



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MKS591-O-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	11-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	25-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 MKS591 1 O 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	464
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	14730
----------------------	-------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	3
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	425

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

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

Ja, Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi.

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

Pasienters opplevelser og erfaringer med det dagkirurgiske forløpet etter gjennomgått neseseptumplastikk

Patients`experiences with day surgery after undergoing rhinoplasty

Maiken Haldorsen og Malene Børtveit Nesse

Master i klinisk sykepleie- Anestesisykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Veileder Venke A. Johansen

Innleveringsdato 25.05.2022

**Forord:**

For under to år siden startet vi på “Master i klinisk sykepleie- anestesisykepleie” på Høgskulen på Vestlandet. I desember 2021 ble vi ferdig utdannet anestesisykepleiere, og startet arbeidet med masteroppgaven.

Det har vært en utrolig lærerik reise. Vi har fått ny innsikt og kunnskap om et spennende og dagsaktuelt tema. Det har til tider vært en krevende prosess for oss begge med både familieliv og ny jobb.

Det er mange som har vært til hjelp og støtte underveis som vi ønsker å takke. Først og fremst vil vi takke deltakerne som delte sine opplevelser og erfaringer. Videre vil vi takke veilederen vår Venke A. Johansen for hjelp, gode innspill og motivasjon underveis i prosessen.

Takk til Magda Buchvold og Benny Huser for korrekturlesning og gode tilbakemeldinger.

Sist, men ikke minst, vil vi rette en stor takk våre familier for hjelp, støtte, tålmodighet, oppmuntring og heiarop.

Stord, mai 2022

Maiken Haldorsen og Malene Børtveit Nesse

## **Sammendrag:**

Bakgrunn: Stadig flere pasienter får gjennomført dagkirurgi, og store fremskritt innenfor anestesi og kirurgisk teknologi gjør det mulig å gjennomføre flere inngrep dagkirurgisk. I dagens helsevesen er det stort fokus på effektivisering, produktivitet, besparelser og å korte ned helsekøen. Som anestesisykepleiere kan det være utfordrende å arbeide innenfor disse rammene, samtidig som pasienten skal føle seg ivaretatt.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å øke forståelsen av hvordan dagkirurgiske pasienter, som har gjennomført neseseptumplastikk (skjev neseskillevegg), erfarer og opplever det dagkirurgiske forløpet.

Anestesisykepleier er en sentral del av det dagkirurgiske teamet, og studien belyser betydningen anestesisykepleiers rolle og funksjon har for pasienten gjennom forløpet.

Metode: Studien har et kvalitativt design med fenomenologisk tilnærming. Data ble samlet inn via semistrukturerte muntlige intervju. Utvalget består av 6 pasienter som har gjennomgått neseseptumplastikk dagkirurgisk. Det er benyttet systematisk tekstkondensering som analysemetode.

Resultat: Funnene viser seg i tre hovedkategorier. Første kategori er «Effektivitetens dilemma- forberedelse». Resultatene tyder på en divergens mellom det informantene tror skal skje, og det de opplever. Informasjon er en viktig del av forberedelsen, og det kommer frem at deltakerne opplevde varierende informasjon rundt forløpet som de tolket ulikt. Dette resulterte i at noen opplevde informasjonen som mangelfull, som igjen førte til forvirring, usikkerhet og urealistiske forventninger. Det viste seg at deltakerne ønsket at det dagkirurgiske forløpet skulle ta så liten tid som mulig, og de ønsket å komme seg fortest mulig hjem.

I andre kategori som omhandler «Trygghet og håp», belyses viktigheten av å føle seg trygg, ivaretatt og sett gjennom alle ledd i det dagkirurgiske forløpet. Informantenes

håp om bedring kommer også frem som en viktig motivasjonsfaktor som bidrar positivt til det perioperative forløpet.

I siste kategori, «Å være sin egen pleier», kommer det frem at informantene opplever dårlig søvnkvalitet etter hjemkomst, samt forvirring rundt hvordan egenbehandlingen skulle utføres. Det viser seg også at enkelte opplevde mulige komplikasjoner uten å kontakte helsevesenet.

Konklusjon: Informantene er stort sett fornøyd med det dagkirurgiske forløpet, men trekker frem enkelte forbedringsområder som informasjon og oppfølging etter hjemkomst. På bakgrunn av dette konkluderer vi med at pasientene kunne hatt en bedre rekonvalesens og opplevelse av det dagkirurgiske forløpet dersom det blir gjort forbedringer i praksis.

Nøkkelord: Dagkirurgi, pasientopplevelser, pasienterfaringer, neseseptumplastikk, anestesisykepleier.

**Abstract:**

Background: More and more patients are undergoing day surgery, and major advances in anesthesia and surgical technology make it possible to carry out more operations during day surgery. In today's healthcare system, there is a strong focus on efficiency, productivity, savings, and shortening the health queue. As anesthesia nurses, it can be challenging to work within this framework, at the same time as the patient must feel taken care of.

Purpose: This study aims to increase the understanding of how day surgery patients, who have performed rhinoplasty (skewed nasal septum), experience the day surgery process. The anesthesia nurse is a central part of the day surgery team, and this study looks at the importance of the anesthesia nurse for the patient throughout the process.

Method: The study has a qualitative design with a phenomenological approach. Data were collected via semi-structured oral interviews. The sample consists of 6 patients who have undergone rhinoplasty day surgery. Systematic text condensation has been used as an analysis method.

Result: The findings appear in three main categories. The first category is "Efficiency dilemma- preparation". The results indicate a divergence between what the informants think will happen and what they experience. Information is an important part of the preparation, and it appears that the participants experienced varying information about the course which they interpreted differently. This resulted in some perceiving the information as deficient, which in turn led to confusion, uncertainty, and unrealistic expectations. It turned out that the participants wanted the day surgery course to take as little time as possible, and they wanted to get home as soon as possible. In the second category, which deals with "Security and hope", the importance of feeling safe, taken care of, and seen through all stages of the day surgery process is highlighted. The informants' hope for improvement also emerges as an important motivating factor that contributes positively to the perioperative process.

In the last category, "Being your own caregiver", it appears that the informants experience poor sleep quality after returning home, as well as confusion about how the self-treatment should be performed. It also turns out that some experienced possible complications without contacting the health service.

Conclusion: The informants are generally satisfied with the day surgery process, but highlight some areas for improvement such as information and follow-up after returning home. Based on this, we conclude that patients could have had a better convalescence and experience of the day surgery process if improvements are made in practice.

Keywords: Day surgery, patient experiences, patient experiences, rhinoplasty, anesthesia nurse



## Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon og bakgrunn.....	1
2.0 Teori .....	2
2.1 Sentrale begrep .....	2
2.2 Kari Martinsen omsorgsfilosofi og perspektiv .....	6
3.0 Tidligere forskning .....	9
4.0 Hensikt og problemstilling .....	14
5.0 Metode .....	15
5.1 Kvalitativt design .....	15
5.2 Fenomenologisk tilnærming.....	15
5.3 Kvalitative intervju .....	16
5.4 Utvalg og inklusjon.....	16
5.5 Rekruttering og datasamling.....	17
5.6 Analyse- systematisk tekstkondensering.....	18
5.7 Relevans og validitet.....	21
5.8 Forskningsetikk.....	22
5.9 Forforståelsen og refleksivitet .....	23
6.0 Brukermedvirkning .....	24
7.0 Resultat.....	25
7.1 Effektivitetens dilemma- forberedelse .....	25
7.1.1 Informasjon er viktig .....	26

7.1.2 «Hjemmesykehus» .....	27
7.1.3 Forventning om snarlig hjemreise .....	27
7.2 Trygghet og håp .....	28
7.2.1 Viktigheten av å føle seg trygg, bli sett og ivaretatt gjennom alle ledd.....	28
7.2.2 Håpet om bedring .....	30
7.3 Å være sin egen pleier.....	31
7.3.1 Dårlig søvnkvalitet .....	31
7.3.2 Samme operasjon- ulikt smertefokus .....	32
7.3.3 Opplevelse av egen helsetilstand .....	32
7.3.4 Egenbehandling - Informasjon til forvirring .....	33
8.0 Drøfting .....	34
8.1 Viktigheten av forberedelse - informasjon .....	34
8.2 Pasienterfaringer rundt hjemreise.....	36
8.3 Opplevelsen av ivaretagelse gjennom det dagkirurgiske forløpet.....	38
8.4 Erfaringer og opplevelser med å være sin egen pleier i hjemmet.....	41
8.5 Studiens styrker og svakheter .....	44
9.0 Konklusjon .....	46
10.0 Videre forskning, formidling og implikasjoner for praksis .....	47
Litteraturliste: .....	48
Vedlegg 1- Intervjuguide .....	53
Vedlegg 2- Godkjenning NSD .....	54

Vedlegg 3- REK godkjenning .....	55
Vedlegg 4- Forespørsel om deltakelse i prosjektet.....	60
Vedlegg 5- Godkjenning av innhenting av data.....	63
Vedlegg 6- Informasjonsskriv til pasientene.....	64
Vedlegg 7 – Utdrag fra analysen .....	68

**Figurer:**

Figur 1- CanMEDs modell

Figur 2- Effektivitetens dilemma- forberedelse

Figur 3- Trygghet og håp

Figur 4- Å være sin egen pleier

## 1.0 Introduksjon og bakgrunn

I Norge får flere og flere pasienter gjennomført dagkirurgi, og det er en stadig økende trend. I 1990-årene var det kun 20-30% av planlagt kirurgi som ble utført dagkirurgisk. Store fremskritt innenfor anestesi og kirurgisk teknologi, gjør det mulig å gjennomføre flere inngrep dagkirurgisk. Samtidig er det økt fokus på effektivisering og reduksjon av kostnader innad i helsevesenet (Ræder & Nordentoft, 2010). Ifølge Helsedirektoratet (2021) utgjorde i 2019 dagkirurgi 70,6 % av alle planlagte kirurgiske inngrep. I tillegg til kostnadsreduksjonen, er en viktig hensikt å korte ned helsekøen for inngrep som ikke kommer først i prioriteringsrekken. Dagkirurgi vil si at pasienten kommer til og forlater sykehuset samme dag som operasjonen gjennomføres.

Pasienten er på sykehuset i ca. 4-6 timer (Ræder & Nordentoft, 2010).

Dagkirurgi er preget av produktivitet, og setter store krav til hurtighet og effektivitet hos oss som anestesisykepleiere. Selv om vårt arbeid ofte er i en kort periode sett i et dagkirurgisk tidsperspektiv, utgjør vi likevel en sentral rolle i det dagkirurgiske teamet. Ifølge grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere krever rollen som anestesisykepleier kunnskap innen relevante medisinske basisfag, naturvitenskapelige og sykepleiefaglige emner, samt kliniske, tekniske og ikke-tekniske ferdigheter. Noen viktige funksjoner som anestesisykepleiere er å gi trygghet, omsorg, informasjon, tilstrekkelig smertelindring, kvalmeprofylakse og i størst mulig grad lindre ubehag (ALNSF, 2020).

I vår kvalitative studie har vi intervjuet pasienter som har gjennomgått neseseptumplastikk (skjev neseskillevegg) dagkirurgisk. Gjennom det empiriske materialet ønsker vi å øke forståelsen rundt pasienters erfaringer og opplevelser, samt reflektere over anestesisykepleiers betydning i det dagkirurgiske forløpet.

Denne studien er et delprosjekt under hovedprosjektet "Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi" som utgår fra Høgskulen på Vestlandet. Hovedprosjektet som har til hensikt å kartlegge pasienterfaringer og opplevelser i forbindelse med dagkirurgi, er organisert med prosjekt og styringsgruppe. Det har også fått godkjenning av norsk senter for forskningsdata og

regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk vest. (Se punkt 5.8 Forskningsetikk for utfyllende informasjon.)

Vi velger å omtale informantene som både deltakere og informanter, dette for å variere språket og få bedre flyt i teksten.

## 2.0 Teori

### 2.1 Sentrale begrep

#### Dagkirurgi

“Dagkirurgi vil si at pasienten møter opp og utskrives på dagen for et inngrep som gjøres i omfattende lokalanestesi, generell anestesi (narkose) eller regional anestesi, eller krever kvalifisert postoperativ observasjon av andre årsaker.” (Ræder & Nordentoft, 2010, s. 742).

Det er type kirurgisk inngrep, samt en totalvurdering av pasienten som avgjør om det kan utføres dagkirurgisk. Det foreligger få absolutte kontraindikasjoner for å motta dagkirurgisk behandling, men det trengs en individuell vurdering av hver enkelt pasient foretatt av kirurg og anestesilege (Tsesmetsis, 2021).

Anestesiolog benytter ASA klassifikasjon for å vurdere risikoen knyttet til anestesi. Pasienten sin medisinske helsetilstand vurderes, og klassen en blir plassert i er uavhengig av hvilket inngrep som skal utføres.

ASA klassifisering er utarbeidet av American Society of Anesthesiologists (2014).

Pasienter som får utført dagkirurgi er oftest i ASA klasse 1 og 2, men også pasienter i ASA klasse 3 og 4 kan være aktuelle for dagkirurgisk behandling (ALNSF, 2016).

ASA klassifiseringssystemet er delt inn i 6:

- ASA 1: Frisk pasient.
- ASA 2: Pasient med mild systemisk sykdom.

- ASA 3: Pasient med alvorlig systemisk sykdom.
- ASA 4: Livstruende systemisk sykdom.
- ASA 5: Moribund pasient som ikke er forventet å overleve uten operasjon.
- ASA 6: Erklært hjernedød pasient som vurderes som organdonor

ASA (2018) har utarbeidet retningslinjer for minimum pasientbehandling i forbindelse med dagkirurgi. Her står det blant annet at pasienter som får generell anestesi må ha en ansvarlig voksen person hos seg det første døgnet, og at pasientene må få skriftlig postoperativ informasjon og plan for videre oppfølging.

Et mål ved anestesi til dagkirurgiske pasienter er få de fort våkne og mentalt restituert. Selv om moderne anestesimidler metaboliseres raskt, må vi likevel ta hensyn til at å gjennomgå operative inngrep er en belastning som fører til kroppslige forandringer (Ræder & Nordentoft, 2010).

Ifølge Norsk standard for anestesi (2016) er det viktig at pasienten er stabil respiratorisk og sirkulatorisk, og skal i stor grad ha gjenopprettet sin habitualtilstand før hjemreise.

## Anestesisykepleiers funksjon

I grunnlagsdokumentet for anestesi blir de ulike kompetanseområdene og rollene til anestesisykepleier belyst ved CanMEDs modell (figur 1) (ALNSF, 2020).

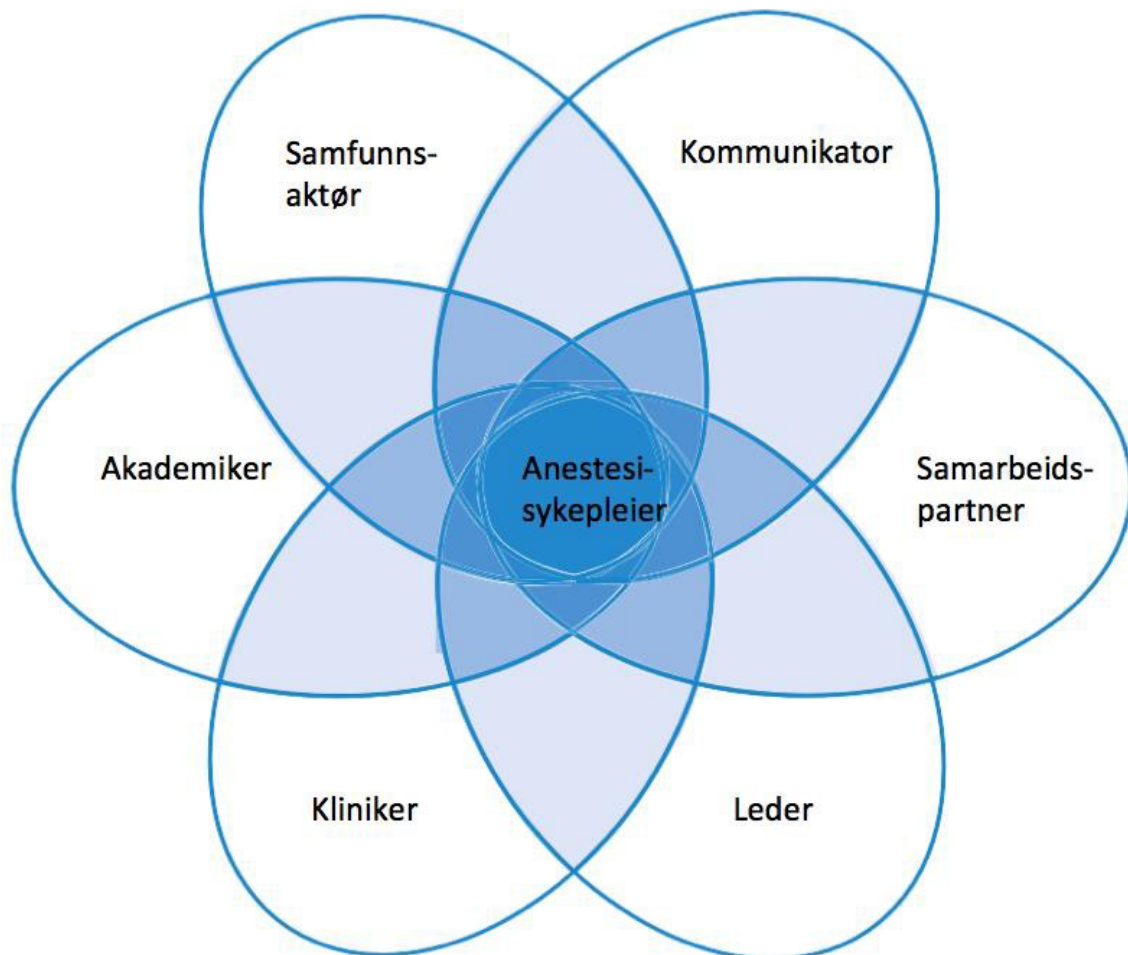
Anestesisykepleier er en sentral del av det dagkirurgiske teamet, og ifølge grunnlagsdokumentet skal en jobbe effektivt for å oppnå ideell og sikker pasientomsorg gjennom hele forløpet (ALNSF, 2020).

