



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2022-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	14-11-2022 09:00 CET	Termin:	2022 HØST
Sluttdato:	01-12-2022 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MKS591 1 O 2022 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	404
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	12475
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	5
Andre medlemmer i gruppen:	405

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Ja, Det dagkirurgiske forskningsprosjektet

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



MASTEROPPGAVE

Hvordan opplever pasienter som gjennomgår tåreveisoperasjon den postoperative fasen, og hvordan har de forberedt seg til operasjonen og tiden etterpå?

How do patients who go through dacryocystorhinostomy experience the postoperative phase, and how did they prepare themselves for the surgery and recovery?

Navn: Elisabeth Gjerde Svanevik & Isabella Christin Vedeler Cerda

Kandidatnummer: 404 & 405

MKS591

Høgskulen på Vestlandet/Master i klinisk sykepleie

Veileder: Grethe Myklestul Dåvøy

Innleveringsdato: 01.12.2022

Ord: 12 475

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

MKS591, Kandidatnummer 404 & 405, Innleveringsdato: 01.12.22

1.0 Forord

Gjennom videreutdanningen i klinisk sykepleie - operasjonssykepleie fikk vi høre om det dagkirurgiske forskningsprosjektet som utgår fra Høgskulen på Vestlandet og forskningsgruppen POPS (pasientopplevelse og pasientsikkerhet). Vi ble umiddelbart interessert i dette prosjektet, og vi ønsker å være med på å øke kunnskapen om dagkirurgi. Denne studien er en masteroppgave i klinisk sykepleie, og vi har samlet data om pasienter som gjennomgår tåreveisoperasjon i lokal anestesi.

Vi ønsker å takke våre respondenter for deres deltakelse i denne studien. Videre vil vi takke Louise Christine Sandø Løken og Stian Simonsen fra øyeavdelingen på universitetssykehuset, som har bidratt i rekrutteringen av respondenter til studien. Tusen takk til veilederen vår Grethe Dåvøy, for god hjelp og støtte i arbeidet med denne masteroppgaven. Til slutt må vi takke hverandre, våre familie og venner, og ikke minst våre samboere og barn som alle har vært veldig tålmodig i denne prosessen.

Abstrakt

Bakgrunn: Dagkirurgi blir brukt som behandlingsform i mer enn halvparten av all elektiv kirurgi. Mens det finnes mye litteratur og forskning som omhandler pasienters erfaring og opplevelse med dagkirurgi generelt, var det lite å finne om pasienters erfaringer med øyekirurgi og/eller tåreveisoperasjon gjort dagkirurgisk, og hvordan de erfarte inngrepet pre- og peroperativt, samt det å være ansvarlig for egenomsorg i rekonvalesensperioden.

Formål: Hensikten med denne studien er å beskrive hvordan pasienter som gjennomgår tåreveisoperasjon opplever den postoperative fasen, og hvordan de har forberedt seg til operasjonen og tiden etterpå. Vi ønsker å få et innblikk i hvilke behov disse pasientene har pre-, per- og postoperativt, hva som er utfordrende under rekonvalesensperioden og hvordan behandlingen og deres opplevelse kan bli bedre.

Metode: Metoden som er brukt i datainnsamlingen er en kvalitativ forskningsmetode, hvor vi har gjennomført semistrukturerte intervjuer med fire respondenter. De ble intervjuet 3-7 dager etter operasjonen. Intervjuene ble deretter transkribert og analysert.

Resultater: Funnene viser at de var dårlig forberedt både på selve operasjonen og rekonvalesensen, og tiden hjemme postoperativt var preget av usikkerhet. Å være våken under inngrepet satte dype spor i dem. Det virker som utfordringene er et resultat av at informasjonen har vært utilstrekkelig i alle ledd, mangel på informasjon viser seg derfor som en rød tråd gjennom hele studien. Selv om respondenten stort sett taklet egenomsorgen etter hjemkomst, var den ikke uten utfordringer.

Konklusjon: Vi ser et stort behov for forbedring når det gjelder formidling av informasjon og oppfølging av disse pasientene. De trenger spesifikk informasjon om forberedelser, selve inngrepet og den postoperative fasen. Dette kan være av vesentlig betydning for pasienters rekonvalesens hjemme etter dagkirurgi. Vi mener våre funn viser sier noe om hvilke behov denne spesifikke pasientgruppen har, men studien kan også belyse behovene til dagkirurgiske pasienter generelt.

Abstract

Background: Day surgery is used as a form of treatment in more than half of all elective surgery. Extensive literature and research is available surrounding patients' experience with day surgery in general. However, literature to describe how patients undergoing eye surgery and/or dacryocystorhinostomy in local anaesthesia experience the procedure pre- and postoperative, as well as being responsible for self care during the recovery period was limited.

Purpose: The aim of this study is to describe how patients undergoing dacryocystorhinostomy experience the postoperative phase, and how they prepared themselves for surgery and recovery. Our wish is to gain insight into the pre-, per- and postoperative needs of these individuals, note the challenges they had to overcome during the recovery and establish how treatment can be optimized.

Method: A qualitative method was used to collect data, we carried out a semi-structured interview with four respondents. The interview was conducted 3-7 days after surgery, they were later transcribed and analysed.

Results: The findings show that the respondents were poorly prepared for surgery and recovery, their postoperative time at home was challenging due to insecurity. Being awake during the procedure left them with emotional wounds. Although the respondents coped well with self-care at home, it was not without challenges. It seems like the challenges faced by these individuals is a result due to a lack of information, which is a key topic of the study.

Conclusion: There is room for improvement when it comes to distribution of information and follow-up of these patients. Specific information about preparations, the procedure, and the postoperative phase needs to be provided to this patient group. This can have a big impact on recovery after day surgery. We conclude that these findings inform us about the needs of this specific patient group, but the study can also clarify the needs of day surgery patients in general.

Innholdsfortegnelse

1.0 Forord	1
Abstrakt	2
Abstract	3
2.0 Innledning	7
2.1 Bakgrunn	7
2.2 Hensikt	7
2.3 Begrepsavklaring	7
2.3.1 Dagkirurgi	7
2.3.2 Egenpleie	8
2.3.3 Tåreveisoperasjon - TOTI	9
2.4 Teoretisk perspektiv - Florence Nightingale	10
2.5 Tidligere forskning	11
3.0 Problemstilling	15
4.0 Metode	16
4.1 Valg av metodisk tilnærming	16
4.2 Utvalg	16
4.3 Rekruttering	17
4.4 Gjennomføring av intervjuene	18
4.4.1 Intervjuguide	19

4.5 Datasamling.....	20
4.5.1 Transkripsjon	20
4.5.2 Analyse.....	21
5.0 Ethiske vurderinger	24
5.0 Presentasjon av funn	26
5.1 Informasjon om tåreveisoperasjonen og det som følger med var varierende	26
5.2 Hvordan forberedte respondentene seg på operasjonen, hjemreisen og rekonvalesensen hjemme	28
5.3 Opplevelsen av å være våken under et kirurgisk inngrep var i overkant	29
5.3.1 Samspill med operasjonspersonell	29
5.3.2 Smerter og ubehag peroperativt	30
5.4 Rekonvalesens i hjemmet	31
5.4.1 Smerter og ubehag hjemme	31
5.4.2 Ernæring, søvn og daglige aktiviteter	31
5.4.3 Egenpleie	31
6.0 Diskusjon	33
6.1 Informasjonen var utilstrekkelig	33
6.2 Usikkerhet var en belastning i rekonvalesensperioden	35
6.3 Å være våken under inngrepet satt dype spor hos respondentene.....	38
7.0 Metodediskusjon.....	42
8.0 Implikasjon for fremtidig praksis	45

9.0 Konklusjon	46
10.0 Referanseliste	47
11.0 Vedlegg	53
Vedlegg 1: Innkallingsbrev	53
Vedlegg 2: Pasientinformasjon etter tåreveisoperasjon	56
Vedlegg 3: Oversiktstabell over inkluderte artikler.....	57
Vedlegg 4: Informasjon om hovedprosjektet.....	64
Vedlegg 5: Informasjon om delprosjektet.....	66
Vedlegg 6: Samtykkeskjema.....	67
Vedlegg 7: Intervjuguide	68
Vedlegg 8: Godkjenning fra REK.....	69
Vedlegg 9: Godkjenning fra NSD	72
Vedlegg 10: Søknad til avdelingsledelsen	75

2.0 Innledning

2.1 Bakgrunn

Dette prosjektet er en del av det dagkirurgiske forskningsprosjektet som utgår fra Høgskulen på Vestlandet og forskningsgruppen POPS, ved prosjektleder Venke A. Johansen og daglig leder Petrin Eide, i samarbeid med dagkirurgiske enheter på sykehus i Helse Vest. Vår prosjektgruppe består av to masterstudenter og en veileder. Samarbeidspartnerne våre er øyeavdelingen på Universitetssykehuset og respondentene. Formålet med dette prosjektet er å få en økt forståelse for dagkirurgisk pasienters opplevelser av dagkirurgi, og erfaringer med egenbehandling i hjemmet postoperativt.

2.2 Hensikt

Vår hensikt med dette prosjektet er å belyse respondentenes subjektive opplevelse av å være dagkirurgiske pasienter som gjennomgår en ekstern tåreveisoperasjon. Vi vet lite om hvordan disse pasientene føler seg før, under og etter operasjonen. Vi er interessert i om informasjonen de får er tilstrekkelig, både pre-, per- og postoperativt, samt hvordan de opplever ansvar for sin egen rekonvalesens. Vi ønsker å få svar på dette gjennom kvalitative intervju. Intensjonen er å få et grunnlag for å kunne gjennomføre eventuelle forbedringstiltak med henblikk på situasjonen til denne pasientgruppen, blant annet via utvikling av sykepleiefaglige intervensjoner.

2.3 Begrepsavklaring

2.3.1 Dagkirurgi

Dagkirurgi defineres som planlagt kirurgi hvor pasientene blir skrevet ut samme dag som inngrepet. Pasienten blir behandlet med anestesilogiske medikamenter og overvåkes i en gitt periode i etterkant av inngrepet (Naalsund og Steen-Hansen, 2011, s. 449). Som oftest varer inngrepene under to timer, og oppholdet på postoperativ enhet er i de fleste tilfeller kortere enn fire timer (Kaasa, 2019, s. 94). Dagkirurgi omfatter inngrep av variabel størrelse, og skal ikke forveksles med begrep som "småkirurgi" eller "mindre kirurgiske inngrep" (Helse Vest, 2013).

I 2019 utgjorde dagkirurgi 70,6 % av alle planlagte kirurgiske inngrep. De fleste foretaksområdene hadde en vekst i andel dagkirurgi med 2,1 % fra 2016 til 2019 (Helsedirektoratet, 2021). Forskjellen mellom foretakene er påvirket av det enkelte foretaket sin kirurgiske funksjon, da noen har flere kirurgiske funksjoner hvor det er mer vanlig med dagkirurgi. Eksempler på dette er inngrep som gjøres i forbindelse med øyesykdommer og øre-, nese-, og halssykdommer (Helsedirektoratet, 2019).

I spesialisthelsetjenesten har det lenge vært et mål å øke bruken av dagbehandling, dette vil i de fleste tilfeller gi mindre bruk av ressurser. Økt bevissthet rundt effektivisering og kostnadsreduksjon i helsevesenet, samt fremskritt innen anestesilogisk og kirurgisk teknologi har ført til utviklingen innen bruk av dagkirurgi. Men en forutsetning for at dette skal kunne utføres, er at pasientens sikkerhet ivaretas og at hele forløpet gir en god kvalitetsmessig opplevelse for pasientene (Ræder & Nordentoft, 2010, s. 742). Når man skal vurdere om dagkirurgi er mulig for den enkelte pasient må man tenke på hele behandlingsløpet. Man må vurdere ut fra hver enkelt pasient. Man må stille seg spørsmål om denne spesifikke pasienten kan etter dette inngrepet forventes å kunne bli sendt hjem fra sykehuset og fungere trygt hjemme (Ræder & Nordentoft, 2010, s. 742).

2.3.2 Egenpleie

Vi tolker ordene egenpleie, egenomsorg og egenbehandling i samme betydning og det brukes om hverandre gjennom denne oppgaven. WHO definerer egenpleie som mennesket, familier og samfunn sin evne til å fremme og vedlikeholde helse, forhindre sykdom, samt håndtere sykdom og funksjonsnedsettelse med eller uten støtte fra helsepersonell. Dette inkluderer blant annet rehabilitering og selvmedisinering, samt ha kunnskap til å søke helsehjelp og vurdere når det er nødvendig. Dersom det er tilrettelagt for det kan egenpleie gi mennesker muligheten til å være aktiv deltakende i egen helse (World Health Organization, 2022). Egenpleie er å gjennomføre aktiviteter på egen hånd, med hensikt om å vedlikeholde liv, helse og velvære (Orem, 2021, s. 43). Egenpleie handler altså også om ernæring, ivaretagelse av personlig hygiene, gjennomføring av daglige aktiviteter og sosial deltakelse.

2.3.3 Tåreveisoperasjon - TOTI

Inngrepet prosjektet omhandler er ekstern tåreveisoperasjon. Pasienter vil bli henvist til dette av leger utenfor sykehuset ved helt tett tårekanal eller hvis tidligere oppstaking/sondering av trang kanal ikke har løst problemet. Når utredningen er gjort og pasienten er informert om inngrepet, vil pasienten settes i operasjonskø (Helse Bergen, 2020).

Pasientene får så et innkallingsbrev når de har fått operasjonstidspunkt. På dette informeres det blant annet om at operasjonen er poliklinisk og gjøres i lokal anestesi, det står også praktisk informasjon som at man skal reise hjem samme dag, men man kan ikke kjøre bil (vedlegg 1). Det gis beroligende Valium 20-30 minutter før operasjonen, evt. Sobril.

Pasienten får bedøvende dråper i begge øynene og lokal bedøvelse i nesen ved hjelp av spray og tøystrimmel, samt en peribulbær injeksjon ved nese og øye. Huden rundt øyet blir desinfisert og området rundt øye blir deretter dekket av en steril duk. Pasientene ligger i ryggeleie, og det er viktig at pasienten ligger rolig under operasjonen. Operasjonen skal ta cirka 1,5 timer (Helse Bergen, 2020).

Inngrepet startes ved at det lages et eksternt snitt i det mediale kanalområdet, det bores et hull gjennom nesebeinet, hullet utvides så med en beinavbiter. Deretter legges det en sonde inn i tåresekken, og neselimhinnen syes fast til tåresekken. Sonden føres gjennom den nye åpningen og ut gjennom nesen, og den skal ikke fjernes før stingene er absorbert (Mielcarek, 2019, s. 609). Etter operasjonen skal pasienten observeres i to timer.

Før pasienten drar hjem gis det et skriv om forholdsregler som må følges i rekonvalesensperioden. Her står det blant annet at pasientene må ikke snyte seg, kun dra slim inn og spytte, og unngå hard fysisk aktivitet i en ukes tid. Videre står det at pasientene bør sove med hodet høyt, og unngå varme drikker. Det står informasjon om at stingene fjernes etter ca. 7 dager, og at det kan enten gjøres hos egen fastlege eller ved øyeavdelingens poliklinikk. Nederst på skrivet står nummeret pasientene kan bruke ved spørsmål eller henvendelser (vedlegg 2).

2.4 Teoretisk perspektiv - Florence Nightingale

Florence Nightingale var en britisk sykepleier, og anses som grunnleggeren av den moderne sykepleie. Hun viet sitt liv til å lindre lidelse, forbedre usunne levevilkår for andre mennesker og var drevet av en trang til å hjelpe menneskeheten. Boken "Notes on nursing" gir oss en innsikt i hennes grunnleggende forståelse av sykdom og sykepleie. Et av hennes grunnleggende prinsipp er at sykdom er en gjenoppbyggende prosess, som ikke er nødvendigvis forbundet med lidelse (Nightingale 1995, s. 121).

Ifølge Nightingale (1997, s. 31) er symptomer og plager som følger med sykdommen, ofte ikke symptomer på selve sykdommen, men mangel på frisk luft, lys, varme, ro, renslighet eller nøyaktighet og omsorg i sammensetning av kosthold. Mangel på disse faktorene er helt avgjørende for at naturens helbredelsesprosess skal kunne lykkes, og kan føre til smerte, lidelse eller at det blir stans i hele prosessen (Nightingale, 1997, s. 32). Sykdommens utfall blir avgjort under denne prosessen, og kan hemmes av vår utilstrekkelige kunnskap eller oppmerksomhet. Ordet "sykepleie" blir brukt som mangel på et bedre, og innebærer riktig utnyttelse av f.eks. frisk luft (Nightingale, 1995, s. 121-122). Hun hevder også at god sykepleie er å sørge for at det som gjøres når du er til stede, også blir gjort når du ikke er der.

For pasientene er frykt, usikkerhet, venting, forventning, frykt for overraskelser noe som gjør mer vondt enn enhver form for anstrengelser (Nightingale, 1997, s. 73-77).

Nightingale tar også dette opp med pasienters særtrekk, at man som sykepleier må skille mellom pasientene. En pasient foretrekker stillhet, mens en annen foretrekker mye oppmerksomhet. Disse særtrekkene må observeres og tas mer hensyn til, dette for å tilpasse sykepleien til individet. God sykepleie å ta hensyn til de små tingene som er felles for pasientene, men samtidig ta hensyn til de tingene som er spesielt for hver enkelt pasient (Nightingale, 1997, s. 159).

