

# Telefonoppfølging som metode for datainnsamling etter dagkirurgi

Mi Stjernberg



Masteroppgave ved Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15.06.2016



© Mi Stjernberg

2016

Tittel: Telefonoppfølging som metode for datainnsamling etter dagkirurgi

Mi Stjernberg

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for  
sykepleievitenskap.  
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

<b>Navn:</b> Mi Stjernberg	<b>Dato:</b> 15.06.2016
<b>Tittel og undertittel:</b> Telefonoppfølging som metode for datainnsamling etter dagkirurgi	
<b>Sammendrag</b>	
<b>Formål:</b>	
<p><u>Artikkel:</u> Studiens hensikt var å beskrive forekomst av postoperativ kvalme etter dagkirurgi. <u>Refleksjonsoppgave:</u> Hensikten med oppgaven var å belyse fordeler og ulemper ved å bruke telefonoppfølging som metode for innsamling av data etter dagkirurgi.</p>	
<b>Bakgrunn:</b>	
<p><u>Artikkel:</u> Dagkirurgi utgjør cirka 60% av all elektiv kirurgi i Norge, og postoperativ kvalme er et av de største problemene etter anestesi og kirurgi. Nyere studier har vist at det finnes risikofaktorer for å utvikle postoperativ kvalme etter utskrivelsen. <u>Refleksjonsoppgave:</u> Telefonoppfølging er vanlig etter dagkirurgi for å sikre at pasientene har det bra etter hjemkomst. Ved å bruke telefonsamtalen til samtidig å innhente strukturerte data, får vi viktige opplysninger som kan brukes til kvalitetsforbedring.</p>	
<b>Metode:</b>	
<p><u>Artikkel:</u> Studien er en tverrsnittsstudie hvor telefonoppfølging ble brukt som metode for å innhente data ved hjelp av et strukturert spørreskjema, dagen etter operasjonen. <u>Refleksjonsoppgave:</u> Ved bruk av tidligere forskning, egen klinisk kunnskap og erfaring, er det beskrevet hvordan ulike faktorer kan påvirke innholdet og kvaliteten på dataene som samles inn ved telefonoppfølging som metode for datainnsamling.</p>	
<b>Resultater:</b>	
<p><u>Artikkel:</u> Totalt 2952 pasienter ble inkludert i studien, og svarresponsen var 99%. Studien viste 16% forekomst av kvalme dagen etter operasjonen, hvilket er forholdsvis lavt sammenlignet med andre nyere studier. <u>Refleksjonsoppgave:</u> Pasienters erfaringer er viktige som grunnlag for kvalitetsforbedring. Sykepleiers kunnskap og egenskaper har stor betydning for ivaretagelse av pasientsikkerhet og kvalitet på dataene.</p>	
<b>Konklusjon:</b>	
<p><u>Artikkel:</u> Forekomsten av postoperativ kvalme etter dagkirurgi kan reduseres ved å bruke en multi-modal kvalmeprofylaktisk tilnærming. Sykepleiere har en viktig rolle i forbindelse med forebygging og behandling av postoperativ kvalme. <u>Refleksjonsoppgave:</u> Telefonoppfølging synes å være en god metode for datainnsamling ved at det gir en høy svarrespons og sykepleier som ringer kan medvirke til god kvalitet på dataene. Ulempen er at det er ressurskrevende og at noen pasienter ikke kan kontaktes via telefon på grunn av språkvansker.</p>	
<b>Nøkkelord:</b> telefonoppfølging, dagkirurgi, sykepleier, postoperativ kvalme, spørreskjema, datainnsamling	



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for  
sykepleievitenskap.  
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name:</b> Mi Stjernberg	<b>Date:</b> 15.06.2016
<b>Title and subtitle:</b> Telephone follow-up as a method for collecting data after ambulatory surgery	
<b>Abstract</b>	
<b>Purpose:</b>	
<p><u>Article:</u> To explore the prevalence of post-operative nausea and vomiting after ambulatory surgery. <u>Essay:</u> To illuminate advantages and disadvantages by using telephone follow-up as a method for collecting data after ambulatory surgery.</p>	
<b>Background:</b>	
<p><u>Article:</u> About 60% of all elective surgery in Norway consists of ambulatory surgery, and post-operative nausea is one of the most common problems after anesthesia and surgery. Recent studies have presented risk factors for developing post-operative nausea after discharge. <u>Essay:</u> Telephone follow-up is common after ambulatory surgery to secure patient safety after discharge. By using a follow-up call to collect data, we obtain important information, which can be used for quality improvement.</p>	
<b>Method:</b>	
<p><u>Article:</u> A cross-sectional survey using telephone follow-up as a method for collecting data, supported by a structured questionnaire the first post-operative day. <u>Essay:</u> Literature review, personal clinical knowledge and experience were used to describe how different factors can affect the content and quality of the data by using telephone follow-up as a method for data collection.</p>	
<b>Results:</b>	
<p><u>Article:</u> A total of 2952 patients were included and the response rate was 99%. The study showed a 16% prevalence of post-operative nausea the day after surgery, which is relatively low compared with other recent research on the subject. <u>Essay:</u> To learn about patients' experiences is important for quality improvement. Increased knowledge and experience for the nurses is supposed to have a huge impact on patient safety and the quality of the data.</p>	
<b>Conclusion:</b>	
<p><u>Article:</u> The prevalence of post-operative nausea after ambulatory surgery can be reduced by using a prophylactic antiemetic multimodal approach. Nurses have an important role in preventing and treating post-operative nausea. <u>Essay:</u> Telephone follow-up seems to be a good method for collecting data by providing a high response rate and the nurse calling can secure good quality of the data. However, the resource requirements are large, and some patients can't be contacted because of language issues.</p>	
<b>Key words:</b> telephone follow-up, day surgery, nurse, postoperative nausea and vomiting, questionnaire, data collection	

# Forord

*«The ultimate goal is to manage quality. But you cannot manage it until you have a way to measure it, and you cannot measure it until you can monitor it»*

*Florence Nightingale (1820-1910)*

Denne oppgaven ble skrevet i håp om å kunne inspirere til systematisk kvalitetsforbedring innen dagkirurgi ved bruk av telefonoppfølging som metode for innsamling av data. I tillegg ønsket jeg å vise hvor viktige sykepleierne er, både i pasientnært arbeid og i forhold til pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid.

## Takk

Jeg ønsker å takke alle som har bidratt til å realisere denne oppgaven og masterstudiet i sykepleievitenskap. En spesiell takk til min veileder Tone Rustøen for støtte og gode innspill under oppgaveskrivingen. Jeg ønsker også å takke mine kollegaer og ledere for tilrettelegging og oppmuntring underveis, samt personalet ved medisinsk bibliotek for god service og assistanse. Avslutningsvis vil jeg takke min kjære familie som har vist stor tålmodighet i en travel hverdag.

Oslo, 9. juni 2016

# Innhold

Artikkeldel:

INTRODUKSJON .....	1
Predisponerende risikofaktorer og forebygging av postoperativ kvalme.....	2
METODE .....	3
Inklusjonskriterier for telefonoppfølging .....	3
Anestesi, kvalmeprofylakse og forebyggende smertebehandling .....	3
Datasamling.....	4
Prosedyre for datasamling .....	4
Etiske overveielser .....	4
Statistisk analyse .....	5
RESULTATER .....	5
Forekomst av kvalme etter hjemkomst .....	5
Kvalme etter hjemkomst og kirurgiske inngrep .....	6
DISKUSJON .....	6
Postoperativ kvalme, type operasjon og kjønnsforskjeller.....	7
PDNV og postoperativ smerte.....	8
Styrker og begrensninger i studien.....	9
KONKLUSJON .....	9
Referanseliste .....	10
Tabeller.....	13
Tabell 1: Kvalmeprofylakseregime utviklet av fagansvarlig for dagkirurgi.....	13
Tabell 2: Område for kirurgisk inngrep, type operasjon inkludert i pasientgruppe og kjønn (n = 2930).....	14
Tabell 3: Forekomst og fordeling av kvalme etter hjemkomst ved de ulike kirurgiske inngrepene .....	16
Vedlegg .....	17
Vedlegg 1: Forfatterveiledning Sykepleien Forskning	
Vedlegg 2: Tillatelse fra Personvernombudet	
Vedlegg 3: Tillatelse til bruk av anonymiserte data	