Anestesisykepleier skal ved å benytte avanserte kommunikasjonsferdigheter gi tilpasset informasjon til pasient og pårørende for å hjelpe de gjennom den perioperative fasen (ALNSF, 2020).

Som en del av det dagkirurgiske teamet skal anestesisykepleier, ifølge grunnlagsdokumentet, rapportere fullstendig og forståelig viktig informasjon fra det perioperative forløpet til personalet som skal overta ansvaret for pasienten (ALNSF,

2020). Anestesisykepleiere har avansert kunnskap om farmakologi, og administrerer anestesimidler og tilleggsmedikament ved gjennomføring av anestesi (ALNSF, 2020). Tydelig og målrettet kommunikasjon blir derfor svært viktig for å sikre forståelse av pasientbehandlingen vi utfører for å fremme pasientsikkerheten og et godt samarbeidsmiljø (ALNSF, 2020).

Anestesisykepleier har også et akademisk ansvar, som består av å gjennomføre forsknings- og fagutviklingsprosjekter for å forbedre praksis. Anestesisykepleier forplikter seg til kontinuerlig kompetanseutvikling (Bruun, 2021), noe dette prosjektet kan være med å bidra til.



Figur 1 CanMEDs modell (ALNSF, 2020).

## Neseseptumplastikk

Neseseptumplastikk (skjev neseskillevegg) utføres som regel dagkirurgisk. Skjev neseskillevegg kan være medfødt eller komme som følge av traume mot nesen. Dersom forskyvningen er stor kan det resultere i for eksempel søvnproblemer, snorking, tett nese, bihuleinfeksjoner eller nedsatt luktesans. Et operativt inngrep utført gjennom neseborene der kirurgen retter på ben og bruske på neseskilleveggen, kan bedre dette. På den måten blir det god plass på begge sidene i nesen. Skilleveggen blir støttet opp med myke plater og tamponger blir satt inn i begge nesebor for å gi støtte og hindre blødninger (Norsk Helseinformatikk, 2021).

Pasienten intuberes med endotrakealtube og får som regel total intravenøs anestesi (TIVA). Eksempler er bruk av Propofol og Remifentanil, som har både rask anslagstid og kort halveringstid. Dette er anestesimidler som gjør at pasienten kommer seg raskere og egner seg derfor godt til dagkirurgiske operasjoner (Tsesmetsis, 2021).

For utfyllende informasjon se vedlegg 6 (informasjonsskriv som pasientene får utdelt).

## Omsorg i sykepleie

Omsorgsbegrepet er sammensatt av «om» og «sorg». Det stammer fra det tyske ordet «sorgen» som betyr «omtenksomhet», «å bekymre seg for». «Sorg» betyr å sørge for (Martinsen, 2003, s. 68). I sykepleie er omsorg et sentralt begrep i utøvelsen av vårt yrke. Derfor anser vi det som relevant å knytte omsorg til problemstillingen, og til videre drøfting av våre funn om deltakernes opplevelser og erfaringer.

Behandling, pleie og oppdragelse er ord som blir brukt for å uttrykke omsorg i yrkessammenheng, og en forutsetning er at de inneholder omsorgens kvaliteter.

Omsorg inkluderer handlingene som blir utført og hvordan de utføres.

Utgangspunktet for omsorg er pasienten sin situasjon og en utøver omsorgen ut fra behovet til den enkelte. I arbeid med pasienter omtaler en ofte pleie og omsorg under et. Et eksempel kan være å si at en pasient får for mye omsorg, men det som



egentlig er ment er at den mottar for mye pleie eller hjelp. Pleien må ha kvaliteter av omsorg ved at den er relasjonell, moralsk og praktisk, at pasienten får pleie med omsorg. Ved å skille disse begrepene kan det hevdes at: «Vi kan gi både for lite og for mye pleie. Vi kan gi for lite omsorg, men aldri for mye» (Alvsvåg, 2005, s. 70).

## 2.2 Kari Martinsen omsorgsfilosofi og perspektiv

Kari Martinsen er en norsk sykepleier (f.1943) som har en magistergrad i filosofi. Gjennom et langt forfatterskap har hun utviklet sin omsorgsfilosofi (Kristoffersen, 2009).

«Omsorg er det mest naturlige og det mest fundamentale ved menneskets eksistens. I omsorgen er forholdet mellom mennesker det vesentligste. Omsorg er en sosial relasjon. Med andre ord, min eksistens forutsetter andre» (Martinsen, 2003, s 69). Martinsens omsorgslitteratur, som er fra andre halvdel av 1990 tallet og første del av 2000 tallet, har fremdeles stor aktualitet. Litteraturen vi har benyttet her er av eldre dato, men er inkludert da vi ser det som svært relevant og aktuelt for å belyse temaet i denne studien.

Martinsens beskrivelse av sykepleiefaget er bygd opp rundt begrepet omsorg og hennes arbeid kan betraktes som en fenomenologisk teori (Kirkevold, 1998), hvor verden og mennesket er sammenflettet i et gjensidig avhengighetsforhold (Gjengedal, 2000). Omsorgsteorien representerer en alternativ forståelse av sykepleiefaget og av sykepleiens kunnskapsgrunnlag (Kirkevold, 1998, s. 169).

Åpenhet, barmhjertighet, tillit, håp og kjærlighet er noe Martinsen, inspirert av Løgstrup, kaller for livsytringer og mener disse er en forutsetning for omsorg.

Martinsen mener fagpersoner og mennesker skal ivareta disse livsytringene. En må skape rom og betingelser for at tilliten, barmhjertigheten, kjærligheten og åpenheten kan erfares i livet vårt og at pasientene kan erfare disse i møte med faglig sykepleie (Alvsvåg, 2005, s. 72).

Ifølge Martinsen kan omsorg bidra til at pasienten erfarer hva barmhjertighet og kjærlighet er, og være med på at tillit og håp fremmes i relasjonen til sykepleieren. På den andre siden kan manglende omsorg føre til at det skapes mistillit og en reservert holdning i møte med helsevesenet (Alvsvåg, 2005, s. 73).

Martinsen trekker frem tre aspekt ved omsorg, som et relasjonelt begrep, et moralsk begrep og som handling (Martinsen, 2003).

Omsorg som relasjonelt begrep handler om et åpent og nært forhold mellom mennesker, og bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet. Det mest naturlige og fundamentale ved menneskets eksistens er omsorg. Forståelsen av andre og forståelsen vi tilegner oss gjennom å gjøre ting for og/eller sammen med andre gjør at vi utvikler felles erfaringer som gjør at vi kan forstå. Dette vil føre til at vi kan se situasjonen mest mulig fra den andres synspunkt (Martinsen, 2003).

Martinsen er inspirert av filosofene Juul Jensen, Heidegger og Løgstrup. Disse tre bygger alle på et kollektivistisk menneskesyn, det vil si at de anser mennesket som avhengig av andre for å overleve. Denne grunnleggende avhengigheten forutsetter omsorg for hverandre (Gjengedal, 2000).

Dersom omsorg skal være ekte må vi forholde oss til andre med en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon (Martinsen, 2003).

Sykepleie kan kalles for et kroppslig yrke, det vil si vi bruker kroppen i pleien, og forholder oss til pasienter som trenger behandling, pleie og omsorg. Både sykepleiere og pasienter uttrykker seg gjennom handlinger, holdninger, ord og tonefall. Kroppen er en uttrykksform som bidrar til å forme vår stil, og det er gjennom kroppsholdning sykepleierens relasjon til andre trer frem. Alt vi gjør og sier, gjøres med en form for stil. Med det menes at vi uttrykker oss og andre får inntrykk av oss ut fra vår stil. Det er også slik sykepleiere får inntrykk av pasienten ut ifra hans uttrykksfulle stil (Alvsvåg, 2005).

Omsorg som moralsk begrep er knyttet til ansvaret for svake, og er preget av makt og avhengighet. En må være bevisst på hvordan maktforholdet blir utøvd, og at solidaritet må ligge til grunn i enhver utøvelse av makt (Martinsen, 2003).

Med omsorg som handling mener Martinsen (2003) situasjonsbetingede og konkrete handlinger som er basert på forforståelse av hva som vil være til det beste for den andre. Omsorg er grunnleggende sett noe mennesker og samfunn ikke kan være foruten. Ord som uttrykker ulike sider ved begrepet omsorg kan være «ta hånd om», «hjelp», «vise omtanke for» og «bekymre seg for». Martinsen (2003, s. 67) mener at omsorg ikke er et så selvsagt begrep i hverdagen som det kan se ut til, og at det tilsynelatende er enda mindre verdsatt i sykepleien. Dette fordi omsorg står i

motsetning til de rådende verdier i vårt samfunn. Det blir høyere rangert på verdiskalaen å være selvstendig og klare seg selv enn det å hjelpe og ta hensyn til. Dermed formidler helsevesenet på samme måte som samfunnets verdier «hjelp-til-selvhjelp» ideologi. Den syke skal behandles for å bli selvhjulpne (Martinsen, 2003).

I de fleste av helsevesenets institusjoner i dag møtes en av effektivitet, spesialisert utstyr og et komplisert «sykehuspråk» (Martinsen, 2003, s. 79). De har en kortsiktig, resultatorientert omsorg. Martinsen deler omsorgen i helse-og sosialvesenets institusjoner inn i to hovedgrupper. Den ene er vekstomsorgen, som innebærer at sykepleie er knyttet til omsorg hvor en forventer at pasienten skal bli mest mulig selvhjulpne. Her forventes det at omsorgen skal utøves for at pasienten skal oppnå egenomsorg, og det jobbes for at omsorgen skal opphøre. Utskrivelsesfrekvensen blir et mål på effektivitet. Eksempler på virksomheter som drives av denne form for omsorgstenkning er de aktive behandlingssykehusene. Disse karakteriseres som kostnadskrevende og spesialiserte. Den andre hovedgruppen omtales som vedlikeholdsomsorgen. Her arbeides det mot å opprettholde et visst funksjonsnivå, og målet er ikke at pasienten skal bli selvhjulpne (Martinsen, 2003, s. 77- 78). Martinsen beskriver allerede i 2003 en kuldebølge der helsevesenet er for kaldt i betydningen produktivitet, hurtig, rasjonelt, effektivt, anspent og overfladisk og at dette er alvorlig og bør rettes kritikk mot (Martinsen, 2003).

I Martinsen og Wærness (1991) bok «Pleie uten omsorg?» har de et kritisk blikk på de effektiviserte helseinstitusjonene hvor flere pasienter behandles og skrives ut. Som resultat av dette har det «gjennomsnittlige belegget» økt. Effektivisering og rasjonalisering har blitt målsetninger, og hvor pasientene skal hjelpes for å bli selvhjulpne. De mener sykepleieprosessen beveger seg i mer positivistisk retning, en resultatorientert retning (Martinsen og Wærness, 1991). Selv om denne boka er fra 1991, mener Martinsen innholdet er minst like relevant i dagens samfunn (Fonn, 2019). Martinsen mener at omsorgen er et mål i seg selv, og stiller seg kritisk til egenomsorg tenkningen i sykepleien. Hun mener egenomsorgen er urealistiske mål sett opp mot alle de store pasientgruppene sykepleien skal yte omsorg for (Martinsen, 2003). Egenomsorgen er ifølge Martinsen (2003) ekskluderende, og omsorgen inkluderende.

## 3.0 Tidligere forskning

Vi har hovedsakelig brukt tre databaser for litteratursøk. CINAHL, MEDLINE (ovid) og Swemed.

I søkeprosessen fant vi mange forskningsartikler som omfatter dagkirurgiske pasienter generelt. Det viste seg å være færre treff på kvalitativ forskning rundt pasienterfaringer og opplevelser i det dagkirurgiske forløpet. Vi fant også lite forskning direkte på neseseptumplastikk, selv om dette er et vanlig og hyppig utført inngrep. På bakgrunn av dette tenker vi at vår studie kan tilføye og bidra med ny kunnskap og føre til økt forståelse på et område hvor vi ser et mulig kunnskapshull. Vi utførte flere søk. Da analysen var ferdigstilt, gjorde vi igjen nye søk på bakgrunn av de resultatene som viste seg. Det førte til at vi inkluderte tre studier til, og endte til slutt opp med 10 relevante studier.

MeSH ord vi har brukt: ambulatory surgery, day surgery, ambulatory surgical procedures, patient experience, patient satisfaction, patient education as topic, nurse-patient relations, hope, stress/psychological, nasal septum surgery, patient perception, rhinoplasty.

I en kvantitativ studie fra Nord-Irland undersøkte McCloy og McCutcheon (2016) pasienterfaringer etter dagkirurgi. Her ble det kartlagt tema som informasjon både til pasient og pårørende, om de fikk valget om å utføre inngrepet dagkirurgisk og om de følte seg i god nok form til å bli utskrevet. Totalopplevelsen med dagkirurgi ble også vurdert. Det ble benyttet spørreskjema (N= 98/130) som ble utarbeidet med utgangspunkt i Boyle sitt skjema fra 2001. Det inneholdt fastsatte spørsmål i tillegg til åpne spørsmål som gav deltakerne mulighet til å komme med kommentarer. Hovedfunnene i denne studien viser at det alt i alt var høy pasienttilfredshet, mens det ble avdekket områder for forbedring som for eksempel informasjon. I artikkelen ble det også trukket frem at det dagkirurgiske forløpet med effektivitet og hurtighet ble satt pris på, fordi det sammenfaller fint med livet i den vestlige travle kultur (McCloy & McCutcheon, 2016).

Verdien av effektivisering og kjappe pasientforløp blir også trukket frem i studien til Mottram (2010). Dette er en kvalitativ studie med 145 pasienter fra to ulike sykehus i Storbritannia. Studien har grounded theory som tilnæringsmåte, og har forsket på pasienterfaringer etter dagkirurgi. Hovedfunnene i denne artikkelen viser at pasientene, i likhet med studien til McCloy og McCutcheon, var fornøyde med dagkirurgi og sammenlignet det med samfunnets effektivitet og hastighet. Informantene var opptatt av tid, og gav uttrykk for at de ønsket at en operasjon skulle ta så lite som mulig av deres tid i en travel hverdag. De sammenlignet dagkirurgi med «en tur til McDonalds», hvor de vektla aspekt som hastighet, forutsigbarhet og kontroll. Selv om de to foregående studiene har ulike design og måte å innhente data på, ser vi at flere av funnene viser samme tendens. Begge studiene belyser også behov for forbedring med tanke på informasjon til pasient og pårørende om postoperativ pleie (Mottram, 2010; McCloy & McCutcheon, 2016). Til tross for at disse studiene trekker frem effektivitet som en klar fordel, kan det også bli sett på som en mekanisk måte å utøve sykepleie på, hvor sykepleien blir overlatt til pasienten og pårørende (Mottram, 2010).

Dette er noe pasientene fra den kvalitative studien til Dávøy et al. (2017) trekker frem. De savnet sykepleiefaglig tilstedeværelse, og det å komme hjem til ufaglærte hjelpere var en stor overgang. I denne studien er det intervjuet 12 pasienter på en dagkirurgisk øre-nese-hals avdeling i Norge. Intervjuene fant sted 3. postoperative dag. Flere erfarte at de var betydelige mer medtatt enn forventet, og de opplevde seg selv som sårbare og hjelpetrengende. Noen av pasientene uttrykte at det hadde vært bedre for de med et døgn på sykehus på grunn av smerter og tilgang på faglig hjelp. Funnene indikerer at pasientene føler seg hjelpeløse når den faglige kompetansen til sykepleieren blir igjen på sykehuset. De er overlatt til seg selv og mener mer informasjon kunne vært med på å forberede de på det som ventet da de kom hjem (Dávøy et al., 2017).

Funnene i studien til Dávøy et al. (2017) kan gjenspeile seg i resultatene i en svensk kvalitativ studie av Berg et al. (2013). Det ble forsket på pasienters ulike erfaringer fra det dagkirurgiske postoperative forløpet. Den inkluderer 31 pasienter som har utført ulike inngrep innen ortopedi, generell kirurgi og urologi. De ble intervjuet hjemme fra 11- 37 dager postoperativt. Studien konkluderer med at de dagkirurgiske pasientene

trenger forståelse og kunnskap om hva som utgjør et normalt postoperativt forløp, og hvordan de skal utøve egenomsorg og egenbehandling hjemme (Berg et al., 2013).

Flere av studiene trekker frem informasjon som et forbedringspunkt, og måten informasjonen blir gitt på kan også spille en sentral rolle. I en kvantitativ studie fra Irland (2016), fokuserte de på hvilken innvirkning empatisk pasientsentrert tilnærming har for psykologisk og klinisk utfall for pasienter som er til dagkirurgisk behandling. I denne RCT (randomized controlled trial) studien var det 104 deltakere, hvor halvparten var i intervensjonsgruppen og andre halvparten var i kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen mottok før operasjonen personlig tilpasset informasjon gjennom et empatisk pasientsentrert intervju. Kontrollgruppen mottok standard informasjon om den kirurgiske prosedyren. Graden av angst ble målt både før og etter operasjonen ved hjelp av skjemaet «the State-Trait Anxiety Inventory Form (STAI-Y)». Skjemaet er laget av Spielberg og blitt oversatt til mer enn 30 språk. Sårtilheling, postoperativ rekonvalesens og hvor fornøyd pasientene er med kvaliteten på den preoperative informasjonen ble målt etter operasjonen. Resultatene viste at pasientene i intervensjonsgruppen hadde lavere nivå av preoperativ angst, bedre sårtilheling og bedre rekonvalesens postoperativt enn deltakerne i kontrollgruppen (Pereira et al., 2016).