Nightingale beskriver rekonvalesenstiden som en tid hvor kroppen er opptatt med å reparere det som er ødelagt. Hun sammenligner rekonvalesent med et barn, hvor hverken sinn eller kropp er helt som vanlig. Hun skriver at et hovedproblem under

rekonvalesenstiden kan være mangel på matlyst, noe som igjen kan komme av for lite luftforandring (Nightingale, 1997, s. 190). Det nevnes også at det finnes ulike grader og forløp av rekonvalesenstiden, slik som med sykdom. Hvordan man vender tilbake etter sykdom avhenger i nesten alle tilfeller av den pleien man får (Nightingale, 1997, s. 191).

2.5 Tidligere forskning

For å få en bedre forståelse har vi søkt etter tidligere forskning innen dagkirurgi og ekstern tåreveisoperasjon. Vi startet med både kvalitative og kvantitative artikler, da det viste seg å være lite kvalitativ forskning på ekstern tåreveisoperasjon gjort dagkirurgisk. I utgangspunktet ble søket avgrenset til å gjelde forskning de siste 10 årene, men relevante artikler eldre enn dette ble likevel inkludert. Vi brukte sjekkliste for å vurdere artiklernes kvalitet og resultatenes pålitelighet (Helsebiblioteket, 2021).

I søkning etter forskning på vårt tema har databasene Pubmed, Medline, Cinahl, Embase, Google Scholar og Cochrane blitt brukt. Vi søkte også etter spesifikke artikler med ORIA. Søkeord; dacryocystorhinostomy, eye surgery, ophthalmology, pain, intraoperative pain, local/regional anesthesia, day surgery, ambulatory surgery, patient satisfaction. Søkeordene ble i ulike kombinasjoner kombinert med AND og OR. Vi fant både kvantitative og kvalitative studier, samt litteraturstudier. Utvelgelsen av studier som vi har valgt å ta med er beskrevet systematisk i vedlegg 3.

Forskningen viser at dagkirurgi øker både nasjonalt og internasjonalt, det begrunnes med at det er trygt, effektivt og besparende. Studier viser at pasienter er fornøyd med dagkirurgi, da det sparer dem for tid på sykehuset. Tidspunktet for operasjonen må derimot være beleilig, og det må blant annet passe inn både i forhold til det sosiale og det økonomiske (Gilmartin & Wright, 2007, s. 189; Yu et al., 2014, s. 138). Dagkirurgi setter også krav til pasienter da de har eget ansvar for sin rekonvalesens (Dåvøy et al. 2017, s. 323; Jaensson et al. 2019, s. 2), noe som ikke er alltid like enkelt. Mangelfull informasjon, postoperative smerter og behandling av komplikasjoner er noen av problemene som nevnes i forhold til dagkirurgi (Bellani, 2008, s. 44; Yu et al., 2014, s. 134; Gilmartin & Wright, 2007, s. 189).

I flere studier kommer det frem at en av hovedproblemene med dagkirurgi er informasjon preoperativt. Funn i studien til både Rhodes et al. (2006, s. 179), Bellani (2008, s. 45) og Obuchowska og Konopinska (2021, s. 788) viser at preoperativ kontakt med pasient og pårørende spiller en stor rolle når det gjelder å redusere angst, og for å forbedre opplevelsen peroperativt. Manglende eller utilstrekkelig informasjon er en hovedgrunn til misnøye ved dagkirurgi skriver Bellani (2008, s. 45).

Obuchowska og Konopinska (2021, s. 788) og Rhodes et al. (2006, s. 182) skriver at man burde utføre en preoperativ samtale hvor man skal gi spesifikk og relevant informasjon, Bellani (2008, s. 45) foreslår å utlevere en brosjyre preoperativt. Informasjon preoperativt bør uansett omhandle smertebehandling, informasjon om inngrepet, postoperative komplikasjoner, plan og anbefalinger for utskrivelse (Rhodes et al., 2006, s. 182; Bellani, 2008, s. 45, Obuchowska & Konopinska, 2021, s. 788). En preoperativ samtale vil ha en positiv effekt ved å redusere angst, stress, frykt i forbindelse med inngrepet og vil gjøre den peroperative fasen bedre. Men informasjonsnivået, hvilken informasjon som skal gis og hvordan den tolkes varierer, og informasjonen må tilpasses hvert individ (Bellani, 2008, s. 45; Jaensson et al., 2019, s. 3; Rhodes et al., 2006, s. 182; Obuchowska & Konopinska, 2021, s. 788; McCloud et al., 2013, s. 1099). At informasjonen tolkes forskjellige av pasienter bekreftes i funnene til Dávøy et al. (2017, s. 319), som skriver at oppfatningen og forvaltningen av informasjonen som ble gitt før, under og etter inngrepet, viser betydelig variasjon mellom deres respondenter.

Dagkirurgiske pasienters postoperative problemer er forbundet med utilstrekkelig informasjon og forberedelser ifølge Costa (gjengitt av McCloud, 2012, s. 95). McCloud (2012, s. 95) skriver videre at dette også kan føre til preoperativ angst og påvirker deres tilfredshet med operasjonen. Beste tiltaket for å redusere angst er adekvat preoperativ informasjon og veiledning til pasienter (Obuchowska & Konopinska, 2021, s. 791). Tiden til disse forberedelsene er derimot begrenset grunnet den korte interaksjonen mellom pasient og sykepleier under dagkirurgi (McCloud, 2012, s. 95).

Vi kan i flere studier se at den mest smertefulle fasen under en tåreveisoperasjon er når det blir lagt et hull i nesebeinet, og man kan se at det er i denne fasen pasientene trenger mer

bedøvelse (McNab & Simmie, 2002, s. 271; Knezevic et al., 2011, s. 346; Khalid et al., 2015, s. 1174). Tåreveisoperasjon blir også assosiert med ubehagelige lyder (knekking av bein) og ubehagelige smaker (Knezevic et al., 2011, s. 346), dette er noe Dåvøy et al., (2017, s. 320) også finner i sin studie med bihuleoperasjoner. At de var våkne og kunne høre alt som skjedde, gjorde at lyder, lukter og fysiske bevegelser som trykk i ansiktet ble satt inn i en totalopplevelse. Smertene var altså ikke bare fysiske (Dåvøy et al., 2017, s. 320).

Men studien til Knezevic et al., 2011, s. 346) indikerer at det er generelt lite smerter og ubehag under tåreveisoperasjonen til tross for dette. Det skrives også at sedasjon kan være et tiltak for å lindre eventuell smerte, angst og frykt (Khalid et al., 2015, s. 1174; Obuchowska & Konopinska, 2021, s. 787). I McCloud et al. (2013) sin studie om lokal anestesi (retrobulbær anestesi) ser man at mange opplevde injeksjonen som overveldende og smertefull, og var angstpreget (McCloud et al., 2013, s. 1094). Flere opplevde betydelige smerter, og følte de kunne hatt behov for beroligende medikamenter. Når sedasjon ble brukt under injeksjon av lokal anestesi, var smerteopplevelsen og angsten betydelig mindre (McCloud et al., 2013, s. 1100). Noen studier nevner blant annet bruk av musikk, historiefortelling og distraksjoner som et tiltak for å redusere preoperativ angst (Gilmartin & Wright, 2007, s. 183; Obuchowski & Konopinska, 2021, s. 89).

Ubehaget og stresset på operasjonsstuen som pasienter opplever er ikke bare knyttet til de fysiske smertene, men også omgivelsene og personellet. Forskingen viser at faktorer som dekningen av kropp og hode/ansikt, kulden, lyden av utstyr og stresset personell påvirker pasienten negativt. Lydene, rommet og situasjonen som helhet vekket ubehag (Obuchowska og Konopinska 2021, s. 785; Dåvøy et al., 2017, s. 323). Når den personlige kontakten heller ikke er til stede, blir helhetsinntrykket en smertefull opplevelse (Dåvøy et al., 2017, s. 321). Sykepleierens oppmerksomhet, støtte, samt den fysiske og psykiske tilstedeværelse på deres premisser, uttrykker pasienter som en viktig del av det å komme gjennom et inngrep (Dåvøy et al., 2017, s. 321-324; Rhodes et al., 2006, s. 184; Gilmartin & Wright, 2007, s. 183). McCloud et al. (2013, s. 1096) skriver at kunnskap om pasientens preferanser og behov er et kjennetegn på pasientsentrert kvalitet. Å identifiserer og håndtere faktorer som kan påvirke pasienters postoperative rekonvalesens negativt må perioperativt helsepersonell læres opp til ifølge Jeansson et al. (2019, s. 5).

Å forbedre kommunikasjonsevner og ta tid å etablere et mellommenneskelig forhold mellom pasient og helsepersonell er nøkkelfaktorer for å forbedre pasientens oppfatning og tilfredshet med omsorg (Rhodes et al., 2006, s. 182), samtidig kan operasjonssykepleierens faglige kunnskaper og ferdigheter hjelper pasienten gjennom inngrepet (Dåvøy et al., 2017, s. 325).

To timer etter en tåreveisoperasjon forventes det at pasienten skal reise hjem, og ta ansvar for sin rekonvalesens videre. McCloud et al. (2012, s. 99) og Dåvøy et al. (2017, s. 321) skriver at å bli utskrevet til egenomsorg eller til ufaglærte pårørende etter kirurgi er en overveldende overgang. Utfordringene etter utskrivelse innebærer blant annet postoperativ smertelindring og utførelse av dagligdagse gjøremål. Respondenter opplevde det som vanskelig å få hjelp etter det kirurgiske inngrepet, og følte seg sårbare og hjelpetrengende (McCloud et al., 2012, s. 98-99; Dåvøy et al., 2017, s. 321-322). Ifølge McCloud et al. (2012, s. 102) er utfordringen for sykepleiere å utvikle effektive og enkle strategier som vil være vellykket i å forberede pasienter på kirurgi og egenomsorg. Den tilgjengelige tidsrammen man har i møte med pasientene er korte, men en unnlattelse av å møte ansvaret man har vil resultere i udekkede pasientbehov og negative erfaringer (McCloud et al., 2012, s. 102).

En eventuell oppfølging, enten i digital form eller en postoperativ kontroll kan øke pasienters følelse av sikkerhet, reduserer stress og hjelpe dem til å ikke føle seg alene med ansvaret etter dagkirurgi (Jeansson et al., 2019, s. 5; Obuchowska & Konopinska, 2021, s. 785). I studien til Dåvøy et al. (2017, s. 322) ser man at mange av respondentene hadde høy terskel for å ringe sykehuset selv, og de hadde følt seg tryggere hvis de hadde blitt oppringt.

Til tross for at tåreveisoperasjon under lokal anestesi fremstår smertefullt og ubehagelig, konkluderer flere studier med at teknikken som brukes er akseptabel. I McNab og Simmie (2002) sin studie skrives det at til tross for ubehaget fant alle deltakerne teknikken akseptabel. Det var ingen som sa i etterkant av operasjon at de ville foretrukket generell anestesi (McNab & Simmie, 2002, s. 271). Choi et al. (2017, s. 1) sin konklusjon er at endoskopisk tåreveisoperasjon under lokal anestesi er mer effektivt, nyttig og gjennomførbart enn under generell anestesi og 82,61 % av respondentene ville gjort inngrepet igjen under lokal anestesi (Choi et al., 2017, s. 5). I Knezevic et al. (2012) sin

studie om ekstern tåreveisoperasjon foretrakk 94 % av respondentene lokal anestesi fremfor generell anestesi (Knezevic et al., 2012, s. 267). Bengner (1992) konkluderer med at dagkirurgisk gjennomføring av ekstern DCR har en høy suksessrate og lav dødelighet, og at pasientenes tilfredshet er ekstremt høy (Bengner, 1992, s. 243 - 245). Derimot konkluderer Khalid et al. (2015, s. 1176) at ekstern tåreveisoperasjon under lokal anestesi med sedasjon er mer effektivt, og forbundet med mindre smerter enn uten sedasjon.

Forskningen viser at informasjon som gis er viktig, den må tilpasses det enkelte individ og deres aktuelle situasjon, samt gis på riktig tid. Smerter og ubehag under inngrepet kunne oppleves som overveldende, men i de fleste studier kommer det frem at inngrepet likevel er gjennomførbart. Sedasjon eller enkle tiltak som musikk kan være effektivt for å redusere eventuell smerte, angst og frykt. Vi ser at det kan være utfordrende med egenomsorg i etterkant av dagkirurgi. Pasienter opplever det som vanskelig å få hjelp av andre og terskelen er høy for å ringe sykehuset.

3.0 Problemstilling

«Hvordan opplever pasienter som gjennomgår tåreveisoperasjon den postoperative fasen, og hvordan har de forberedt seg til operasjonen og tiden etterpå?»

4.0 Metode

I dette kapitlet vil vi beskrive hvordan vi gjennomførte prosjektet og begrunne valgt metode. Det vil også redegjøres for utvalgsstrategi, datainnsamling og analyseprosessen.

4.1 Valg av metodisk tilnærming

I denne studien har vi valgt et kvalitativt design, da formålet med dette prosjektet er å få en bredere forståelse for pasienters opplevelse av å komme hjem samme dag som en har gjennomgått en tåreveisoperasjon. Kvalitative metoder kan brukes til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2018, s. 31). For å systematisk analysere dataene våre, har vi brukt Kristi Malterud's metode, systematisk tekstkondensering. Denne metoden er utviklet for å gi nybegynnere en enkel innføring i analyseprosessen, og hvordan den kan gjøres på en systematisk og overkommelige måte (Malterud, 2018, s. 97).

Da vi ønsket å få pasienters erfaringer og opplevelser valgte vi å bruke semistrukturerte individintervjuer. Når man vil hente frem erfaringer og refleksjoner som krever trygghet og ettertanke for å deles, velger man individualintervjuer. Dette vil gi respondentene tid og rom (Malterud, 2018, s. 133). Vi hadde på forhånd en intervjuguide tilhørende fellesprosjektet om dagkirurgi, som vi brukte som en veileder for å minne oss på temaene vi ønsket å snakke om, men samtidig ønsket vi at respondentene våre skulle få snakke så fritt som overhodet mulig. Vi var ute etter å skape en dialog som ga de en trygghet og fortrolighet. I følge Malterud (2018, s. 135) skal intervjuet foregå med et åpent sinn, men forskeren må holde på sin problemstilling. Ved å bruke intervjuguiden og gå gjennom de samme teamene med de ulike respondentene, kunne vi se gjentakende problemer/fellestrekk ved opplevelsen.

4.2 Utvalg

Våre respondenter har gjennomgått en tåreveisoperasjon i lokal anestesi som følge av tett tårekanal. For å få svar på vår problemstilling var vi avhengig av å få intervju personer som hadde gjennomgått tåreveisoperasjon dagkirurgisk og med hjemreise samme dag. Vi har fått

data fra totalt fire respondenter, og de er alle kvinner i aldersgruppen 35 til 95. Alle ble intervjuet innen 7. postoperative dag. Tre av fire respondenter ble intervjuet digitalt ved hjelp av telefonsamtale, Zoom eller Facetime. To av respondentene som hadde gjennomgått dette inngrepet i lokal anestesi tidligere, og dermed visste hva de gikk til. To av fire respondenter bodde alene, hvorav en mottok pleie og omsorgstjenester fra kommunen.

Inklusjonskriterier:

- Respondenten må ha gjennomført tåreveisoperasjon dagkirurgisk.
- Respondenten må være over 18 år.
- Respondenten må være samtykkekompetent.
- Respondenten må beherske norsk muntlig og skriftlig.

Eksklusjonskriterier:

- Innleggelse i etterkant av inngrepet.

Vi ønsket spesielt å se på pasientenes opplevelser med egenbehandling hjemme etter det dagkirurgiske inngrepet, samt hvordan de forberedte denne tiden. De som ble innlagt ble derfor ekskludert.

4.3 Rekruttering

Respondentene ble rekruttert gjennom to kontaktpersoner på øyeavdelingen ved universitetssykehuset. Ved oppmøte på operasjonsdagen ble respondentene presentert for studiet og fått forespørsel om deltakelse. Det ble gitt skriftlig informasjon om hovedprosjektet, delprosjektet og et samtykkeskjema (vedlegg 4; vedlegg 5; vedlegg 6). På samtykkeskjemaene oppga respondentene sin kontaktinformasjon, og skjemaene ble deretter hentet på øyeavdelingen og respondentene ble direkte kontaktet av forskerne.

Vi som forskere har ikke vært direkte involvert i rekrutteringen, dette for å unngå at respondentene skulle føle seg presset til å delta. Respondentene har hele veien blitt informert om at de når som helst kan trekke sin deltakelse fra prosjektet. Intervjuene ble gjennomført 3-7 dager etter operasjonen og varte fra 15-50 minutt. Initialt var tanken at vi skulle intervju respondentene i et egnet lokale på øyeavdelingen, men vi var forberedt på å

være fleksible og møte respondentene der de måtte ønske. Etter hvert så vi behovet for å bruke digitale verktøy som Zoom og Facetime, dette ble en nødvendighet fordi noen av intervjuene er blitt gjennomført i en tid hvor Covid-pandemien fortsatt påvirket hverdagen vår, og fysiske møter ble av flere grunner utfordrende å få gjennomført.