## Refleksjonsoppgaven:

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn og hensikt.....	2
1.1.1	Avklaringer og avgrensninger.....	2
1.2	Sykepleiers rolle ved Dagkirurgi.....	3
1.3	Litteraturgjennomgang.....	5
2	Refleksjonsdel.....	6
2.1	Systematisk kvalitetsforbedring.....	6
2.1.1	Hvordan måle kvalitet ved dagkirurgi.....	7
2.2	Telefonoppfølging som metode for datainnsamling.....	8
2.2.1	Spørreskjemaet.....	10
2.2.2	Hvem skal ringe?.....	11
2.2.3	Når er det best å ringe?.....	13
2.2.4	Barrierer for telefonoppfølging, effektivitet og lønnsomhet.....	14
2.3	Pasienters erfaringer som grunnlag for kvalitetsforbedring.....	15
3	Oppsummering.....	18
	Referanseliste.....	19
	Vedlegg.....	23
	Vedlegg 1: Prosedyre oppfølgingsamtale	
	Vedlegg 2: Veileder til spørreskjema	



# POSTOPERATIV KVALME ETTER DAGKIRURGI

## - en tverrsnittundersøkelse

### INTRODUKSJON

Dagkirurgi utgjør i dag cirka 60% av all elektiv kirurgi i Norge, og innebærer at pasienten møter til operasjon og reiser hjem igjen samme dag (1). Ved å bruke anestesimidler som går hurtig ut av kroppen og lokalbedøvelse for å redusere smerte, blir pasienten raskt våken, mobilisert og klar for hjemreise. Det er både effektivt og kostnadsbesparende å unngå sykehusinnleggelse av pasienter (1). Kliniske utskrivningskriterier for å kunne reise hjem etter en dagkirurgisk operasjon, er at pasienten er sirkulatorisk og respiratorisk stabil, godt smertelindret, fri for kvalme og mobilisert, har spist og drukket samt har latt vannet (2).

Den eksakte patofysiologien for kvalme og oppkast er kompleks, og mye er fortsatt uavklart (3). Begrepet «Postoperative Nausea and Vomiting» (PONV) er et samlebegrep som inkluderer kvalme og/eller oppkast etter operasjon (4, 5). I forbindelse med dagkirurgi kan postoperativ kvalme være årsak til forlenget opphold i avdelingen, sykehusinnleggelse (6), og forsinket tilbakegang til normal aktivitet og arbeid (7), hvilket gir økte kostnader (8) og kan redusere pasienttilfredsheten (8, 9). Postoperativ kvalme kan være spesielt problematisk for dagkirurgiske pasienter da de mangler tilgang til rask intravenøs kvalmestillende behandling etter utskrivelse (4). Kvalme kan forårsake problemer med å få i seg mat, drikke og medisiner. Oppkast kan i verste fall lede til sårruptur, blødning, aspirasjon og dehydrering (6).

Postoperativ kvalme og oppkast har ved dagkirurgi vist seg å kunne oppstå etter utskrivelse, såkalt «Postdischarge Nausea and Vomiting» (PDNV), selv hos pasienter som initialt ikke var kvalme (7). Nyere forskning har også vist at pasienter som opplevde postoperativ kvalme under oppholdet i avdelingen har tre ganger så høy risiko for å utvikle PDNV (4), og at PDNV-forekomsten kan være så høy som 37-57% etter dagkirurgi (4, 10, 11). I USA utføres cirka 35 millioner dagkirurgiske operasjoner per år (4, s.482), hvilket gir oss et bilde av hvor stor andel dagkirurgiske pasienter som er utsatt for PDNV.

## **Predisponerende risikofaktorer og forebygging av postoperativ kvalme**

Forskning har vist at predisponerende risikofaktorer for utvikling av PONV er å være kvinne (4, 5, 12), ikke-røyker (4, 5, 12), tidligere opplevelse av PONV/bevegelsessyke (4, 5, 12), samt postoperativt inntak av opioider (4, 5, 12). Ut fra disse faktorene laget Apfel og kollegaer den så kalte «Apfel score» (12), som er et risikoskåringsverktøy for PONV. Risikoen for PONV øker med antallet risikofaktorer til stede. Pasienter med alle fire risikofaktorene er vist å løpe en 80% risiko for PONV uten forebyggende behandling (12). Bruk av inhalasjonsanestesi eller lystgass, samt anestesiens varighet har også vist seg å øke PONV-risikoen (5).

For å redusere risikoen for PONV anbefales å dosere antiemetika individuelt, gi adekvat væsketerapi, minimere bruken av postoperative opioider ved å gi annen type smertebehandling, samt å bruke regional anestesi eller total intravenøs anestesi (TIVA) i stedet for inhalasjonsanestesi (13). Hvorvidt spesielle kirurgiske prosedyrer er assosiert med økt risiko for PONV har vært diskutert. SAMBA Guidelines beskriver en økt risiko ved laparoskopiske inngrep (kikkhullskirurgi), cholecystectomier og gynekologiske operasjoner (13), mens Apfel og kollegaer (5) mener det er den laparoskopiske tilnærmingen som er utslagsgivende og ikke type inngrep. Adekvat smertebehandling ser ut til å forebygge postoperativ kvalme (14, 15) og det er sett en sammenheng mellom postoperativ smerte, opioidkonsumpsjon og PDNV (10, 15).

I 2012 presenterte Apfel og kollegaer en «PDNV riskscore» (4) for å beregne hvor stor risiko pasienter har for å utvikle PDNV med risikofaktorene PONV under oppholdet i avdelingen (4, 10), å være kvinne (4, 10), alder < 50 år (4, 10), tidligere PONV (4, 10) og bruk av opioider under oppholdet i avdelingen (4, 10). Også her øker risikoen for PDNV med antallet risikofaktorer. Society for Ambulatory Anesthesiology (SAMBA) anbefaler begge risikoskåringsverktøyene til Apfel og kollegaer (4, 12) i «Consensus Guidelines for the Management of Post-operative Nausea and Vomiting» (SAMBA Guidelines) (13).

Hensikten med denne studien var å undersøke hvor stor andel av våre pasienter som opplevde PDNV etter dagkirurgi. I tillegg ønsket vi å undersøke om det var noen pasientgrupper som var spesielt utsatt for PDNV. Vi så spesielt på kjønn og type operasjon. Denne kunnskapen vil kunne ha betydning for å bedre forebygging og behandling av postoperativ kvalme etter dagkirurgi.

## **METODE**

Data ble samlet inn ved et norsk universitetssykehus i perioden september 2011 til august 2015. Studien er en tverrsnittsstudie hvor pasienter ved en dagkirurgisk avdeling ble fulgt opp via telefon dagen etter operasjonen. Data ble innhentet ved hjelp av et strukturert spørreskjema i forbindelse med telefonsamtalen. I denne delstudien valgte vi kun å se på pasienter som hadde fått generell anestesi i form av TIVA, da det var få pasienter som hadde mottatt andre anestesimetoder.

### **Inklusjonskriterier for telefonoppfølging**

Inklusjonskriterier for oppfølging via telefon var at pasienten hadde fylt 18 år, reiste hjem som planlagt etter operasjonen eller overnattet på ubemannet pasienthotell. I tillegg måtte pasienten være i stand til å gjennomføre telefonsamtalen på norsk, svensk, dansk eller engelsk.

### **Anestesi, kvalmeprofylakse og forebyggende smertebehandling**

Alle pasienter i studien mottok propofolbasert TIVA som er kjent for å gi en rask oppvåkning, reduserer PONV-risikoen de første timene etter operasjonen og gir mindre kvalme enn inhalasjonsanestesi (16-19), samt Remifentanil som analgetikum. Pasientene ble ventilert med oksygen/luft. Peroperativt ble det i tillegg gitt Fentanyl intravenøst og sårinfiltrasjon med lokalanestesi for å forebygge smerte. I noen få tilfeller kan det ha blitt konvertert til inhalasjonsanestesi uten at det er registrert, da det ikke var et avkrysningsalternativ i spørreskjemaet.

Kvalmeprofylakse ble gitt ut fra en intern standardisert prosedyre (Tabell 1) laget av fagansvarlig for dagkirurgi, ut fra aktuell kunnskap og erfaring. Avvik fra prosedyren kan ha forekommet ved eventuell kontraindikasjon.

Pre-medikasjon i form av en kombinasjon av Paracetamol og NSAID/COX II-hemmer, ble gitt som smerteprofylakse dersom det ikke var noen kontraindikasjon.

