospitalet.

Den umiddelbare postoperative periode blev beskrevet som en periode med stor ængstelse som affødte et behov om støtte. I nogle af interviewene deltog også samleverne og en samlever gav udtryk for at de i den umiddelbare postoperative periode 'havde mange små problemer, som på dette tidspunkt syntes meget store'. Der var en usikkerhed om efterforløbet var normalt og hospitalets udskrivningspjece blev flittigt læst. Der var et ønske om en postoperativ 'hotline' til hospitalet. De fandt i deres studie

at der var et behov for et effektivt let tilgængeligt system, hvor patienterne kunne henvende sig ved problemer efter udskrivelsen. Der var en usikkerhed blandt patienterne om de kunne få den nødvendige hjælp og rådgivning hos deres familielæge, da der var tvivl om han eller hun havde den nødvendige erfaring og ekspertise lige indenfor dette område.

Vores undersøgelse viser også stor usikkerhed om efterforløbet er som det skal være. På trods af at alle de postoperative gener er nævnt i afdelingens pjece om operationen, er de fleste alligevel i tvivl om varigheden af generne. De fleste er indstillet på gener af kortere varighed, og når det strækker sig ud over flere uger efter udskrivelsen, bliver man i tvivl om alt er som det skal være. Af hustruerne finder 27,5 % at deres ægtefælle er blevet udskrevet for tidligt, flere i interviewet giver dog udtryk for, at det er mændene selv der ville hjem.

Flere fortæller hvordan de længe har gået og haft lyst til at få hjælp før de reagerer og oftest er det kvinderne, der enten selv kontakter eller presser ægtefællen til at kontakte sundhedsvæsenet. Blandt parrene er der 26 der ikke har kontaktet sundhedsfaglig ekspertise efter udskrivelsen og af disse havde ti en ambulans aftale til oplæring i at tømme blæren selv ved hjælp af et kateter eller en aftale om at få mundtligt histologisvar.

Flere af de interviewede i dette studie, ligesom det også er nævnt af flere i spørgeskemadelen af undersøgelsen, giver udtryk for at de har savnet klar besked om, hvor de kunne henvende sig ved problemer og hvor længe de måtte kontakte hospitalet. De fleste følte sig nogenlunde informeret omkring operationen. De fleste finder informationen omkring selve operationen god nok, hvorimod mange ikke finder, at der er givet tilstrækkelig information ved udskrivelsen, en del angiver ikke at have fået nogen information på dette tidspunkt.

Det understreger yderligere at selve forløbet omkring udskrivelsen ikke er godt nok. Den korte tid patienterne er indlagt stiller store krav til information, ligesom det er vigtigt at der er tid nok til at en sådan information kan gives og det sikres at den er forstået.

Afdelingens information og postoperative opfølgning

Urologisk Klinik har gennem årene arbejdet meget med effektive og korte patientforløb ud fra et ønske om at få undersøgt og behandlet så mange patienter som muligt indenfor et så kort tidsrum som muligt og dermed få nedbragt ventelisterne. For nogle år siden blev der i Danmark indført ventetidsgaranti, og kan afdelingerne ikke indenfor et givet tidsrum tilbyde patienterne tid til forundersøgelse og eventuel behandling, har patienterne ret til at blive henvist til private klinikker. Der er i disse år kommet flere steder, hvor der i privat regi opereres for forstørret prostata, således er presset på at opfylde ventetidsgarantien øget. Komprimeringen af forløb er dog også af hensyn til patienterne, som dermed undgår unødvendig spildtid i ambulatoriet ved at flere undersøgelser gøres færdig og de dermed kan komme hurtigere til operation. Der er gjort meget ud af information omkring udredning og planlægning af operation, og afdelingen har udarbejdet skriftligt informationsmateriale om næsten alle udredningsprocedurer samt om selve operationen.

Læger og sygeplejersker har ikke været vidende om at der er grænser for hvilken mængde information patienter og pårørende kan rumme. Alle patienter der skal prostata opereres får i ambulatoriet udleveret en pjece om operationen. Pjecerne er udarbejdet som hjælp til patienterne. Mængden af information i pjecerne afspejler også, at der fra sundhedsmyndighederne er et krav om at alle, der skal opereres, udover information om selve operationen også skal informeres om risikoen for komplikationer. Det bevirker at det udleverede materiale oftest bliver ganske omfattende og at det nok kan blive en sovepude for lægerne, idet blot materialet er udleveret, så er informationen givet. Der er ingen sikring af at informationen også er forstået.