Dialogen med våre kontaktpersoner har vært god og vi har blitt oppdatert hele veien angående antall mulige kandidater. Deres tilbakemelding på hvorfor rekrutteringen gikk dårlig, var også at flere av pasientene hadde høy alder og mange forpliktelser i helsevesenet, noe som gjorde at de ikke ønsket å delta i prosjektet. En annen utfordring med rekrutteringen var at de legene som utfører tåreveisoperasjoner var i ulike permisjoner. Til slutt måtte vi avslutte rekruttering etter anmodning fra vår veileder.

4.4 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuguiden ble brukt under alle intervjuene. Da ingen av oss har tidligere erfaring med kvalitative forskningsintervju, ble intervjuguiden prøvd ut ved et pilotintervju av en bekjent som tidligere hadde gjennomgått et dagkirurgisk inngrep. Dette for å se hvordan vi ville bruke intervjuguiden, samt hvordan det var å lede et intervju samtidig som man skulle være åpen og la respondenten snakke fritt.

At respondentene føler seg ivaretatt og trygge er en forutsetning for et suksessfullt intervju og en god datainnsamling (Malterud, 2018, s. 69-70), vi ønsket å skape en atmosfære som gjorde det trygt for dem å dele av sine erfaringer og følelsene rundt dem (Polit og Beck, 2021, s. 513). Det gjorde vi ved først å introdusere oss for respondentene, gi en kort introduksjon av prosjektet og påminne dem deres rettigheter dersom de ønsker å trekke seg på et senere tidspunkt. Deretter småpratet vi litt, før vi i en naturlig overgang spurte om det var greit at vi tok på lydopptakeren.

Begge forskerne var til stede under tre av fire intervju. To intervju ble gjennomført over videosamtale, og ett ble gjennomført på kontor til respondenten med begge forskerne til stede. Ett intervju foregikk over telefon hvor kun en av forskerne var til stede. Vi som

forskere delte oss, slik at en hadde dialogen med respondent, og en tok notater og supplerte med eventuelle spørsmål. Alle intervjuene ble tatt opp ved hjelp av lydopptakere.

4.4.1 Intervjuguide

Intervjuguiden er utarbeidet gjennom hovedprosjektet om dagkirurgi (vedlegg 7), der tanken er at ulike pasientgrupper med ulike diagnoser skal intervjues i forhold til hvordan de opplever dagkirurgi og ansvaret som følger med. Intervjuguiden inkluderer fire spesifikke tema, hvert tema hadde flere stikkord som vi brukte som inspirasjon, og målet var å stille åpne spørsmål som gav oss utfyllende svar fra våre respondenter. Intervjuguiden ble som nevnt brukt veiledende, og som en ramme for hva vi skulle snakke om, men vi tillot likevel respondentene å snakke så fritt som overhodet mulig. Samtlige av våre respondenter var våken under inngrepet, og det ble fort tydelig at de hadde et behov for å snakke om tiden de lå på operasjonsbordet, og at denne tiden var utslagsgivende for deres opplevelse.

Tema 1 - Handler om hvordan respondentene forberedte seg på inngrepet, hvilken informasjon de fikk, om de søkte mer informasjon f.eks. via internett, og om de var godt nok informert. Hvilke forberedelser gjorde de i forbindelse med rengjøring, matinnkjøp og organisering av hjelp? Å stille spørsmål til hvilke forberedelser respondentene gjorde er relevant, da dette også kan fortelle oss noe om hvilken forståelse de har for hva dagkirurgi og en tåreveisoperasjon innebærer, om de er mentalt forberedt for det de skal gjennomgå, både før, under og etter kirurgien.

Tema 2 - Baserer seg på de første døgnene etter inngrepet, temaet dekker hjemreisen, søvn og ernæring, smerter og ubehag, opplevd stress og om de hadde utfordringer i forbindelse med hverdagslige aktiviteter og gjøremål. Åpne spørsmål innenfor dette temaet kan avdekke eventuelle problemer respondentene opplever postoperativt og i rekonvalesensperioden hjemme.

Tema 3 - Fokuserer på respondentenes behov for hjelp og støtte i rekonvalesensperioden, hvilke utfordringer de møtte på og hvordan de ble løst, hvem de har fått hjelp av og hvor mye. Vi ville få en innsikt i om det skjedde noe uforutsette eller om de av ulike grunner måtte kontakte øyeavdelingen i etterkant av inngrepet. Denne informasjonen kan si noe om

hvilke forutsetninger ulike individer har for å være kandidat for dagkirurgi, utfordringene vil sannsynligvis være ulike for eldre som bor alene enn for dem i arbeidsfør alder, som også kanskje har ansvar for små barn.

Tema 4 - Ber respondentene beskrive hvilken egenbehandling de har blitt anbefalt å utføre, og hvordan de håndterte det. Det inkluderte administrering av smertestillende, andre medikamenter som f.eks. øyedråper, hvordan de overholdt evt. forholdsregler og observasjoner av egen helsetilstand. Dette temaet er viktig for å beskrive hvordan respondentene våre faktisk opplevde det å ha ansvar for egen rekonvalesensperiode hjemme.

I tillegg så opplevde vi at det var et femte tema som gikk igjen under intervjuene, det handler om tiden på operasjonsbordet og hvordan de erfarte å være våken under inngrepet. Temaet åpenbarte seg for oss før det første intervjuet, men når respondentene i tillegg snakket uoppfordret om nettopp dette, gjorde vi et aktivt valg om å omfavne dette temaet i intervjuene. De beskriver interaksjonen med operasjonspersonell, samt hvordan de opplevde lydene, ubehaget og smertene underveis. Dette viste seg å være av signifikant betydning for deres opplevelse.

Før vi takker respondentene for samarbeidet og intervjuet avsluttes, gir vi respondentene muligheten til å bemerke eventuelle områder vi ikke har dekket, dette kan frembringe ny og viktig informasjon (Polit og Beck, 2021, s. 520).

4.5 Datasamling

4.5.1 Transkripsjon

Intervjuene ble fortløpende transkribert over til skriftlig form. Formålet med denne skriftliggjøringen av materialet er å fremstille det i en form som gir en optimal representasjon av det respondentene ville formidle til oss (Malterud, 2018, s. 78). Vi har transkribert intervjuene nøyaktig og ordrett, som ifølge Polit og Beck (2021, s. 534) er et kritisk steg for å sikre at data som skal analyseres er riktige. Vi har tatt med paralingvistiske fenomener som pauser og latter, for å gi et inntrykk av samhandlingen vi hadde med respondentene under intervjuet (Malterud, 2018, s. 81). Forskerne av denne oppgaven har

transkribert alt materialet selv, fordelene med dette er at vi har hatt en detaljert gjennomgang av det tidlige materialet (Malterud, 2018, s. 80, Polit og Beck, 2018, s. 535). Rekrutteringen av respondentene foregikk over en periode på 11 måneder, derfor kan det ha vært avgjørende for videre fremdrift at vi gjorde transkriberingen såpass detaljert fra start, det gjorde det enkelt å plukke opp arbeidet selv med lange pauser.

Analyseprosessen gikk fortløpende og parallelt med intervjuene, dette tillot oss å gjøre justeringer underveis som følge av erfaringene vi gjorde oss (Malterud, 2018, s. 97). Spesielt gjaldt dette kommentarer respondentene hadde i forbindelse med tiden de lå på operasjonsbordet.

4.5.2 Analyse

Etter transkribering startet vi analyseprosessen. Vi utførte en tverrgående analyse ved bruk av Malteruds systematiske tekstkondensering. Denne metoden skiller seg fra andre tverrgående analysemetoder, da den omfatter en spesifikk fremgangsmåte for kondensering og abstraheringen av data (Malterud, 2018, s. 96). Metoden forutsetter at forskeren først med et åpent sinn etablerer oversikt over materialet, med større og mindre grad av oppmerksomhet mot den enkelte respondentens historie (Malterud, 2018, s. 96).

Hvert trinn i den systematiske tekstkondenseringen ble fulgt ved analysering av intervjuene:

1. **Helhetsinntrykk:** I dette trinnet skulle vi gjøre oss kjent med materialet. Det gjorde vi ved å lese gjennom de transkriberte sidene gjentatte ganger slik at vi fikk et helhetsbilde. Utfordringen her var å sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme til side, uten å glemme problemstillingen vår. Dette må gjøres for å stille oss åpne for inntrykkene som materialet kan formidle ifølge Malterud (2018, s. 99). Dette trinnet utførte vi hver for oss, slik at vi ikke påvirket hverandre, men kunne danne hvert vårt helhetsinntrykk. Vi markerte alle setninger vi bet oss i merke ved lesingen, uten at vi ble for opphengt i disse. Under dette trinnet fant vi frem noen foreløpige temaer, dette var temaer som gjentok seg i teksten og intuitivt

vekket vår oppmerksomhet. For eksempel kom dette med informasjon eller mangel på informasjon tidlig til syne.

2. **Identifisering av meningsbærende enheter:** På dette trinnet skulle vi organisere den delen av materiale som vi skal studere nærmere, resten la vi til side. Dette utførte vi sammen. Vi sammenlignet teamene og funnene våre, og ble enige om 3 kodegrupper: informasjon, smerter og ubehag, og til slutt rekonvalesensen hjemme. Vi filtrerte så teksten vi hadde markert hver for oss, slik at vi satt igjen med det vi tenkte kunne belyse vår problemstilling. Dette kalles de meningsbærende enhetene, dette er tekst som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om ett eller flere av teamene vi pekte oss ut i første trinn (Malterud, 2018, s. 101). Deretter kodet vi de meningsbærende enhetene, som vil si at vi identifiserte og sorterte alle de meningsbærende enhetene i teksten. Kodeprosessen for oss foregikk fysisk og materielt, teksten vi hadde markert hver for oss ble klippet ut, før vi gikk igjennom og kodet teksten vi ble enig om.

3. **Kondensering:** I tredje trinnet skulle vi adskille den sorterte informasjonen som vi hadde etablert i andre analysetrinn. Man skal systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen (Malterud, 2018, s. 105). Det ble dannet subgrupper sammen, og deretter et kondensat som skulle gjenfortelle og sammenfatte det som befant seg i subgruppen. Eksempel: *“Jeg var våken hele tiden, 3,5 time tok det og jeg har fått med meg alt, fordi de sto og snakket. Det var ikke en god følelse”* gikk under subgruppen “samspill med operasjonspersonell” under kodegruppen “opplevelsen av å være våken under et kirurgisk inngrep var i overkant”. Kodegruppene våre ble justert flere ganger gjennom prosessen.

4. **Syntese og sammenfatning:** Her var målet å rekontekstualisere, som vil si å sette sammen funnene våre til en helhet som kan deles med andre. Vi samarbeidet om en analytisk tekst som skulle formidle sammenfatningen fra flere av intervjuene, og fant gullsiter som kunne konkretisere funnene. Til slutt rekontekstualiserte vi funnene våre opp mot det empiriske materiale. Funnene må valideres ved at man leser

gjennom de opprinnelige utskriftene for å bli minnet på hva som ble sagt (Malterud, 2018, s. 110).

5.0 Etiske vurderinger

Det er gjort en rekke etiske vurderinger i denne studien, og gjennom helseforskningsloven (2008, § 5) er vi forpliktet å utøve forsvarlig forskning, hvor personvernmessige forhold skal ivaretas, og respondentenes velferd og integritet kommer først. I Helseforskningsloven (2008, § 9) stilles det krav til at forskningsprosjektet behandles av Regional Komite for medisinsk forskningsetikk (REK). Studien er godkjent av REK (vedlegg 8), Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg 9) og utført i tråd med Helsinkideklarasjonen.

Helsinkideklarasjonen er etiske retningslinjer som har etablert en standard for hvordan medisinsk forskning skal utføres (Ruyter et al., 2014, s. 211).

Før vi kunne starte rekrutteringen av respondenter, måtte vi søke om godkjenning hos den aktuelle øyeavdelingen på universitetssykehuset, den inkluderte et eget skriv til avdelingsledelsen, avdelingsoverlege og avdelingssykepleier (vedlegg 10). Søknaden er godkjent av forskningsansvarlig på øyeavdelingen.

Respondentene i denne studien har i henhold til helseforskningsloven (2008, § 13) gitt samtykke som bygger på spesifikk informasjon om det konkrete forskningsprosjektet. På operasjonsdagen ble skriftlige samtykke og respondentenes kontaktinformasjon samlet inn via vår kontaktperson på øyeavdelingen, opplysningene ble så overlevert til oss og vi kunne da ta kontakt med respondentene selv. Deltakerne har gjentatte ganger blitt informert om at de når som helst kan trekke tilbake samtykke, og som Malterud (2018, s. 214) bemerker viktigheten av, har det hele tiden vært en forutsetning at respondentene kan kreve å få det innsamlede materialet slettet.

Kvalitative data vil inkludere våre respondenters erfaringer, opplevelser og tanker om hvordan det var å gjennomgå en tåreveisoperasjon som dagkirurgisk pasient. Forskerne har arbeidet for at respondentene skal føle seg trygge på at de ikke kan identifiseres, og at personvern og anonymitet blir ivaretatt (Malterud, 2018, s. 214). Respondentene er informert om at personlig informasjon ikke vil komme med i vår studie, og at hver av dem har fått tildelt en kode som blir brukt istedenfor navn, for å sikre deres anonymitet.

Respondentenes personvern skal ivaretas (Polit og Beck, 2021, s. 141), og alt innsamlet data vil bli oppbevart trygt i HVL sin forskningsdatabase.

Etiske vurderinger har vært en nødvendighet i denne studien. I kvalitative studier er det ofte en forutsetning med gjensidig tillit og respekt mellom forsker og respondent (Malterud, 2018, s. 212), vi har vært bevisst på vår bakgrunn som sykepleiere, og våre respondenter er blitt møtt på en hensynsfull og empatisk måte. Vi har måtte være forberedt på at intervjuet kunne utløse sterke følelser hos respondentene (Polit og Beck, 2021, s. 520), og gjennom hovedprosjektet har vi hatt en psykolog tilgjengelig dersom det viste seg at respondentene hadde behov for hjelp og støtte. Vi har underveis vært forberedt på å hjelpe respondenten med å kontakte behandlingsinstitusjonen dersom det viste seg at de hadde problemer i rekonvalesensperioden.

5.0 Presentasjon av funn

Selv om vi bare fikk intervjuet fire pasienter, har vi noen tankevekkende funn å frembringe. Ikke alt blir presentert, men hoved essensen og hovedresultatene slik vi ser det, er analysert frem i fire hovedkategorier. Først vil vi si litt om informasjonen respondentene fikk, og hvilken betydning det hadde for deres forløp. Deretter vil vi si litt om hvordan respondentene forberedte seg til inngrepet, og på det de skulle gjennom før, under og etter operasjonen. Så vil vi presentere deres opplevelser av det å være våken under et inngrep. Til slutt vil vi beskrive den postoperative perioden, og hvordan de opplevde å selv ha hovedansvar for rekonvalesensen hjemme.

Informasjon, eller mangel på det, er et gjennomgående tema i denne oppgaven. Selv om vi har et eget avsnitt på dette, vil temaet forekomme som en rød tråd gjennom hele dette kapitlet.

5.1 Informasjon om tåreveisoperasjonen og det som følger med var varierende

Et felles inntrykk av informasjonen de fikk på forhånd, både i forhold til hva de skulle klargjøre hjemme, tiden på sykehuset og tiden etter hjemkomst var at den ikke stod helt i forhold til hva respondentene opplevde og hadde behov for. Informasjonen som ble gitt var også varierende, noen fikk innkallingsbrev, andre ble innkalt på kort varsel på grunn av en strykning i operasjonsprogrammet. Av fire respondenter var det to som hadde vært gjennom samme inngrep tidligere, de visste dermed litt om hva de gikk til. De kunne blant annet fortelle at de gruet seg til inngrepet på grunn av tidligere erfaringer, både operasjonen og tiden etterpå kunne være krevende. Som en av dem så fint sa: *“Ja, jeg visste veldig godt hva jeg gikk til. Det var ikke kjekt”* (direkte sitat).

Flere av respondentene beskriver overraskelsesmomenter, for selv om de hadde noe informasjon, var det overraskende mye som kom uventet. Deler av informasjonen kunne være misvisende, og hadde informasjonen vært bedre både muntlig og skriftlig, så kunne mengden problemer vært redusert eller imøtekommet på en bedre måte. Helt konkret ble de informert om hvordan de skulle komme seg til og fra sykehuset, at de ikke kunne kjøre bil selv den dagen, at de ikke måtte ha sminke på, og at de måtte være forberedt på en ukes

sykemelding. Men den totale informasjonen gav ikke et helhetlig bilde av hva de hadde i vente.

Kanskje var det troen på at dette bare skulle være et enkelt dagkirurgisk inngrep, som gjorde at ingen av respondentene søkte etter informasjon på internett i forkant av inngrepet. En respondent gjorde imidlertid dette etter inngrepet fordi hun tenkte: *“Hva i svarte er det jeg har vært med på?”* (direkte sitat).