Postoperative smerter ble videre behandlet med Fentanyl intravenøst, Paracetamol og NSAID/COX II-hemmer, samt svake eller sterke opioider ved behov. Pasientene fikk resept

på Paracetamol og NSAID/COX-II-hemmer ved utskrivelsen. Noen pasientgrupper fikk i tillegg resept på et svakt opioid, alternativt ble noen tabletter sendt med hjem. Ved behov ble det også sendt med sterke opioider (oxykodon) for 1-3 døgns forbruk.

### **Datasamling**

Spørreskjemaet som ble anvendt for å samle opplysninger om pasientene etter det dagkirurgiske inngrepet, ble utviklet ved en annen dagkirurgisk avdeling. Det ble implementert ved den aktuelle avdelingen i 2011 som et kvalitetsforbedringstiltak. Spørreskjemaet omhandler smerte, kvalme, blødning, mobilisering, søvn, informasjon og tilfredshet, og består av ti spørsmål med faste svaralternativ. Kun data om kvalme ble anvendt i denne delstudien. Spørsmålet i forhold til postoperativ kvalme lyder: «Har du vært kvalm etter hjemkomst?». Pasienten vurderte selv sin kvalme ut fra svaralternativene «Nei», «Litt» eller «Mye». Det ble også fylt ut opplysninger om hvilket år og måned operasjonen var utført, type operasjon, anestesiform og pasientens kjønn.

### **Prosedyre for datasamling**

Pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene mottok spørreskjemaet ved utskrivelse etter den dagkirurgiske behandlingen, og ble informert om at svarene ville bli innhentet i forbindelse med telefonoppfølging neste dag. Dersom operasjonen var på en fredag eller dag før helligdag, ble pasienten oppringt førstkommande virkedag. Alle registrerte data henspiller til pasientens tilstand det første døgnet etter hjemkomst for å sikre sammenlignbare data. Telefonoppfølgingen ble utført av syv postoperative sykepleiere ved den dagkirurgiske avdelingen. Ifølge prosedyren skal de som ringer følge det samme spørreskjemaet og stille spørsmålene så likt som mulig. Avdelingen praktiserte primærsykepleie, og for å sikre at pasientene følte seg frie til å si sin mening, ble de oppringt av en annen sykepleier enn den som hadde pasientansvaret på operasjonsdagen. I forbindelse med oppringningen krysset sykepleier av svarene til pasienten på et eget spørreskjema i papirformat, og dataene ble i ettertid registrert i et statistikkprogram. Manglende svar eller opplysninger ble kodet som «missing».

### **Etiske overveielser**

Pasientene ble informert om at det var frivillig å besvare spørsmålene, at svarene var anonyme og at hensikten med undersøkelsen var intern kvalitetsforbedring. Dersom pasienten svarte på

spørreskjemaet ble det ansett som samtykke til å delta i undersøkelsen. For å ivareta taushetsplikten ble pasientene oppringt på sin egen mobiltelefon.

Tillatelse å bruke og publisere dataene ble innhentet fra seksjonsleder for den dagkirurgiske avdelingen. Personvernombudet ved universitetssykehuset vurderte bruk og publisering av dataene som ikke meldepliktig da alle dataene var anonyme.

### **Statistisk analyse**

Pasientkategoriene ble inndelt i undergrupper i forhold til type kirurgi, størrelse på operasjonen, og forventet risiko for PONV (Tabell 2). Inndelingen ble gjort i samråd med fagansvarlig for dagkirurgi ved sykehuset. Svaralternativene «Nei», «Litt» og «Mye» ble i den bivariate analysen dikotomisert til «Ikke kvalm» og «Kvalm» (litt og mye), da vi mente at forekomst eller fravær av kvalme var mest klinisk relevant for denne studien.

Statistiske analyser ble utført ved bruk av IBM SPSS Statistics, versjon 22.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Det ble utført frekvensanalyser for å beskrive utvalget og bivariate analyser med kji-kvadrattest for å beskrive forekomst av PDNV innenfor de ulike forklaringsvariablene. Signifikansnivået ble satt til  $p < 0.05$ .

## **RESULTATER**

Totalt 2952 voksne pasienter ble inkludert i studien, og svarresponsen var 99%. Datamaterialet inneholdt  $< 5.5\%$  missing data. Når det gjelder pasientgruppene var 78.7% kvinner, 40% av pasientene mottok gastrokirurgi, 24% gynekologiske inngrep og 36% mammaekirurgi. Laparoskopier utgjorde totalt 45.8% av datamaterialet. Område for kirurgisk inngrep, inndeling og fordeling vises i tabell 2.

### **Forekomst av kvalme etter hjemkomst**

Totalt opplevde 16% av de dagkirurgiske pasientene PDNV etter hjemkomst, hvorav 13.8% rapporterte at de var litt kvalme etter hjemkomst, og 2.2% opplevde mye kvalme. Når vi så på kvalme i forhold til kjønn, rapporterte 11.6% av mennene forekomst av PDNV og 17.1% av kvinnene ( $p < 0.05$ ).

## **Kvalme etter hjemkomst og kirurgiske inngrep**

Pasienter som gjennomgikk gynekologisk laparoskopi var mest utsatt for PDNV (20.4 – 26.7%), etterfulgt av gastrokirurgiske øvre laparoskopier (19%) og gastrokirurgiske anorektale operasjoner (19%). Lavest PDNV-forekomst ble rapportert av mammaekirurgiske pasienter som hadde gjennomgått stor operasjon (9.8 %) ( $p < 0.001$ ) (Tabell 3).

## **DISKUSJON**

Det er utfordrende å sammenligne forekomst av PDNV mellom ulike studier grunnet forskjeller i utvalg, anestesimetoder, operasjonsteknikker, type operasjoner og tidsangivelser for måling av PDNV. I tillegg har utviklingen innen anestesi og kirurgi vært stor det siste tiåret, hvilket påvirker sammenligningsgrunnlaget.

Denne studien viste en total forekomst av PDNV på 16% første postoperative dag etter dagkirurgi. Utvalget hadde en forhøyet risiko for PDNV ved at nesten 80% var kvinner, og nærmere halvparten av operasjonene bestod av laparoskopiske inngrep, som er assosiert med økt risiko for postoperativ kvalme. Apfel og kollegaer (4) rapporterte en PDNV-forekomst på 37% de første 48 timene etter operasjon i en multisenterstudie med 2170 dagkirurgiske pasienter. Pasientene gjennomgikk forskjellige kirurgiske operasjoner, og kvinner utgjorde en lavere andel enn i vår studie. Antiemetika ble gitt, men er ikke detaljert beskrevet. I motsetning til vår studie, hvor alle pasienter fikk TIVA, ble det i Apfel og kollegaer sin studie (4) gitt inhalasjonsanestesi til alle pasienter, hvilket kan ha bidratt til den høyere forekomsten av PDNV.

Kappen og kollegaer (11) undersøkte 11 613 pasienter som alle fikk adekvat kvalmeprofylakse, kjønnsfordelingen var 50/50 og litt over halvparten fikk inhalasjonsanestesi. Utvalget var ifølge Kappen og kollegaer (11) ikke noe utpreget høyrisikoutvalg og besto kun av elektive pasienter, hvorav noe dagkirurgi. Likevel var 41-43% av pasientene kvalme de første 24 timene etter operasjonen, hvilket de mente var en uventet høy forekomst av PDNV.

Den forholdsvis lave forekomst av PDNV i vår studie kan tenkes å være et resultat av at alle pasienter fikk multimodal kvalmeprofylaktisk behandling med både propofolbasert TIVA og antiemetika etter et standardisert regime, med medikamenter som anbefales i SAMBA Guide-

lines (13). Individuell risikoskåring var ikke praksis ved avdelingen, slik at noen av pasientene fikk troligvis mer antiemetika enn de skulle hatt ut fra antallet risikofaktorer, mens noen høyrisikopasienter sannsynligvis har fått for lite.

### **Postoperativ kvalme, type operasjon og kjønnsforskjeller**

Kvinnene i denne studien rapporterte som forventet en høyere PDNV-forekomst enn mennene, hvilket overensstemmer med tidligere forskning (4, 5, 10, 12). Pasientgruppene gynekologisk laparoskopi og mammaekirurgi, besto begge kun av kvinner. Mens de gynekologiske pasientene rapporterte høyest forekomst av PDNV (20.4-26.7%) rapporterte mammaepasientene lavest PDNV-forekomst (9.8-14%). Chen og kollegaer (20) beskriver en PDNV-forekomst på 14.3% etter mammaekirurgi operert i TIVA, hvilket samsvarer med vårt funn. En bidragende årsak til den høye PDNV-forekomsten hos de gynekologiske pasientene i vår studie kan være den kirurgiske tilnærmingen (5, 13). Et lignende resultat ble presentert av Paech og kollegaer (21) som rapporterte en kvalmeforekomst på 25% etter gynekologisk laparoskopi ved bruk av TIVA, og smerte- og kvalmeproylakse. Scruideri og kollegaer (22) viste en 12% forekomst av PDNV etter gynekologisk laparoskopi, ved brukt av en multimodal tilnærming lignende vår, mens pasienter som fikk inhalasjonsanestesi og ingen antiemetika rapporterte 32% PDNV. Studien viste god effekt av multimodal behandling, hvor kun 2% av pasientene var kvalme under sykehusoppholdet, ingen kastet opp og de kunne skrives ut raskere enn de andre pasientene i studien.