Det kunne tyde på at de fleste sætter sig ind i selve operationen, men på dette tidspunkt har svært ved at forstå eller forholde sig til det postoperative forløb og derefter glemmer, at pjecen også indeholdt oplysninger om efterforløbet, samt oplysning om hvem der skal kontaktes ved problemer.

Udover at læger og sygeplejersker skal give en bedre mundtlig information, hvor patienterne også har mulighed for at stille spørgsmål, synes det nærliggende at der udarbejdes en pjece kun omhandlende det postoperative forløb. Denne pjece udleveres til patienterne ved udskrivelsen, og i den står et kontaktnummer til afdelingen. Det må i pjecen fremhæves, at afdelingen kan kontaktes ved problemer.

Brough og kollegaer (41) foretog en undersøgelse for at se om de kunne finde den mest effektive måde at følge patienter på efter TUR-P. Formålet var at finde den gruppe af patienter, der havde brug for ambulante kontroller efter operationen. De fandt at det var umuligt at identificere denne gruppe på basis af deres symptomer før operation og på udskrivelsestidspunktet. En urologisk sygeplejerske kontaktede patienterne telefonisk tre måneder efter operationen og de fandt at 25 % havde brug for follow-up på grund af vedvarende problemer, og de fandt endvidere at 32 % havde opsøgt deres familielæge i det tidsrum der var gået fra udskrivelsen til telefon kontakten, generne her var infektion og blødning. De fandt telefonscreening som et godt middel til at identificere de patienter der skal ses ambulant. Hvert telefonopkald tog 6,3 minutter.

I aktuelle undersøgelse er det heller ikke muligt at forudsige, hvem der har brug for efterkontrol. Der er ingen sammenhæng mellem alder, varighed af inkontinens, urinstop eller infektion og angivelse af for tidlig udskrivelse. Undersøgelsen viser dog, at udskrivningsforløbet ikke er optimalt. Afdelingen har ikke nok viden om patientens umiddelbare problemer. Informationen om anskaffelse af hjælpemidler er mangelfuld.

De patienter der får foretaget en prostataoperation er antalsmæssigt en stor gruppe, men på grund af det komprimerede udrednings- og operationsforløb får hverken læger eller sygeplejersker nær kontakt til disse patienter. Personalet har ikke mulighed for at få nært kendskab til hverken deres sociale forhold eller deres personlighed. En stor del af indlæggelsestiden er patienterne enten hjemme, idet de fleste vælger at sove hjemme natten før operationen eller de er på operationsbordet eller præget af anæstesi. Det er ikke på forhånd muligt at forudsige, hvem der får komplikationer efter operationen og på grund af presset på de kirurgiske afdelinger er det ikke realistisk at øge indlæggelsestiden. Derfor vil den mest oplagte løsning være en eller anden form for kontakt til patienten et vist tidsrum efter udskrivelsen. En mulighed vil være at lade en

sygeplejerske foretage et postoperativt opkald til patienten indenfor de første uger efter operationen. Det ville betyde at usikkerheden hos nogle forsvandt, samt bevirke at kontakten til dem, der havde behov for det blev sikret.

Endelig skal læger og sygeplejersker være bedre til at se hustruerne som en vigtig partner til patienten, forstået på den måde at det vil være en god ide om de, i den udstrækning det kan lade sig gøre, er med ved udskrivelsen.

Konklusion

Ovenstående undersøgelse har vist at patienterne efter TUR-P har langt flere vandladningsgener end hidtil har antaget. Hidtil har målet været at få patienterne udskrevet til eget hjem så hurtigt som muligt, og der har været meget lidt fokus på, hvordan patienterne har haft det efter udskrivelsen. For patienten og hans pårørende er tiden efter hjemsendelsen også vigtig. Undersøgelsen har givet vigtig information om arten og graden af de post operative gener. Vandladningsgener som præger patienternes og de pårørendes hverdag så meget, at urologer (kirurger) i fremtiden også bør forholde sig til hvordan patienterne har det efter udskrivelsen fra hospitalet. Undersøgelsen vil derfor søges publiceret internationalt. Der mangles viden om hvordan det går patienten i den umiddelbare postoperative fase, når de er udskrevet til eget hjem. Forhåbentlig vil denne undersøgelse inspirere til lignende undersøgelser både inden for urologien, men også indenfor andre kirurgiske specialer.