Det sykepleierne på preoperativ sengepost trodde respondentene var informert om var ikke overensstemmende med virkeligheten. Det kan virke som en forberedende samtale før tåreveisoperasjon skal være en del av rutinen, men ved spørsmål om dette ble en respondent gjort oppmerksom på at det ikke var noe hun hadde vært med på, og siste kontakt med behandler var ca. 10 måneder før operasjonen. Tilsynelatende var det ingen av respondentene som hadde vært til en forberedende samtale, slik sykepleieren trodde.

Det er et stort gap mellom liv og lære, det vil si mellom pasientens forventninger til hva som skal skje, og den virkelige opplevelsen som til dels kommer svært overraskende på dem. Selv om pasientene ble godt mottatt på sykehuset, ble forestillingen om det de skulle gjennom og det som faktisk skjedde, en kontrastfylt hendelse. For som en sa: *“Jeg hadde ikke peiling, jeg tenkte dette var en sånn dag-greie, at du bare går inn, også to sekunder så er du ute igjen”* (direkte sitat). Forståelsen av at dagkirurgi er fort gjort, og uten særlige plager eller ettervirkninger, ble allerede ved utlevering av sykehusklær og innlegging av venekanyler en realitetsorientering noen ikke var forberedt på. Plutselig var det en alvorlighet i situasjonen som de ikke hadde forutsett.

Mangel på nøyaktig informasjon gjorde den postoperative fasen vanskeligere. Etter inngrepet fikk respondentene et generelt skriv om hvordan de skulle opptre de neste døgnene, blant annet skulle de unngå varme drikker, unngå fysisk aktivitet, holde hodet hevet, ikke snyte seg ut av nesen og ikke kjøre bil. De individuelle behovene uteble og informasjonen var forvirrende for flere, spesielt tidsaspektet på disse forholdsreglene. Noen overholdt forholdsreglene i flere døgn, og en respondent sov i en stol i tre netter. Om dette ble gjort for å være på den sikre siden vites ikke sikkert i alle tilfellene, men det kan tolkes

slik da informasjon som ble gitt opplevdes som uklar. Flere respondenter gav uttrykk for usikkerhet rundt dette med å kunne snyte seg, da de beskriver en uklar forståelse av informasjonen. De var usikre på om de kunne dra slimet nedover eller snyte seg utover, dette fordi det sto en ting skriftlig mens det ble sagt noe annet muntlig. Når en av dem stilte spørsmål om dette postoperativt, fikk hun lite hjelp til å løse problemet, og fikk beskjed om at hun ikke burde gjøre noen av delene. Tettheten i nesen og behovet for å snyte seg var det flere respondenter som opplevde som mest ubehagelig, de etterspurte mer presis informasjon rundt dette og sa blant annet: *“Informasjon om hva man kunne oppleve i dagene etter operasjonen var ikke god nok, og de undervurderte litt hvor ubehagelig det var”* (kondensat).

5.2 Hvordan forberedte respondentene seg på operasjonen, hjemreisen og rekonvalesensen hjemme

Det kan virke som at behovet for å tilrettelegge hjemme var veldig ulikt hos respondentene. Noen hadde hyppige tilsyn av pårørende, enten fordi de bodde sammen eller fordi de av andre grunner var mye til stede, som resulterte i at de hadde lite eller ingen behov for å gjøre forberedelser. Men de av respondentene som bodde alene opplevde dette annerledes.

En av de respondentene som hadde vært gjennom samme operasjon tidligere gjorde noen forberedelser, som å handle og skifte på sengen, fordi som hun sa: *“Jeg tenkte jo at jeg nå kom til å bli liggende kanskje en uke”* (direkte sitat). Det var rett og slett mer utfordrende enn forventet å skulle utføre gjøremål i og utenfor huset de første dagene etter inngrepet, og dette ble veldig tydelig hos den av respondentene som hadde ansvar for barn alene, hun sa: *“Jeg var helt på tryne i forhold til forberedelser, for jeg hadde ikke peiling på hva jeg gikk til”* (direkte sitat). Det hele resulterte i at respondenten måtte mobilisere hjelp både til barnepass, handling og matlaging etter hun kom hjem fra sykehuset.

Etter ca. to timer begynte noen å kjenne litt på smerter og ubehag, mens andre følte seg relativt bra. Postoperativt ble behovet for ro og hvile utfordret når det var tid for hjemreise. Alle reiste hjem i bil, det innebar for noen kjøring i kø og ubehag når bilen ristet. Hjemreisen opplevdes som slitsom for noen av respondentene, spesielt for den som hadde lengst

reisevei. En respondent gav også uttrykk for at hun ikke følte seg trygg på å reise hjem to timer etter en slik operasjon, hun skulle gjerne overnattet en natt på sykehuset.

5.3 Opplevelsen av å være våken under et kirurgisk inngrep var i overkant

Selv om respondentene hovedsakelig skulle svare på spørsmål om hvordan de forberedte seg til tåreveisoperasjonen og rekonvalesensperioden hjemme, var alle opptatt av å fortelle om tiden på operasjonsbordet. En tåreveisoperasjon, som ble sett på som helt ufarlig, viste seg å være både smertefullt og krevende.

5.3.1 Samspill med operasjonspersonell

Å være våken under et kirurgisk inngrep var en spesiell opplevelse. På den ene siden er du midtpunktet, der du blir snakket til og er et fokus for dem som er til stede, men det ble også beskrevet som ubehagelig når du ikke blir snakket til, men heller om. Det ble tilfellet når det foregikk opplæring på operasjonsstuen, med respondenten som kasus og uten at respondenten ble informert om det i forkant, det opplevdes som svært belastende: *“Jeg var våken hele tiden, 3,5 time tok det og jeg har fått med meg alt, fordi de sto og snakket. Det var ikke en god følelse”* (kondensat). De andre respondentene hadde ikke hatt samme opplevelse, men forteller derimot at de ble fortalt hva som ble gjort til enhver tid og at de selv også stilte spørsmål. Alle forteller om hyggelig operasjonspersonell.

Operasjonssykepleierne la merke til når pasientene hadde det smertefullt peroperativt og når det var tydelig at en av respondentene hadde en opplevelse som var litt i overkant. Dette viste de ved berøring, hender å holde i eller en klem på slutten av operasjonen.

Alle respondentene var våken under operasjonen, og det kommer tydelig frem at kommunikasjonsbehovet i en slik situasjon er individuelt. To av respondentene hadde noe å si om dette; en av dem opplevde trivielle samtaler med og mellom operasjonssykepleierne som en distraksjon, som fjernet fokus fra det som foregikk og det hadde en positiv effekt på hele opplevelsen. Den andre respondenten var på grunn av tidligere erfaringer bekymret for at hun skulle snakke for mye underveis, det hadde vært ubehagelig å tenke på i etterkant og det gjorde henne i utgangspunktet restriktiv til å få gjennomført denne operasjonen.

5.3.2 Smerter og ubehag peroperativt

Alle de fire respondentene ville uoppfordret beskrive inngrepet detaljert, og det ble beskrevet av respondentene som krevende og smertefullt. Noe av det vi ser var utfordrende ved inngrepet var å få bedøvelse, og det å få nok bedøvelse. Selv om bedøvelsen virket, var det nødvendig med påfyll i de fleste tilfellene, og når operasjonstiden trakk ut var det behov for å etterspørre mer bedøvelse gjentatte ganger. Det skulle altså ikke være smertefullt, men det var det, og det å sette bedøvelsen var også en del av smerteopplevelsen: «*det var forferdelig vondt å få bedøvelsen*» (direkte sitat).

Opplevelsen av smerter var todelt. Den fysiske smerten var vond, men det var også ubehaget med lyden som kom når de lager hull i nesebeinet. Flere forklarte dette som knaselyder som igjen kunne minne om lydene som kommer når du knekker bein på en grillt kylling. Det var groteske lyder som gav ubehagelige assosiasjoner. Dette beskrev en av respondentene som så plagsomt at det var på grensen til hva som skal kunne tolereres i våken tilstand, flere mente dette inngrepet burde vært gjort i narkose. Selv ikke beroligende medikamenter hadde noen funksjon her, som en av dem sa: «*jeg fikk noe beroligende, som jeg ikke følte beroliget meg i det hele tatt*» (direkte sitat). En respondent nevner at å høre på musikk eller podkast kunne ha gitt henne: “*noe annet å tenke på, enn at noen holder på å rive i stykker skjelettet mitt, eller skallen min*” (direkte sitat).

Hele opplevelsen var så traumatiserende for en av respondentene at hun fikk mareritt i etterkant av inngrepet, hun uttrykte seg slik: “*Om natten, så ser jeg for meg; gud, tåreposen, den klippet de og de måtte få ut alle beinsplintene sto de og snakket om*” (direkte sitat). Marerittene fulgte respondenten i flere dager, og kom av alle detaljene hun fikk med seg peroperativt. Respondenten fortalte at dersom dette var første gang hun hadde gjennomførte inngrepet, hadde hun ikke gjort det igjen. Hun fraråder alle å ta denne operasjonen i våken tilstand, og oppfordrer til å be om narkose, hun sier: “*Jeg synes ikke det er riktig overfor folk, å gjøre det på den måten*” (direkte sitat).

5.4 Rekonvalesens i hjemmet

5.4.1 Smerter og ubehag hjemme

Noen respondenter fikk blåmerker rundt øynene postoperativt, dette kunne være sjenerende i offentligheten. Flere av respondentene opplevde å ha smerter i nesen etter inngrepet, også hodepine og smerter nedover i tennene ble nevnt. Men smertene var overkommelig, og effekten av Paracet var god. Det som utmerket seg hos flere var også følelsen av at nesen var tett, og at det var ufattelig ubehagelig å ikke kunne snyte seg, dette var ikke noe Paracet kunne gjøre noe med. Noen av respondentene gav også uttrykk for at de var psykisk utslitt etter operasjonen og opplevelsene som fulgte med.

5.4.2 Ernæring, søvn og daglige aktiviteter

Halvparten av respondentene meldte om dårlig matlyst, men de fikk i seg mat. De prioriterte imidlertid ikke å lage mat, fordi de ikke orket, så de spiste enkel mat som brødskiver.

Ingen beskrev søvn som et stort problem, men at de måtte sove med hodet hevet kunne være utfordrende og som nevnt var det en av respondentene som sov tre netter i en stol. Det som utpekte seg spesielt i forbindelse med søvnen, var respondenten som hadde mareritt om hva som hadde foregått på operasjonsstuen.

De fleste respondentene fikk hjelp i rekonvalesensperioden hjemme, enten det var til handling, matlaging, enkelt husarbeid, ivaretagelse og levering av barn eller til drypping av øyne. Noen bemerket at det ikke nødvendigvis var fordi de måtte ha hjelp, men at det var til stor hjelp slik at de kunne ta det litt med ro.

5.4.3 Egenpleie

Alle mente det var overkommelig å overholde de forholdsreglene de hadde fått. De måtte dryppe øynene flere ganger om dagen, som for de «friske» var uproblematisk, men en av respondentene måtte imidlertid ha hjelp til dette fra hjemmesykepleien. Utfordringen knyttet til det var at hjemmesykepleien ikke kom til oppsatt tid, og respondenten var

opptatt av at dryppingen skulle foregå slik hun hadde fått beskjed om, samt at det ikke skulle gå utover søvnen hennes. Når det ikke skjedde som planlagt måtte hun ringe på alarmen flere ganger.

En respondent tok kontakt med helsevesenet grunnet usikkerhet rundt noe som stakk ut av operasjonssåret, som viste seg å være drenet hun hadde fått satt inn. Hun blødde også en del fra nesen og var usikker på hvor mye blødning som var akseptabelt og måtte derfor kontakte øyeavdelingen for å avklare dette, men som hun sa: *“det satt litt langt inne å ringe, det gjorde det”* (direkte sitat).

Helhetsinntrykket fra alle respondentene som har gjennomgått tåreveisoperasjonen dagkirurgisk viser at informasjonen de har fått om nødvendige forberedelser, selve inngrepet og rekonvalesensen etterpå ikke er god nok. De beskriver også selve inngrepet som krevende å gjennomføre i våken tilstand, selv om veiledningen av helsepersonell underveis er generelt god. Tiden hjemme har gått greit for de fleste, og de har fått litt hjelp. De har likevel hatt utfordringer med hodepine, nesetetthet og blødning.

6.0 Diskusjon

6.1 Informasjonen var utilstrekkelig

Studiens funn viser at informasjonen respondentene fikk ikke var god nok. Det var ikke alle respondentene som fikk innkallingsbrev en gang, og det virker som brevet dreier seg om øyekirurgi på et generelt grunnlag og gir ingen spesifikk informasjon om tåreveisoperasjon. Respondentene hadde organisert transport til og fra sykehuset, men utover dette var de lite forberedt på det de skulle gjennom. Utilstrekkelig informasjon i forbindelse med dagkirurgi er gjenganger i flere studier (Bellani, 2008, s. 45; Rhodes, 2006, s. 184), og det viser seg å være en av hovedgrunnene til misnøye (Bellani, 2008, s. 45), slik også våre respondenter gav uttrykk for.

Det kan virke som vi i dagens helsevesen tar for gitt at vi har med opplyste pasienter å gjøre, bare fordi informasjonen er gjort tilgjengelig for alle på internett betyr det ikke at pasientene oppsøker den. Empirien vår bekrefter ikke det som hevdes i Stortingsmelding 47; at pasientene er medvirkende i større grad enn tidligere, og at dette kan relateres til at de har fått tilgang til kunnskap via internett (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 51). Ingen av respondentene våre søkte om ytterligere informasjon på internett i forkant, det kommer nok av at noen ikke har kompetansen til å navigere seg rundt på internett, men også fordi de ikke trodde det var behov for det. Det virker derimot som at de hadde stor tillit til helsepersonell og at de skulle besørge dem med den informasjonen de hadde behov for. Foretaket har en egen nettside om tåreveisoperasjon som vi har referert til i innledningen, her er det spesifikk informasjon om forløpet pasientene må gjennom. Ingen av respondentene ble informert om nettsiden, men en av dem hadde funnet den etter operasjonen og bemerket at dette er informasjon hun gjerne skulle hatt i forkant.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) forplikter faktisk helsepersonell til å gi informasjon som er tilpasset mottakeren, og vi er ansvarlige for at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av den informasjon som er gitt. Studier bemerker også viktigheten av at informasjon tilpasses hvert enkelt individ (Mitchell, gjengitt av Bellani, 2008, s. 45), og deres evner til å vurdere, forstå og bruke den informasjonen de får på en helsefremmende måte (Jaensson et al., 2019, s. 5). Her ser vi et stort forbedringspotensial

for den gruppen vi intervjuet. De fikk verken spesifikk brosjyre eller forberedende samtale, og dermed uteble den individuelle informasjonen flere uttrykte at de hadde hatt behov for.

Vi så at respondentene hadde ulike bakgrunn og forutsetninger for å forstå hva dagkirurgi innebærer, og dette hadde betydningen for hvilke forberedelser de gjorde. En annen ting de ikke ble informert om var at de fikk store blåmerker rundt operasjonsområdet etterpå, det kunne være sjenerende og gjorde det vanskelig for noen å gjøre ærend utenfor huset. Inngrepet ble ufarliggjort av noen, mens de som hadde vært gjennom samme inngrepet tidligere var innforstått med at dette kunne være ubehagelig, både selve inngrepet og rekonvalesensen hjemme. Edmondson (1996, s. 60-61) var tidlig ute med å indikere at formålet med god informasjon er at det dagkirurgiske forløpet skal bli vellykket for alle parter, og da er det viktig at både pasienten og ressurspersoner er klar over hvilke forventninger som stilles til dem.

Som vi kan se i Nightingale (1997, s. 75) sin lære kan det være problematisk når sykepleieren uteblir og pasientene blir overlatt til å ivareta seg selv, men dersom vi sørger for at pasientene har redskapene de kommer til å trenge i rekonvalesensen hjemme unngår vi unødvendig belastning på dem. Nightingale (1997, s. 31) sin forklaring om at det ikke alltid er sykdommen som er problemet, men at derimot kan skyldes mangel på ivaretagelse av primære behov som frisk luft, hygiene og ernæring. Dette forteller oss at gode forberedelser vil være avgjørende for en god rekonvalesens hos dagkirurgiske pasienter, som igjen avhenger av god informasjon i forkant av inngrepet. Som vi kan se i Dåvøy et al. (2018, s. 114) foretrekker pasienter å få informasjon før de kommer til sykehuset, både om innleggelsen, selve inngrepet og eventuelle forholdsregler som gjelder for tiden etterpå. Det anbefales derfor å ha preoperativ kontakt med pasienter for å gi skriftlig- og muntlig informasjon om dette.

Det kommer frem av våre funn at det ikke er rutine med forberedende samtale før tåreveisoperasjon, og i et av tilfellen var sist kontakt mellom respondenten og behandler 10 måneder før operasjonen. I følge Bellani (2008, s. 45) kan en forberedende samtale gi spesifikk og relevant informasjon om inngrepet, fra det tekniske, til hvordan pasientene skal oppføre seg motorisk og hvilke sensoriske opplevelser de kan ha, som innebærer lyder,

lukter og ubehag. Dette gjentar Dávøy et al. (2018, s. 113) i sin studie, og sier videre at informasjonen vil gi operasjonspasienten bedre kontroll og hjelp til å mestre negativt stress. I denne samtalen bør man også planlegge utskrivelsen og rekonvalesensen hjemme, og den må gi pasienter muligheten til å uttrykke eventuelle bekymringer (Bellani, 2008, s. 45).