Pasientgruppen gastrokirurgisk øvre laparoskopi rapporterte nest høyest forekomst av kvalme i vår studie med 19% PDNV. Majoriteten var kvinner og cholecystectomier utgjorde 98% av inngrepene, hvilket predikerer en stor risiko for postoperativ kvalme. I en annen studie (23) hvor man også brukte en multimodal tilnærming inkludert TIVA og de fleste pasientene var kvinner, fant man en PDNV-forekomst på 20% i forbindelse med laparoskopisk cholecystectomi, hvilket overensstemmer med vårt funn.

De to gastrokirurgiske gruppene nedre laparoskopi og åpen operasjon viste lavere forekomst av kvalme enn de andre gastrokirurgiske pasientene. Til tross for en laparoskopisk operasjonsmetode, rapporterte pasientene med nedre laparoskopi, en lavere kvalmeforekomst enn våre pasienter med små mammaeinngrep. Operasjonene ved nedre laparoskopi bestod til 99% av brokkoperasjoner, primært lyskebrokk. Med nyere operasjonsteknikk, total ekstrapertoneal teknikk (TEP), opererer man utenfor bukhinnen, hvilket er en skånsommere teknikk

(24), som kan tenkes å gi mindre kvalme enn for eksempel gynekologisk og øvre laparoskopi. I gruppen med åpen operasjon var det stort sett mindre kirurgi som ble utført.

Den høye PDNV-forekomsten etter gastrokirurgisk anorektal operasjon var uventet, da disse operasjonene anses for å være forholdsvis enkle og ukompliserte, samt at majoriteten av pasientene var menn. Vi hadde forventet at mammaepasientene, som var kvinner og gjennomgikk relativt store operasjoner, skulle være mer plaget med PDNV, enn de med anorektal operasjon. Selv om anorektalgruppen fikk Dexametason som kvalmeprofylakse, hvilket har vist seg å være effektivt (25), så var PDNV-forekomsten den samme som ved gastrokirurgisk øvre laparoskopi. Det er vanskelig å si hva som er årsak til den høye PDNV-forekomsten, men postoperative smerter er et kjent problem etter anorektal kirurgi (26), hvilket kan gi kvalme (15), og mange av pasientene fikk med seg resept på svake opioider, som også kan ha forårsaket kvalme. Til sammenligning fant Coloma og kollegaer (25), en PDNV-forekomst på 8% etter anorektal operasjon, hvor Dexametason var gitt som kvalmeprofylakse og operasjonene var utført i lokalbedøvelse og sedasjon. Til sammenligning fikk alle pasienter i vår studie generell anestesi i form av TIVA, hvilket kan indikere mer omfattende kirurgi.

### **PDNV og postoperativ smerte**

PDNV-forekomsten synes å forbli relativt stabil til tross for ny kunnskap. En av årsakene kan være at utviklingen innen operasjon og anestesi har gjort det mulig å utføre større og mer kompliserte operasjoner dagkirurgisk, hvilket kan tenkes å påvirke både smerteforekomst og behovet for opioider (27). Thagaard og kollegaer (14) påpeker at smertebehandling er en viktig faktor i forebyggingen av postoperativ kvalme. Ved å bruke Ketorolac peroperativt viste de en reduksjon av både smerte og kvalme etter operasjonen.

Odom-Forren og kollegaer (10) undersøkte forekomst av PDNV den første uken etter operasjon hos 248 dagkirurgiske pasienter, og fant en total PDNV-forekomst på 56.9%, hvilket var betydelig høyere enn forventet. Av pasientene var 6% fortsatt plaget med PDNV på postoperativ dag 7 (10). Odom-Forren og kollegaer fant en sammenheng mellom PDNV og postoperativ smerte, ved at pasienter med høy smerteskår rapporterte høyere forekomst av PDNV (10, 15) og at årsaken sannsynligvis var en høyere opioidkonsumsjon (10).



## **Styrker og begrensninger i studien**

Denne studiens styrke er det store utvalget innenfor tre pasientgrupper og en høy svarrespons. I tillegg har alle pasienter fått samme type anestesi, samt smerte- og kvalmeprofylakse etter et standardisert regime.

Spørreskjemaet inneholder få opplysninger om pasientene, hvilket begrenset muligheten for fortolkning av dataene, da vi mangler forklaringsvariabler å relatere resultatene til. For fremtiden vil det være viktig å få inkludert flere opplysninger om pasientene, for eksempel alder samt de kjente risikofaktorene for å utvikle PONV/PDNV, for å få et godt tolkningsgrunnlag, og for å kunne oppdage eventuelle forskjeller i undergrupper. Vi hadde ikke mulighet å bruke dataene for smerte, hvilket forhindret oss fra å undersøke koblingen mellom kvalme og smerte, og reduserte tolkningsgrunnlaget. Videre bør forekomst av oppkast registreres i forbindelse med opplysninger om PONV/PDNV da begrepene inneholder både kvalme og oppkast.

## **KONKLUSJON**

I en dagkirurgisk setting kan postoperativ kvalme forårsake forlenget liggetid i avdelingen eller innleggelse på sykehus, i tillegg til ubehag for pasienten. Forskning har vist at pasienter som er kvalme under oppholdet i avdelingen har tre ganger så stor risiko for å oppleve kvalme etter utskrivelse. Denne studien har vist at en multimodal antiemetisk behandling inkludert TIVA, kan redusere forekomsten av PDNV. Totalt 84% av pasientene i vår studie var helt fri for kvalme etter hjemkomst til tross for at majoriteten av utvalget var utsatt for økt risiko for å utvikle PDNV.

Sykepleieres kunnskap om predisponerende risikofaktorer for å utvikle postoperativ kvalme, bruk av forebyggende antiemetika, samt behandling og evaluering av intervensjoner, har stor betydning for å kunne redusere ubehag og forebygge postoperative komplikasjoner hos den dagkirurgiske pasienten.

Interessen for PDNV har økt de siste årene etter at man oppdaget at mange pasienter var plaget med kvalme etter hjemkomst. Prediktorer for PDNV ble presentert så sent som i 2012 (4) og ny kunnskap og forslag til nye behandlingsmetoder ble presentert i 2014 (13).

Mange studier omhandler enten postoperativ kvalme eller postoperativ smerte, men for å kunne redusere forekomsten av PONV/PDNV ytterligere, er det fremover viktig å se på hvordan disse to fenomenene henger sammen.

## Referanseliste

1. **Ræder J, Nordentoft J.** Dagkirurgi og anestesi. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2010;130(7):742 – 6.
2. **Norsk anesthesiologisk forening.** Norsk standard for anestesi. Oslo: Norsk anesthesiologisk forening, ALNSF; 2010 [cited 2016 05.06]. Available from: <http://www.alnsf.no/alnsf/norsk-standard-for-anestesi.html?showall=&start=14>.
3. **Blackburn J, Spencer R.** Postoperative nausea and vomiting. Anaesthesia & Intensive Care Medicine. 2015;16(9):452-6.
4. **Apfel CC, Philip BK, Cakmakaya OS, Shilling A, Shi Y-Y, Leslie JB, et al.** Who Is at Risk for Postdischarge Nausea and Vomiting After Ambulatory Surgery? Survey of Anesthesiology. 2013;57(1):1.
5. **Apfel CC, Heidrich FM, Jukar-Rao S, Jalota L, Hornuss C, Whelan RP, et al.** Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting. Br J Anaesth. 2012b;109(5):742-53.
6. **Keyes M.** Management of Postoperative Nausea and Vomiting in Ambulatory Surgery: The Big Little Problem. Clin Plast Surg. 2013;40(3):447-52.
7. **Carroll NV, Miederhoff P, Cox FM, Hirsch JD.** Postoperative Nausea and Vomiting After Discharge from Outpatient Surgery Centers. Anesth Analg. 1995;80(5):903-9.
8. **Parra-Sanchez I, Abdallah R, You J, Fu AZ, Grady M, Cummings K, 3rd, et al.** A time-motion economic analysis of postoperative nausea and vomiting in ambulatory surgery. Can J Anaesth. 2012;59(4):366-75.
9. **Odom-Forren J, Hooper V, Moser DK, Hall LA, Lennie TA, Holtman J, et al.** Postdischarge nausea and vomiting: management strategies and outcomes over 7 days. J Perianesth Nurs. 2014;29(4):275-84.
10. **Odom-Forren J, Jalota L, Moser DK, Lennie TA, Hall LA, Holtman J, et al.** Incidence and predictors of postdischarge nausea and vomiting in a 7-day population. J Clin Anesth. 2013;25(7):551-9.
11. **Kappen HT, Moons GMK, Van Wolfswinkel JL, Kalkman AC, Vergouwe AY, Van Klei AW.** Impact of Risk Assessments on Prophylactic Antiemetic Prescription and the Incidence of Postoperative Nausea and Vomiting: A Cluster-randomized Trial. Anesthesiology. 2014;120(2):343-54.