Betydningen av personsentrert sykepleie blir også belyst i en oversiktsartikkel av Arakelian et al. (2016), der de er opptatt av hva personorientert sykepleie betyr for operasjonspasienten i det perioperative forløpet. Det ble inkludert 23 studier fra 2004- 2014, med en fordeling over 4 hovedtemaer. Tema 1 omhandler å kjenne seg verdsatt som et unikt individ og få lov til å være den personen man er. Her trekkes det frem at å bli omtalt med navn oppleves positivt, da det gir en følelse av å være mer enn bare pasient eller objekt. Det at man ser hele personen, gir en følelse av verdighet og respekt. Tema 2 omhandler å bli sett på som viktig og at personlige ønsker og behov blir tatt høyde for. Det å gjennomgå kirurgi og få anestesi fører til at mange opplever å miste kontrollen. De føler seg hjelpeløse og avhengige av helsepersonell, når de blir lagt på operasjonsbordet, tilkoblet ledninger og nåler. Studien trekker frem at å få informasjon og mulighet til å stille spørsmål er viktig for å gi en opplevelse av egenkontroll. Tema 3 belyser viktigheten av tilstedeværelse av sykepleieren som kan virke beroligende, og unngå at pasienten føler seg ensom.

Følelsen av å ha sin egen anestesisykepleier som er til stede hele tiden, kan gjøre det lettere for pasienten å slippe på kontrollen. Å møte denne sykepleieren på forhånd viste seg også å være positivt for opplevelsen, de følte seg velkommen og ventet da de kom til operasjon. Tema 4 omhandler å oppleve trygghet gjennom fysisk kontakt med sykepleieren. Det er viktig for pasientene å vite at anestesisykepleier hele tiden er i nærheten (Arakelian et al., 2016).

I en fransk retrospektiv studie vurderes og sammenlignes sikkerheten og kvaliteten på behandlingen av dagkirurgiske versus innlagte pasienter innen sinonasal kirurgi. I en periode over 2 år (2016- 2017), ble 909 pasienter inkludert i studien. Av disse var 52 % polikliniske og 48 % inneliggende. Det var ingen forskjell i kjønn mellom gruppene, men pasientene som var polikliniske var betydelig yngre enn de inneliggende. Av de polikliniske pasientene var 97 % ASA 1 og 2, mens kun 3 % var ASA 3. Hos de inneliggende pasientene var 83 % ASA 1 og 2, og 17 % ASA 3. Det ble sammenlignet både demografisk, operative, pre- og postoperative anestesidata, komplikasjoner og rater for akuttkonsultasjon og reinnleggelse innen 30 dager mellom pasientgruppene. Funn viser at det var flere komplikasjoner hos de inneliggende. Det var ingen signifikant forskjell i antall akuttkonsultasjoner eller reinnleggelser mellom den polikliniske og den inneliggende gruppen. Behandling med Nsaids (non- steroidal anti- inflammatory drugs) eller postoperativ nesepakking var heller ikke signifikante risikofaktorer for komplikasjoner eller reinnleggelse. Resultatene i denne studien har kommet frem til at poliklinisk sinonasal kirurgi ikke ser ut til å medføre ekstra risiko for pasienten (Belleudy et al., 2021).

Studien til Warnakulasuriya et al. (2020) har kommet frem til det kan være vanskelig å kartlegge dagkirurgiske pasienterfaringer postoperativt, da hendelsene som blir rapportert inn ofte involverer svært alvorlige utfall som dødelighet (Warnakulasuriya et al., 2020). I litteraturstudien ser de på ulike skåringskjema/instrument for å måle pasient rapporterte utfall. De mener at ved å benytte disse for å registrere pasient rapporterte utfall kan de identifisere mindre alvorlige hendelser og plager. I studien konkluderer de med at dagkirurgi har kommet for å bli, og at covid 19 pandemien har gjort at enda flere inngrep har blitt gjort dagkirurgisk for å lette kapasiteten på sykehusene (Warnakulasuriya et al., 2020).

I en svensk RCT studie er det utarbeidet spørreskjema for å kartlegge pasienterfaringer postoperativt hos de som har gjennomgått dagkirurgi. Målet med studien var å sammenligne standard oppfølging med systematisk oppfølging med en mobilapplikasjon (RAPP- recovery assessment by phone points). De ønsket å finne ut om bruk av RAPP hadde en positiv effekt på dagkirurgiske pasienters postoperative forløp. Pasientene (N = 997) ble tilfeldig utvalgt, hvor halvparten fikk RAPP og resten fikk standard oppfølging. De brukte spørreskjema (SwQoR- the Swedish web version of a quality of recovery) for å evaluere det postoperative forløpet til pasientene 7-14 postoperative dag. Studien konkluderer med at måling av pasient rapporterte utfall ved bruk av mobilapplikasjonen som oppfølging var assosiert med mindre ubehag fra flere postoperative symptomer. Systematisk oppfølging ved bruk av mobilapplikasjon kan øke kvaliteten på den postoperative pleien, og identifisere områder for forbedring (Jaensson et al., 2017).

I en kvalitativ deskriptiv studie fra Sverige, undersøkte forskerne hvordan ventetiden før dagkirurgisk operasjon påvirker stemningsleie til pasientene (Svensson et al., 2016). Tjue deltakere fra et universitetssykehus i Sverige ble inkludert, og data ble samlet inn via semistrukturerte individuelle intervju. Forskerne mener at det, bortsett fra angst, mangler kunnskap om stemningsleie til pasienter som venter på dagkirurgi. Preoperativ angst har allerede vist seg å ha negativ effekt på forløpet. Hvilken effekt stemningsleie har på den perioperative fasen er også noe de mener trenger å undersøkes, for å kunne forbedre den perioperative pleien. Det viktigste funnet i studien var at håpet om bedring av helsetilstand hadde en positiv påvirkning på stemningsleie. Selv om disse pasientene opplevde både en harmonisk og skiftende tilstand, hadde håpet om bedring en utelukkende positiv effekt. Dette håpet hjalp dem med å balansere stemningsleie i venteperioden, til tross for at de kjente på både usikkerhet og frykt (Svensson et al., 2016).



## 4.0 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å øke forståelsen rundt hvordan dagkirurgiske pasienter, som har gjennomført neseseptumplastikk, erfarer og opplever det dagkirurgiske forløpet. Med dagkirurgisk forløp inkluderes både den pre, per og postoperative fasen. Det postoperative forløpet avsluttes ikke når pasientene forlater sykehuset, men fortsetter etter de har kommet hjem og de påfølgende dagene. Ved bruk av våre funn vil vi drøfte det opp mot anestesisykepleie og belyse anestesisykepleier sin rolle og betydning i det dagkirurgiske teamet.

Ved å undersøke betydningen det dagkirurgiske forløpet har for pasienten, kan det bidra til økt forståelse og avdekke områder hvor det kan være behov for forbedringstiltak.

Vi har formulert følgende problemstilling:

Hvordan opplever og erfarer øre-nese-hals pasienter som har fått utført neseseptumplastikk det dagkirurgiske forløpet?

For å svare på problemstillingen har vi formulert fire forskningsspørsmål:

- 1: Hvordan forbereder pasientene seg til dagkirurgi?
- 2: Hvilke erfaringer har pasientene rundt det å skulle reise hjem?
- 3: Hvordan er opplevelsen av ivaretagelse gjennom det dagkirurgiske forløpet?
- 4: Hvordan erfares og opplevs det å være sin egen pleier i hjemmet?

## 5.0 Metode

Hensikten med forskning er at vitenskapelig kunnskap utvikles og systematiseres. Helsefag er en forskningsbasert virksomhet, hvor vitenskapelig kunnskap er nødvendig for teori og praksis, dette kalles kunnskapsbasert praksis (Nortvedt, 2021).

### 5.1 Kvalitativt design

Vår problemstilling er av en slik karakter at vi finner kvalitativt design til å være den beste metoden for å gi dybdekunnskap om emnet vi ønsker å undersøke. Kvalitativ metode er ifølge Malterud (2017) godt egnet til å utforske menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, forventninger og tanker. For å få mest mulig innsikt har vi funnet det hensiktsmessig å intervju pasienter som har gjennomgått det aktuelle inngrep dagkirurgisk.

I kvalitative studier kan vi ved å spørre «hvordan opplever og erfarer» åpne for ny kunnskap der kunnskapsgrunnlaget er tynt og hvor problemstillingen er sammensatt og kompleks (Malterud, 2017, s. 32).

Metoden passer godt til vår studie, da den kan bidra til å styrke forståelsen rundt hvorfor mennesker handler som de gjør og betydningen av atferd og hendelser. En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut ifra ulike perspektiver (Malterud, 2017).

### 5.2 Fenomenologisk tilnærming

Edmund Husserl som er grunnleggeren av fenomenologien, beskriver den slik: «Fenomenologi kommer av det greske `phainomenon` og `logos`, dvs læren om det som viser seg, kommer til syne, fremtrer for et subjekt» (Alvsvåg, 2005, s 82).

Fenomenologiens mål er å oppheve skillet mellom subjekt og objekt (Alvsvåg, 2005, s. 82). Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for subjektet, ikke mot verden i seg selv uavhengig av personen som erfarer den (Thornquist, 2018, s. 22). Gjennom en fenomenologisk tilnærming til prosjektet, fokuserer vi på å søke etter forståelse rundt erfaringer og opplevelser slik det oppleves for informantene selv i deres naturlige sammenheng (Malterud, 2002). I intervjuene får vi som forskere innsikt i informantenes levde erfaringer, hvor hensikten er å gjengi helheten slik deltakeren opplevde det. Ved å ha en fenomenologisk tilnærming kan vi få en bedre forståelse av hvordan pasientene opplever sin situasjon (Nortvedt et al., 2021, s. 82).

### **5.3 Kvalitative intervju**

Det empiriske materialet har vi innhentet via muntlige semistrukturerte intervju. Vi har gjennomført et individuelt intervju med hver av deltagerne 5- 9 postoperative dag. Intervjuguiden (Vedlegg 1) vi benyttet inneholder åpne spørsmål, for å sikre så bred innsikt som mulig i informantenes totalopplevelse. For å få informantene til å snakke mest mulig fritt har vi brukt intervjuguiden som en huskeliste, og ikke fulgt den slavisk. Selv om vi som forskere holder fast på problemstillingen gjennom intervjuet, er det viktig å være åpen for at fokus kan ligge et annet sted enn det som først var antatt. Malterud (2017) viser til Kvale sitt fenomenologiske perspektiv rundt det kvalitative intervjuet. Målet er å innhente informasjon om erfaringer, og få frem informantens egen versjon av historien. For at meningsinnholdet i det budskapet som skal frem om et gitt fenomen skal bli tydelig, er det viktig at intervjuene har en deskriptiv orientering. Det vil si at vi legger til rette for at deltakerne skal få frem rikest mulig beskrivelser av det de har opplevd, blant annet ved å stille åpne spørsmål. Vi må hele tiden jobbe med oss selv for å lytte forutsetningsløst og være mottakelig for forandringer (Malterud, 2002; Malterud, 2017).

### **5.4 Utvalg og inklusjon**

Et nøkkelprinsipp innad i kvalitativ forskning med fenomenologisk tilnærming er at det bør være et bredt utvalg som skal ha erfart det samme fenomen (Polit & Beck, 2021).

Vårt utvalg er strategisk sammensatt, og består av informanter som har kunnskap og erfaring om det fenomenet vi undersøker. Målet er at materialet har best mulig potensial til å kunne belyse vår problemstilling (Malterud, 2017). Utvalget er gjort ut fra bestemt type inngrep, kjønn, alder og inklusjonskriterier for deltakelse i studien. Utvalget kan også beskrives som noe tilfeldig på bakgrunn av at nettopp de ble satt opp på operasjonsprogrammet i gitt periode. Rekrutteringen foregikk fra desember 2021- februar 2022. Vi endte opp med 6 deltakere som har gjennomgått neseseptumplastikk ved et mindre sykehus i Norge. Informantene er likt fordelt mellom kjønn, og alder er mellom 18- 60 år.

Inklusjonskriterier for deltagelse:

- neseseptumplastikk utført dagkirurgisk
- 18 år eller eldre
- samtykkekompetent
- behersker norsk muntlig og skriftlig

## **5.5 Rekruttering og datasamling**

Formell godkjenning (Vedlegg 5) fikk vi ved å søke til forskningsavdelingen i helseforetaket ved det aktuelle sykehuset. Videre ble seksjonsleder for dagkirurgisk enhet kontaktet og var positiv til å bidra med rekruttering. Informasjon- og samtykkeskjema (Vedlegg 4) ble delt ut på operasjonsdagen, og deltakerne ble informert skriftlig og muntlig for å kunne ta stilling til om de ville gi sitt skriftlige samtykke. Noen dager etter operasjon kontaktet vi dem for å avtale tidspunkt for intervju.

I intervjusituasjonen var det viktig at deltakerne følte seg trygge og komfortable. De fikk ulike alternativer om hvor intervjuene kunne gjennomføres, enten hjemme hos informanten, i annet egnet lokal eller digitalt.

Som konsekvens av den pågående covid-19 pandemien ønsket samtlige deltakere å gjennomføre intervjuene via videosamtale på teams eller per telefon. Selv om det i

utgangspunktet var foretrukket intervju ansikt til ansikt, ble deltakernes ønske imøtekommet.

Det ble gitt opplæring i hvordan kvalitative intervju skal utføres via hovedprosjekt, i tillegg gjennomførte vi prøveintervju på hverandre. Forberedelse i forkant av intervjuene var svært lærerikt og nyttig.

Under intervjuene var vi begge til stede, hvor en av oss utførte intervjuet, mens den andre observerte og tok feltnotater. Opptak og notering underveis kan i følge Malterud (2017) oppleves forstyrrende og informanten ble derfor bedt om å samtykke til dette i forkant av intervjuet. Feltnotatene viste seg å gi oss nyttig tilleggsinformasjon til lydopptaket.

Som et hjelpemiddel under intervjuene benyttet vi oss av lydopptaker for å kunne transkribere fra lyd til tekst. Det ble informert om retten til å få slettet opptaket når som helst (Malterud, 2017).

I tråd med Malteruds (2017) anbefalinger har vi som var til stede under intervjuet utført transkriberingen. Dette for å kunne oppklare eventuelle misforståelser som er av betydning for meningen i teksten (Malterud, 2017). Intervjuene er transkribert fortløpende, noe som er nyttig for at alle inntrykkene skal være ferskest mulig. For å kvalitetssikre og styrke validiteten har vi i fellesskap gått gjennom materialet i sin helhet. Transkribering av data fra lyd til tekst er en kritisk del av analysen, og det kreves nøyaktighet av oss som forskere for at den skal bli korrekt (Polit & Beck, 2021; Malterud, 2017).

Som et hjelpemiddel gjennom forskningsprosessen har vi benyttet en prosjektlogg. Malterud (2017) beskriver prosjektloggen som et uredigert arbeidsdokument som kan være til hjelp i prosessen, og for å finne veien tilbake dersom en har rotet seg bort. Vi har aktivt brukt vår prosjektlogg gjennom prosessen for å skrive ned tekst, stikkord, refleksjoner, tanker og notater etter samtale med veileder.

## **5.6 Analyse- systematisk tekstkondensering**

Det empiriske materialet som danner grunnlaget for analysen, er de transkriberte intervjuene og feltnotater fra samtalene. Vi har brukt systematisk tekstkondensering

som analysemetode. Dette er en fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi som er modifisert av Malterud. Det er en dynamisk prosess og består av 4 trinn (Malterud, 2017):

### 1. Danne et helhetsinntrykk

I analysens første trinn gjelder det å se på materiale fra et fugleperspektiv, og danne oss et helhetsinntrykk (Malterud, 2017). Dette fikk vi ved å gjennomgå lydopptakene og det transkriberte materiale i sin helhet flere ganger. Gjennom prosessen har vi aktivt forsøkt å legge vår egen forforståelse til side for å være åpne for det materialet egentlig formidlet. Slik formidler vi deltakernes erfaringer uten at våre egne tolkninger ligger til grunn (Malterud, 2017).

Forforståelsen vår har økt for hvert intervju, og dannet grunnlaget for oppfølgingsspørsmål rundt tema underveis i intervjuene.

Vi startet med å sette sammen alle de transkriberte tekstene inn i et felles dokument. Deretter gikk vi gjennom materialet hver for oss, og identifiserte temaer som vekket vår interesse rundt pasientens opplevelser og erfaringer. Etterhvert jobbet vi sammen og kom til enighet om fem foreløpige kategorier. Forskningsspørsmålene hadde vi med oss underveis, for å sikre at kategoriene kunne belyse problemstillingen. De foreløpige kategoriene var informasjon, søvn, stress, komplikasjoner/smerter, observasjon av egen helsetilstand og egenbehandling.

### 2. Identifisere meningsbærende enheter

Vi drøftet de foreløpige kategoriene opp mot problemstilling og forskningsspørsmål, og startet arbeidet med å identifisere meningsbærende enheter linje for linje i teksten. I følge Malterud (2017) vil dette kunne bidra til at vi får frem de viktige funnene, og ikke overser noe vesentlig. Her benyttet vi oss av fargekoder der hver farge representerte hver av de foreløpige kategoriene i trinn 1. Dette var nyttig for å holde bedre oversikt og til god hjelp senere i analysen. De meningsbærende enhetene ble deretter kodet, det vil si systematisert (Malterud, 2017, s. 101). Det kodede materialet ble satt inn i et eget dokument. Vi tok for oss alle de foreløpige kategoriene, og reflekterte og drøftet hvorvidt de måtte «justeres». En del av de ble endret, og det ble opprettet kodegrupper. Etter anbefaling fra Malterud (2017) arbeidet vi induktivt, det

vil si å først kode og deretter lage kodegrupper. Dette førte til at vi kunne se nye meningsfylte, tydelige kombinasjoner. Her brukte vi vår mellommenneskelige og faglige kompetanse (Malterud, 2017).