Våre antakelser er at en forberedende samtale også kan bidra til å avdekke pasienters behov for sykepleie peroperativt, og vi opplever dette som spesielt viktig for denne pasientgruppen, fordi de er våkne under inngrepet. Blant våre respondenter var det noen som hadde hatt ubehagelige opplevelser ved det å være våken under inngrep tidligere, og traumatiske opplevelser kan innebære mye forskjellig og vil være viktig å ta hensyn til. Andre grunner til at denne samtalen er nødvendig, er at noen pasienter kan ha omstendigheter hjemme som krever ekstra forberedelser. Edmondson (1996, s. 93) skriver at helsevesenet bør være oppmerksom på den hjemmesituasjonen som møter de nylig opererte pasientene, noen pasienter kan forvente at de skal fungere som normalt umiddelbart etter operasjonen. Dersom de har små barn for eksempel, kan behovet for ekstra hjelp hjemme være en nødvendighet. Dette erfarte en av våre respondenter, som på ingen måte var i så god form at hun var i stand til å ta del i alle hverdagslige aktiviteter. Hun måtte få barnevakt i ettertid. En forberedende samtale eller et individuelt skriv kunne kanskje avverget denne situasjonen. Hvem denne samtalepartneren skal være har vi ikke tatt stilling til, men det burde være en person som har kunnskap om inngrepet og rekonvalesensen etterpå. Ut ifra våre refleksjoner kan en forberedende samtale bidra til en tryggere og mer harmonisk rekonvalesens hjemme. For våre respondenter ble tiden hjemme preget av psykisk utmattelse, dårlig forberedelse og usikkerhet rundt informasjonen de hadde fått.

6.2 Usikkerhet var en belastning i rekonvalesensperioden

En av respondentene fortalte om utrygghet angående hjemreise, det følte for tidlig å skulle dra hjem til sin kommunale omsorgsbolig alene, og respondenten skulle gjerne vært en natt på sykehuset. Reiseveien var også lang og ubehagelig. Behovet for hjelp under rekonvalesensen var stort, og ved flere anledninger måtte respondenten bruke alarmen for å få hjelp til å administrere øyedråpene som var foreskrevet. Vi har reflektert mye over

akkurat dette, og har lurt på om denne respondenten egentlig oppfyller kriteriene for dagkirurgi og om hjemmesituasjonen er ordentlig kartlagt i dette tilfellet. Hvor går i så fall grensen? Ifølge Ræder og Nordentoft (2010, s. 743) skal det være et krav at pasientene har samtykket til hjemreise samme dag, og at de føler seg trygge på dette. Vi kan bare spekulere om årsaker til at pasienten ikke fikk bli på sykehuset, og sannsynligvis er ikke denne utryggheten blitt formidlet av respondenten, men man kan jo lure på om noen i det hele tatt har spurt? Frykt, usikkerhet, antakelser og overraskelser kan være vondt for pasienter (Nightingale, 1997, s. 73-77), og hvordan man vender tilbake fra sykdom vil nesten alltid reflektere den pleien man får (Nightingale, 1997, s. 191).

Respondentene forteller om redusert matinntak som følge av at de ikke orket å lage mat. En pasient som har normal ernæringsstatus til vanlig vil vanligvis ikke bli særlig påvirket av et redusert næringsinntak et par dager etter kirurgi (Kaasa, 2019, s. 83). Men respondentene bemerket at de var sliten og følte seg psykisk utslitt etter inngrepet. Slik utmattelse kan ha en sammenheng med den store påkjenningen det er å gjennomgå et kirurgisk inngrep, som igjen kan påvirke smerteopplevelse, sårtilheling, psykiske helse og forlenge rekonvalesensperioden. God søvn og nok hvile vil være av stor betydning i rekonvalesensperioden (Kaasa, 2019, s. 91). Respondentene forteller om stressende situasjoner hjemme, og vi antar at det har utfordret deres behov for hvile. De ble overlatt til seg selv i rekonvalesensperioden, og tiden hjemme var preget av usikkerhet.

Før pasientene reiste hjem fra sykehuset fikk de med seg et skriv (vedlegg 2) som sa noe om hvilke forholdsregler de måtte overholde de neste dagene, skrivet var upresist og forvirrende. Flere av respondentene snakket om ubehagelig nesetetthet, og usikkerhet rundt hva de kunne gjøre for å løse problemet. Pasientopplæring er ifølge Knight og Hart (2010, s. 191) veldig viktig, og i disse tilfellene får pasientene beskjed om å ikke snyte seg, det er fordi det kan føre til komplikasjoner postoperativt. Men respondentene hadde ikke forstått den skriftlige informasjonen, og når en stilte spørsmål var det lite hjelp å få, hun fikk bare muntlig beskjed om å verken snyte seg eller trekke slim innover, det gav ingen løsning på ubehaget og gjorde egentlig bare problemet verre.

Knight og Hart (2010, s. 191) skriver at pasientene bør lære å sjekke at drenet som settes inn er riktig posisjonert, og at dersom det flytter på seg kan det faktisk ende opp med å skade hornhinnen. Dette var det ingen av respondentene som hadde fått informasjon om, en av dem opplevde faktisk å ha plager i forbindelse med drenet, og måtte ringe til avdelingen for å avklare om dette var normalt eller ikke.

Blødning er en annen mulig komplikasjon, og postoperativt vil det være nødvendig å måle blodtrykk og puls (Knight og Hart, 2010, s. 190). Dette gjøres nok postoperativt på sykehuset, men våre respondenter reiste hjem etter to timer. Hvem er det da som følger opp dette? To av respondentene blødde fra operasjonsområdet etter de kom hjem, og funnene viser at det kan være utfordrende å vite hvor mye blødning som er akseptabelt, og at pasienter gjerne er tilbakeholden med å kontakte helsevesenet. Edmondson (1996, s. 60-61) bemerker at pasienter kan være tilbakeholdne med spørsmål fordi de ikke ønsker å være til bry.

Så selv om respondentene fikk oppgitt et telefonnummer, er vårt inntrykk at de er restriktive når det gjelder å ta dette i bruk. Vår vurdering er at en oppfølgings samtale fra sykehuset kunne vært et godt tiltak for å trygge disse pasientene. Dette ser vi i Dåvøy et. al (2017, s. 322) sin studie, hvor respondentene forteller at det hadde vært bedre om de ble oppringt av sykehuset i etterkant av inngrepet, enn at de selv måtte ringe. Slik kunne sykehuset vist at de hadde en interesse i deres rekonvalesens og gitt dem en faglig vurdering som hadde vært betryggende.

En telefonoppringning bør være praksis på alle dagkirurgiske avdelinger (Edmondson, 1996, s. 114), og ifølge Ræder og Nordentoft (2010, s. 746) gjøres dette rutinemessig første hverdag etter et inngrep hos de aller fleste. Dette ser vi at Oslo Universitetssykehus (2021) har i sine faglige prosedyrer, og hensikten er å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet på dagkirurgisk behandling. Intensjonen er å få vite hvordan det går med pasienten og om de er tilfredse med oppholdet i avdelingen. Dette utføres av en spesialsykepleier eller sykepleier som blant annet kjenner til det dagkirurgiske forløpet (Oslo Universitetssykehus, 2021).

Vårt inntrykk er at respondentene generelt sett ikke ønsker å klage og heller holder ut, og at bekymringer underkommuniseres av respondentene. I Dávøy et al. (2017, s. 322-323) virker det som at det også er gjeldende for smerteopplevelsen underveis i operasjonen, som er en utfordring som utmerker seg blant våre respondenter også.

6.3 Å være våken under inngrepet satt dype spor hos respondentene

Begge forskerne av denne oppgaven har i løpet av utdanningsforløpet vært borti denne pasientgruppen peroperativt. Flere av operasjonssykepleierne der vi hadde praksis var undrende til hvordan disse våkne pasientene egentlig hadde det under inngrepet, vi hadde derfor en forutelse om at det var et tema som kunne dukke opp under intervjuene. Funnene viser at tåreveisoperasjonen var et smertefullt inngrep, samt fysisk og psykisk krevende. Lydene som kom av at de lagde hull i nesebeinet var groteske og gav ubehagelige assosiasjoner, og at dette er den mest smertefulle fasen under en ekstern tåreveisoperasjon kan vi se igjen i studiene til Knezevic et al. (2011, s. 346) og McNab og Simmie (2002, s. 271), og pasientene måtte få mer bedøvelse. Samtlige av våre respondenter fikk ekstra bedøvelse.

Knezevic et al., (2011, s. 346) trekker også frem hvordan pasientene burde bli informert om lydene før og under operasjonen. En av våre respondenter bemerker at det var ønskelig med musikk eller podkast som avledning, noe vi også mener kan være et hensiktsmessig tiltak. Ifølge Dávøy et al. (2018, s. 117), og studien til Obuchowska og Konopinska (2021, s. 789) og Kaasa (2019, s. 55) har musikk før og etter kirurgi en positiv effekt på pasienter. Det kommer også fram at å høre på musikk peroperativt kan redusere behovet for beroligende medikamenter (Obuchowska & Konopinska, 2021, s. 789).

Vi som operasjonssykepleiere har et ansvar for å tilrettelegge slik at pasienten sin opplevelse blir best mulig. En av respondentene våre fortalte om flere tidligere hendelser som gjorde at hun var restriktiv til å gjennomføre inngrepet i våken tilstand, og denne gangen var ikke noe bedre. Hun opplevde å bli snakket over hodet på, hennes inntrykk var at det foregikk opplæring som hun ikke var informert om i forkant. Operasjonen som egentlig skal vare i 1,5 time, tok 3,5. Ifølge Dávøy et al. (2018, s. 205) er det en selvfølge å involvere og tilpasse samtalen til pasienten hvis pasienten er våken. Dette er for at

pasienten skal føle seg godt ivaretatt og trygg. Kommunikasjonen på operasjonsstuen må hele tiden vurderes og tilpasses situasjonen (Dåvøy et al., 2018, s. 205). Her er det innlysende at respondenten ikke har følt seg involvert, og den operasjonen som hun trodde skulle vare i 1,5 time, tok plutselig 3,5 time. Så kan man spørre seg da, er det riktig å la en pasient ligge våken på operasjonsbordet i 3,5 time? Eller drive opplæring når pasienten er våken, og over så lang tid uten å informere om det i forkant?

Pasientene har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsetjenester (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2), men vår respondent har som i Dåvøy et al. (2018, s. 104) sin beskrivelse av operasjonspasientene, opplevd å ha lite eller ingen kontroll i denne situasjonen, og dermed redusert selvbestemmelse. Som sykepleiere må vi ikke glemme våre yrkesetiske retningslinjer. Formålet med lovverket og de yrkesetiske retningslinjene er imidlertid mye det samme, men konsekvensene er ulike. Etikken skal bidra til at vi gjør de kloke valgene innenfor rettslige rammer (Molven, 2019, s. 73-77). I de yrkesetiske retningslinjene til Norsk Sykepleierforbund står det i punkt 2: *“Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.”* (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Opplæring og undervisning er nødvendig på et universitetssykehus, men dersom pasientene skal være våkne under et inngrep må dette informeres om, inkludert at det kan bety at operasjonen tar lengre tid. Men 3,5 time mener vi er altfor lenge å ligge våken på et operasjonsbord, det var rett og slett uverdigg og krenkende for respondenten. Det er ikke nødvendig å drive opplæring av et helt inngrep i en sesjon, på samme pasient. Her burde noen på operasjonsstuen sagt ifra, og slik vi tolker Nightingale (1997, s. 160) er det vår oppgave å observere pasientene på operasjonsstuen og utføre tiltak som ivaretar dem, uten at de selv må gi muntlig beskjed. Respondentene satt igjen med mange ubehagelige detaljer fra operasjonen som hun helst skulle vært foruten, dette satte så dype spor at det gav henne mareritt i dagene etterpå.

Vårt inntrykk er at operasjonssykepleierne er klar over hvilke ubehageligheter dette inngrepet kan innebære, og Dåvøy et al. (2017, s. 325) sine funn bekrefter at

operasjonssykepleierens faglige kunnskaper og ferdigheter kan hjelpe pasientene. Man bør skape en situasjon som oppleves god for pasienten og målrettet i forhold til inngrepets art. Det kan gjøres med ens tilstedeværelse, oppmerksomhet, og evne til å skape en relasjon. Vi tenker at operasjonssykepleierens kunnskap om det spesifikke inngrepet bør tas til bruk, blant annet ved å gi sensorisk informasjon. Operasjonssykepleier burde gi informasjon og forklaring på alt ved inngrepet rett før og peroperativt hvis pasienten ønsker det, f.eks. om lydene som oppstår når det lages hull i nesebeinet. Informasjonen er kanskje gitt på forhånd, men man kan tenke seg at den er glemt eller ikke forstått. Måten pasienten blir møtt på har en stor betydning for opplevelsen av trygghet, velvære, kontroll og mestring ifølge Kaasa (2019, s. 55). Det er ikke så mye som skal til for at pasienten skal få en bedre opplevelse peroperativt, bare det å ha en behagelig temperatur i rommet, redusere lys og ha en rolig fremtoning i kommunikasjonen kan bedre pasientens komfort og dermed redusere angsten peroperativt (Obuchowska & Konopinska, 2021, s. 786).

Hvorfor dette inngrepet gjøres i lokal anestesi er også noe vi stiller oss spørsmål ved. Er grunnen til dette økte kostnader med generell anestesi, for er det egentlig til pasientens beste å være våken under et slikt inngrep? Handler dette om ressursproblemer? Ifølge Knight og Hart (2010, s. 190) gjøres denne operasjonen vanligvis under generell anestesi, og det gjøres kun i lokal anestesi dersom det blir gjort endoskopisk. Vi mener at den preoperative kartleggingen av hver enkelt pasient er viktig. Det er kanskje ikke alle pasienter som er egnet for dagkirurgi, eller for å være våken under operasjon.

Når vi søkte etter forskning angående dette fremstår det også som dette er tilfellet de fleste steder. Ifølge helseforetakene sine informasjonssider, ser det ut som at de fleste i Helse Norge utfører operasjonen ved lokalbedøvelse og via arbeidshull i huden (eksternt). Vi kan derimot se et unntak i Helse Fonna, hvor det står at inngrepet foregår som oftest endoskopisk og gjøres i narkose (Helse Fonna, 2020). Dersom full narkose ikke er nødvendig, kan sedasjon være et alternativ? Khalid et al. (2015, s. 1176) konkluderer med at ekstern tåreveisoperasjon under lokal anestesi er mer effektivt og mindre smertefullt ved bruk av sedasjon.

Selv om det gikk ganske bra for alle våre respondenter ser vi at informasjonen om hva de skulle gjennom kunne vært bedre. Siden inngrepet opplevdes ubehagelig og smertefullt, mener vi også dette burde vært informert om i forkant.

7.0 Metodediskusjon

Vår forforståelse er preget av vår bakgrunn som sykepleiere med bachelorgrad fra Norge, vi har jobbet på medisinsk avdeling på et universitetssykehus før vi startet på masterutdanning i operasjonssykepleie. Vår erfaring med kvalitativ forskning er begrenset, og vi har ingen yrkeserfaring med disse pasientene, foruten en relativt kort praksisperiode under masterutdanningen. Gjennom denne perioden og samtaler med operasjonssykepleiere på øyeavdelingen har vi opparbeidet oss en forforståelse og en forståelse for denne pasientgruppen.

Det var utfordrende å finne kvalitativ forskning som omhandlet tåreveisoperasjon gjort i lokal anestesi, og som dagkirurgisk behandling. Vi fant derimot en del kvantitativ forskning. Søket ble utvidet til å gjelde øyekirurgi gjort i lokal anestesi, fordi vi vurderte dette som et interessant utgangspunkt for vår studie. En kvalitativ studie knyttet til bihulekirurgi (Dåvøy et al., 2017), der operasjonen foregikk omtrent i det samme området, gav like mange funn som vår empiri.

Erfaringene og forforståelsen vi har opparbeidet oss gjennom praksisperioden på øyeavdelingen og via forskningslitteratur, kan ifølge Malterud (2018, s.45) være en viktig del av motivasjonen for hvorfor vi ønsket å forske på akkurat denne pasientgruppen. På den andre siden kan dette også ha begrenset oss på en slik måte at forforståelsen vår overskygger respondentenes stemmer (Malterud, 2018, s. 45). Vi har i den grad det er mulig forsøkt å legge fra oss våre antakelser og hypoteser, hensikten var å møte hver av respondentene med blanke ark. Vi har brukt semistrukturert intervju som metode for datainnsamling, med utgangspunkt i en intervjuguide. Vår jobb som intervjuere var å la respondentene snakke fritt og fortelle med egne ord, og denne metoden for datainnsamling ligger til rette for at vi skal få den informasjonen vi trenger, men respondentene har samtidig hatt friheten til å illustrere og forklare seg etter eget ønske (Polit & Beck, 2021, s. 514).