Urologisk Klinik, Frederiksberg Hospital vil på baggrund af ovenstående undersøgelse ændre informationsmaterialet, således at pjecerne omkring operationen bliver delt i to. Der vil blive fokuseret mere på udskrivningssamtalen, hvor det blandt andet skal sikres at patienterne ved hvem de skal kontakte ved vedvarende vandladningsproblemer efter operationen.

Muligheden af at etablere et system, hvor en sygeplejerske kontakter patienterne telefonisk nogle dage efter udskrivelsen overvejes.

Urologisk afdelings praksis til nu har været at fortælle patienterne, at de fleste symptomer er væk i løbet af tre til seks måneder. En mulighed er dog en mere aktiv behandling af de irriterende gener som inkontinens med hjælpemidler og medikamina.

På sigt ville det være optimalt hvis personalet i deres meget travle hverdag med mange patienter blev bedre til at skelne mellem de enkelte patienters behov, eventuel bedre til at finde grupper der havde behov for ekstra støtte for eksempel i form af lidt længere indlæggelsestid.

Referencer

1. Blandy J et Fowler C. Urology. United Kingdom: Blackwell Science ltd, 1996.
2. Hald T. Urodynamics in benign prostatic hyperplasia: a survey. Prostate Suppl 1989; 2:69-77.
3. Jensen KM. Clinical evaluation of routine urodynamic investigations in prostatism. Disputats. Copenhagen: University of Copenhagen. 1989.
4. Nørby B. New techniques in the treatment of benign prostatic hyperplasia: results of a randomised study of transurethral microwave thermotherapy, interstitial laser coagulation of the prostate and standard transurethral operation for symptomatic BPH. Ph.D. thesis. Aarhus: University of Aarhus. 2000.
5. Langwade J. The experience of early discharge after TURP. Prof Nurs 2000; 15: 758-60.
6. Sundhedsektoren i tal 2006. www.im.dk [2. januar 2006]
7. Garraway WM et al. High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community. Lancet 1991; 338:469-71.
8. Befolkningstal. www.dst.dk [13. februar 2006]
9. Health Statistics in the Nordic Countries 2003. www.nom-nos.dk [2005]
10. Dagkirurgi i Danmark, status og udviklingsmuligheder. København: Evalueringscenter for Sygehuse i samarbejde med Lisberg, 2000. Rapport nr. 5.
11. Sørbye T, Sexton HC, Busund R and Sørbye D. Predictors of satisfaction with surgical treatment. Int J Qual Health Care 2000; 1: 31-40.
12. Wilmore DW and Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. BMJ 2001; 332:473-76.
13. Klein EA et al. Managing quality of care and patient satisfaction with radical prostatectomy in the era of cost containment. Urology 1996; 48:269-76.
14. Pedersen FS. Hjem fra sygehuset på rekordtid efter en hofteoperation. Avisartikel. København: Berlingske Tidende 21.5.2004.
15. Health. <http://www.oecd.org> [12th October 2005]

16. The new NHS; Modern and dependable. NHS Executive Department of Health. London. Department of Health, 1997.
17. Stephen AE and Berger DL. Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accelerated clinical care pathway after elective colon resection. *Surgery* 2003; 133:3277-282.
18. Møller C. Hospitalization and convalescence following hysterectomy. Ph.D. thesis. Copenhagen: Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen. 2001
19. Knight MK et al. Subjective and objective comparison of critical care pathways for open donor nephrectomy. *J Urol* 2002; 167;6:2368-2371
20. Hedelin H, Holmäng S och Wiman L: Poliklinisk behandling af blåscancer – sänkta kostnader och nöjda patienter. *Nord Med* 1997;112:48-51.
21. Brote L et al. Prostatakirurgi. *Läkartidningen* 1994;94:1606-07.
22. Lazar HL et al. Early discharge after coronary artery bypass graft surgery: Are patients really going home earlier? *J Thoracic and Cardiovasc Surg* 2001; 121:943-950.
23. Clarke A and Rosen R. Length of stay. How short should hospital care be? *Eur J PublicHealth* 2001; 11:166-70.
24. Von Holstein CS et al. Kortvårdskirurgi eliminerer köer. *Läkartidningen* 1995; 92:3232-36.
25. Kehlet H. Acelererede operationsforløb. *Ugeskrif f Læger* 2001;163:420-424.
26. *Dagkirurgi*. Stockholm: Dagmar 50, 1992. Spirirapport 336.
27. Danmark, landet med de mange tilfredse patienter. *Ugeskr f Laeger* 2006;1:14-17
28. Dyhr L, Schmidt L. Interviewet som forskningsmetode. I Inga Marie Lunde og Pia Ramhøj, editors. *Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab*. København: Akademisk Forlag, 2001:154-168.
29. Bach Nielsen K-D, Lunde IM. Teoriens betydning I forskningsprocessen. I Inga Marie Lunde og Pia Ramhøj, editors. *Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab*. København: Akademisk Forlag, 2001: 75-99.
30. Giorgi A. The Phenomological Phsycology of learning and verbal learning tradition. In Giorgi A, editor. *Phenomenology and Phsyciological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press 1985: 23-85.
31. Karlsson G. *Psychological Qualitative Research of Phenomenological Perspective*. Stockholm: Almqvist og Wiksell International 1995.