Kodegruppene ble «Effektivitetens dilemma- forberedelse», «Trygghet og håp» og «Å være sin egen pleier».

### 3. Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene

I trinn 3 gikk vi gjennom alle de meningsbærende enhetene under de ulike kodegruppene, og vurderte hva som best kunne belyse våre forskningsspørsmål. Noen ble endret, flyttet, delt opp eller lagt bort. Ut ifra hva de meningsbærende enhetene handlet om ble det dannet subgrupper under kodegruppene. Vi diskuterte hver enkelt subgruppe underveis, og hadde hele tiden med oss problemstillingen. Flere meningsbærende enheter ble flyttet til andre subgrupper der de passet bedre. Vi jobbet systematisk med å finne mening i innholdet, og startet prosessen med å lage kondensat i jeg- form. Kondensat vil si et kunstig sitat (Malterud, 2017). Her trakk vi ut de enhetene som var mest betydningsfulle og skrev en tekst som representerte samtlige meningsbærende enheter. Vi prøvde å være så tekstnære som mulig, for å best få frem de ulike informantenes stemmer og gjengi det denne subgruppen forteller om (Malterud, 2017, s. 107). Vi abstraherte innholdet til en mer overordnet forståelse. De meningsbærende enhetene som ikke bidro med noe relevant til analysen ble lagt til side, mens samtlige av de gjenværende meningsbærende enhetene ble inkludert i kondensatet. Vi laget et kondensat til hver av subgruppene, og disse ble brukt som utgangspunkt videre i analysen. Vi laget et "gullsitat" fra hvert kondensat. Det vil si et sitat som best mulig illustrerer det kondensatet handler om.

### 4. Sammenfatte betydningen

I analysens siste trinn settes bitene som tidligere var plukket fra hverandre sammen, dette kaller Malterud (2017) rekontekstualisere. Med utgangspunkt i kondensatet og de utvalgte sitatene er det utarbeidet en analytisk tekst i tredjepersons form for hver subgruppe. I denne teksten gjenforteller vi hva materialet sier om en utvalgt side av problemstillingen. Vi formidler essensen fra historiene som er sammenfattet gjennom

analysen (Malterud, 2017). Denne sammenfatningen representerer våre resultat, og det er viktig at den blir fremstilt på en lojal måte i henhold til deltakernes stemme. Samtidig legger vi våre fortolkninger til grunn. Før vi avsluttet analysen, har vi validert funnene opp mot den sammenhengen de var hentet ut ifra. Råmaterialet ble hentet frem igjen, og vurdert opp mot de analytiske tekstene (Malterud, 2017). (Se vedlegg 7 for utdrag av analysen).

## 5.7 Relevans og validitet

Kvalitative studier skal kunne evalueres etter sin vitenskapelige kvalitet, og Malterud (2002) vektlegger relevans, validitet og refleksivitet. For at forskningen skal være relevant, er det viktig at den er valid. Det å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet og hva forskeren har funnet ut kalles å validere (Malterud, 2017). Først stilte vi spørsmål knyttet til intern validitet, om metoden vi benyttet var god nok. Vi mener at kvalitativ metode best mulig kan bidra til å få frem kunnskap som belyser forskningsspørsmålene, i dette tilfellet deltakernes opplevelser og erfaringer med fenomenet dagkirurgi. Gjennom hele forskningsprosessen har spørsmål om relevans åpnet for viktige vurderinger angående gyldighet (Malterud, 2017).

Siden våre resultater inneholder deltakernes erfaringer, opplevelser, tanker og meninger, kan det oppstå misforståelse underveis i intervjuet. For eksempel at vi snakker forbi hverandre (Malterud, 2017). For å unngå dette forsikret vi oss om at vår oppfatning av det som ble sagt var riktig, ved å spørre «Har jeg forstått deg rett at du mener...?». Slik bidrar vi til at råmateriale på lydbåndet representerer felles forståelse mellom oss som forskere og deltakerne om historiene som skapes (Malterud, 2017).

I kvalitative studier er målet at vi skal kunne ha en overføringsverdi og gi et økt forståelsesgrunnlag. Dette avhenger blant annet av utvalgsstrategien (NEM, 2019). Vi valgte strategisk utvalg for å få et bredt forståelsesgrunnlag og størst mulig overføringsverdi. Vi ønsket derfor deltakere fra begge kjønn med ulik alder. Med tanke på ekstern validitet håper vi at våre resultater har en viss overføringsverdi, og at de kan brukes ut over vår studie. Ifølge Malterud (2017) er overføringsverdi også en forutsetning for at resultatet skal kunne deles med andre.



## 5.8 Forskningsetikk

Helserelatert forskning på pasienter tar utgangspunkt i Helsinkideklarasjonen, og er underlagt etiske prinsipper for å fremme respekt for alle mennesker og samtidig beskytte deres rettigheter og helse (Malterud, 2017). Helserelatert forskning som omhandler mennesker, skal bare gjennomføres dersom fordelene er større enn risikoen det medfører å utføre studien (Polit & Beck, 2021). Det er viktig å følge regler og forskrifter i forskningsetikkloven, helseforskningsloven og personopplysningsloven (Malterud, 2017). Hovedprosjektet har fått godkjenning av norsk senter for forskningsdata (NSD- ref. nr. 298519) og regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk vest (REK- ref. nr. 31134) (Vedlegg 2 og 3).

Informert samtykke er innhentet fra samtlige deltakere, noe som er en forutsetning for at forskningen skal være forskningsetisk forsvarlig. Informantene ble godt informert for å kunne ta stilling til om de ønsket å bli med i prosjektet. Det var viktig å presisere at deltakelsen er frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg og få dataene slettet (Malterud, 2017).

De som ønsket å delta i studien gav sitt skriftlige informerte samtykke.

Helseforetaket vi har rekruttert deltakere fra består av flere mindre sykehus, hvor dette inngrepet er hyppig utført ved flere av disse. Vi har informert og trygget deltakerne om at anonymitet vil bli tilfredsstillende ivaretatt og at det ikke skal være risiko for gjenkjenning (Malterud, 2017). Samtidig passet vi på ulike forhold som kan øke risiko for gjenkjenning som alder, yrke, dialekt og historier som forteller om spesielle hendelser (Polit & Beck, 2021 s. 142; Malterud, 2017, s. 215).

All informasjon som er innhentet i studien blir behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysninger og kontaktinformasjon er anonymisert og byttet ut med en kode som lagres på en lukket forskningsserver. Det er kun prosjektleder som har tilgang denne, og informasjonen slettes 5 år etter prosjektslutt (15.11.2023).

I følge Malterud (2017) kan man gjennom datasamlingen, i vårt tilfelle intervju, åpne for en prosess som fører til psykisk uro. Intervju kan være både krevende og belastende, og vekke ubehagelige minner. Dersom vi hadde sett behov for ytterligere oppfølging hos deltakerne, var det på forhånd laget en plan for hvordan vi skulle håndtere dette.

## 5.9 Forforståelsen og refleksivitet

Forforståelsen er ifølge Malterud (2017, s. 40) den forståelse vi bringer inn i prosjektet før start, og som videre øker underveis i forskningsprosessen. Den innebærer faglig perspektiv, erfaringer, teoretisk referanseramme og hypoteser. Forforståelsen påvirker måten vi innhenter, leser og tolker våre data på.

Det kan være en fordel at vi har kunnskap om fagfeltet vi forsker i, da det kan være en viktig side av forskerens motivasjon for å utføre studien (Malterud, 2017). For at forforståelsen skal være fordelaktig forutsettes det at man hele tiden drøfter betydningen av den (NEM, 2019).

På den andre side kan det også være en svakhet, da det kan føre til at forskeren får «skylapper» og legger føringer basert på erfaringer tidligere. Dette kan føre til svekket evne til å lære av sitt materiale og være til hinder for å se sammenhenger som kommer frem i intervjuene (Malterud, 2017). For å forebygge at vi går inn i prosjektet med “skylapper” har vi hatt et bevisst forhold til at vår forforståelse bygger på erfaring som sykepleiere og som nyutdannede anestesisykepleiere. Vi har aktivt prøvd å legge den bort i intervjusituasjonen ved å ha et åpent sinn. Bevissthet rundt hvordan vi ordla oss og stilte spørsmålene hadde stor betydning (Polit & Beck, 2021), og var et viktig element for å unngå at vår forforståelse kom til syne ved å for eksempel stille ledende spørsmål (Malterud, 2017).

I følge Malterud (2017) er det likevel vanskelig for kvalitative forskere å legge forforståelsen helt bort, da vi forstår verden gjennom egne erfaringer og sanser. Gjennom prosessen med å innhente data, økte også vår forforståelse (Malterud, 2017). Som et resultat av dette kunne vi gå dypere inn i det med oppfølgingsspørsmål til påfølgende intervju, noe som kan bidra til å styrke validiteten til prosjektet (Malterud, 2002).

Samtidig som vi skal være bevisst på vår egen forforståelse, er også refleksivitet et begrep vi som forskere må forholde oss til. Refleksivitet vil si at vi må ha en aktiv bevissthet på vår rolle som forsker, egne perspektiver og eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2017). Bevisstgjøringen rundt opprettholdelse av refleksivitet og forforståelse førte til at vi unngikk en potensielt stor fallgrube ved å la forforståelsen overdøve informasjonen det empiriske materialet gav oss (Malterud, 2017). Et eksempel på dette er at vi gikk inn i prosjektet med en forventning om at smerte skulle være et stort problemområde for denne pasientgruppen. Trolig fordi vi har kjennskap til og har observert inngrepet. Vår feltkunnskap og forutinntatthet sammenfalt ikke med de erfaringene og opplevelsene som viste seg, da resultatene belyste andre funn enn det vi først antok. Gjennom prosjektet har vi forsøkt å ivareta refleksivitet ved å kritisk reflektere over vår egen bevissthet rundt forforståelsen og forskerrollen, i tillegg til å gi rom for uventede konklusjoner.

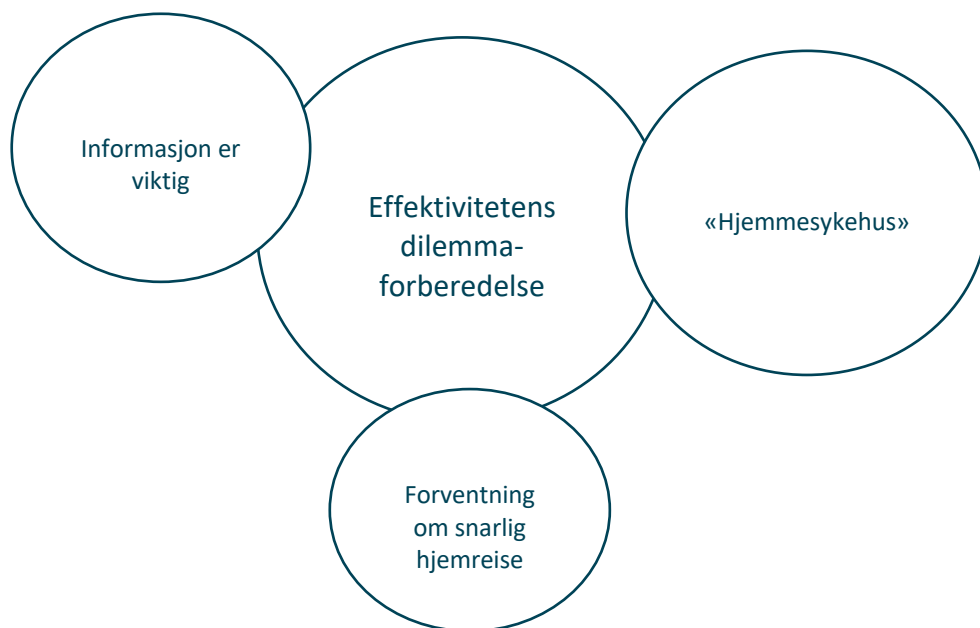
## 6.0 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er viktig og bidrar til å få informasjon fra de som selv har erfaring fra det som skal forskes på. Det kan føre til økt forståelse og kvalitet på arbeidet. Brukermedvirkning er ivaretatt via hovedprosjekt gjennom hele prosessen, og har blant annet gitt innspill til intervjuguiden. Det er to brukerrepresentanter fra Helse-Bergen sitt brukerutvalg, den ene er med i styringsgruppen og den andre i prosjektgruppen. Begge har erfaring med å være dagkirurgiske pasienter.

## 7.0 Resultat

I arbeidet med analysen var det tre kategorier som viste seg og dannet grunnlaget for kodegrupper; «Effektivitetens dilemma- forberedelse», «Trygghet og håp» og «Å være sin egen pleier». Under hver av disse kodegruppene er det flere subgrupper som beskriver ulike aspekt. Kodegruppene belyser deltakernes opplevelser og erfaringer rundt å være dagkirurgisk pasient. Resultatene kan tyde på manglende samstemthet mellom det informantene tror skal skje og det de faktisk opplever. Et eksempel er at noen deltakere trodde de skulle komme raskere tilbake til den normale hverdagen og jobb. Deres forventninger viste seg å ikke stemme, da de opplevde seg som mer redusert enn forventet.

### 7.1 Effektivitetens dilemma- forberedelse



Figur 2 Effektivitetens dilemma- forberedelse

Det første temaet tar for seg forberedelsene deltakerne har gjort i forkant av operasjonen. Deltakerne er forespeilet et effektivt og raskt forløp, noe som kan gi et misvisende bilde ved at en bagatelliserer omfanget av det dagkirurgiske inngrepet og forløpet. Behovet de har for informasjon stakk seg frem under dette temaet, og var viktig for samtlige informanter. Her kommer det også frem hvor ulikt de opplevde informasjonen. Informantene har varierende alder og livssituasjon, noe som viser seg å påvirke måten de forbereder seg på. Noen bor fortsatt hjemme med foreldrene, andre med ektefelle/samboer mens andre bor alene.

### *7.1.1 Informasjon er viktig*

I forkant av operasjonen har alle deltakerne fått et informasjonsskriv og en samtale med kirurg. Det var svært varierende hvor grundig de ulike hadde satt seg inn i den skriftlige informasjonen. Noen uttrykket ønsket om mer informasjon i forkant, og hvor de kunne finne denne. Supplering med søk på internett ble også benyttet. I en travel hverdag var det heller ikke alle som hadde tatt seg tid til å sette seg inn i informasjonen. En deltaker forteller;

Jeg trodde egentlig jeg skulle ta snorkeoperasjon ser du, at de skulle gå ned i halsen. Så leste jeg brevet, at de skulle opp i nesen. Jeg visste at jeg skulle det og, så jeg tenkte bare at det var den jeg. Hadde ikke hatt tid til å lese informasjonsskrivet så nøye.

Flere har ikke tenkt igjennom hvor viktig informasjon i forkant er, og tenker at de «bare» skal inn å gjøre et lite inngrep i nesen. En slik bagatellisering førte til at informasjonsbehovet og spørsmålene meldte seg da de ankom sykehuset. Det ble fortalt; «La merke til da jeg kom til sykehuset at enten hadde jeg ikke gjort nok arbeid selv, eller blitt informert godt nok». I materialet kommer det frem at behovet for informasjon ikke bare er viktig i forkant, men også i etterkant. Det ble påpekt at det ikke var enkelt å huske alt som ble informert om etter narkosen, og mobilen ble brukt til å notere ned informasjon som ble gitt. Noen deltakere hadde erfaring med dagkirurgi fra tidligere, og skiller seg fra de andre ved at de følte seg tilstrekkelig informert. Selv om de har fått den samme informasjonen i forkant, kan det tenkes at

de med tidligere erfaring har en annen forutsetning for å forstå det de skal igjennom.

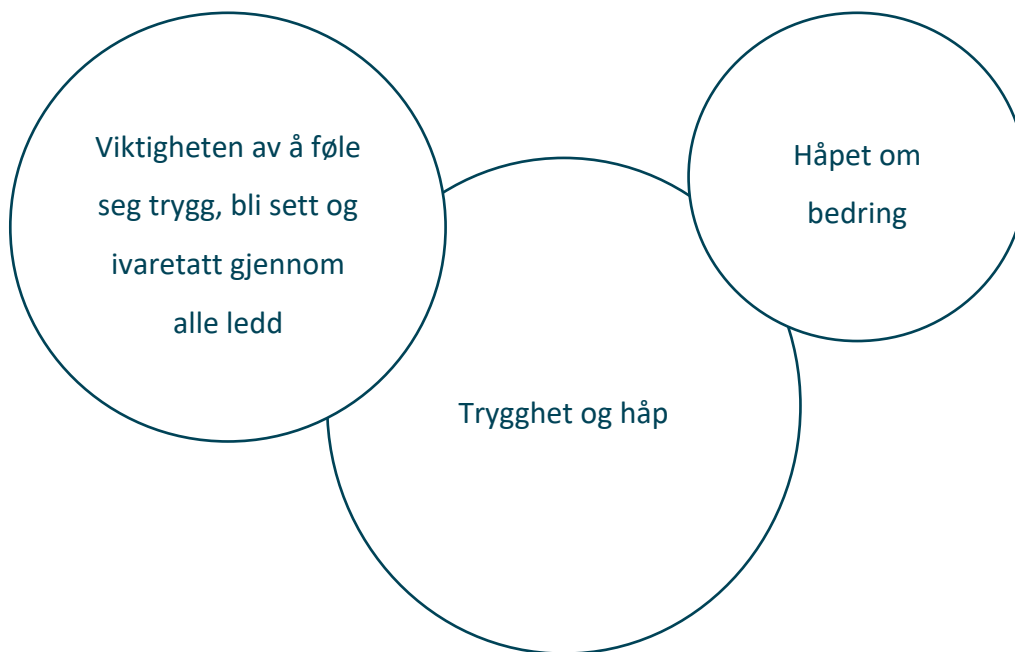
### *7.1.2 «Hjemmesykehus»*

En stor del av den postoperative fasen som foregår på sykehus, blir i det dagkirurgiske forløpet flyttet til hjemmet. Pasientene befinner seg i en hjelpetrengende situasjon, og de har forberedt seg til tiden etter operasjonen i varierende grad. Alt fra å handle inn mat for å være hjemmeværende i flere uker, til å kun kjøpe inn ekstra paracet og neseskyl. Noen hadde også gjort huset rent. Felles for alle var at de hadde en voksen person hos seg det første døgnet, noe som også er et kriterie for å få utført dagkirurgi. Det varierte hvilken relasjon de hadde til den voksne personen. Noen hadde ektefelle/samboer, andre hadde venner, voksne barn eller foreldre. Informantene hadde ulike hjelpebehov i etterkant, matlaging og husarbeid ble trukket frem hos flere. De opplever det i tillegg som trygt å vite at de har noen hos seg som kan gi hjelp og støtte. En deltaker beskriver; «Jeg er jo ikke overlatt til meg selv».