En faktor å ta hensyn til var bruken av digitale verktøy. Vi var oppmerksomme på at det å gjennomføre intervjuene digitalt, spesielt over telefon, kunne føre til at vi gikk glipp av

viktige aspekter ved respondentenes non-verbale kommunikasjon. Gissum og Drageset (2020) konkluderer imidlertid med at videokonferanse kan være like godt egnet i et kvalitativt forskningsintervju som å være fysisk til stede, og at Covid-19 har gjort det høyst relevant og gjennomførbart å bruke videokonferanse innen helseforskning.

I denne studien var det ønskelig å intervju minst åtte personer, men vi fikk bare intervjuet fire respondenter, noe som anses som et lavt antall. Tilfeldigheter gjorde at de kirurgene som utfører det aktuelle inngrepet var i permisjon i lengre perioder, og Covid-19 medførte nedstengninger og reduksjon i inntak av pasienter. For at vi i det hele tatt skulle bli ferdig til planlagt tid, fikk vi beskjed om at vi måtte sette en sluttstrek for rekrutteringen. Dette tatt i betraktning kan datainnsamling fra fire respondenter være tilstrekkelig, og gi rikt materiale (Malterud, 2018, s. 64). Informasjonen vi har fått fra respondentene er omfattende, og har gitt oss noen tankevekkende funn. Hvilken betydning antallet respondenter kan ha hatt for studiens resultater og gyldighet kan diskuteres. Men ifølge Polit og Beck (2021, s. 157) kan ikke kvalitativ forskning generaliseres uansett, hensikten er derimot å frembringe kunnskap for å bedre kunne forstå en gruppe mennesker (Polit og Beck, 2021, s. 157).

I en kvalitativ forskning vurderes studiens kvalitet ut ifra troverdighet (Polit og Beck, 2021, s. 154), fire kriterier ligger til grunn for å vurdere den; *troverdighet*, *pålitelighet*, *bekreftelse* og *overførbarhet* (Polit og Beck, 2021, s. 569). *Troverdighet* refererer til hvordan vi har benyttet oss av metoder som etablerer troverdige funn som står i kontekst med studiens hensikt.

Pålitelighet gjenspeiler en stabilitet i dataene som er samlet inn. Dersom man hadde gjentatt samme studie er det nærliggende å tro at funnene ville vært lik (Polit og Beck, 2021, s. 569), fordi utvalget representerer respondenter i forskjellig alder og livsfase; enslige, småbarnsforeldre, arbeidsfør og pensjonert. En svakhet med utvalget imidlertid at det utelukkende inneholder kvinner, ingen menn ønsket å delta i studien. *Bekreftelse* er hvordan vi gjentatte ganger har etablert at datamaterialet i denne studien representerer respondentenes synspunkter. *Overførbarhet* handler om funnenes anvendelighet i andre grupper og omgivelser (Polit og Beck, 2021, s. 570), og vi mener denne studien kan belyse flere problemstillinger i behandlingen av dagkirurgiske pasienter, og spesielt dersom inngrepet gjøres i lokal anestesi. Den kan gi oss en bedre forståelse for deres behov pre- og peroperativt, samt rekonvalesensperiode hjemme. Denne studien er en del av et større

prosjekt om dagkirurgi, og resultatene kan være av stor betydning når de blir satt i sammenheng med resultatene fra de andre studiene om dagkirurgi. Til slutt vil vi også nevne at det dagkirurgiske forskningsprosjektet ikke i første omgang skulle omhandle tiden på operasjonsbordet, men for våre respondenter satt det så dype spor, at vi valgte å ta med noe av dette. For noen fikk det også betydning for det postoperative forløpet.

8.0 Implikasjon for fremtidig praksis

Siden bruken av dagkirurgi er økende og flere kirurgiske felt tar i bruk behandlingsformen, er mer forskning på området en nødvendighet. Vi må stille oss spørsmål om denne effektive behandlingsformen tar hensyn til pasientenes forutsetninger og evne til å være deltakende i egen behandling, og om den ivaretar deres individuelle behov. Formålet med vår studie er å bidra med kunnskap til det dagkirurgiske forskningsprosjektet, hvor pasienters erfaringer med egenbehandling etter dagkirurgi kartlegges.

Funnene våre viser at informasjonen pasientene får er utilstrekkelig. Konsekvensen er at de er dårlig forberedt, inngrepet viser seg å være fysisk og psykisk krevende, og den postoperative fasen hjemme er preget av usikkerhet. Det som er spesielt med denne pasientgruppen er at de opereres i lokal anestesi, og er våkne under inngrepet. Dette viste seg å være belastende både fysisk og psykisk, og i alle tilfellene var det nødvendig med mer bedøvelse. Ubehagelig lyder peroperativt var også en stor del av problemet, og tiltak som kan overdøve disse lydene kan gjøre pasientene mer komfortable på stuen, f.eks. musikk. Sedasjon er også nevnt som et alternativ for disse pasientene, vi forstår imidlertid at det krever ekstra ressurser i form av en anestesisykepleier på operasjonsstuen, men vi mener likevel at det er verdt å evaluere. I tillegg tror vi at spesifikk informasjon om inngrepet kan begrense overraskelsene på operasjonsstuen og dermed bedre opplevelsen. Den postoperative fasen hjemme var preget av usikkerhet på grunn av manglende og/eller upresis informasjon, og her ser vi et stort forbedringspotensial.

Vi håper at vår studie kan bidra til å øke kvaliteten på informasjonen som gis pre-, per- og postoperativt, samt oppfølgingen postoperativt. Dette kan gjøres ved bruk av spesifikk brosjyre/folder, forberedende samtaler og oppfølgingssamtale over telefon. Det gjør det mulig å få den individuelle informasjon de uttrykker behov for, og oppfølgingssamtalen kan gi dem en trygghet og muligheten til å stille spørsmål. Operasjonssykepleier eller annen sykepleier med kunnskap om inngrepet og tiden etterpå bør involveres i utforming av brosjyren/folderen.

9.0 Konklusjon

I denne studien var hensikten å beskrive hvordan pasienter som gjennomgår tåreveisoperasjon opplever den postoperative fasen, og hvordan de har forberedt seg til operasjonen og tiden etterpå. Respondentene gav stort sett uttrykk for at de var fornøyde med å få utført inngrepet dagkirurgisk, og rekonvalesensen gikk under omstendighetene bra. Men de følte seg imidlertid lite forberedt på det de skulle gjennom. Informasjonen om nødvendige forberedelser, selve inngrepet og rekonvalesensen etterpå er ikke god nok. Selve inngrepet er krevende å gjennomføre i våken tilstand og satt dype spor hos respondentene. Studien viser at de aksepterer behandlingsformen som den er, men bedre ivaretagelse og oppfølgingen av denne pasientgruppen kan ha stor betydning for rekonvalesensperioden hjemme.

Som følge av at dagkirurgi begynner å bli ganske vanlig kan det være aktuelt at sykepleiere blir mer involvert i utformingen av informasjonsskriv, samt planlegging av forberedende samtaler og oppfølgingssamtaler over telefon. Vi mener våre funn kan være med å belyse behovet til disse pasientene, og gi kunnskap som kan bidra i utviklingen av nye tiltak.

10.0 Referanseliste

- Bellani, M. L. (2008). Psychological aspects in day-case surgery. *International Journal of Surgery*, 6(1), 44-46. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2008.12.019>
- Benger, R. (1992). Day-surgery external dacryocystorhinostomy. *Australian and New Zealand Journal of Ophthalmology*, 20 (3), 243-245. <https://doi.org/10.1111/j.1442-9071.1992.tb00947.x>
- Choi, W. C., Paik, J-S. & Doh, S. H. (2017). Results of Endoscopic Dacryocystorhinostomy under Local Anesthesia with Minimal Sedation. *Journal of Ophthalmology*, 2017, 6712491–6712497. <https://doi.org/10.1155/2017/6712491>
- Dåvøy, G. M., Eide, P. H. & Hansen, I. (red.) (2018). *Operasjonssykepleie* (2. utgave). Gyldendal akademisk.
- Dåvøy, G. M., Martinsen, K. M. & Eide, P. H. (2017). En dans på torneroser. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 7(4), 315-326. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-05>
- Edmondson, M. (1996). Follow-up arrangementer. I S. Penn, H. T. Davenport, S. Carrington & M. Edmondson (Red.), *Dagkirurgisk sygepleje* (s. 114-124). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Edmondson, M. (1996). Patientinformation. I S. Penn, H. T. Davenport, S. Carrington & M. Edmondson (Red.), *Dagkirurgisk sygepleje* (s. 60-72). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Edmondson, M. (1996). Retningslinjer og arrangementer i forbindelse med udskrivning. I S. Penn, H. T. Davenport, S. Carrington & M. Edmondson (Red.), *Dagkirurgisk sygepleje* (s. 83-100). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Gilmartin, J. & Wright, K. (2007). The nurse's role in day surgery: a literature review. *International Nursin Review*. 54(2), 183-190. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00528.x>

Gissum, K. R., & Drageset, S. (2020, 4. desember). *Fokusgruppe fungerer utmerket som videokonferanse*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/fag/2020/11/fokusgruppeintervju-fungerer-utmerket-som-videokonferanse>

Helsebiblioteket. (2021, 17, september). *Sjekklist*. Kunnskapsbasert praksis. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>

Helsedirektoratet. (2021). *Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten* (Samdata for spesialisthelsetjeneste IS-2957). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/SAMDATA%20spesialisthelsetjenesten%202019.pdf/_/attachement/inline/fabccfef-b400-411a-a280-d405e9084631:11a78c2756c32a577c6f3f311df08182ff33f1c8/SAMDATA%20spesialisthelsetjenesten%202019.pdf

Helsedirektoratet. (2019, 9. februar). *Økning i bruk av dagkirurgi*. Helsedirektoratet. [Økning i bruk av dagkirurgi - Helsedirektoratet](#)

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helse Bergen. (2020, 21. september). *Tåreveisoperasjon*. <https://helse-bergen.no/behandlinger/tareveisoperasjon>

Helse Fonna. (2020, 20. september). *Tåreveisoperasjon*. <https://helse-fonna.no/behandlinger/tareveisoperasjon>

Helse Vest. (2013). *Dagkirurgi ved lokalsjukehus: Nasjonale og lokale perspektiv.*

[Underveisevaluering av prosjekt: Samhandlingsteam Asker - Unntatt offentlighet \(helse-vest.no\)](https://www.helse-vest.no)

Jaensson, M., Dahlberg, K. & Nilsson, U. (2019). Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review. *Directory of Open Access Journals*. 8(1), 2-7. <https://doi.org/10.1186/s13741-019-0115-1>

Kaasa, L. (2019). Sykepleie til pasienter som skal opereres. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken: 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (s. 94). Cappelen damm.

Khalid, M., Rizwan, M. & Khan, M. I. N. (2015) Comparison of Severity of Pain With and Without Sedation in Patients Undergoing External Dacryocystorhinostomy under Local Anesthesia. *Pakistan Journal of Medical and health sciences*, 9(4), 1173-1176.

Knežević, M. M., Stojković, M. Ž., Vljaković, G. P., Jovanović, M. B., & Rašić, D. M. (2011). Pain during external dacryocystorhinostomy with local anesthesia. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 17(6), 341–346. <https://doi.org/10.12659/msm.881807>

Knežević, M. M., Vljaković, G. P., Stojković, M. Z., Rašić, D. M., Stanković, B. R. & Božić, M. M. (2012). Comparison of postoperative pain and satisfaction after dacryocystorhinostomy in patients operated on under local and general anesthesia. *Medical science monitor*, 18(5), CR265-CR270. DOI: [10.12659/MSM.882730](https://doi.org/10.12659/MSM.882730)

Knight, B. & Hart, S. (2010). Patients requiring ophthalmic surgery. I R. Pudner (Red.), *Nursing the Surgical Patient* (s. 163-195). Elsevier Ltd.

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg). Universitetsforlaget.

McCloud, C., Harrington, A. & King, L. (2012). Understanding people's experience of vitreo-retinal day surgery: a Gadamerian-guided study. *Journal of advanced nursing*. 69(1), 94-103. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05720.x>

McCloud, C., Harrington, A. & King, L. (2013). A qualitative study of regional anaesthesia for vitreo-retinal surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1094-1104. <https://doi.org/10.1111/jan.12263>

McNab, A. A. & Simmie, R. J. (2002). Effectiveness of local anaesthesia for external dacryocystorhinostomy. *Clinical & Experimental Ophthalmology*, 30(4), 270–272. <https://doi.org/10.1046/j.1442-9071.2002.00535.x>

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>

Mielcarek, D. E. (2019). Ophthalmic Surgery. I J. C. Rothrock, *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (s. 571-615). Elsevier.

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utgave). Gyldendal Norsk Forlag.

Naalsund, U. Steen-Hansen, E. (2011). Dagkirurgiske pasienter. I I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (s. 449). Akribe.

Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Universitetsforlaget AS.

Nightingale, F. (1995). *Notes on nursing: Bemærkninger om sygepleje* (1. utg). Munksgaard.

Norsk Sykepleierforbund. 2019. *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Obuchowska, I. & Konopinska, J. (2021). Fear and Anxiety Associated with Cataract Surgery Under Local Anesthesia in Adults: A systematic Review. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 781-793. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S314214>

Orem, D. E. (2001). *Nursing - Concepts of practice*. (6. utg). Mosby

Oslo Universitetssykehus. (2021). *Oppfølgingssamtale med dagkirurgiske pasienter via telefon første postoperative dag*. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/83707>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg). Wolters Kluwer

Rhodes, L., Miles, G. & Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 12(4), 178-192. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00575.x>

Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg). Gyldendal akademisk.

Ræder, J. & Nordentoft, J. (2010). Dagkirurgi og anestesi. *Tidsskriftet den norske legeforening* 130 (7) 742-746. [doi: 10.4045/tidsskr.08.0341](https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0341)

World Health Organization (2022, 22. november) WHO guideline on self-care interventions for health and well-being. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>

Yu, WP., Chen, Y., Duan, GM., Hu, H., Ma, HS. & Dai, Y. (2014). Patients` perceptions of day surgery: a survey study in China surgery. *Hong Kong Med J.* 20(2), 134-138.
<https://doi.org/10.12809/hkmj133966>

11.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Innkallingsbrev



Bergen, 28.10.22

Innkalling til time ved Øye poliklinikk

Fredag 06.01.23 klokken 12:30

Oppmøtested: Augebygget 1. etasje vis à vis Kvinneklubben.

Ekspedisjonens åpningstid er fra kl. 07:30 til 16:00

Timen gjelder operasjon. Denne er poliklinisk og du reiser hjem samme dag. Du kan ikke kjøre bil operasjonsdagen. Kontroll avtales med legen som opererer deg. Operasjonen gjøres i lokal anestesi. Du skal ikke faste.

Du må ikke ha hatt feber, forkjølelse eller infeksjon de siste 14 dagene før operasjon. Har du hatt infeksjoner de siste 14 dagene, ta kontakt med sykehuset.

Kirurgi på pasient som IKKE har hatt hjerteinfarkt/hjerneslag:
Blodfortynnende kan og bør det slutes med 10-14 dager før inngrepet. Det letter operasjonen og du blir mindre blå etterpå. Det øker ikke risiko for blodpropp.

Kirurgi på pasient som har hatt angina/hjerteinfarkt/hjerneslag eller har kunstig (metall) hjerteventil:
Blodfortynnende medikament bør og kan fortsettes med helt til operasjon. Denne gruppen pasienter kan få risikøkning mtp blodpropp dersom blodfortynnende stoppes.

(Unntak er om du skal til kirurgi for å lage ny tårekanal med operasjon gjennom nesebeinet. Da vil vi at blodfortynnende for en tid skal stoppe. Opplegg for dette må diskuteres med operatøren. Det kan være du bør ha Fragmin-sprøyter siste dager før inngrepet.)

Vi anbefaler at du spiser en lett frokost før oppmøte.

Tøyet du har på deg må være rent. Ikke bruk sminke eller fet ansiktskrem. Ikke ta med deg verdisaker og smykker.

Vi oppfordrer alle sterkt til å møte på oppsatt time. På grunn av betydelige kapasitetsproblemer ved øye-poliklinikk vil det ikke være mulig å bytte/flytte timer til et annet tidspunkt med mindre det foreligger helt spesielle årsaker

Dersom du bruker medisiner fast, tar du med en oversikt over disse når du kommer til timen.

Postadresse
Postboks 1400
5021 Bergen

Webadresse
www.helse-bergen.no

Besøksadresse
Jonas Liesvei 65
5021 Bergen

Kontaktinformasjon
Tlf: 55 97 41 00

Side 1/3

Ta kontakt dersom du ikke trenger timen eller ikke kan møte.

Logg inn på www.helsenorge.no for å sende en melding. Dersom det er mindre enn to virkedager igjen til timen din må du kontakte oss direkte på telefon 55 97 41 00 telefontid kl. 08:00-15.30.

Har du vært utenfor Norden det siste året?

Har du vært innlagt, fått helsehjelp eller fått tannbehandling på helseinstitusjon utenfor Norden, eller arbeidet i helsetjenesten utenfor Norden siste året? Da må du av smittevern hensyn ta prøver hos fastlegen din for å sjekke om du er smittet av motstandsdyktige bakterier (MRSA). Dette gjelder også hvis noen i husstanden din tidligere har fått påvist MRSA. Prøvesvaret bør være klart før du møter til timen.