32. Crombie IK and Davies HTO. Health service and science research. England: Wiley, 1996
33. Denzin NK. Sociological methods. New Youk: McGraw Hill, 1978.
34. Holstein B. Triangulering – metoderedskab og validitetsinstrument. In Linde IM og Ramhøj P, editors. Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab – kvalitative metoder. København: Akademisk Forlag, 1995: 329-38.
35. Puri R et al. How is follow-up after transurethral prostatectomy best performed? BJU Int 1999; 84:795-98.
36. Pateman B and Jonhson M. Men's lived experience following transurethral prostatectomy for benign prostatic hyperplasia. J Adv Nurs 2000; 31:51-58.
37. Gacci M et al. Urinary symptoms, quality of life and sexual function patients with benign prostatic hypertrophy before and after prostatectomy: a prospective study. BJU Int 2003; 91:196-200.
38. Sells H et al. The development and validation of a quality-of-life measure to assess partner morbidity in benign prostatic enlargement. BJU Int. 2000; 85:440-45.
39. Davies N. Patients' and cares' perception of factors influencing recovery after cardiac surgery. J Adv Nurs 2000; 32:318-26.
40. Carers' opinion and emotional responses following cardiac surgery: cardiac rehabilitation implications for critical care nurses. Intens and Crit Care Nurs 2000;16:66-75
41. Brough RJ et al. Identification of patients requiring out-patient follow-up after transurethral prostatectomy: is there a role for nurse-led screening of post-operative outcomes by telephone? BJU 1996;78:401-404.
42. Wagner L og Carslund AM. Kvinder og korttidsindæggelser – en kvalitiv evaluering af hysterektomerede kvinders og personalets erfaringer med accelereret regime. København:Universitetshospitalernes Center for Sygepleje og omsorgsforskning, 2002.
43. Hemlin Sven. Taking Qualitative methods seriously. Working paper. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 30 august 2002.

Ordliste

DRG: Et patientklassifikationssystem hvor patienterne på baggrund af diagnose og behandling samles i klinisk relevante grupper.

DRG-takster: Omkostningerne til behandling af de forskellige DRG-grupper er beregnes. Det er de takster de enkelte afdelinger kan tage, når de behandler patienter udenamts patienter. Taksterne bruges også som et styringsredskab til at måle den enkelte afdelings produktivitet,

Flowmeter: tragt hvorigennem man måler vandladningsmængden, hastigheden og tiden for den enkelte vandladning.

Hæmaturi: Blodig urin

Infravesical Obstruktion: Aflukning af de nedre urinveje

Inkontinens: Manglende evne til at holde på vandet, således at der er urin i underbenklæderne.

LUTS: Lower Urinary Tract Syndrome, vandladningsgener relateret til de nedre urinveje

Pollakisuri: hyppig vandladning

Prostata: Kirtel hos mænd, den er beliggende omkring urinrøret og vokser med alderen.

Prostata hypertrofi: Forstørret prostata.

Retrograd ejakulation: Sæden løber op i blæren.

TUR-P: Skrælning af prostata gennem urinrøret med elektroresektion.

Urge trang: Vandladningen skal foregå med det samme trangen er der

Urinretention: Urinstop, således at vandladningen helt stopper.

Urodynamisk undersøgelse: Undersøgelse hvor trykforholdene i blæren måles.

Bilag 1.