### *7.1.3 Forventning om snarlig hjemreise*

Deltakerne var på forhånd forberedt og informert om at dagkirurgi innebærer å reise hjem kort tid etter operasjonen. På bakgrunn av dette kan det bygges opp en viss «forventning» til pasientene om å komme seg raskt på beina og utskrives. Dette kan være en medvirkende årsak til hvorfor de fleste gav uttrykk for å være klar til å utskrives, og ville hjem forttest mulig. En deltaker forklarte det slik; «Jeg følte at jeg var voldsomt klar til å reise hjem». Dette kan gi rom for undring om informantene føler seg uønsket eller som en «byrde» om de ikke forlater sykehuset så raskt som forventet. I etterkant var det også informanter som innså at å haste seg hjem ikke var det mest hensiktsmessige i denne situasjonen; «Det var jo jeg som ville hjem egentlig, men det kunne kanskje vært lurt å være litt lengre. Men jeg ville hjem forttest mulig».

## 7.2 Trygghet og håp



Figur 3 Trygghet og håp

Å gjennomgå dagkirurgisk behandling innebærer at man går gjennom flere ledd i prosessen, og det er flere yrkesgrupper man må forholde seg til. For eksempel kirurg, sykepleier på dagkirurgisk avdeling, anestesilege, anesthesi- og operasjonssykepleier, samt sykepleier på postoperativ avdeling. Gjennom forløpet møter man de forskjellige på ulike tidspunkt gjennom pre, per og første del av den postoperative fasen. Resterende del av den postoperative fasen foregår i hjemmet, og er ofte uten faglig kompetanse. Vi vil i denne kategorien presentere funn knyttet til opplevelser og erfaringer rundt å føle seg trygg og ivaretatt gjennom alle disse leddene.

### *7.2.1 Viktigheten av å føle seg trygg, bli sett og ivaretatt gjennom alle ledd*

Det å føle seg trygg og ivaretatt gjennom det dagkirurgiske forløpet er noe deltakerne har varierende opplevelser rundt. En av deltakerne forteller om da han kom til sykehuset, og opplevde at det tok litt lang tid før noen henvendte seg til han. Dette

førte til usikkerhet og en uvisshet om han var kommet til riktig avdeling.

En annen informant opplevde å bli trillet inn på feil forberedelsesrom i forkant av operasjonen, og ble omtalt med feil navn. Deltakeren prøvde å si ifra flere ganger, men opplevde å ikke bli hørt og følte seg ignorert. Hun har en oppfattelse av at teamet er opptatt av å komme i gang, og forklarer det slik;

Da tenkte jeg at dette lover jo godt. Det er jo bra at jeg er litt chill da for å si det slik. Der kunne jeg jo fort fått angst og blitt bekymret for den biten der. Opplevelsen av å komme inn på feil rom, jeg svarer og ignoreres, folk lytter ikke godt nok og var litt opptatt med å komme i gang, det kan fort bli litt ekstra stress rundt det.

På grunn av kvalitetssikringssystemer for å forhindre at feil skjer ble det raskt oppdaget, og deltakeren ble flyttet inn på riktig rom.

Opplevelsen av å ikke bli hørt er noe en annen deltaker også trekker frem. Han informerte flere ganger på sykehuset at det ikke nyttet å skrive ut Paralgin Forte (smertestillende medikament) til han, da dette ikke har noe effekt på vedkommende. Likevel endte det med at han fikk resept på dette medikamentet da han kom på apoteket, noe som igjen førte til at informanten ble urolig med tanke på eventuelle smerter i etterkant.

En annen informant forteller derimot om sin positive opplevelse rundt det å bli sett og hørt. Denne deltakeren ytret ønske om å få med seg ekstra smertestillende hjem dersom smertene skulle bli for store. Dette ønsket fikk informanten innfridd, noe som gav en økt følelse av trygghet og forklares slik; «Det var bare litt sånn opplevelse av at jeg har kontroll, og ikke blir stresset for at det skal gjøre vondt».

Det å føle seg trygg og ivaretatt etter hjemkomst, er noe flere har erfart gjennom ulike opplevelser. En informant forteller at han opplevde blødning i etterkant av operasjonen. Han beskriver det som en sakte neseblødning, der det rant konstant ferskt blod. Da blødningen tok seg opp på dag 4, ble han bekymret og prøvde å ta kontakt med sykehuset. Dette viste seg å ikke være så enkelt. Deltakeren ler oppgitt da han forteller om denne hendelsen, og beskriver det som et kapittel for seg selv å få tak i dem. Han forklarer at han ringte kontaktnummeret han hadde fått utdelt av



sykehuset, men dette førte til sentralbordet. Han ble satt over til ulike personer flere ganger før han omsider kom frem til en sykepleier han kunne prate med. Beskjeden han da fikk var at det var opp til han om han ville få det sjekket. Det å bli møtt av helsepersonell med et slikt svar, gir et inntrykk av at det ikke var så alvorlig. Han tenkte derfor det kunne vente. Blødningene tok seg opp igjen utover dagen, og informanten ble både stresset og bekymret. Dette ville han ikke ha opp til seg å vurdere, og gikk i gang med ny ringerunde med den samme lange «rundgangen» for å få tak i noen som kunne hjelpe. Han beskriver det slik;

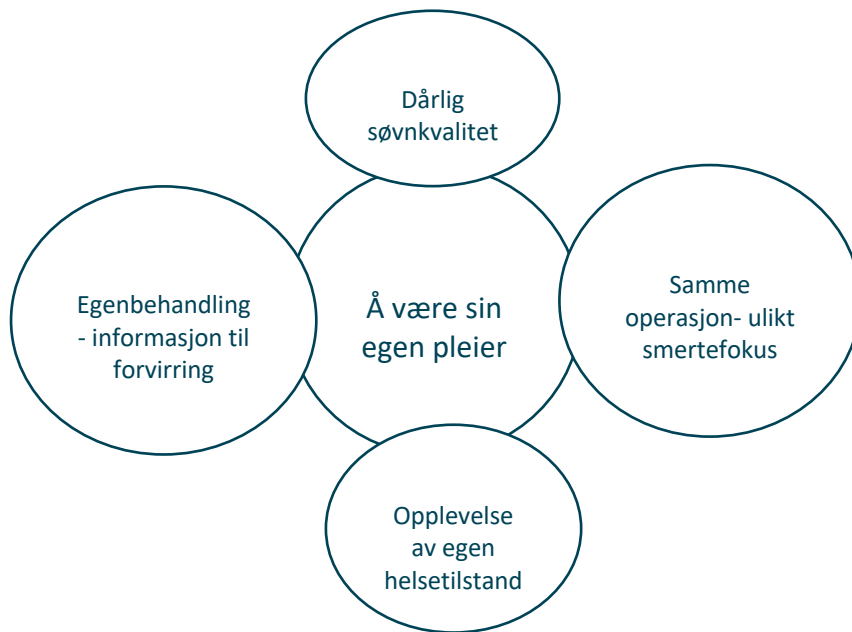
Jeg var litt småbekymret når jeg begynte ringerunden, så det var ikke optimalt. Ene gangen ble det satt over på feil måte, og lagt på, så jeg måtte ringe opp igjen å begynne hele greiene forfra igjen. Det er sikkert en grunn til at det er slik, men det opplevdes ikke så veldig bra der og da.

Videre formidles et ønske om en mer direkte-linje for å få kontakt dersom en opplever spørsmål i etterkant av operasjonen.

### *7.2.2 Håpet om bedring*

På grunn av pandemien har de fleste deltakerne ventet lenge på operasjon. De har slitt med luftveisproblematikk i varierende grad over lengre tid. Det har ført til at samtlige så frem til å få utført inngrepet, og alle gav uttrykk for forventning om bedring av symptomer. For en av deltakerne var håpet om snarlig bedring og det å komme seg raskt etter operasjonen viktig. Han prøvde seg på jobb etter to dager, og fikk erfare at han ikke var i form og ikke kom seg så raskt som forventet. En annen informant opplevde seg i bedre form etter operasjonen enn forventet. Denne informanten hadde tidligere erfaring med dagkirurgi, og hadde derfor lave forventninger til tiden etter operasjonen. Det kan tyde på at denne informanten hadde dårlig erfaring med det postoperative forløpet fra tidligere. En annen informant fortalte om et sterkt ønske om et bra resultat av operasjonen, som førte til at han var svært forsiktig med alt i etterkant.

## 7.3 Å være sin egen pleier



Figur 4 Å være sin egen pleier

Det å være sin egen pleier blir en sentral del av det dagkirurgiske forløpet, siden den postoperative fasen foregår i hjemmet. Informantene blir raskt overlatt til seg selv og ofte «ufaglærte» pårørende. Søvn var et tema flere av informantene var opptatt av, og viste seg for mange å være en utfordring.

### 7.3.1 Dårlig søvnkvalitet

Etter operasjonen opplevde de fleste deltakerne dårlig søvn fordi de ikke kunne puste gjennom nesene. De erfarte at det var vondt, tett og forstoppende. Årsaken til at de er tette er på grunn av platene som blir satt inn under inngrepet. En deltaker hadde en passende beskrivelse på dette; «Jeg følte stresset rundt at det er sabla ubehagelig, og har bare lyst å ha de platene ut».

En annen informant forklarer det slik; «Følelsen av at alt “snåtten” går oppover og inn i hjernen, den er ikke helt kjekk».

Konsekvensen av dårlig søvn har hos flere deltakere ført til at de føler seg trette og slitne, og at de må hente seg inn på dagtid. Smertestillende ble også brukt for å få

sove på kvelden. Det ble mye avbrutt søvn, på grunn av en følelse av manglende evne til å trekke pusten. Dette førte igjen til plutselig oppvåkning, og ordet "angst" blir av en informant brukt for å beskrive denne følelsen. Deltakerne har også fått instruksjoner om å sove delvis sittende de første dagene, noe som påvirket søvnkvaliteten negativt. Flere informanter følte seg i dårligere form enn forventet, noe den reduserte søvnkvaliteten kan være en medvirkende faktor til.

### *7.3.2 Samme operasjon- ulikt smertefokus*

Flere informanter beskriver både smerter og ubehag første døgnet. De har fått satt inn støtteplater, som en informant beskriver som et «stakittgjerde» med sting opp i nesen. Smertestillende har de tatt jevnlig, og de fleste uttrykker at de har fått tilstrekkelig med smertestillende. Det var likevel en informant som måtte på legevakten samme kvelden på grunn av sterke smerter. Selv om de fleste informantene beskriver smerter og ubehag første døgnet, er smertefokuset imidlertid forskjellig, og enkelte beskriver lite smerter i selve operasjonsområdet. Flere har nevnt hodepinen som den verste smerten, mens en annen hadde mest smerter der venekanylen hadde sittet i armen. En informant forklarer erfaringen med smerter slik; «Jeg gruet meg mye mer, så det var ikke så ille som jeg forventet».

### *7.3.3 Opplevelse av egen helsetilstand*

Flere informanter opplevde sykdomsfølelse i etterkant av operasjonen, med slapphet og influensalignende symptomer. En av deltakerne beskriver det slik; «Jeg var og veldig trøtt, slapp og hadde litt feber. Men jeg hadde ikke det jeg vil kalle en veldig dårlig allmenntilstand».

Det var også en annen informant som fikk feber. Dette varte i tre døgn, og ble beskrevet som en «influensalignende sak» med irritasjon i halsen. Det kom frem at han ikke husket å ha fått informasjon om å ta kontakt med sykehuset ved symptom på postoperativ infeksjon, som for eksempel feber. Siden ubehaget satt nede i halsen og ikke i nesen tolket han det ikke som en mulig komplikasjon.

### 7.3.4 Egenbehandling - Informasjon til forvirring

Etter operasjonen ble deltakerne anbefalt å skylle med saltvannsuppløsning, og dette er noe samtlige har utført. Det kommer likevel frem hvor forskjellige metoder de har brukt for å gjennomføre denne egenbehandlingen. En deltaker beskriver at han snufset det inn, mens en annen brukte en sprøyte til å skylle med. En har brukt spray, og en annen har brukt nesehorn. Måten de blir anbefalt å utføre denne egenbehandlingen på beskrives av en deltaker som misvisende, da han hadde lest to forskjellige informasjonskilder som forklarer skyllingen på ulike måter. Dette førte til noe forvirring rundt hvordan det spesifikt skulle utføres, og han forteller;

(...) det stod at jeg skulle skylle, men det er litt misvisende. En plass stod det at du skulle skylle, en annen plass skal du sniffe inn saltvann. Men jeg skjønnte at det skulle vann inn i nesen, og det er vanskelig å få til med en teskje.

Deltakerne mener at det er en veldig generell beskrivelse at en skal skylle, og savner mer spesifikk informasjon rundt skylle-prosedyren. Det kom frem at det kunne vært nyttig å vite litt om bakgrunnen for hvorfor man skyller, det kan hjelpe for å forstå om man gjør det på riktig måte. Er det bare for å fukte nesen, eller er det for å skylle/rense bihulene.

## 8.0 Drøfting

Videre vil vi drøfte resultatene våre opp mot tidligere forskning, faglitteratur, samt egen erfaring fra praksisfeltet. Gjennom intervjuene fikk vi rikholdige data som inneholdt mange viktige funn. Vi vil ha størst fokus på drøfting av funn vi mener har mest relevans for anestesisykepleier sin rolle og funksjon.

### 8.1 Viktigheten av forberedelse - informasjon

For at det dagkirurgiske forløpet skal fungere optimalt, er det særlig viktig at pasientene får god nok informasjon til at de forstår hva de kan forvente gjennom hele prosessen (Tsesmetsis, 2021). I funnene viser det seg at informantene har fått varierende grad av informasjon. Det kommer også frem at informantene selv føler et ansvar for å tilegne seg nok informasjon for å forberede seg, og internett ble hos flere benyttet. Det å bruke internett som informasjonskilde kan både være en fordel og en ulempe. Dersom kilden til kunnskap er pålitelig, kan det bidra til mer informasjon og økt forståelse rundt hva de kan forvente. På den andre siden kan usikre kilder gi feilinformasjon. Det kan også være uheldig for noen å lese om dramatiske og sjeldne komplikasjoner, såkalte «skrekkhistorier», som har oppstått hos andre.

Ønsket om mer informasjon og hvor de selv kunne finne den ble trukket frem av flere informanter.

Resultatene våre viser samme tendens som flere av funnene i tidligere forskning. De trekker frem informasjon som et forbedringspunkt, og at måten informasjonen blir gitt på kan spille en sentral rolle (Dåvøy et al., 2017; Mottram, 2010; McCloy & McCutcheon, 2016). Det kan være mye å lære av funnene til Pereira et al (2016) vedrørende innvirkningen empatisk pasientsentrert tilnærming kan ha for psykologisk og klinisk utfall for pasienter som er til dagkirurgisk behandling.

En av oppgavene til anestesisykepleiere er å gi tilpasset informasjon, og benytte avanserte kommunikasjonsferdigheter for å hjelpe pasientene gjennom den perioperative fasen (ALNSF, 2020).

Våre informanter har mottatt standard informasjon i forkant av operasjonen i form av et informasjonsskriv (vedlegg 6) og samtale med kirurg. Det viser seg at informasjonen har blitt ulikt mottatt og tolket. Vi har sett eksempler på informanter som ikke visste hvilket inngrep som skulle utføres, samt informanter som var innstilt på å være tilbake på jobb etter 2 dager. Utilstrekkelig informasjon kan føre til manglende forståelse av egen tilstand og urealistiske forventninger. Alle pasienter har behov for informasjon som er tilpasset sin egen situasjon (Tsesmetsis, 2021). Behovet for tilpasset informasjon kommer også frem i vår studie, hvor funn viser at de som har erfaring med dagkirurgi fra tidligere ikke hadde det samme behovet for like omfattende informasjon som de uten tilsvarende erfaring.

Ved å benytte personlig tilpasset informasjon kan vi sikre forståelse og oppklare eventuelle misforståelser forårsaket ved bruk av det Kari Martinsen omtaler som komplisert «sykehusspråk». Som resultatene i studien til Pereira et al. (2016) viser, er det også lavere grad av preoperativ angst og bedre rehabilitering i etterkant hos de som har mottatt personlig tilpasset informasjon.

Samtidig ser vi at det vil være tidkrevende å tilby alle dagkirurgiske pasienter individuelt tilpasset informasjon i et helsevesen som er preget av effektivitet og lange pasientlister (Martinsen, 2013). I det dagkirurgiske forløpet er produktivitet en sentral faktor, og det forutsetter hastighet for å bruke minst mulig tid og få flest mulig pasienter gjennom. Som et resultat av dette er det ikke særlig toleranse for omveier og forsinkelser (Martinsen, 2011), noe personlig tilpasset informasjon til hver enkelt kan føre til. Dette vil kunne gå på bekostning av pasientene som ikke passer inn i det «ideelle» strømlinjeformede forløpet. Med det mener vi de som har behov for mer tid, informasjon og oppfølging enn det dagkirurgiske forløpet legger opp til.