Transport til sykehus

Som hovedregel organiserer du reisen selv, og reisen blir dekket med standard kilometersats, uavhengig av hvilket transportmiddel du bruker. Reisen må være lengre enn ti kilometer hver veg og gå over mer enn en takstzone for å få reise godtgjørelse

Dersom det mangler kollektivtilbud og du ikke kan bruke egen bil, kan du ringe Pasientreiser på 915 05 515 for å få råd eller hjelp til transport.

Dersom du av medisinske årsaker har behov for drosje, skal du ved første behandling kontakte den som har henvist deg til sykehuset. Trenger du transport til oppfølgningstimer eller kontroller, kan du ta kontakt direkte med sykehuset. Mer informasjon finner du på www.helsenorge.no.

Betaling

Ved poliklinisk besøk må du betale egenandel etter fastsatt takst. Barn under 16 år betaler ikke egenandel. Ved psykiatrisk behandling gjelder dette barn og ungdom under 18 år. Takst for poliklinisk besøk er for tiden 375 kroner. Utgifter til bandasjemateriell og bedøvelsesmiddel kan komme i tillegg.

Dersom du ikke møter opp og ikke har varslet oss om det senest 24 timer på forhånd, må du betale et gebyr. Gebyr ikke-møtt er for tiden 1125 kroner for somatisk helsetjeneste og 374 kroner for konsultasjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Utgifter til bandasjemateriell, bedøvelsesmiddel og ikke-møtt gebyr må betales selv om du har frikort eller av andre årsaker er fritatt for egenandel.

Du finner mer informasjon på www.helsenorge.no. Dersom du ikke er bruker av digitale tjenester, kan du ta kontakt med avdelingen.

Dersom helsetilstanden forverrer seg vesentlig, må du kontakte fastlegen eller den som har henvist deg til time på sykehuset. Fastlegen kan også gi deg råd og oppfølging i ventetiden.

Velkommen til oss!

Vennlig hilsen
Øyeavdelingen

Send melding og få oversikt via helsenorge.no

Logg deg inn og se status på henvisningen din, og oversikt over timene dine. Her kan du også sende melding dersom du har spørsmål eller vil endre tidspunkt for time, og du kan få digital tilgang til dine journaldokumenter.

Postadresse
Postboks 1400
5021 Bergen

Webadresse
www.helse-bergen.no

Besøksadresse
Jonas Liesvei 65
5021 Bergen

Kontaktinformasjon
Tlf: 55 97 41 00

Side 2/3

Postadresse
Postboks 1400
5021 Bergen

Webadresse
www.helse-bergen.no

Besøksadresse
Jonas Liesvei 65
5021 Bergen

Kontaktinformasjon
Tlf: 55 97 41 00

Side 3/3

Vedlegg 2: Pasientinformasjon etter tåreveisoperasjon

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	Pasientinformasjon etter operasjon for tett tårekanal (toti)
Kategori: Opplæring av pasienter og pårørende	Gyldig fra/til: 09.04.2021/09.04.2023
Organisatorisk plassering: HVRHF/Helse Bergen HF/Øyeavdelingen	Versjon: 1.00
Godkjenner: Mona Benedicte Nordvik	Informasjon
Dok. ansvarlig: Dag Einar Lysebo	Dok.id: D65990

PASIENTINFORMASJON ETTER OPERASJON FOR TETT TÅREKANAL

Heilt tett tårekanal (ikkje berre trong kanal). Ved operasjonen blir det laga eit hol gjennom nasebeinet og slimhinna blir sydd som kobling mellom tåresekken og naseslimhinna.

Etter operasjonen

Operasjon gir heving og misfarging (gul/blå) av huda. Dette er heilt normalt og vil forsvinne etter 2-3 veker.

Sting blir fjerna etter 7 dagar hos eigen fastlege eller eventuelt på augepoliklinikken.

Operasjonsdagen må du ta det med ro. Ikkje snyte deg ut av nasen, berre dra slim inn og spytte, for elles kan det kome luft inn under huda. Dette gjeld i 7 dagar, deretter kan du snyte deg.

Du bør helst sitte eller ligge med hovudet høgt. Den første natta bør du sove med hovudet høgt (fleire puter under hovudet). Det er ikkje tilrådeleg å køyre bil.

Du må unngå varm drikke resten av operasjonsdagen. Såret kan blø på nytt innvendig når slimhinna utvides av varme.

Ein kan ha nokre smerter/ubehag etter operasjon. Ta vanleg smertestillande, for eksempel Paracet.

Du bør ikkje bøye deg langt framover. Unngå hard fysisk aktivitet i ei veker tid.

Unngå å klø og gni på huda og hold såra tørre. Ver forsiktig med dusj og hårvask slik at skyllevatn ikkje kjem i såret. Augesminke anbefaler vi ikkje før stinga er fjerna.

Viss du treng sjukemelding, får du det etter operasjonen.

Komplikasjonar

Blødning og infeksjon er sjeldan. Viss det likevel oppstår ei blødning du ikkje får stansa med kalde omslag, eller viss såret blir raudt, varmt og irritert, må du oppsøke lege eller ringe Augeavdelinga.

TELEFON TIL AUGEAVDDELINGA: 55 97 41 00 (kl 08 – 15:30) / 55 97 41 28 (sengeposten)

Vedlegg 3: Oversiktstabell over inkluderte artikler

Forfatter, tittel, år	Studiens hensikt	Studiedesign	Utvalg	Resultat/ konklusjon
<p>Bellani, M. L.</p> <p><i>Psychological aspects in day-case surgery.</i></p> <p>2008</p>	<p>Hensikten med studien er å belyse psykologiske aspekter med dagkirurgi.</p>	<p>Litteraturstudie.</p>	<p>72 studier.</p>	<p>Grunner til angstreaksjoner var selve inngrepet, narkosen, mulighet for redusert helse, kvalme og oppkast, og frykt for å bli skrevet ut for tidlig.</p> <p>Mangel på informasjon er en av hovedgrunnene til misnøye med dagkirurgi.</p>
<p>Benger, R.</p> <p><i>Day-surgery external dacryocystorhonomomy.</i></p> <p>1992.</p>	<p>Hensikten er å beskrive forfatterens erfaring med pasientforløp, hvor det er gjort ekstern tåreveisoperasjon dagkirurgisk.</p> <p>Inngrepene er gjennomført over en 5 års periode.</p>	<p>Retrospektiv analyse.</p>	<p>90 gjennomførte inngrep på 79 pasienter.</p>	<p>Forfatteren fant at dagkirurgisk gjennomføring av tåreveisoperasjon har en høy suksessrate og lav dødelighet. Den store forskjellen mellom innlagte pasienter og dagkirurgiske pasienter var liggedøgn, da preoperativ vurdering, anestesi</p>

				og pre- og postoperativ håndtering var identisk. Pasientenes tilfredshet var ekstremt høy.
Choi, C.W., Paik, J-S. & Doh, S.H. <i>Results of Endoscopic dacryocystorhinostomy under local anesthesia with minimal sedation</i> 2017	Hensikten var å undersøke toleransen og effektiviteten av endoskopisk tåreveisoperasjon med lokal anestesi med minimal sedasjon.	Kvantitativt spørreskjema.	92 pasienter.	Endoskopisk tåreveisoperasjon med lokal anestesi er mer nyttig, effektivt og gjennomførbart enn under generell anestesi.
Dåvøy, G. M., Eide, P. H. & Martinsen, K. M. <i>En dans på torneroser</i> 2017	Hensikten med studien er å undersøke hvordan pasienter med kronisk bihulebetennelse erfarte sykepleiefaglig ivaretagelse i forbindelse med operasjon i lokalanestesi på en dagkirurgisk avdeling.	Kvalitativt forskningsintervju.	12 pasienter.	Opplevelsen av å være våken under operasjonen var krevende. Smerteopplevelsen, de ukjente lydene, bruken av fysisk makt og anstrengelsen ved å måtte ligge rolig var utfordrende. I denne situasjonen var sykepleien av avgjørende betydning.

<p>Gilmartin, J. & Wright, K.</p> <p><i>The nurse's role in day surgery: a literature review.</i></p> <p>2007</p>	<p>Denne oppgaven har som formål å frembringe kunnskap om dagkirurgi, for å demonstrere behovet for innovativ sykepleie.</p>	<p>Litteraturstudie.</p>	<p>152 oppgaver.</p>	<p>Studien bemerker viktigheten av adekvate forberedelser og kontinuerlig psykisk støtte for pasienter som får dagkirurgisk behandling.</p>
<p>Jaenssson, M., Dahlberg, K. & Nilsson, U.</p> <p><i>Factors influencing day surgery patients' quality of postoperative recovery and satisfaction with recovery: a narrative review</i></p> <p>2019</p>	<p>Formålet med artikkelen er å identifisere faktorer som kan påvirke dagkirurgiske pasienters kvalitet og tilfredshet ved det postoperative forløpet.</p>	<p>Oppsummert artikkel.</p>	<p>Kommer ikke tydelig frem hvor mange studier som er inkludert.</p>	<p>Det postoperative forløpet etter dagkirurgi, kan forbedres ved å tilpasse informasjonen gitt pre- og postoperativt, etablere et tilgjengelig støttesystem og kunnskap til helsepersonell om hvordan identifisere faktorer som kan ha en negativ effekt på pasienten.</p>
<p>Khalid, M., Rizwan, M. & Khan, M. I. N.</p> <p><i>Comparison of Severity of Pain With and Without</i></p>	<p>Formålet med denne studien er å sammenligne graden av smerter med og uten sedasjon, hos pasienter som</p>	<p>Randomisert kontrollert studie.</p>	<p>240 pasienter.</p>	<p>Det var signifikante forskjeller i graden av smerter mellom de to gruppene.</p>

<p><i>Sedation in Patients Undergoing External Dacryocystorhinostomy under Local Anesthesia</i></p> <p>2015</p>	<p>gjennomgår ekstern tåreveisoperasjon i lokal anestesi.</p>			
<p>Knežević, M. M., Stojković, M. Ž., Vlajković, G. P., Jovanović, M. B., & Rašić, D. M.</p> <p><i>Pain during external dacryocystorhinostomy with local anesthesia.</i></p> <p>2011</p>	<p>Bakgrunnen for studien er at ekstern tåreveisoperasjon ofte gjøres i lokal anestesi, men uten adekvat kunnskap om hvordan pasientenes smerteopplevelse underveis.</p>	<p>Prospektiv studie. .</p>	<p>50 pasienter.</p>	<p>Studien viser at den delen av inngrepet som var mest smertefull var når det ble laget hull i nesebeinet, men det var likevel ikke mer smertefullt enn når de fikk IM injeksjon i fremre setemuskel.</p>
<p>Knežević, M. M., Vlajković, G. P., Stojković, M. Z., Rašić, D. M., Stanković, B. R. & Božić, M. M.</p> <p>Comparison of postoperative pain and satisfaction after dacryocystorhinostomy</p>	<p>Hensikten med studien er å kartlegge forholdet mellom bruken av to typer anestesi som brukes ved tåreveisoperasjone, lokal anestesi og generell anestesi, og hvilken påvirkning det har på postoperative</p>	<p>Prospektiv studie.</p>	<p>50 pasienter.</p>	<p>De fleste pasientene i denne studien ville valgt lokal bedøvelse igjen.</p>

my in patients operated on under local and general anesthesia. 2012	smerter.			
McCloud, C., Harrington, A. & King, L. <i>Understanding people's experience of vitreo-retinal day surgery: a Gadamerian-guided study</i> 2012	Denne oppgaven er en rapport av en studie, som hadde som hensikt å forstå individuelle erfaringer med dagkirurgi for fikse vitreo-retinal sykdom.	Kvalitativ studie.	18 pasienter.	Funnene i denne studien viser behovene til dagkirurgiske pasienter som gjennomgår øyekirurgi, og forstår deres erfaringer når disse behovene ikke blir møtt.
McCloud, C., Harrington, A. & King, L. <i>A qualitative study of regional anaesthesia for vitreo-retinal surgery</i> 2013	Hensikten med denne studien var å samle inn erfaringsbasert kunnskap om regional ocular anestesi.	Kvalitativ studie.	18 pasienter.	Opplevelsen av retrobulbær injeksjon ble forbundet med angst av pasientene i studiet. Mange opplevde det som overveldende og smertefullt.

<p>McNab, A. A. & Simmie, R. J.</p> <p><i>Effectiveness of local anaesthesia for external dacryocystorhinostomy</i></p> <p>2002</p>	<p>Hensikten med denne studien er å etablere effekten, komplikasjoner og pasient tilfredshet med lokal anestesi under ekstern tåreveisoperasjon.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p>	<p>183 tåreveisoperasjoner.</p>	<p>Ekstern tåreveisoperasjon kan trygt og tilfredsstillende gjøres under lokal anestesi, og har høy aksept hos pasientene.</p>
<p>Obuchowska, I. & Konopinska, J.</p> <p><i>Fear and Anxiety Associated with Cataract Surgery Under Local Anesthesia in Adults: A systematic Review</i></p> <p>2021</p>	<p>Målet med denne studien er å finne ut av grunn og hyppighet av frykt og angst, samt en metode for å bedre peroperativ opplevelse og preoperativ støtte til pasienten.</p>	<p>Systematisk oppsummert artikkel.</p>	<p>72 artikler</p>	<p>Kataraktkirurgi under lokal anestesi er ofte ledsaget av frykt og angst.</p> <p>Preoperativ opplæring og musikk preoperativt er effektiv for å redusere frykt og angst, samt redusere smerter peroperativt</p>
<p>Rhodes, L., Miles, G. & Pearson, A.</p> <p><i>Patient subjective experience and</i></p>	<p>Formålet med denne studien er å presentere den beste måten å informere pasienter på, og om det</p>	<p>Systematisk oppsummert artikkel.</p>	<p>29 studier.</p>	<p>Det ble identifisert noen viktige faktorer; forberedende samtale, relevant og spesifikk</p>

<p><i>satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting: A systematic review.</i></p> <p>2006</p>	<p>påvirker hvordan de erfarer sykepleie og omsorg i den peroperative fasen ved dagkirurgi.</p>			<p>informasjon, fysisk tilstedeværelse av pårørende og effektiv kommunikasjon.</p>
<p>Yu, WP., Chen, Y., Duan, GM., Hu, H., Ma, HS. & Dai, Y.</p> <p><i>Patients` perceptions of day surgery: a survey study in China surgery</i></p> <p>2014</p>	<p>Hensikten med denne studien er å undersøke pasienters oppfatninger av dagkirurgi, spesielt bekvemmelighet; sosiale, funksjonelle og økonomiske verdier. I tillegg til pasienttilfredshet.</p>	<p>Kvantitativt spørreskjema</p>	<p>225 pasienter</p>	<p>Studien viser at de fleste pasientene aksepterte dagkirurgi som en innovativ behandling. Deres bekymringer var postoperative komplikasjoner, mangel på kommunikasjon med leger og sykepleiere angående inngrepet og rehabiliteringen.</p>

Vedlegg 4: Informasjon om hovedprosjektet



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

PASIENTERS OPPLEVELSER OG ERFARINGER AV EGENBEHANDLING HJEMME ETTER DAGKIRURGI

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en bedre forståelse for hvordan det er å være dagkirurgisk pasient og komme hjem etter kirurgi på sykehuset. Siden du har vært gjennom denne type inngrep, ønsker vi å få vite mer om hvordan tiden etter operasjonen har vært, og om du har opplevelser, erfaringer, kommentarer til det å være sin egen behandler.

Formålet med prosjektet

Det overordnede målet med dette prosjektet er å få en økt forståelse for dagkirurgiske pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling i hjemmet etter dagkirurgisk behandling gjennom kvalitative intervju kombinert med en spørreskjembasert kartlegging av psykisk helse og livskvalitet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Forskningsprosjektet utgår fra Høgskulen på Vestlandet og forskningsgruppen POPS, ved prosjektleder Venke A. Johansen og dagligleder Petrin Eide, i samarbeid med Dagkirurgiske enheter på sykehus i Helse Vest. Forskningsgruppen POPS (Pasient opplevelser og Pasient sikkerhet) består av forskere med helsefaglig bakgrunn fra Bergen, Førde og Haugesund.

HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA?

Prosjektet innebærer at du 3-7 dager etter dagkirurgisk behandling vil bli kontaktet og intervjuet av en eller to masterstudenter ved Høgskulen på Vestlandet. Masterstudentene er erfarne sykepleiere som studerer enten anestesi, operasjon eller intensivsykepleie. De vil intervjuer deg i forhold til hvordan det har vært å være deg etter det kirurgiske inngrepet, og hvordan du har opplevd rekonvalesenttiden. Selve intervjuet kan foregå hjemme hos deg eller på et egnet kontor hos oss avhengig av hva du føler er best for deg. Her er det du som bestemmer. Intervjuet varer fra 30-60 minutter og vil bli tatt opp på bånd. I tillegg til intervjuet vil vi be om opplysninger om alder, kjønn, hvem du bor sammen med, utdanning og sivil status.