12. **Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N.** A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. *Anesthesiology*. 1999;91(3):693.
13. **Gan TJ, Diemunsch P, Habib AS, Kovac A, Kranke P, Meyer TA, et al.** Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*. 2014;118(1):85-113.
14. **Thagaard KS, Jensen HH, Raeder J.** Analgesic and antiemetic effect of ketorolac vs. betamethasone or dexamethasone after ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2007;51(3):271-7.
15. **Odom-Forren J, Rayens MK, Gokun Y, Jalota LM, Radke O, Hooper V, et al.** The Relationship of Pain and Nausea in Postoperative Patients for 1 Week After Ambulatory Surgery. *Clin J Pain*. 2015;31(10):845-51.
16. **Apfel CC, Korttila K, Abdalla M, Kerger H, Turan A, Vedder I, et al.** A Factorial Trial of Six Interventions for the Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting. *The New England Journal of Medicine*. 2004;350(24):2441-51.
17. **Yoo YC, Bai SJ, Lee KY, Shin S, Choi EK, Lee JW.** Total intravenous anesthesia with propofol reduces postoperative nausea and vomiting in patients undergoing robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a prospective randomized trial. *Yonsei Med J*. 2012;53(6):1197-202.
18. **Eikaas H, Raeder J.** Total intravenous anaesthesia techniques for ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2009;22(6):725-9.
19. **Kumar G, Stendall C, Mistry R, Gurusamy K, Walker D.** A comparison of total intravenous anaesthesia using propofol with sevoflurane or desflurane in ambulatory surgery: systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia*. 2014;69(10):1138-50.
20. **Chen HP, Hsu YH, Hua KC, Lin CC, Lo YF, Yu HP.** Comparison of sevoflurane versus propofol under auditory evoked potential monitoring in female patients undergoing breast surgery. *Biomedical journal*. 2013;36(3):125-31.
21. **Paech MJ, Rucklidge MWM, Lain J, Dodd PH, Bennett E-J, Doherty DA.** Ondansetron and Dexamethasone Dose Combinations for Prophylaxis Against Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesth Analg*. 2007;104(4):808-14.
22. **Scuderi PE, James RL, Harris L, Mims GR, 3rd.** Multimodal antiemetic management prevents early postoperative vomiting after outpatient laparoscopy. *Anesth Analg*. 2000;91(6):1408-14.

23. **Habib AS, White WD, Eubanks S, Pappas TN, Gan TJ.** A randomized comparison of a multimodal management strategy versus combination antiemetics for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg.* 2004;99(1):77-81.
24. **Nawaz T, Ayub MW, Murad F, Ali Q, Khan A, Anwar I.** Comparison of Laparoscopic Total Extra Peritoneal (TEP) Techniques versus Transabdominal Preperitoneal (TAPP) Technique for Inguinal Hernia Repair. *Journal of Rawalpindi Medical College (JRMC).* 2015;19(3):220-2.
25. **Coloma M, Duffy LL, White PF, Kendall Tongier W, Huber PJ, Jr.** Dexamethasone facilitates discharge after outpatient anorectal surgery. *Anesth Analg.* 2001;92(1):85-8.
26. **Vinson-Bonnet B, Higuero T, Faucheron JL, Senejoux A, Pigot F, Siproudhis L.** Ambulatory haemorrhoidal surgery: systematic literature review and qualitative analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2015;30(4):437-45.
27. **Rawal N.** Postoperative pain treatment for ambulatory surgery. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology.* 2007;21(1):129-48.

## Tabeller

**Tabell 1:** Kvalmeprofylakseregime utviklet av fagansvarlig for dagkirurgi

Type operasjon	Peroperativ kvalmeprofylakse gitt intravenøst
Mammaekirurgi Gastrokirurgi åpen operasjon	Dexametason 8 mg + Ondansetron 4 mg
Laparoskopisk operasjon (gastrokirurgi, gynekologi)	Dexametason 8 mg + Ondansetron 4 mg + Droperidol 1,25 mg
Gastrokirurgi anorektal operasjon	Dexametason 8 mg

**Tabell 2:** Område for kirurgisk inngrep, type operasjon inkludert i pasientgruppe og kjønn  
(n = 2930)

Område for kirurgisk inngrep (%)	Type operasjon inkludert (n)	Fordeling (%) Mann /Kvinne
<b>Gastrokirurgi</b>		
Øvre laparoskopi (12.9)	Cholecystectomi (371) Funduplicatio (6)	27/73
Nedre laparoskopi (8.5)	Hernie (247) Rectopexi (3)	85/15
Åpen operasjon (5.5)	Hernie (68) Sacralcyste (40) Annen gastrokirurgi (54)	60/40
Anorektal operasjon (13.1)	Hemorroide/mariske/analpolypp (195) Analfistel/analfissur (189)	57/43
<b>Gynekologi</b>		
Stor laparoskopisk operasjon (1.0)	Subtotal hysterectomi (14) Total hysterectomi (5) Myomectomi (6) Hysterectomi + bilateral salpingo- oophorectomi (5)	*
Middels stor laparoskopisk operasjon (16.0)	Endometriosesanering (263) Unilateral/bilateral salpingo- oophorectomi (128) Drilling av ovarier (19) Adheranseløsning (60)	*

Mindre laparoskopisk operasjon (7.4)	Ekstirpasjon av ovarialcyste (72) Sterilisering (5) Blåfargepertubasjon (79) Diagnostisk laparaskopi (48) Annen gynekologisk laparoskopisk operasjon (13)	*
<b>Mammaekirurgi</b>		
Stor operasjon (18.8)	Ablatio mamma (29) Ablatio + sentinel node (SN) (47) Brystbevarende (63) Brystbevarende + SN (412)	*
Mindre operasjon (16.7)	SN (31) Biopsi/merkebiopsi/ ekstirpasjon av lesjon/incisjon (300) Re-reseksjon (114) Abberant mammavev (6) Annen mammaekirurgi (38)	*

\* Kun kvinner

**Tabell 3:** Forekomst og fordeling av kvalme etter hjemkomst ved de ulike kirurgiske inngrepene

Område for kirurgisk inngrep	Ikke kvalm (%)	Kvalm (%)
Gastrokirurgi øvre laparoscopi	81.0	19.0
Gastrokirurgi nedre laparoscopi	86.6	13.4
Gastrokirurgi åpen operasjon	89.6	10.4
Gastrokirurgi anorektal operasjon	81.0	19.0
Gynekologi laparoscopi stor operasjon	73.3	26.7
Gynekologi laparoscopi middels stor operasjon	78.4	21.6
Gynekologi laparoscopi mindre operasjon	79.6	20.4
Mammae stor operasjon	90.2	9.8
Mammae mindre operasjon	86.0	14.0
<b>Hele utvalget (%)</b>	<b>84.0</b>	<b>16.0</b>



## Vedlegg

### Vedlegg 1: Forfatterveiledning Sykepleien Forskning

## Forfatterveiledning

Innsending av artikler til Sykepleien Forskning skjer i manuskriphåndteringssystemet ScholarOne. Forfattere oppretter en konto og laster du opp artikkelen med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter. *Du kommer til nettstedet ved å trykke på denne lenken.*

### Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt med en tydelig klinisk profil. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (over 100.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er fritt tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som aviser, magasiner og Internett. Dobbeltpublisering og sekundærpublisering aksepteres som hovedregel ikke.

### Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

## **INNHold I MANUSKRIPDET SOM SENDES INN:**

**På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften [Skrivetips](#). Artiklene struktureres etter [IMRAD-prinsippet](#). For ytterligere veiledning anbefaler vi ”best praksis” sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:**

[STROBE](#) (ulike kvantitative studier)

[COREQ](#) (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper)

[CONSORT](#) (randomiserte studier)

[COSMIN](#) (utvikling av måleinstrumenter)

[TREND](#) (ikke-randomiserte forsøk)

[PRISMA \(SF\)](#) og [Reinar og Jamtvedt 2010](#) (kunnskapsoppsummeringer)

[QUADAS 2](#) (diagnose)

Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholaOne skal ha følgende innhold:

## 1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 90 tegn inkludert mellomrom).

Forfatterens(forfatternes) navn, stilling og arbeidssted.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn inkludert ordmellomrom (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser).

Antall figurer og tabeller.

## 2. Sammendrag

Et norsk og et engelsk sammendrag fremstilles på hver sin side.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter: bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Lengde: maksimalt ha 1500 tegn inkludert mellomrom. Neders på siden oppgir du 3–5 nøkkelord fra listen du kan velge fra. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign.

**Det engelske sammendrag (abstract)** fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige tittel fremstilles øverst på siden (maksimalt 90 tegn).

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Lengde: maksimalt 1500 tegn inkludert mellomrom. Nederst på siden oppgir du 3–5 engelske nøkkelord (key words).

## **Tekstsider**

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstreses og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

## **Oppbygging av selve artikkelen**

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

*Introduksjon* til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

*Hensikt* med studien og problemstilling(er).

*Metodedel* (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

*Resultater*. Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

*Diskusjon* (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

*Konklusjon* Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

## **Figurer og tabeller**

Kun en tabell eller figur pr. siden. Disse kan lastes opp som endel av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsning i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Flytdiagrammer i artikler som bruker flytdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av [CONSORT-gruppen](#)

## **Referanser**

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige 30.

For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang men ikke utgave oppgis. Ved innsendingen lenker manuskripthåndteringsprogrammet referanselisten til andre databaser. Dette forutsetter at forfatterne oppgir referansene korrekt. Dette er spesielt viktig for referanser til artikler på engelsk.

Eksempel:

1. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *J Adv Nurs* 2006;55:215–29.
2. **Fraser DM,** Cooper MA. *Myles Textbook for Midwives.* Churchill Livingstone, London. 2003.
3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). *Grunnleggende Sykepleie.* Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. **Foucault M.** Truth and power. I: Gordon C. (red). *Power/Knowledge: Michel Foucault.* Pantheon Books, New York. 1980 (s 78 – 101).

5. **Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.

6. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).

7. **Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

### **Innsending av manuskript**

Artikkelen lastes opp i Sykepleien Forsknings manuskripthåndteringssystem på få følgende adresse:

<http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning>

### **Følg brev til redaktør/Cover letter**

I følgebrevet/cover letter må forfatterne oppgi:

1. Hva artikkelen tilfører av ny kunnskap. Bruk mellom 180 og 190 tegn inkludert mellomrom.
2. Forslag på minst to aktuelle habile og kompetente fagfeller (navn og kontaktinformasjon). Med habile menes at fagfellene ikke er tidligere kollegaer, har studert sammen eller har en privat relasjon. Med kompetente menes doktorgrad eller tilsvarende, men mastergradskompetanse kan godtas hvis vedkommende har erfaring i tema og/eller metode. Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.
3. En redegjøring på om resultatene er publisert tidligere. For eksempel som poster eller foredrag på en vitenskapelig konferanse

### **Vurderingsprosessen**

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Ved å logge deg inn i manuskripthåndteringssystemet kan du følge med på hvor manuset ditt er i vurderingsprosessen.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfelleevaluering. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle denne veiledningen til forfattere. Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen vil bli returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

### **Innsending av revidert manuskript**

1. Etter fagfelleevaluering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(e) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.
2. Det må utarbeides et eget dokument som viser i detalj hvordan forfatterne har bearbeidet manuskriptet etter kommentarene fra fagfeller og redaktør og dette lastes opp sammen med revidert manuskript i ScholarOne som Author's response.
3. Alle endringer i revidert mansuskript skal markeres med rødt
4. Revidert manuskript og Author's response lastes opp [i http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning](http://mc.manuscriptcentral.com/sykepleien-forskning), følg lenken i svarbrev fra redaktør

### **Godkjenning av manuskript**

1. Forfatter får beskjed fra redaktør når artikkelen er godkjent for publisering
2. Det er viktig å følge instruksjer fra redaksjonen vedrørende korrektur av endelig manuskript

### **Oversetting til engelsk**

1. Sykepleien forskning vil oversette alle originale forskningsartikler til engelsk
2. Forfatter(ne) vil få tilsendt engelsk versjon til gjennomlesning før publisering.
3. Den engelske versjonen vil være tilgjengelig i nettversjonen av tidsskriftet

## **Krav til medforfatterskap**

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Kriteriene sier ikke noe om forfatterrekkefølgen. Det åpnes for spesifisering av forfatternes bidrag, for eksempel "XX og YY har bidratt like mye til denne artikkelen". Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

## **Erklæring om interessekonflikter**

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at signerte erklæringer om interessekonflikter fra alle forfattere laster opp før manuskriptet sendes inn (som Supplemental file NOT for Review).

Adresse til tidsskriftet:

Sykepleien Forskning


P.O. Box 456, Sentrum

0104 Oslo

Skjemaet for [Erklæring om interessekonflikter](http://www.sykepleien.no) finnes på [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no)



## Vedlegg 2: Tillatelse fra Personvernombudet

 Oslo universitetssykehus	<b>Oslo universitetssykehus HF</b>
<b>PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE</b>	
Til: Mi Stjernberg	Postadresse: Trondheimsveien 235 0514 Oslo
Kopi:	Sentralbord: 02770
Fra: Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus	Org.nr: NO 993 467 049 MVA
Saksbehandler: Henrik Lindgren Jensen	<a href="http://www.oslo-universitetssykehus.no">www.oslo-universitetssykehus.no</a>
Dato: 09.03.2015	
Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet	
Sak: Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger	
Saksnummer/ Personvernnummer:	

### **Personvernombudets uttalelse til prosjektet "Postoperativ kvalme hos dagkirurgiske pasienter."**

Etter en gjennomgang av datainnsamling for masteroppgaven beskrevet av studenten, fremgår det at opplysningene som skal behandles er anonyme gjennom hele databehandlingen. Dette betyr at opplysningene ikke på noen måte kan kobles til enkeltperson.

Formell tilrådning/godkjenning er derfor ikke nødvendig for databehandlingen i oppgaven.

Med vennlig hilsen  
for Personvernombudet


Henrik Lindgren Jensen  
Personvernrådgiver  
Oslo universitetssykehus HF  
Stab pasientsikkerhet og kvalitet  
Seksjon for personvern og informasjonssikkerhet

Epost: [personvern@oslo-universitetssykehus.no](mailto:personvern@oslo-universitetssykehus.no)  
Web: [www.oslo-universitetssykehus.no/personvern](http://www.oslo-universitetssykehus.no/personvern)

## Vedlegg 3: Tillatelse til bruk av anonymiserte data

### Tillatelse til bruk av anonymiserte dataOslo 18.2.2016



Elisabeth Rosenberg

 Følg opp. Starter 18. februar 2016. Forfaller 18. februar 2016.  
Du svarte på meldingen 18.02.2016 17:56.

Sendt: to 18.02.2016 13:04

Til: Mi Stjernberg

Kopi: Anne Kari Amundsen Bø

 Melding  Tillatelse til bruk av anonymiserte dataOslo 18.2.2016.docx (17 kB)

Hei Mi!

Her kommer ny tillatelse. Lykke til!

Mvh

Elisabeth

Ikke sensitiv

Tillatelse til bruk av anonymiserte data Oslo 18.02.2016

Bekrefter herved tillatelse , for Mi Stjernberg, til å bruke anonymiserte data fra oppringningssamtaler. Tillatelsen gjelder for bruk i masteroppgave, artikkelpublisering og foredrag, for perioden 2011-2015.

Godkjenningen gjelder data spesifikt relatert til spørsmål om kvalme, postoperativt, etter dagkirurgi.

Henviser til vedlagte søknad.

Datamaterialet (innsamlede data) i SPSS som brukes av masterkandidaten skal etter godkjent masteroppgave slettes fra masterkandidatens filområde.