Sykepleiefaget er ifølge Martinsen (2003) bygd opp rundt fenomenet omsorg, og er det mest fundamentale ved menneskets eksistens. Ved å utøve omsorg i møte med pasienten, blir vi i bedre stand til å se og handle ut ifra den andres situasjon. Det å se behovet for personlig tilpasset informasjon kan gi pasientene en opplevelse av omsorg. Det er dette Martinsen beskriver som omsorg som relasjonelt begrep. Vi må forholde oss til andre med en holdning som anerkjenner den andre ut ifra hans situasjon.

Som anestesisykepleiere stiller oss bak bekymringen til Martinsen, hvor hun retter kritikk mot «kuldebølgen» i helsevesenet (Martinsen, 2003). Vi er redd det kan gå på bekostning av pasientenes behov for informasjon og omsorgen de opplever. Når vi

ser på helheten ut ifra våre funn, tidligere forskning, faglitteratur og sykepleieteoretisk perspektiv stiller vi oss kritiske til om det alltid vil være det beste for pasientene med standard informasjon, da ingen pasienter er like og alle har ulike behov.

En utfordring informantene i vår studie gav uttrykk for var at det var vanskelig å huske all informasjonen som ble gitt etterkant av narkosen. Dette kan være et resultat av at pasientene er stresset og «aktivert» i tillegg de potente legemidlene som blir brukt under anestesi. Forskning viser at Propofol, som er et anestetikum, særlig er med på å øke amnesifasen i etterkant (Walsh, 2018; Veselis et al., 1997). Som anestesisykepleiere opplever vi at pasienter ønsker informasjon rett etter oppvåkning, og gjentar de samme spørsmålene flere ganger med korte tidsintervall. Til tross for at det å gi informasjon blir beskrevet av grunnlagsdokumentet (ALNSF, 2020) som en sentral oppgave for anestesisykepleier vil det ikke være et gunstig tidspunkt å gi denne rett etter narkosen. Som en del av et dagkirurgisk team, er det flere som har ansvaret for at informasjonen blir gitt og andre yrkesgrupper vil bidra til å gi nødvendig informasjon både på et tidligere og senere tidspunkt i forløpet. Oppholdet på sykehuset for dagkirurgiske pasienter er kort og før hjemreise skal de ifølge Norsk Standard for Anestesi (2016) i stor grad ha gjenopprettet sin habitualltilstand. På bakgrunn av funn, teori og forskning bør viktig informasjon derfor tilstrebes å gis så tett opp til hjemreise som mulig, og når pasienten er tilstrekkelig våken. Det er også anbefalt at pårørende får den samme informasjonen.

## **8.2 Pasientefaringer rundt hjemreise**

Resultatene viser at samtlige informanter ønsket å komme seg hjem så raskt som mulig etter operasjonen. En deltaker forklarte det slik «Jeg var voldsomt klar til å reise hjem». Det kom også frem at det var flere som selv tok initiativ til å forlate sykehuset før anbefalt. I etterkant av operasjonen er de fleste pasienter godt smertelindret, noe som kan forklare hvorfor de føler seg så klar til å reise hjem. På den andre siden går den smertestillende effekten ut etter hvert, og de vet ikke hvordan de neste timene og dagene vil bli. I tillegg er pasientene forberedt og innstilt på hjemreise samme dag. Sett fra pasientene sitt perspektiv hvor de blir forespeilet rask utskrivelse fra sykehuset, kan det tenkes at de ikke vil være til «bry» og en

«byrde» for sykehuset. Dette er faktorer som kan være med å forklare motivasjonen deres rundt snarlig utskrivelse.

Det kan også tenkes at pasientene som hadde forberedt seg godt i forkant opplevde seg som klar for å komme hjem til sine pårørende kort tid etter operasjonen. De vet at de ikke er alene, og har hjelp av pårørende om det skulle være behov.

Sett fra en annen side kan vi stille spørsmål til om de hadde opplevd seg like klar for å reise hjem dersom de ikke hadde forberedt seg eller hatt noen hos seg hjemme.

Flere studier viser også, i likhet med vår, at pasienter ønsker kortest mulig liggetid på sykehus. I studien til Mottram (2010) sammenlignet de dagkirurgi med en tur til McDonalds, der de vektla aspekt som hastighet, forutsigbarhet og kontroll. De gav uttrykk for at operasjonen skulle ta så lite som mulig av deres travle tid, og peker på verdien av effektivisering som en viktig faktor med dagkirurgi (Mottram, 2010; McCloy & McCutcheon, 2016). Martinsen (2003) stiller seg derimot kritisk til effektiviseringen i helsevesenet, og de rådende verdier i samfunnet hvor det blir rangert høyt på verdiskalaen å være selvstendig og klare seg selv. Hun mener det går på bekostning av omsorgen. Grunnleggende sett er omsorg noe mennesker og samfunn ikke kan være foruten, og at denne dessverre ser ut til å være mindre verdsatt i sykepleien. På bakgrunn av dette trekker vi paralleller til dagkirurgi, der målet er å kjapt bli selvstendig og å klare seg selv. Dagkirurgi slik vi tolker det, hører til under det Martinsen omtaler som vekstomsorgen. Den er kostnadskrevende, spesialisert og innebærer at sykepleie er knyttet til omsorg hvor en forventer at pasienten skal bli fortest mulig selvhjulpen. Det jobbes for at omsorgen skal opphøre, og «hjelp til selvhjelp» ideologien står sterkt her. Anestesisykepleiere jobber ofte i de «aktive behandlingssykehusene» som er preget av vekstomsorg, og effektivisering blir målt i utskrivelsesfrekvens (Martinsen, 2003). Å utøve anestesisykepleie innenfor disse rammene kan være utfordrende, men likevel viser våre resultat og tidligere forskning høy pasienttilfredshet (McCloy & McCutcheon, 2016; Mottram, 2010).

Funn fra tidligere studier viser at verdien av effektive og kjappe pasientforløp blir satt pris på, men kan likevel bli sett på som en mekanisk måte å utøve sykepleie på hvor sykepleien og omsorgen blir overlatt til pasienten og pårørende (Mottram, 2010). I studien til Dávøy et al. (2017) ble dagkirurgiske øre-nese-hals pasienter intervjuet om deres erfaringer og opplevelser. I denne studien kommer det frem at flere informanter



mente det kunne vært bedre med et døgn på sykehus med tanke på smerter og tilgang på faglig hjelp. I vår studie er det også deltakere som i etterkant ser at de kunne vært lurt å være på sykehuset lengre, og ikke skynde seg hjem.

Det kan tenkes at informantene, som følge av informasjonen gitt i forkant, kan oppleve en bagatellisering av det dagkirurgiske forløpet. De er forespeilet et kjapt forløp, og forventningene legges deretter.

En annen deltaker planla å gå på jobb to dager postoperativt, til tross for at det i informasjonsskrivet opplyses om at det er vanlig med 7 dagers sykemelding. Dette kan også tolkes som en mulig bagatellisering av inngrepet, og et resultat av manglende forståelse av informasjonen som er gitt.

Våre funn kan tyde på en divergens mellom deltakernes forventninger og det de faktisk opplever. Dette gjenspeiler seg i funnene i studien til Berg et al. (2013) som konkluderer med at de dagkirurgiske pasientene trenger forståelse og kunnskap om hva som utgjør et normalt postoperativt forløp.

### **8.3 Opplevelsen av ivaretakelse gjennom det dagkirurgiske forløpet**

Anestesisykepleier er en sentral del av det dagkirurgiske teamet. Målet er å jobbe effektivt for å oppnå ideell og sikker pasientomsorg, samt ivaretakelse av pasienten gjennom hele forløpet (ALNSF, 2020).

I vår studie forteller en informant om en uheldig hendelse da hun skulle inn til operasjon. Hun ble kjørt inn på feil forberedelsesrom, og opplevde å ikke bli hørt da hun prøvde å gi beskjed.

Viktigheten av å bli sett og ikke føle seg som et objekt eller «et nummer i rekken», blir trukket frem i studien til Arakelian et al. (2016). Det har stor betydning for pasientene å bli omtalt med navn og gir en følelse av verdighet og respekt, det at vi ser hele mennesket (Arakelian et al., 2016). Informanten beskriver videre opplevelsen av å føle seg oversett fordi personalet var så opptatt med å komme i gang med operasjonen.

Når pasienter ankommer operasjonsstuen, har anestesisykepleier liten tid til rådighet før pasienten skal legges i narkose. Operasjonsstuen er ofte preget av mye som skjer samtidig. Det er mye som skal forberedes i forkant av en operasjon, og det kan

være en del støy. Pasientene blir i disse omstendighetene svært var på inntrykk og alt som skjer rundt seg (Valeberg, 2021). Sykepleie er ifølge Martinsen (2003) et kroppslig yrke, som vil si at det er gjennom kroppsholdning sykepleierens relasjon til andre trer frem. Både vi som sykepleiere og pasienter uttrykker oss gjennom ord, tonefall, holdninger og handlinger (Martinsen, 2003). Hvordan vi fremstår for pasientene i det korte møtet når de kommer inn på operasjonsstuen er svært viktig for deres opplevelse av trygghet (Arakelian et al., 2016). Er dette møtet preget av stress og kaos, kan det gi et inntrykk av mangel på kontroll som kan overføres til pasienten i form av angst og stress. Det å gjennomgå kirurgi og anestesi innebærer for mange en følelse av å miste kontrollen, og bli avhengig av andre. Forskning viser viktigheten av å være fysisk og emosjonelt tilstede for pasienten, og følelsen av at de har sin egen anestesisykepleier med hele tiden kan gjøre det lettere å overgi kontrollen (Arakelian et al., 2016). Utfordringen rundt dette er for anestesisykepleier å klare å balansere tiden mellom medisinsk tekniske forberedelser som ivaretar pasientsikkerheten, og samtidig ivareta pasienters behov for trygghet (Valeberg, 2021). I møte med pasienter som føler seg hjelpeløse og avhengig av oss som anestesisykepleiere, snakker Martinsen (2003) om omsorg som moralsk begrep. Vi har ansvaret for «den svake», i vårt tilfelle pasienten, og må her være svært bevisst på hvordan maktforholdet blir utøvd. Solidaritet må ligge til grunn for enhver utøvelse av makt (Martinsen, 2003). Vår tolkning av dette er at alt vi gjør skal være til det beste for pasienten, og ikke la kravet om effektivitet og produktivitet gå på bekostning av det.

Pasientene har behov for å bli sett, og bli behandlet med verdighet og respekt i møte med anestesisykepleieren (Valeberg, 2021). Det å føle seg sett og hørt blir i studien til Arakelian et al. (2016) trukket frem som en viktig faktor for det å oppleve egenkontroll. Dette blir også belyst av informantene i vår studie. En deltaker forteller at han informerte flere ganger om at det ikke nyttet å skrive ut Paralgin Forte til han, på grunn av manglende effekt. Han endte likevel opp med å få forskrevet dette medikamentet. Det gav en følelse av å ikke bli hørt, noe som gjorde han urolig med tanke på eventuelle smerter i etterkant. Det å ikke bli hørt på sine ønsker, tenker vi kan gå på bekostning av tilliten. Tillit er ifølge Martinsen (2003) en av livsytringene, og er en forutsetning for omsorg. Mangel på omsorg kan føre til at man får en reservert holdning i møte med helsevesenet, og kan føre til mistillit (Alvsvåg, 2005).

Som fagpersoner skal man ivareta omsorgen og skape rom og betingelser for at tilliten kan erfares i møte med faglig sykepleie (Alvsvåg, 2005, s. 72). På den andre siden trekker en deltaker frem en positiv erfaring rundt det å føle seg hørt.

Vedkommende hadde et ønske om å få med seg ekstra smertestillende hjem, og fikk dette ønsket innfridd. Hun beskriver en følelse av å ha kontroll, og kan bidra til opplevelse av trygghet og ivaretagelse. Dette ser vi i sammenheng med det Martinsen mener er uttrykk for åpenhet, barmhjertighet og tillit, noe som gir rom for omsorg og kan være med på å fremme relasjonen til sykepleieren (Martinsen, 2003). Forskning viser at å få lov til å være med å bestemme der det er mulig, gir en økt følelse av medbestemmelse og å ha egenkontroll (Arakelian et al., 2016).

Ser vi på pasientrollen tilbake i tid og frem til i dag, så har denne endret seg fra å være mer passiv til å bli mer aktiv. Pasientene forventer mer medbestemmelse og prinsippet om autonomi står sterkt (Valeberg, 2021). Retten pasientene har til medvirkning på egen helsehjelp er også nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2017, § 3-1).

Det å gjennomgå anestesi og kirurgi er ikke uten risiko, og kan medføre flere komplikasjoner i etterkant. Skulle det oppstå komplikasjoner når man har kommet hjem, kan det oppleves skremmende. En av informantene forteller at han fikk blødning i etterkant av operasjonen. Han forsøkte å ta kontakt med sykehuset, men opplevde det som vanskelig. Han ble satt over til ulike personer flere ganger før han omsider kom frem til en sykepleier han kunne prate med. Beskjeden han da fikk var at det var opp til han om han ville få det sjekket. Dette gav han inntrykk av at det ikke var så alvorlig, og tenkte at det kunne vente. Da tilstanden forverret seg utover dagen, ville ikke pasienten lenger ha ansvaret for denne vurderingen selv. Han valgte derfor å ta kontakt igjen, også her med den samme «rundgangen» for å få tak i noen. Det kom frem at dette var en skremmende situasjon og at deltakeren hadde tydelig behov for hjelp og faglig kompetanse. Ifølge Norsk standard for anestesi (2016) skal alle dagkirurgiske pasienter få oppgitt nummeret til en døgnbemannet telefon, dersom de opplever komplikasjoner eller har spørsmål i etterkant. I informasjonsskrivet pasientene får utdelt (Vedlegg 6) står det oppgitt telefonnummer til øre-nese-hals poliklinikk som kun er bemannet på dagtid, samt et telefonnummer til sentralbordet. Slik vi tolker dette opp mot det Norsk standard for anestesi beskriver, kan vi stille spørsmål til om ordningen hvor man kommer frem til et

sentralbord dersom man trenger hjelp er god nok. Funnene i vår studie støtter opp under vår tolkning og understreker at man trenger en mer direkte-linje for å få kontakt dersom man opplever komplikasjoner og spørsmål i etterkant.

Ventetiden for å få utført operasjonen har for de fleste vært lang, noe som har sammenheng med den pågående covid-19 pandemien.

På bakgrunn av dette viser det seg i resultatene at samtlige deltakere så frem til operasjonen og håpet på bedring av luftveisproblematikk.

Jamfør studien til Svensson et al. (2016), viser resultatene at håpet om bedring har en utelukkende positiv effekt på stemningsleiet til pasientene, samt hele det perioperative forløpet til tross for lang ventetid. Håpet om bedring kan virke positivt inn, og hjelpe pasientene å mestre følelser som usikkerhet og frykt (Svensson et al., 2016). Sett i sammenheng med resultatene presentert ovenfor ser vi at til tross for at noen av deltakerne i denne studien måtte vente på operasjon opp mot 1 år, var de fremdeles positive og så frem til å få utført operasjonen.

## **8.4 Erfaringer og opplevelser med å være sin egen pleier i hjemmet**

Dagkirurgi innebærer at en stor del av den postoperative pleien og omsorgen blir flyttet til hjemmet. For å få utført dagkirurgi er det ifølge Norsk Standard for anestesi (2016) et krav at pasienten skal ha en voksen hos seg det første døgnet. Dette var noe samtlige deltakere hadde ordnet på forhånd. Deler av den postoperative sykepleien blir overlatt til pasient og pårørende, og de har ikke den samme tilgangen på faglig hjelp. I lys av den tidligere diskuterte vekstomsorgen som Martinsen (2003) beskriver, trekker vi igjen paralleller til det dagkirurgiske forløpet hvor det forventes at omsorg skal utøves for at pasienten skal oppnå egenomsorg (Martinsen, 2003). Martinsen er kritisk til at egenomsorgen blir satt som et mål for sykepleien, og mener den ikke evner å inkludere alle de store grupper sykepleien omfatter.

For å gjennomgå dagkirurgi blir man vurdert i forhold til risiko, herunder ASA klassifikasjon, og om pasienter er compatible for å få utført dagkirurgi. Norsk standard for anestesi (2016) beskriver at pasienter med ASA 1 og 2 er egnet som kandidater til dagkirurgi, men også pasienter i ASA gruppe 3 kan vurderes dersom de

har stabil og akseptabel funksjon. Tidligere forskning viser at dersom kriteriene for dagkirurgi er oppfylt medfører det ikke ekstra risiko med tanke på komplikasjoner og reinnleggelse, sett opp mot de som er inneliggende (Belleudy et al., 2021). I vår studie var alle deltakere stort sett friske, og kategorisert i ASA gruppe 1 eller 2. Til tross for et godt funksjonsnivå erfarte flere deltakere, i likhet med studien til Dāvøy et al. (2017), at de var betydelig mer medtatt enn forventet. De fleste opplevde dårlig søvn på grunn av støtteplatene de fikk satt inn som igjen førte til at de ikke kunne puste gjennom nesene. Konsekvensen av dette var at flere følte seg trette og slitne, og måtte hente seg inn på dagtid. En deltaker beskrev det slik: «Jeg følte stresset rundt at det er sabla ubehagelig, og har bare lyst å ha de platene ut.» mens en annen deltaker forklarte det slik: «Følelsen av at alt "snåtten" går oppover og inn i hjernen, den er ikke helt kjekk». Beskrivelsene som ble gitt gav oss et godt bilde på hvor stort problemet med støtteplatene var for pasientene og konsekvensene det førte til. Dette var et overraskende funn som vi ikke har reflektert over at kan gi så mye problemer for informantene postoperativt. Som et resultat av at de følte seg medtatt, var det flere som var avhengig av hjelp og støtte fra pårørende.