Du vil få tildelt en spørreskjemapakke etter intervjuet, som er basert på validerte og anerkjente spørreskjema, som vi håper du tar deg tid til å besvare. Hensikten med spørreskjemaet er å få økt kjennskap til den psykiske helsen (angst, depresjon, posttraumatisk stress) hos gruppen dagkirurgiske pasienter. I tillegg inneholder skjemaet spørsmål om mestringsforventning, sosial støtte og livskvalitet. Noen kan oppleve enkelte av spørsmålene som noe nærgående og vanskelig å svare på. Spørreskjemaet tar ofte 20-30 minutter å fylle ut. Det presiseres at spørreskjemaene som benyttes i prosjektet ikke gir grunnlag for diagnostisering av psykiske lidelser hos enkeltpersoner, men benyttes som screeningsverktøy på gruppenivå i forskningssammenheng. Frankert svarkonvolutt er vedlagt. Resultatene basert på skjema vil bli publisert i form av statistiske analyser.

Dersom du føler deg bekymret med tanke på egen helse i etterkant av intervjuet eller i tilknytning til besvarelse av spørreskjema kan du ta kontakt med masterstudenten som intervjuet deg som vil viderefordre til prosjektledelsen.

Dersom spørreskjembesvarelsen tyder på symptomer (angst, depresjon eller posttraumatisk stress) skal en psykologspesialist vurdere hvorvidt det er behov for å ta kontakt. I så fall gjør vi en henvendelse.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det kan oppleves belastende å delta i et intervju og besvare spørreskjema kort tid etter et kirurgisk inngrep. På den annen side kan det også oppleves godt å ha noen utenforstående å dele sine erfaringer med. Det gis ingen kompensasjon for å være med på dette forskningsprosjektet, men vi håper at du med dine erfaringer kan hjelpe oss til å få mer kunnskap om den dagkirurgiske pasienten.

DER ER FRIVILLIG Å DELTA

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet intervjuet, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte dagligleder Petrin Eide, +47 917 40 435 phe@hvl.no.

DITT PERSONVERN

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på eget område på en lukket forskningsserver, der kun prosjektleder har tilgang. Alt datamateriale vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Prosjektleder har ansvar for forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert, og slettes senest fem år etter prosjektslutt. Dato for prosjektslutt 15.11.2023

GODKJENNING

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskulen på Vestlandet ved dagligleder Petrin Eide, +47 917 40 435 phe@hvl.no.
- Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen personvernombud@hvl.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Vedlegg 5: Informasjon om delprosjektet

Hei!

Vi er to studenter fra Høyskolen på Vestlandet, Isabella Christin Vedeler Cerda og Elisabeth Gjerde Svanevik. Vi skriver masteroppgave om det dagkirurgiske forløpet ved tåreveisoperasjon, og ønsker i den anledning å høre pasienters perspektiver. Dersom du ønsker å delta i dette prosjektet vil vi gjennomføre et intervju med deg, hvor du vil få tid og rom til å snakke om hvordan du erfarte forberedelsene, selve inngrepet og tiden etterpå. Vi kommer til å bruke et egnet lokale i Øyebygget på Haukeland sykehus. Men du skal ikke ta kontakt i resepsjonen eller registrere deg noen steder, vi kommer deg i møte.

Dette prosjektet er helt uavhengig av Øyeavdelingen på Haukeland Sykehus, de er kun behjelpelig med rekruttering av deltakere. Transportkostnader osv. må du dekke selv.

Vi er en del liten del av et større prosjekt, derfor mottar dere også litt informasjon om dette og papirer som må signeres, det er viktig at dere signerer alle papirene dere får tildelt i forkant av intervjuet.

Dersom dere har noen spørsmål ang. intervjuet må dere ta kontakt med oss, ikke Øyeavdelingen.

Vår kontaktinformasjon er;

Elisabeth Gjerde Svanevik
Telefonnummer; 95063563
Mail; elisabeth-svanevik@hotmail.com

Isabella Christin Vedeles Cerda
Telefonnummer; 92071994
Mail; isabella_cerda@hotmail.com



SAMTYKKE TIL DELTAGELSE I PROSJEKTET; «Pasienters opplevelse og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi»

På bakgrunn av den informasjon jeg har fått både muntlig og skriftlig, ønsker jeg å delta i denne undersøkelsen.

Jeg er kjent med at intervjuet vil bli utført av Masterstudenter ved master i klinisk sykepleie som et ledd i et Mastergradsarbeid. Jeg er også kjent med at dette masterarbeidet inngår i en større studie som omhandler mange ulike pasientgrupper som har gjennomgått dagkirurgisk behandling. Studiet er et samarbeid med Høgskulen på Vestlandet og sykehusene i Helse Vest. Jeg er forespurt om dette fordi jeg innehar erfaring, kunnskap og synspunkter som har betydning for studiet. Deltakelsen inkluderer også besvarelse av et spørreskjema som jeg får tildelt av masterstudenten, sammen med frankert konvolutt.

Jeg er informert om at jeg til enhver tid har rett til å trekke meg hvis jeg ønsker det.

Intervjuet vil finne sted hjemme hos meg, eller på et egnet kontor hvis jeg ønsker det. Det vil ikke bli gitt økonomisk godtgjørelse. Jeg er informert om at jeg vil bli kontaktet når jeg har kommet hjem for å finne et passende tidspunkt.

Jeg vet at all informasjon som jeg gir vil bli anonymisert både i forhold til oppbevaring og fremstilling i forskningsarbeidet.

Dato for operasjon:

Navn (med blokk bokstaver)

Adresse:

Telefonnummer

Signatur:

Samtykke erklæring returneres i vedlagte frankerte konvolutt. Eller tas med til sykehuset når du skal opereres.

Hvis spørsmål, kontakt dagligleder Petrin Eide på telefon: 55 58 56 95 / 91 74 04 35

Vedlegg 7: Intervjuguide

Dagkirurgi og hjemmesituasjon

Prosjekt dagkirurgi; INTERVJUGUIDE

Intervjuguiden er delt opp i tema. Hensikten er at respondenten skal snakke så fritt som mulig. Underpunktene er ment som en støtte for intervjueren.

OBS: Husk å gi informanten kode til intervju og spørreskjema.

Tema 1: Kan du beskrive hvordan du har forberedt deg før operasjonen

- Søkte du etter mer informasjon: internett, venner, behandlingssted
- Andre forberedelser: matinnkjøp, ekstra rengjøring, bytte av sengetøy, organisering av hjelp, ommøblering av hjem

Tema 2: Fortell om det første døgnet

- Hjemreisen
- Ubehag
- Søvn, ernæring
- Stress
- Mulighet til å utføre daglige aktiviteter

Tema 3: Fortell om ditt behov for hjelp og støtte

- Utfordringer
- Uforutsette hendelser/hva som skjedde og hvordan det ble løst
- Hvem har hjulpet deg og hvor mye
- Kontakt med helsevesenet, avdeling, andre

Tema 4: Kan du beskrive hvilken egenbehandling du har blitt anbefalt å utføre, og hvordan du utfører denne

- Administrasjon av smertestillende
- Øvelser/fysioterapi
- Observasjoner av egen helsetilstand
- Sår/bandasje



Region: REK vest	Saksbehandler: Ingvild Haaland	Telefon: 55978498	Vår dato: 16.12.2019	Vår referanse: 31134
			Deres dato: 14.08.2019	

Petrin Hege Eide

31134 Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter Dagkirurgi

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet

Søker: Petrin Hege Eide

Søkers beskrivelse av formål:

Prosjektet har som mål å utvikle forståelse for ulike pasientgruppers opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgisk behandling.

Prosjektets er en deskriptivt- tverrsnitt studie med kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder. Utvalget består av dagkirurgiske pasientgrupper fra alle kirurgisk disipliner.

Mål

Få innsikt i:

- generelle og spesielle problemer ved det å være dagkirurgisk pasient
- egenbehandling forståelse og utføres
- behov for hjelp og identifisere helpere
- postoperative komplikasjoner, forståelse og håndtering

For å gi en breddeforståelse for pasientenes situasjon benyttes det spørreskjema som måler posttraumatiske stress reaksjoner, mestringsforventning, sosial støtte, livskvalitet og usikkerhet.

Det registreres bakgrunnsvariabler som type kirurgi, ventetid før inngrep, alder, kjønn, boforhold, utdanning, arbeid, avstand til behandlingssted, tidligere dagkirurgi og andre alvorlige livshendelser (jf. Skjema.)

REKs vurdering

Vi viser til mottatt tilbakemelding datert 07.11.2019 for ovennevnte prosjekt.

Tilbakemeldingen ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 27.11.2019. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Vurdering

Søknaden ble først behandlet i møtet 11.09.2019.

Komiteen bemerket at prosjektleder ikke har PhD, og må byttes til en som har PhD-grad, for eksempel prosjektmedarbeider Venke A. Johansen. Videre ønsket komiteen en gjennomgang av protokollen og designet av den kvantitative delen med en forbedret redegjørelse av forskningsspørsmål og hypotese. Det ble bemerket at det ikke spørres om

Besøksadresse:
Armauer Hansens Hus (AHH),
Tverrfløy Nord, 2 etasje, Rom
281, Haukelandsveien 28.

Telefon: 55978498
E-post: rek-vest@uib.no
Web: <http://rekportalen.no>

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal eller på e-post. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

må foregå skriftlig eller når de kommer til sykehuset.

Angående beredskap:

Det oppgis at «Alle med-forskerne (masterstudentene) er spesialsykepleiere i enten anestesi, intensiv eller operasjonssykepleie og har minimum 2 års erfaring fra klinisk sykepleie. Med-forskerne skal primært sett ha et forskerperspektiv i en intervjusituasjon, men i en situasjon hvor de intervjuer en nyoperert pasient, har de også ha et faglig perspektiv. De har følgelig god kompetanse i kommunikasjon og vurdering av pasientsituasjonen, totalt sett. De har førstehåndskunnskap i å observere og vurdere kirurgiske tilstander. De har også en handlingsberedskap og en etisk plikt til å gripe inn ved behov.»

Det oppgis videre at man vil følge retningslinjene ved behandlingsstedet når det gjelder beredskap.

Ang. revidering av informasjonsskriv oppgis det at:

- «Informasjonsskrivet er revidert med tanke på navn på personvernombud.
- Det er og tydeliggjort hvilken informasjon som skal samles inn.
- Når det gjelder beredskap ønsker prosjektet å følge retningslinjene til behandlingsstedet. Men det presiseres at masterstudentene er spesialsykepleiere og at prosjektleder vil ta kontakt hvis en skårer høyt på spørreskjema.»

Komiteen anser beredskapen som tilfredsstillende.

Vedtak

Godkjent med vilkår

REK vest godkjenner prosjektet med følgende vilkår:

Prosjektleder må byttes til person med PhD-kompetanse eller tilsvarende. Venke A.

Johansen settes som prosjektleder (dette er avklart med nåværende prosjektleder).

Deltakerne kan ikke rekrutteres per telefon. Rekrutteringen må foregå skriftlig eller når de kommer til sykehuset.

REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider.

Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 på betingelse av at nevnte vilkår tas til følge.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
professor dr. med.
Komitéleder

Ingvild Haaland
rådgiver

Kopi: post@hvl.no

NB! På grunn av tekniske problemer med portalen vil dette vedtaket sendes ut på ny gjennom portalen når problemene er løst. Vedtaket vil imidlertid gjelde fra 16.12.2019.

Sluttmelding

Søker skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest seks måneder etter godkjenningsperioden er utløpt, jf. hfl. § 12.

Søknad om å foreta vesentlige endringer

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i forhold til formål, metode, tidsløp eller organisering, skal søknad sendes til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som har gitt forhåndsgodkjenning. Søknaden skal beskrive hvilke endringer som ønskes foretatt og begrunnelsen for disse, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

Vedlegg 9: Godkjenning fra NSD

21.1.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi

Referansenummer

298519

Registrert

07.11.2019 av Petrin Hege Eide - Petrin.Hege.Eide@hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Venke A Johansen, <venke.agnes.johansen@helse-bergen.no>, tlf: 91740435

Type prosjekt

Forskerprosjekt

Prosjektperiode

15.11.2019 - 15.11.2023

Status

18.12.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

18.12.2019 - Vurdert

BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert og godkjent av REK etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK sin ref: 31134).

Det er NSD sin vurdering at behandlingen også vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet datert 18.12.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

VURDERING AV BEHOV FOR DPIA

Under intervjuene kan det fremkomme opplysninger om personer som ikke selv deltar i prosjektet (tredjepersoner). Tredjepersoner vil ikke motta informasjon om behandlingen. Vi vurderer likevel at det ikke er snakk om høy risiko for de registrertes friheter og rettigheter, og at det dermed ikke er nødvendig å gjøre en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) jf. personvernforordningen art. 35.

Dette er begrunnet i følgende momenter: Det registreres et lite omfang opplysninger, det inngår ikke direkte

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5d4e8fcb-ba9e-4e32-b7d2-ff9166e467df>

1/3

identifiserende opplysninger, og fokuset er på deltakerens erfaringer. Behandlingen av personopplysninger er begrenset til det som fremgår som relevant for prosjektet, og opplysningene anonymiseres fortløpende.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om rasemessig eller etnisk opprinnelse, og helseopplysninger, samt alminnelige kategorier av personopplysninger. Prosjektsslutt er 15.11.2023, deretter skal data oppbevares av dokumentasjonshensyn frem til 15.11.2028.

LOVLIG GRUNNLAG FOR UTVALGET

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

LOVLIG GRUNNLAG FOR TREDJEPERSONER

Det tas høyde for at datamaterialet vil kunne inneholde opplysninger om identifiserbare tredjepersoner. Tredjepersoner vil være personer som har hjulpet deltakerne etter operasjon, som for eksempel ektefelle, barn, søsken eller venner. Omfanget av opplysninger vil være lite, det vil ikke inngå direkte identifiserende opplysninger, opplysningene skal kun behandles en kort periode, og ingen enkeltpersoner vil gjenkjennes i publikasjoner.

Det er NSD sin vurdering av personvernulempen for potensielle tredjepersoner med dette er lav. Prosjektet har en allmenn interesse gjennom forskningsformål som er veid som høyere enn personvernulempen, gitt tiltakene som er spesifisert over.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e), jf. art. 6 nr. 3 bokstav b), jf. personopplysningsloven § 8.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

UTVALGETS RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

I utgangspunktet har alle som registreres i forskningsprosjektet rett til å få slettet opplysninger som er

registrert om dem. Etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd vil imidlertid adgangen til å kreve sletting av sine helseopplysninger ikke gjelde dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Regelen henviser til at sletting i slike situasjoner vil være svært vanskelig og/eller ødeleggende for forskningen, og dermed forhindre at formålet med forskningen oppnås.

Etter personvernforordningen art. 17 nr. 3 d kan man unnta fra retten til sletting dersom behandlingen er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål i samsvar med artikkel 89 nr. 1 i den grad sletting sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad vil hindre at målene med nevnte behandling nås.

NSD vurderer dermed at det kan gjøres unntak fra retten til sletting av helseopplysninger etter helseforskningslovens § 16 tredje ledd og personvernforordningen art. 17 nr. 3 d, når materialet er inngått i utførte analyser.

Vi presiserer at helseopplysninger inngår i utførte analyser dersom de er sammenstilt eller koblet med andre opplysninger eller prøvesvar. Vi gjør oppmerksom på at øvrige opplysninger må slettes, og det kan ikke innhentes ytterligere opplysninger fra deltakeren.

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

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

TREDJEPERSONERS RETTIGHETER

Så lenge tredjepersoner kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13/14), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), protest (art. 21).

Det kan unntas fra informasjonsplikt etter art. 14 nr. 5 b), der personopplysninger ikke har blitt samlet inn fra den registrerte da det vil kreve en uforholdsmessig stor innsats for prosjektet.

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise A. Haveraaen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 10: Søknad til avdelingsledelsen

Brev til avdelingsledelse/avdelingsoverlege/avdelingssykepleier

Hei,

Vi er to masterstudenter som tar videreutdanning i operasjonssykepleie. Vi skal være en del av det dagkirurgiske forskningsprosjektet som utgår på Høgskulen på Vestlandet og forskningsgruppen POPS. I vår masteroppgave har vi valgt å skrive om pasienter som gjennomgår en tåreveisoperasjon. Problemstillingen vår er; *Hvilke opplevelser og erfaringer har dagkirurgiske pasienter som gjennomgår en tåreveisoperasjon i lokal anestesi, og hvordan erfarer de ansvar for egenpleie etter hjemkomst?*

Vi ønsker at avdelingssykepleier kan hjelpe oss med rekruttering av respondenter, og at det gjøres den dagen de møter opp til operasjon. Dersom avdelingssykepleier rekrutterer reduseres sjansen for at pasientene føler seg presset til å delta, fordi den som rekrutterer ikke er direkte involvert i prosjektet. Avdelingssykepleier kommer til å få informasjonsskriv, samtykkeskjema og kvantitativt spørreskjema (kun relatert til hovedprosjektet) som skal leveres ut til pasienter som ønsker å delta i prosjektet. Vi har tenkt å gjennomføre kvalitative forskningsintervju av 6-8 respondenter i etterkant av inngrepet, helst den dagen de kommer på kontroll. Intervjuene vil foregå på et egnet kontor på øyeavdelingen.

Vi håper på et godt samarbeid med dere.

Med vennlig hilsen