Mvh

Elisabeth Rosenberg  
Seksjonsleder  
Operasjon og dagkirurgi, Aker  
Akutt klinikken  
Oslo universitetssykehus HF

Tlf: 23034065

Mobil: 41211493

# Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn og hensikt.....	2
1.1.1	Avklaringer og avgrensninger.....	2
1.2	Sykepleiers rolle ved Dagkirurgi.....	3
1.3	Litteraturgjennomgang.....	5
2	Refleksjonsdel.....	6
2.1	Systematisk kvalitetsforbedring.....	6
2.1.1	Hvordan måle kvalitet ved dagkirurgi.....	7
2.2	Telefonoppfølging som metode for datainnsamling.....	8
2.2.1	Spørreskjemaet.....	10
2.2.2	Hvem skal ringe?.....	11
2.2.3	Når er det best å ringe?.....	13
2.2.4	Barrierer for telefonoppfølging, effektivitet og lønnsomhet.....	14
2.3	Pasienters erfaringer som grunnlag for kvalitetsforbedring.....	15
3	Oppsummering.....	18
	Referanseliste.....	19
	Vedlegg.....	23
	Vedlegg 1: Prosedyre oppfølgingsamtale	
	Vedlegg 2: Veileder til spørreskjema	

## Telefonoppfølging som metode for datainnsamling etter dagkirurgi

# 1 Innledning

Dagkirurgisk virksomhet begynte å ekspandere på 1980-90-tallet (1) og det ble tidlig etablert rutiner hvor sykepleiere fulgte opp de dagkirurgiske pasientene med en postoperativ telefonsamtale. Det er en tradisjon som fortsatt blir ivaretatt ved mange avdelinger. Hensikten med samtalen er å høre hvordan det går med pasienten, om det har oppstått noen uventede komplikasjoner og om det er behov for mer informasjon. Telefonoppfølgingen er en viktig del av den dagkirurgiske behandlingen og brukes til å evaluere intervensjoner og behandling (2-4). Pasienter verdsetter å bli oppringt (2) og positive tilbakemeldinger har vist seg å kunne bidra til økt jobbtilfredshet hos sykepleierne (2, 4).

I januar 2015 holdt jeg et foredrag om telefonoppfølging etter dagkirurgi i forbindelse med en nasjonal dagkirurgisk kongress. Jeg innledet foredraget med å spørre deltakerne om de pleide å ringe til pasientene sine dagen etter operasjonen. Stort sett alle rakk opp hånden. Deretter spurte jeg hvor mange det var som samlet inn data i forbindelse med telefonsamtalen for å kunne hente ut rapporter eller statistiske analyser. Av de nærmere 500 deltakerne var det kun cirka 10-20 personer som rakk opp hånden. Jeg kjenner til noen få dagkirurgiske avdelinger som bruker den samme datainnsamlingsmetoden som vi gjør, men ellers er det jeg beskriver i min oppgave mer å betrakte som pionerarbeid i Norge.

Det er få retningslinjer for hvordan refleksjonsoppgaven skal utformes. Jeg har valgt å løse oppgaven ved innledningsvis å gi en beskrivelse av hva dagkirurgisk virksomhet innebærer for sykepleier og pasient for å sette leseren inn i konteksten for oppgaven, og for å gi et innblikk i hva som ligger bak oppfølgingssamtalen og dataene som hentes inn. Jeg har valgt å kalle hoveddelen for «Refleksjonsdel», hvor jeg starter med å si noe om bruk av telefon som tradisjonell oppfølgingsmetode etter operasjonen, og illustrerer hvordan telefonoppfølging og datainnsamling kan foregå i praksis. Ved vår avdeling bruker vi telefonoppfølgingen både for å sikre at pasientene har det bra etter operasjonen, samt for å systematisk hente inn opplysninger om hvordan pasientene har det etter hjemkomst ved hjelp av et strukturert spørreskjema. Det betyr at telefonsamtalen kan ha en todelt hensikt og kunnskapen vi får skal brukes til kvalitetsforbedring i avdelingen. Videre i oppgaven belyser jeg faktorer som kan

påvirke datainnsamlingen og kvaliteten på dataene, samt barrierer for telefonoppfølging. Avslutningsvis viser jeg hvordan dataene og pasientenes erfaringer kan brukes til kvalitetsforbedring i praksis.

## **1.1 Bakgrunn og hensikt**

Vi må vite hva som er god praksis for å kunne tilby pasientene trygge og effektive tjenester av god kvalitet (5-7). Den kunnskapen får vi eksempelvis gjennom brukerundersøkelser, slik som vår telefonoppfølging etter dagkirurgi.

Masteroppgaven består av en artikkel og en refleksjonsoppgave. I min artikkel undersøkte jeg forekomst av postoperativ kvalme etter dagkirurgi. Datamaterialet som artikkelen bygger på ble innhentet i forbindelse med telefonoppfølging første postoperative dag og ga oss interessante opplysninger om kvalmeforekomsten etter utskrivelse fra avdelingen. Hadde vi unnlatt å ringe eller ringt uten å innhente data, hadde vi ikke fått den verdifulle informasjonen som sier noe om kvaliteten på vår virksomhet og behandling. Informasjonen er nødvendig for å sikre et trygt og godt tilbud til pasientene. Ved å systematisk innhente informasjon har vi mulighet til å forbedre behandlingen og tilbudet til pasientene ytterligere.

Jeg vil ved hjelp av litteratur, egen kunnskap og praktisk erfaring, søke å belyse fordeler og ulemper ved denne metoden for datainnsamling. Refleksjon omkring dette temaet er viktig da vi kontinuerlig arbeider med å forbedre vår prosedyre for telefonoppfølging og selve spørreskjemaet. Ønsket er å sikre valide (gyldige/overførbare) data som kan brukes til kvalitetsforbedring.

Ved å dele egne erfaringer og refleksjoner håper jeg at denne oppgaven kan inspirere til systematisk kvalitetsforbedring ved utvidet bruk av telefonoppfølging som metode for datainnsamling ved Oslo universitetssykehus (OUS) og andre dagkirurgiske enheter rundt om i landet.

### **1.1.1 Avklaringer og avgrensninger**

Med telefonoppfølging mener jeg organisert, systematisk oppfølging av pasientene via telefon. Oppgaven avgrenses til å omhandle telefonoppfølging første postoperative dag.

Andre datainnsamlingsmetoder vil bli nevnt, men ikke utfyllende diskutert i denne oppgaven.

Konteksten for oppgaven er dagkirurgisk virksomhet.

Fokus vil være på rollen til de dagkirurgiske sykepleierne med telefonoppfølgingsansvar. Andre personalgrupper vil kun bli nevnt, men ikke nærmere beskrevet.

Sykepleier omtales som «hun» i oppgaven.

## **1.2 Sykepleiers rolle ved Dagkirurgi**

Ved dagkirurgisk behandling møter pasienten på operasjonsdagen og reiser hjem igjen samme dag (8). Den dagkirurgiske enheten består av et tverrfaglig miljø hvor mange ulike faggrupper som sekretærer, laboratorieassistenter, anesthesi-, operasjons- og postoperative sykepleiere, kirurger, anestesileger, vaskepersonell og ledere arbeider sammen. Personalsammensetning og organisering kan variere fra avdeling til avdeling, men alle har et felles mål om å få pasientene effektivt, trygt og sikkert gjennom behandling og opphold i avdelingen. For å lykkes med dette er anestesimetoder, kirurgiske teknikker, smerte- og kvalmebehandling optimalisert og tilpasset dagkirurgisk behandling. Berg og kollegaer (9) omtaler den postoperative fasen som «det svake leddet» ved dagkirurgi og beskriver hvor sårbare pasientene er etter hjemkomst. De fant at mange pasienter følte et stort personlig ansvar for å sikre at resultatet av operasjonen ble vellykket.

Den økende andelen dagkirurgi stiller krav til en endret sykepleierrolle (3). Dels blir sykepleien veldig komprimert når pasienten oppholder seg i avdelingen kun noen få timer. I tillegg flyttes hele den postoperative fasen over til hjemmet hvor for eksempel telefonoppfølging blir en viktigere del av praksis, og en ny form for utøvelse av sykepleie. Flanagan (3) mener det er behov for nye måter å definere sykepleie, samt behov for en annen type kompetanse for å ivareta pasientene telefonisk.