Det å være avhengig av pårørende, kan for noen oppleves vanskelig. Avhengighet blir sett på ulikt ut ifra hvilket menneskesyn man har. Ved et kollektivistisk menneskesyn blir mennesket ansett som grunnleggende avhengig av fellesskapet for å overleve. Omsorg uttrykker her en positiv avhengighet. Om man derimot har et individualistisk eller borgerlig menneskesyn, blir avhengighet sett på som noe negativt. Mennesker som er avhengig blir sett på som svake og uttrykker hjelpeløshet. Omsorg og omsorgsarbeid blir betraktet som en negativ inngripen i andres frihet (Gjengedal, 2000, s. 41).

Som nevnt tidligere blir selvstendighet rangert høyt på verdiskalaen i dagens samfunn, som i stor grad preget av individualisme (Martinsen, 2003). Sett opp mot dagkirurgi, vil det være en forutsetning at man er i stand til å motta hjelp fra pårørende, og ikke ser på det som en svakhet og et nederlag.

Funksjonsnivået til deltakerne i denne studien varierte i etterkant av operasjonen. Noen var nærmest sengeliggende mens andre var relativt oppegående og selvhjulpne. Deltakerne hadde derfor ulike behov for omsorg og hjelp fra sine pårørende. Behovet for hjelp til matlaging og husarbeid ble hos flere deltakere trukket frem, mens andre forteller at de ordnet det meste selv.

En viktig oppgave for sykepleiere er å observere helsetilstanden til pasienten. Sykepleiere går minimum 3 år på skole for å lære seg blant annet å observere pasienten sin helsetilstand, og handle ut ifra situasjonen. Etter dagkirurgi er det forventet at pasient og pårørende skal overta denne oppgaven etter få timer, og de er oftest ufaglærte. Ved at omsorgen flyttes til hjemmet innebærer det at pårørende overtar sykepleien og omsorgen for pasientene. Vi som sykepleiere mister muligheten til å utøve situasjonsbetinget omsorg til disse pasientene (Martinsen, 2003). Dette vil også gjelde prosedyrer som skal utføres i etterkant av operasjonen. I denne studien skulle deltakerne gjennomføre egenbehandling i form av neseskylning. De hadde fått både skriftlig og muntlig informasjon om hvordan dette skulle gjennomføres, likevel viser resultatene at det var varierende hvordan de utførte den. Enkelte deltakere forteller om forvirring rundt hvordan det skulle gjøres, da det stod beskrevet på ulike måter. En deltaker forklarer det slik; «En plass stod det at du skulle skylle, en annen plass skal du sniffe inn saltvann». Jamfør forskningen til Jaensson et al. (2017) kunne det med systematisk oppfølging med mobilapplikasjon gjort det enklere å følge opp pasientene med tanke på postoperative pleie og egenbehandling, og samtidig avdekket områder for forbedring. Sett fra pasientene sitt ståsted er det forståelig at det kan oppleves forvirrende å få forskjellig informasjon rundt egenbehandlingen de selv skal utføre.

Det er ikke rutine for å ringe til pasientene etter hjemsendelse (Tsesmetsis, 2021), noe som kan diskuteres opp mot hva det ville betydd for pasientene at noen ringte for å høre hvordan det går med dem. Det kan gi mulighet for å oppklare eventuelle misforståelser og spørsmål, og kan være med å trygge pasientene i rollen som sin egen pleier i hjemmet.

Det å gjennomgå operative inngrep er en belastning som fører til kroppslige forandringer (Ræder & Nordentoft, 2010). Dette gjelder ikke kun den første tiden, men også etter at pasienten er kommet hjem. I vår studie var det flere informanter som opplevde sykdomsfølelse i etterkant, med slapphet, influensalignende symptomer og feber. En deltaker opplyste at han hadde hatt feber i 3 døgn og ikke kontaktet sykehuset. Deltakeren tenkte ikke at dette kunne være en komplikasjon og forteller at han heller ikke husket å ha mottatt informasjon om eventuelle komplikasjoner. Her trekker vi igjen inn temaet informasjon. Ut fra informasjonsskrivet (vedlegg 6) våre deltakere fikk utdelt, får de informasjon om komplikasjoner som kan

oppstå. Dette kan støtte opp under våre funn som tyder på mangelfull informasjon eller at pasientene ofte ikke leser informasjonsskrivet godt nok. At pasientene ikke tolker feber og influensalignende symptomer som komplikasjoner, og tar kontakt med helsevesenet kan føre til at flere komplikasjoner ikke blir registrert. Dette kan ses i sammenheng med forskningen til Warnakulasuriya et al. (2020) hvor de ser på ulike metoder for å kartlegge pasient rapporterte utfall etter dagkirurgi. De fleste metodene som blir benyttet i dag klarer bare å fange opp de mest alvorlige utfallene som dødelighet (Warnakulasuriya et al., 2020). De etterlyser metoder for å kartlegge mindre alvorlige hendelser og plager. Dagkirurgiske pasienter blir ikke rutinemessig kontaktet etter hjemreise, og mange har høy terskel for å ta kontakt, de venter og ser an situasjonen (Tsesmetsis, 2021).

I RCT studien til Jaensson et al. (2017) har de utarbeidet en mobilapplikasjon (RAPP) som skal registrere pasienterfaringer postoperativt. Ser vi på resultatene kan en slik applikasjon bidra til å øke kvaliteten på den postoperative pleien og identifisere områder for forbedring. Det kan også føre til lavere terskel for å ta kontakt med helsevesenet etter hjemkomst. Samtidig kan det bidra til bedre pasientbehandling og at de ikke føler seg alene og overlatt til seg selv (Valeberg, 2021).

## **8.5 Studiens styrker og svakheter**

Vi anser vår metodologiske tilnærming til prosjektet som hensiktsmessig for å besvare problemstillingen, og det har ført til at vi har fått bedre forståelse for dagkirurgiske pasienters opplevelser og erfaringer.

Studien baserer seg på 6 informanter, noe vi satt som et minstekrav. Grunnet covid-19 pandemien var det vanskeligere å rekruttere pasienter da det var færre øre-nese-hals inngrep i denne perioden. I tillegg spilte tidsfristen inn for å klare å fullføre til innleveringsfrist, og vi valgte derfor å stoppe etter 6 intervju. Vi fikk likevel et omfattende materiale som inneholdt rikholdige data, og med flere informanter kunne det blitt uoversiktlig for oss som uerfarne forskere.

Vi har utført 1 intervju med hver enkelt pasient. Det kunne vært spennende å utføre flere intervjuer med pasientene, for å få en dypere forståelse av forløpet. Dette for å

ikke bare få et tverrsnitt, men også longitudinell tilnærming hvor man hadde fulgt informantene over en periode.

Utvalget vårt er likt fordelt mellom kjønn, 3 menn og 3 kvinner. I tillegg er det et bredt spekter i alder, fra 18-60 år, noe som førte til at vi fikk frem erfaringer og opplevelser fra ulike livsfaser. Dette kan være med på å styrke studien. Ved å benytte oss av en semistrukturert intervjuguide, fikk informantene mulighet til å snakke fritt rundt temaet, samtidig som vi holdt en viss struktur.

I prosessen har det vært krevende å skulle sette vår egen forforståelse til side, spesielt i forkant av intervjuene, men vår bevissthet rundt denne hjalp oss å aktivt legge den bort. På den andre siden ser vi det som en styrke at vår forforståelse har økt gjennom prosjektet, og har ført til ny, viktig innsikt og forståelse rundt temaet.

I utgangspunktet var det anbefalt via hovedprosjektet å utføre intervjuene med fysisk tilstedeværelse. En svakhet ved studien, med bakgrunn i pandemien og smittevern hensyn, er at vi kun fikk gjennomført intervjuene digitalt. Dette kan ha ført til at vi har gått glipp av inntrykk og kroppsspråk som man får ved fysisk møte.

I denne studien har vi vært to forskere gjennom hele prosessen. Både transkribering og analyse har blitt utført med begge tilstede, og vi tenker dette har vært verdifullt for valideringen gjennom analysen.

Andre styrker ved studien er at vi fikk intervjutrening i forkant (se metodekapittel) og har i tillegg hatt god oppfølging fra veileder.



## 9.0 Konklusjon

Funnene indikerer at informantene i stor grad er fornøyde med det dagkirurgiske forløpet, men vi kan antyde en forskjell mellom pasientenes forventninger og det de tror skal skje, opp mot det de faktisk opplever. Det ble avdekket områder for forbedring, som for eksempel informasjon og oppfølging i etterkant. Hvor godt forberedt informantene var i forkant hadde mye å si for totalopplevelsen. Informasjonen til pasientene viser seg å være en svært sentral og viktig del av erfaringen med dagkirurgi, og funnene viser at dette er et område med forbedringspotensiale. Informasjonen kunne med fordel blitt mer tilpasset hver enkelt pasient for å sikre forståelse.

Det å være sin egen pleier og alt det innebærer kan for noen oppleves utfordrende. Pasienter vil ha ulike behov i etterkant av dagkirurgi og slik vi ser det ville det vært hensiktsmessig å opprette en rutine for oppfølging av hver enkelt pasient, som for eksempel en telefonsamtale. Dette kan også hjelpe for å avdekke komplikasjoner som pasientene selv ikke oppfatter som en komplikasjon.

På bakgrunn av dette konkluderer vi med at pasientene kunne hatt en bedre rekonvalesens og opplevelse av det dagkirurgiske forløpet dersom det blir gjort forbedringer i praksis.

Avslutningsvis gjør vi oss noen refleksjoner rundt anestesisykepleiers rolle og funksjon i møte med den dagkirurgiske pasienten. Betydningen vi har for pasienten for at han skal føle seg sett, oppleve trygghet og omsorg er svært viktig. Pasienten må være i fokus.

## 10.0 Videre forskning, formidling og implikasjoner for praksis

Det viser seg at den tiden vi anestesisykepleiere har ansvar for pasienten, kan ha stor innvirkning på totalopplevelsen og erfaringen med forløpet.

Pasientene befinner seg ofte i en stressende situasjon, som fører til at de blir svært var på inntrykk. Vi må derfor være bevisst på hvordan vi fremstår for pasienten i en travel og effektivisert arbeidssituasjon. På grunn av temaets aktualitet er dette et tema vi mener det bør forskes videre på, og særlig anestesisykepleiers rolle og funksjon i møte med den dagkirurgiske pasienten. Dette kan gi verdifull kunnskap som bør belyses med mer forskning.

Vi vil videreformidle våre resultat til den ansvarlige for hovedprosjektet, og håper å bidra med ny kunnskap ved å publisere en artikkel. Videre vil vi presentere våre funn for praksisfeltet. Denne studien vil kunne bidra til økt forståelse rundt pasienters opplevelser og erfaringer med dagkirurgi.

## Litteraturliste:

Alvsvåg, H. (2005). Omsorg- med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I U. Knutstad & B.K. Nielsen (Red.), *Sykepleieboken 2 Teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie* (s. 65-95). Akribe AS.

American Society of Anesthesiologists. (2014, 15. oktober, sist oppdatert 2020, 13. desember). *ASA Physical Status Classification System*.  
<https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system> (Nedlastet 15.03.22)

American Society of Anesthesiologists. (2018, 17. oktober. Original godkjenning 2003, 15. oktober). *Guidelines for Ambulatory Anesthesia and Surgery*.  
<https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/guidelines-for-ambulatory-anesthesia-and-surgery> (Nedlastet 15.03.22)

Anestesisykepleierne NSF. (2016, 02. september). *Norsk standard for anestesi*. Norsk Sykepleier Forbund (NSF).  
<https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/f99njXla94iCUrYgJrm8qOM6nRwJscUypCJQM9IEb1KJd752LN.pdf> (nedlastet 01.05.2021)

Anestesisykepleierne NSF. (2020, desember). *Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere*. Norsk Sykepleier Forbund (NSF).  
[Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere \(nsf.no\)](https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/20201201_Grunnlagsdokument_for_anestesisykepleiere_nsf.no.pdf) (nedlastet 11.05.2021)

Arakelian, E., Swenne, C.L., Lindberg, S., Rudolfsson, G., von Vogelsang, A-C. (2016). The meaning of person- centred care in the perioperative nursing context from the patient`s perspective- an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2527–2544.  
DOI: 10.1111/jocn.13639

- Belleudy, S., Kerimian, M., Legrenzi, P., Alharbi, A., de Gabory, L. (2021). Assessment of quality and safety in rhinologic day surgery. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 138(3), 129-134.  
<https://doi.org/10.1016/j.anorl.2020.06.019>
- Berg, K., Årestedt, K. & Kjellgren, K. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1630-1638.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.002>
- Bruun, A.M.G (2021). Anestesisykepleierens identitet og kompetanse. I A-C. L. Leonardsen (Red.) *Anestesisykepleie* (s. 21-34) (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2019, 23. mai). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. De nasjonale forskningsetiske komiteer.  
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Dåvøy, G. M., Martinsen, K. M. & Eide, P.H. (2017). En dans på torneroser. *Nordisk Sygeplejeforskning* 04 (7) 315-326.  
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-05>
- Fonn, M. (2019, 14. februar). *Kari Martinsen: Pleien tar den tiden den tar*. Sykepleien.  
<https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>  
(Nedlastet 26.04.2022)

- Gjengedal, E. (2000). Omsorg og sykepleie. I H. Alvsvåg & E. Gjengedal (red.), *Omsorgstenkning- En innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (s. 37- 55). Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2021, 09. februar). *Økning i bruk av dagkirurgi*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/okning-i-bruk-av- dagkirurgi> (nedlastet 08.04.2021)
- Jacobsen, O. (2021). Pasienter som skal opereres i øre, nese, hals (ØNH) eller øye. I A-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (s. 396-403) (3 utg.). Cappelen Damm AS.
- Jaensson, M., Dahlberg, K., Eriksson, M., Nilsson, U. (2017). Evaluation of postoperative recovery in day surgery patients using a mobile phone application: a multicentre randomized trial. *British Journal of Anaesthesia*, 2017/119(5), 1030-1038.  
DOI: [10.1093/bja/aex331](https://doi.org/10.1093/bja/aex331)
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering (2.utg)*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2009). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen P. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: 4* (s. 13-99). Gyldendal norsk forlag.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 2002 (25), 2468-2472.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (4.utg). Universitetsforlaget AS.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. (2.utg). Universitetsforlaget AS.

Martinsen, K. (2011). Omsorg, sårbarhet og tid. *Klinisk Sygepleje*, 2011/25(4), 5-9.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2011-04-02>

Martinsen, K & Wærness, K. (1991). *Pleie uten omsorg?* Pax Forlag AS.

McCloy, O & McCutcheon, K. (2016). The day surgery experience from the perspective of service users. *British Journal of Nursing*, 2016/25(13), 736-739.

DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.13.736>

Mottram, A. (2010). "Like a trip to McDonalds": A grounded theory study of patient experiences of day surgery. *International journal of nursing*, 2011(48), 165-174.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.007>

Norsk Helseinformatikk. (2021, 06. mai). Skjev neseskillevegg - septumplastikk. NHI.  
<https://nhi.no/sykdommer/orenesehals/behandling/neseplastikk/>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Gundersen, M.W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2017). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2017-06-16-53). Lovdata.

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Pereira, L., Figueiredo-Braga, M. & Carvalho, I.P. (2016). *Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes*. *Patient education & counseling*, 2016/99(5), 733-738.

<https://dx-doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.pec.2015.11.016>

Polit D. F & Beck C. T. (2021). *Nursing Research- Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11.utg.). Wolters Kluwer.

Ræder J. & Nordentoft J. (2010). Dagkirurgi og anestesi. *Tidsskrift for Norsk Legerforening*, 2010/130(7), 742-746.  
<http://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0341>

Svensson, M., Nilsson, U. & Svantesson, M. (2016). Patients' experience of mood while waiting for day surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 25(17-18), 2600-2608.  
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.13304>

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2.utg.). Fagbokforlaget.

Tsesmetsis, C. (2021). Dagkirurgiske pasienter. I A-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (s. 357-367) (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Valeberg, T. B. (2021). Operasjonspasienten. I A-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (s. 239-255) (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Veselis, R.A., Reinsel, R.A., Feshchenko, V.A. & Wronski, M. (1997). The comparative Amnestic Effects of Midazolam, Propofol, Thiopental, and Fentanyl at Equisedative Concentrations. *Anesthesiology*, 1997/87(10), 749-764.  
DOI: <https://doi.org/10.1097/00000542-199710000-00007>

Walsh, C.T. (2018). Propofol: Milk of Amnesia. *CellPress*, 2018/175(1), 10-13.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2018.08.031>

Warnakulasuriya, S.R., Patel, R.C., Singleton, G.F. & Moonasinghe, S.R. (2020). Patient-reported outcomes for ambulatory surgery. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 2020/33(6), 768-773.  
DOI: 10.1097/ACO.0000000000000921

## Vedlegg 1- Intervjuguide

### **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.

#### **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



## Vedlegg 2- Godkjenning NSD

21.1.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



### 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

## Vedlegg 3- REK godkjenning



REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Ingvild Haaland		17.02.2020	31134
			Deres referanse:	

venke agnes johansen

### **31134 Pasienters opplevelser og erfaringer med egenbehandling hjemme etter dagkirurgi**

**Forskningsansvarlig:** Høgskulen på Vestlandet

**Søker:** venke agnes johansen

#### **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 hjelpere
- 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.)*

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen  
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider [rekportalen.no](http://rekportalen.no)

### **REKs vurdering**

NB! På grunn av tekniske problemer med portalen sendes dette vedtaket nå ut på ny gjennom portalen. Vedtaket vil imidlertid gjelde fra 16.12.2019 (da det først ble sendt ut).