**Urologisk Klinik
Frederiksberg Hospital
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg**

Løbenr. _____

SPØRGESKEMA

Spørgeskema til pårørende til mænd som har gennemgået TUR-P (prostataoperation).

Alle spørgsmål bedes besvaret

Svarerne vil blive behandlet fortroligt.

Din alder _____ år

1. Har gener som følge prostataoperationen bevirket at I har kontaktet (antal gange bedes markeret med et kryds: Der kan sættes flere krydser).

a. Frederiksberg hospital, skadestue, afdeling U eller ambulatorium:

0 1 2 3 mere end 5 gange

b. En anden skadestue eller et andet hospital:

0 1 2 3 mere end 5 gange

c. Egen læge:

0 1 2 3 mere end 5 gange

d. Læge/ sygeplejerske i vores omgangskreds:

0 1 2 3 mere end 5 gange

2. Har din mand været utæt (inkontinent) efter operation?

Ja _____ Nej _____

Hvis ja til spørgsmål 2, bedes 2a. og 2b. besvaret.

2a. Hvor længe har din mand været utæt efter operationen?

Få dage efter

1-2 uger

3-4 uger

mere end 4 uger

2b. Hvor generende har det været for dig?

Ingen gene

Lidt generende

Moderat generende

Meget generende

3. Har din mand brugt bind/ ble efter operationen?

Ja _____ Nej _____

Hvis ja til spørgsmål 3, bedes 3a. og 3b. og 3c. besvaret.

3a. Hvor længe har din mand brugt ble/ bind efter operationen?

en uge efter

2 uger

3-4 uger

mere end 4 uger

3.b. Hvor mange bleer/bind har din mand brugt per dag i den periode han har brugt dem?

1-2 om dagen

3-4 om dagen

5-6 om dagen

mere end 6 om dagen

3c. Hvordan har I fået bleerne? (Der må gerne sættes mere end et kryds)

selv lavet nogle

selv købt dem

havde nogle liggende

fået dem fra kommunen

fået dem fra hospitalet

andet

4. Har der efter operationen været? (Der må gerne sættes mere end et kryds)

Blære betændelse ja _____ nej _____

Længerevarende blødning ja _____ nej _____

urinstop ja _____ nej _____

blærekateter problemer ja _____ nej _____

smertes ved vandladning ja _____ nej _____

bydende stærk
vandladningstrang ja_____ nej _____

5. Har du på grund af din mands vandladningsproblemer haft forstyrret nattesøvn (søvnrytme)?

ja_____ nej _____

hvis ja, hvor lang tid

få dage

1 uge

2 uger

3-4 uger

mere end 4 uger

6. Har I på grund af prostataoperationen fået hjælp i hjemmet?

ja_____ nej _____

7. Har jeres sociale liv været påvirket efter operationen?

ja_____ nej _____

hvis ja (der må gerne sættes mere end et kryds)

Ikke set andre mennesker

Set færre mennesker

Kun kunnet gå
hvor der var toiletter i nærheden

Ingen biograf eller teaterbesøg.

8. Har du som følge af din mands operation haft ekstra arbejde i hjemmet efter hans udskrivelse?

ja _____ nej _____

8a. Hvis ja, hvor mange timer per uge?

uge 1 _____

uge 2 _____

uge 3 _____

uge 4 _____

uge 5 _____

uge 6 _____

8b. Hvilke former for ekstra arbejde? (Der må gerne sættes mere end et kryds)

tøjvask

indkøb

rengøring

madlavning

ekstra omsorg

andet

9. Blev din mand efter din mening udskrevet

for tidligt

tilpas

for sent

ved ikke

hvis for tidligt, hvor længe synes du han skulle have været indlagt

yderligere _____ dage

10. Hvordan var afdelingens information omkring operationen.

Meget dårlig

Dårlig

God

Ikke fået nogen

Ved ikke

11. Hvordan var afdelingens information ved udskrivelsen, herunder også om forløbet efter udskrivelsen.

Meget dårlig

Dårlig

God

Ikke fået nogen

Ved ikke

Hvis du synes vores information omkring din mands operation var dårlig eller meget dårlig, prøv at nævne ting der manglede. Har du i øvrigt forslag til forbedringer eller andre kommentarer må du gerne skrive dem også.

Tak for hjælpen

Karin Mogensen

Afdelingslæge

Jens Duelund Jakobsen

Afdelingslæge