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 deltakerens situasjon før inngrepet, og at slik informasjon kunne ha bidratt til å forstå årsaker til uro etter inngrepet. Komiteen så det som at flere av spørsmålene i spørreskjema var veldig nærgående og ønsker tilbakemelding på om alle spørsmål er relevante og nødvendige for formålet med prosjektet. Komiteen bemerket også at pasienter bør rekrutteres via brev, ikke via telefon. Videre ble det spurt om utvidet beskrivelse av beredskapsplan, også i informasjonsskrivet, med kontaktinformasjon til beredskapsteamet (sykepleier og psykolog). Informasjonsskrivet måtte også beskrive bedre hvilken informasjon som samles inn.

### **Komiteen ba om tilbakemelding på følgende:**

- Informasjon om hvem som skal være ny prosjektleder.
- REK vest ønsker en revidert protokoll med en forbedret redegjørelse av forskningsspørsmål og hypotese. Hvordan henger den kvantitative delen sammen med den kvalitative, og hvordan kan data som innhentes besvare forskningsspørsmålene?
- Hvordan skal de undersøkte variablene i den kvantitative delen knyttes til den tilstand de er operert for? Bør ikke pasientgruppen være mer homogen?
- Komiteen finner ikke at det spørres om deltakerens situasjon før inngrepet. Slik informasjon kunne ha bidratt til å forstå årsaker til uro etter inngrepet. Hvorfor har prosjektet valgt å inkludere en så heterogen deltakergruppe?
- Komiteen finner at flere av spørsmålene i spørreskjemaene er veldig nærgående og ønsker tilbakemelding om alle spørsmål er relevante for formålet med prosjektet?
- Informasjonsskrivet må revideres etter ovennevnte merknader.

### **Svar fra prosjektleder i tilbakemelding mottatt 07.11.2019:**

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen  
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider [rekportalen.no](http://rekportalen.no)

Ang. prosjektleder skriver prosjektleder:

«Dagkirurgi prosjektet har pr. 30.10.19 to ledere. Førsteamanuensis Venke A. Johansen og Førstelektor Petrin Eide. Petrin Eide vil fungere som daglig leder for prosjektet. Førsteamanuensis Venke A. Johansen er hovedansvarlig for forskning og etikk.»

Komiteen bemerker at prosjektleder må være en person som har PhD-kompetanse eller tilsvarende. Venke A. Johansen settes som prosjektleder.

Ang. revidert protokoll:

Begrunnelse for den kvantitative delen, redegjørelse for forskningsspørsmål, og hvordan dette henger sammen med den kvalitative delen er beskrevet i revidert prosjektplan. Det fremheves at spørreskjema som benyttes er validerte og standardiserte og benyttes for å kunne sammenligne funn med andre studier.

Komiteen bemerker at man savner refleksjon rundt hvordan man skal håndtere inklusjon av ulike typer pasientkategorier, da det kan forventes at de ulike pasientgruppene vil kunne reagere forskjellig på spørreskjema.

Ang. prosedyre for rekruttering av informanter:

Prosjektleder skriver: «Prosjektet har erfaring med å rekruttere informanter fra ulike sykehus i Helse Vest. Vår erfaring er at innkalling av pasienter til behandling gjøres på ulike måter på de ulike sykehusene. Noen sykehus opererer pasienter med samme lidelse i bolker, og alle etterfyller operasjonslistene hvis det er ledig kapasitet. Det blir derfor vanskelig kun å benytte rekruttering pr. post som rekrutteringsmetode. Fordi innkalling skjer pr. telefon ved ledig kapasitet. Taushetsplikten til helseforetaket må opprettholdes og det er kun ansatte i helseforetaket som kan ta den første kontakten med potensielle informanter.»

Komiteen setter som vilkår at deltakerne ikke skal rekrutteres per telefon. Rekrutteringen 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.»

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen  
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider [rekportalen.no](http://rekportalen.no)

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  
Prof, dr.med.  
Komiteleder

Ingvild Haaland  
Rådgiver

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen  
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider [rekportalen.no](http://rekportalen.no)

**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.

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen  
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider [rekportalen.no](http://rekportalen.no)

## Vedlegg 4- Forespørsel om deltakelse i prosjektet



### 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 øre-nese-hals 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 spørreskjemasert 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 to masterstudenter ved Høgskulen på Vestlandet. Masterstudentene er erfarne sykepleiere som er utdannet anestesisykepleiere desember 2021. De vil intervju 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 seg 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 viderefremde til prosjektledelsen.

Dersom spørreskjemabesvarelsen 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](mailto:phe@hvl.no).

#### DITT PERSONVERN

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Vi



MKS591 425 og 464, 25.05.22

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 gjenkjenner 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](mailto:phe@hvl.no).
- Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen [personvernombud@hvl.no](mailto:personvernombud@hvl.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.
- Masterstudenter: Maiken Haldorsen (telefon: 47639433) Malene Børtveit Nesse (telefon: 48021072 eller epost [576566@stud.hvl.no](mailto:576566@stud.hvl.no))

## Vedlegg 5- Godkjenning av innhenting av data

Unntatt offentlighet- kopi til sensor



Fag og forskning

Høgskulen på Vestlandet

v/Malene Børtveit Nesse og Maiken Haldorsen

**Dykkar ref.: Vår ref.: Sakshandsamar:**

2021/3977 - 32722/2021 Helge Børresen

### **Godkjenning av innhenting av data**

**Dato:**

27.10.2021

Viser til søknad om godkjenning av innhenting av data for prosjektet «Dagkirurgiske øre- nese-hals inngrep- pasientopplevelser og erfaringer postoperativt». Søknaden er godkjent. Det er ein føresetnad at prosjektet blir gjennomført slik det kjem fram i opplysningane i søknaden.

Kontaktperson for Kirurgisk klinikk:  
Renate Süren ([renate.suren@helse-fonna.no](mailto:renate.suren@helse-fonna.no))

Vennleg helsing

Olav Klausen Administrerende direktør Helse Fonna HF

*Dokumentet er elektronisk godkjent av:*

*Olav Godtfred Klausen Administrerende direktør*

## Vedlegg 6- Informasjonsskriv til pasientene

### Informasjon om operasjon av skjeiv naseskillevegg i narkose

Vi ber deg lese meir om dette på våre nettsider: <https://helse-fonna.no/avdelinger/ore-nese-hals>

#### Skjeiv naseskillevegg (septum)

Dei fleste har meir eller mindre skjeiv naseskillevegg. Dette kan vere medfødd eller kome som følgje av slag mot nasen. Dersom forskyvinga er stor, kan det føre til tett nase, biholeinfeksjonar, søvnproblem, snorking eller nedsett luktesans. Ein operasjon (septumplastikk) kan hjelpe på dette. Operasjonen foregår i narkose.

#### Narkose

Narkose er den vanlegaste form for bedøving. Sovemedisin gis direkte i en blodåre på armen, du sovnar raskt og vil være smertefri under hele operasjonen. Anestesisjukepleier og anestesilege har til oppgave å gi trygg og god bedøving og overvake deg under operasjonen.

#### 1. Før operasjonen

I forkant av operasjonen må det avklarast om du har andre sjukdommar eller allergiar og om du bruker medisiner. Dette kan ha relevans for operasjonen eller narkosen og det kan vere aktuelt å bli vurdert av anestesilege før operasjonsdagen.

Alle må på førehand fylle ut "*Egenmeldingsskjema om helsetilstand*". Dette er for å fange opp sjukdommar eller symptomer som må vurderast før operasjonen og for å vurdere om du skal leggest inn før eller etter operasjonen.

Har du tidlegare hatt spesielle erfaringar frå bedøving eller narkose, vil vi gjerne at du fortel oss om det. Har det vore problem med anestesi ved andre sjukehus, bør de om mogleg skaffe kopi av anestesijournal og ta den med til oss.

Nokre dagar før operasjonsdagen ringer sjukepleier ved ØNH-poliklinikk for å høyre om du er frisk og klar til operasjon. Du må ikkje vere forkjøla eller ha andre nyleg oppståtte tilstandar dei siste par vekene før operasjonen. Sjukepleiar vil gi informasjon om operasjonen og kva som skal skje på sjukehuset operasjonsdagen. Viss det er behov for innlegging eller overnatting på hotell, blir dette ordna med.

#### Faste

Du må ikkje spise fast føde eller drikke melkeprodukter etter kl. 24.00 kvelden før operasjonen, men du kan drikke litt klare væsker inntil 2 timer før du skal møte hos oss. Klare væsker er saft, tynn juice uten fruktbitar og vatn. Melk og yoghurt reknast som fast føde. Deretter skal ingenting takast inn! Heller ikkje drops eller tyggegummi. Det er viktig at du fylger instruksane for faste med tanke på eiga helse og sikkerheit i narkose.

#### Medisinar

Det er viktig at sykehuset veit kva for medisinar du bruker, spesielt gjeld dette blodfortynnande medisiner (for eksempel Albyl, Plavix, Efiend, Brilique, Marevan, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Persantin). Ta med deg alle medisinar som du bruker til vanleg til sykehuset. Ta med medisinliste dersom du har det. Husk også å sei frå om du bruker naturmedisinar eller kosttilskudd, til dømes ginkgo, ginseng og hvitløk. Anestesilegen avgjer kva for medisinar som du kan ta før operasjonen.

### **Røyking/snus**

Du bør ikkje røyke eller bruke snus mindre enn 6 timer før operasjonen.

### **Hygiene**

Det er viktig å dusje og vaske håret heime på operasjonsdagen eller kvelden før.

Du må ta av ringer, klokker, piercing, kontaktlinser, sminke og neglelakk før operasjonen. Brillér og høyreapparat kan du ha på deg.

### **Tannstatus**

Sjukehuset må veta om du har proteser, bro, krone, stift eller lause tenner. Proteser kan behaldast inntil du kommer inn på operasjonsstuen og takast ut før du sovnar.

### **Oppmøte**

Du møter på ØNH-poliklinikk i 1.etg. Her vil vi ta imot deg og du vil få tildelt sjukehusklær og seng. Vi har skap med lås til personlege eigendelar.

Ein pårørande kan fylgje deg og kome inn på oppvakingsrommet når operasjonen er ferdig.

Legen som skal operere vil undersøkje deg før operasjonen. Du må vera førebudd på venting.

## **2.Under operasjonen**

Operasjonen foregår gjennom nasebora. Kirurgen korrigerer bruske og bein på naseskilleveggen slik at det blir tilstrekkeleg plass på begge sider.

Det blir sett inn tampongar i begge nasebor for å stanse eventuelle blødningar og gi støtte. Skilleveggen blir støtta opp med mjuke plater.

I enkelte tilfelle treng ein hverken plater eller tamponadar og ein kan oppnå stabile forhold med nokre sting. Anestesisjukepleier og anestesilege passer på at du søv godt og får rett mengde bedøving. Blodtrykk, puls og mengden surstoff i blodet måles kontinuerleg.

## **3. Etter operasjonen**

Dei fleste kan reise heim same dag. Dersom du har meir enn ein times reiseveg, må du overnatte ei natt ved sjukehusets avtalehotell. Du må ha følge heim. Du kan ikkje køyre bil sjølv og må ha ein vaksen person i huset med deg første kvelden og natta etter operasjonen.

### **Oppvaking**

Etter operasjonen blir du observert minst 1 time på oppvakingsrommet. Du får behandling for smerter og eventuell kvalme. Før heimreise vil legen som opererte deg og sjukepleier på oppvakinga snakke med deg om kva du må passe på etter operasjonen og du vil få informasjon om bruk av smertestillande medisin. Legen sender elektronisk resept til apoteket på medisin som du kan hente ut frå apoteket her før heimreise.

### **Saltvannsskylling av nasen**

Det er viktig å skylje nasen godt med saltvatn frå dagen etter operasjonen då tampongane som regel er fjerna. Du kan kjøpe ferdig utblanda saltvatn på apoteket eller lage dette sjølv. Kok opp 1 liter vatn og tilsett 1 strken spiseskjei salt. Saltvannet skal ha kroppstemperatur ved bruk. Det er tilrådd å skylle 3-4 ganger dagleg fram til første etterkontroll eller i minimum 2 veker. Du kan bruke sprøyte eller nasehorn.

### **Sjukemelding**

Dei fleste treng sjukemelding i 7 dagar, men dette kan variere.

### **Kontroll/oppfølging**

Kontroll etter 1-2 dagar for å fjerne tampongane i nasen.

Kontroll etter 7-10 dagar hos lege på ønh-poliklinikk.

Enkelte pasientar blir også sette opp til kontroll etter 6 månadar.

### **Trening/aktivitet**

Du bør ikkje trene eller ta tunge løft dei første to vekene etter operasjonen. Etter to veker kan du starte forsiktig og auke treninga gradvis. Kontaktidrett (ballspel etc) bør du unngå i seks veker.

### **Bruk av nasespray**

Ein del pasientar bruker nasespray som Nasonex, Avamys, Rhinocort eller Flutide Nasal. Du bør vente ein månad etter operasjonen før du bruker nasespray igjen då det er hevelse, skorper og gammalt blod i nasen den fyrste tida etter operasjonen.

### **Når kan du snyte deg?**

Du bør ikkje snyte deg dei første ti dagane etter operasjonen. Ved snyting/blåsing oppstår det eit høgt trykk i nasen og dette kan provosere fram blødningar.

Generelt kan du føle deg litt tettare i nasen dei første dagane etter operasjonen fordi slimhinnene reagerer med hevelse etter kirurgi. Når platene blir fjerna etter ca. ei veke vil nasen som regel kjennast open. Det er ikkje uvanleg med noko siving av blodtilblanda sårveske dei første to dagane etter operasjon.

### **Mat og drikke**

Unngå svært varm mat og drikke i to dagar etter operasjonen på grunn av blødningsfare.

### **Ver merksam**

Ta kontakt dersom du begynner å blø kontinuerleg eller i store mengder. Ta også kontakt ved teikn på infeksjon som feber, smerte eller nedsatt allmenntilstand.

For ein liten del av pasientane blir ikkje pusting gjennom nasen noko betre. I nokre av desse tilfellene kan det vere tilrådeleg med ny operasjon.

#### Sjeldne komplikasjonar

- Nokre gonger kan det bli arr etter operasjonen, men desse kan fjernast i lokalbedøving.
- Enkelte pasientar kan oppleve lett sensitivitetstørking i øvre tannrekke og gane den fyrste tida etter operasjonen.
- I nokre sjeldne tilfelle kan det oppstå hol på naseskilleveggen. Det kan då bli naudsynt med ny operasjon dersom dette fører til plager i form av nasetettheit, skorpedanning, blødning eller spesiell lyd ved pusting.
- I andre sjeldne tilfelle kan det utviklast hud-, blautvevs- og nerveskadar og tørre slimhinner med skorpedanning.
- Forandring av ytre nase med senkning av naseryggen og forskyvning av brusken på naseskilleveggen kan også i sjeldne tilfelle forekomme. Dette kan gi nye symptom og kan kreve ny operasjon.

Øyre-nase-hals poliklinikk: 52 73 24 60

Sentralbord: 52 73 20 00

## Vedlegg 7 – Utdrag fra analysen

Kodegruppe	Subgruppe	Meningsbærende enheter	Kondensat og gullsitat	Analytisk tekst
Trygghet og håp	Håpet om bedring	<p>(...) men jeg har jo slitt med luftveisproblematikk over en lengre periode, så jeg var veldig ivrig på det.</p> <p>(...) jeg opplevde meg i bedre form rett etter operasjonen i forhold til det jeg forventet, men det kom seg ikke så fort. Så ja, jeg hadde ganske lave forventninger i utgangspunktet.</p> <p>Jeg sliter jo med å puste igjennom det ene neseboret, og jeg puster igjennom nesen hele tiden. Så da tenkte jeg at «dette, det blir bra!».</p> <p>Jeg så helst frem til dette her.</p> <p>Jeg prøvde meg egentlig på jobb jeg på onsdagen. Jeg hadde noen møter jeg måtte gjennomføre og litt sånn. Men det ble med de møtene så gikk jeg rett hjem igjen. Så det var litt tøft av meg og prøve på det. Så jeg var jo ikke helt i form, så på søndagen begynte jeg å komme meg litt.</p> <p>Så jeg har vært veldig forsiktig med tanke på at jeg vil dette skal være bra, med bra resultat av operasjonen.</p>	<p>Jeg har jo slitt med luftveisproblematikk over en lengre periode og sliter veldig med søvnen. Håpet om at det kunne få meg frisk, gjorde at jeg så fram til å få tatt denne operasjonen og var veldig ivrig på det. Jeg tenkte at “dette, det blir bra”.</p> <p>Jeg hadde ganske lave forventninger i utgangspunktet, så jeg opplevde meg i bedre form etter operasjonen enn forventet.</p> <p>Prøvde meg egentlig på jobb to dager senere, men det ble med de møtene så gikk jeg rett hjem. Det var litt tøft av meg å prøve på det. Jeg var jo ikke helt i form, og det kom seg ikke så fort.</p> <p>Jeg har også vært veldig forsiktig fordi jeg ønsker at det skal bli et bra resultat av operasjonen.</p> <p><b>Gullsitat:</b></p> <p>«Jeg har slitt med luftveisplager lenge, og håper at dette kan få meg bedre».</p>	<p>Deltakerne har slitt med luftveisproblematikk i varierende grad over lengre tid. Det har ført til at samtlige så frem til å få utført inngrepet, og alle gav uttrykk for forventning om bedring av symptomer. For en av deltakerne var håpet om snarlig bedring og det å komme seg raskt etter operasjonen viktig. Han prøvde seg på jobb etter to dager, og fikk erfare at han ikke var i form og ikke kom seg så raskt som forventet. En annen informant opplevde seg i bedre form etter operasjonen enn forventet. Denne informanten hadde tidligere erfaring med dagkirurgi, og hadde derfor lave forventninger til tiden etter operasjonen. Det kan tyde på at denne informanten hadde dårlig erfaring med det postoperative forløpet fra tidligere. En annen informant fortalte om et sterkt ønske om et bra resultat av operasjonen, som førte til at han var svært forsiktig med alt i etterkant.</p>