Det som er spesielt med dagkirurgi sammenlignet med vanlig inneliggende kirurgi er at personalet har veldig kort tid på seg til å bygge opp en relasjon og et tillitsforhold til pasient og pårørende. Pasienten skal føle seg trygg, sett og ivaretatt. Sykepleiers oppgave er å ledsage pasienten gjennom operasjonsdagen samt å gi støtte og informasjon, i tillegg til den medisinske behandlingen.

For å gi et bilde av hva pasientene kan oppleve på operasjonsdagen og hvilken rolle de postoperative sykepleierne har i forhold til pasientene og telefonoppfølgingsamtalen, vil jeg beskrive hvordan en dag kan se ut ved vår dagkirurgiske avdeling.

Den postoperative sykepleieren tar imot pasienten ved ankomst til avdelingen, hilser velkommen og gir informasjon om planen for dagen og tidsperspektiv. Det gir pasienten et bilde av hvordan dagen vil se ut, og hva som kan forventes. Ved vår avdeling praktiseres primær-sykepleie, hvilket bidrar til kontinuitet for både pasient, sykepleier og pårørende (10). Hos oss innebærer det at sykepleieren som tar imot pasienten før operasjonen har hovedansvaret for pasienten gjennom dagen. Hun følger pasienten etter operasjonen og frem til hjemreisen så langt det lar seg gjøre. Ut fra egen erfaring bidrar primær-sykepleie til å kunne gi pasientene en mer individuelt tilpasset oppfølging og behandling. Det kan også fremme mer struktur og forutsigbarhet i sykepleiers arbeid ved at hun hele tiden har kontroll på «sine» pasienter, i forhold til tidsperspektiv, informasjon, aktiviteter, smertebehandling etc.

Pasienten har på forhånd fylt ut et egenerklæringsskjema med person- og helseopplysninger som sykepleier og pasient går igjennom sammen, som en preoperativ sikkerhetsrutine. I tillegg sjekkes at pasienten er fastende og har utført eventuelle forberedende prosedyrer innfor operasjonen, som for eksempel tarmtømming, røntgen, og blodprøver. Dersom sykepleier opplever behov for et preoperativt tilsyn av pasienten, kontakter hun anestesilege eller kirurg. Sykepleier kontrollerer også at eventuelle påkrevde kompresjonsplagg eller andre tilbehør er innkjøpt og på plass, slik at de kan tas i bruk direkte etter operasjonen. Pasienten får deretter skifte til pasienttøy, og gis premedisinering i påvente av operasjonen. Opplysninger om hvem som skal være sammen med pasienten etter hjemkomst klareres. Det er påkrevd å ha en voksen person hos seg frem til neste morgen for å sikre at pasienten har tilsyn og tilgang til assistanse. Hvis det ikke lar seg gjøre, må pasienten legges inn på bemannet pasienthotell eller sengepost for videre oppfølging.

Etter operasjonen blir pasienten overført til postoperativ enhet, hvor den postoperative sykepleieren overvåker vitale funksjoner til pasienten er våken og stabil. Smertestillende og kvalmestillende medisiner administreres etter behov. Pasienten skal ha spist, være mobilisert, og ha latt vannet før utskrivelse fra avdelingen. Pasienten får med seg resept på smertestillende medisiner, operasjonsbeskrivelse, sykmelding, eventuelle attester og annen relevant skriftlig informasjon. Hjemreise skjer enten ved at pasienten blir hentet privat eller i taxi.

En av de viktigste oppgavene til våre postoperative sykepleiere, er å gjøre pasientene kompetente og trygge på at de skal klare å håndtere den postoperative fasen hjemme på egen hånd. Sykepleier gir muntlig informasjon og veiledning om sårstell, kosthold, fysisk aktivitet, smerter og smertebehandling, eventuelle komplikasjoner som kan oppstå og hvor man skal henvende seg ved behov. I motsetning til pasienter som blir operert inneliggende, reiser våre dagkirurgiske pasienter hjem noen få timer etter operasjonen og skal selve observere operasjonssår, håndtere smertebehandling, kvalme, mobilisering og tilbakegang til normal aktivitet. Det er et stort ansvar som legges på våre pasienter og deres pårørende. I tillegg er det mange dagkirurgiske pasienter som reiser hjem uten avtale om postoperativ kontroll. Noen pasienter skal til kontroll først etter flere uker eller måneder etter operasjonen. Derfor mener vi det er viktig å følge opp pasientene via telefon dagen etter operasjonen, for å sikre at alt går bra og for å fange opp eventuelle faresignaler på komplikasjoner på et tidlig stadium.

### **1.3 Litteraturgjennomgang**

For å finne relevant forskningslitteratur om telefonoppfølging som metode for datainnsamling etter dagkirurgi, ble det foretatt et litteratursøk ved Medisinsk bibliotek, OUS, sammen med bibliotekar. Vi gjorde et systematisk søk ved bruk av Kunnskapssenterets «Dokumentasjon av litteratursøk», med søkeord som telephone, follow-up call, questionnaire, survey, ambulatory surgery, day surgery, outpatient, data collection, interview, postsurgery og discharge. Søket ble begrenset til litteratur på engelsk, norsk, svensk og dansk, fra år 2000 og frem til nå. Det store tidsspennet skyldes den store utviklingen som skjedde på 1980-90-tallet i forhold til dagkirurgi hvor det etter hvert ble skrevet mye om blant annet telefonoppfølging. I tillegg ble annen relevant kunnskap lokalisert via referanser, søk i Google Scholar, og nyere lærebøker innen dagkirurgi.



## 2 Refleksjonsdel

Ønsket om en trygg og effektiv pasientbehandling, med få postoperative komplikasjoner, gjør at dagkirurgiske virksomheter har et sterkt fokus på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (11). Mange dagkirurgiske virksomheter følger derfor opp sine pasienter etter hjemkomst med en telefonsamtale eller spørreskjema (12). Ved vår avdeling har vi valgt å kombinere de to metodene, slik at vi i forbindelse med oppringningen, benytter anledningen til samtidig å innhente data om den opererte pasienten. På den måten tilegner vi oss ny kunnskap som gir telefonoppfølgingen en ny dimensjon.

Telefonoppfølging med datainnsamling har en viktig plass i arbeidet med kvalitetsforbedring. I oppgavens refleksjonsdel vil jeg først si noe om systematisk kvalitetsforbedring og hvordan kvalitet måles innen dagkirurgi. Deretter vil jeg formidle mine erfaringer og refleksjoner omkring telefonoppfølging som metode for datainnsamling etter dagkirurgi. Hva er fordelene med å innhente data på den måten? Finnes det noen ulemper? Hvordan påvirker denne innsamlingsmetoden dataene vi henter inn? Kan vi påvirke dataene ved hjelp av en telefonsamtale? Er telefonoppfølging en god metode for å innhente data?

### 2.1 Systematisk kvalitetsforbedring

For å kunne tilby pasientene trygge og effektive tjenester av god kvalitet, må vi vite hva som er god praksis. Den kunnskapen får vi gjennom for eksempel forskning, brukerundersøkelser, kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre (5-7). Telefonoppfølgingen sikrer oss to typer pasientopplysninger, dels fra dataene tilknyttet spørreskjemaet, samt gjennom muntlige tilbakemeldinger i forbindelse med samtalen. Informasjonen gir oss en unik mulighet til å ta del i pasientenes erfaringer og opplevelser av oppholdet hos oss.

Når data systematisk samles inn og analyseres, synliggjøres både ønskede og eventuelle uønskede konsekvenser av behandlingen. Vi får mulighet å vurdere effekten av de endringene vi gjør og kan også følge med på forandringer over tid (2). Som eksempel kan man se på dataene før og etter en endring når man kjenner endringstidspunktet. Endrer man for eksempel operasjonsteknikk, bytter leverandør av kirurgiske instrumenter eller får en ny kirurg, kan det være interessant å undersøke hvordan det påvirker pasientenes svar. Rapporterer de mer smerte? Øker antallet postoperative blødninger? Leder det til en forbedring i pasientenes

postoperative status? Ved å innhente disse opplysningene via telefonoppfølgingen får vi direkte tilbakemelding, og har mulighet til å fange opp forandringer raskere og sikrere enn om vi hadde innhentet opplysningene via et postalt spørreskjema.

Spesialisthelsetjenesten er siden 2012 lovpålagt (13) å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og vi har blant annet stortingsmeldingene «God kvalitet- Trygge tjenester» (6), «Kvalitet og pasientsikkerhet» (7), samt Helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring (5) som sier noe om hvordan vi kan og bør arbeide med kvalitetsforbedring for å sikre gode, trygge tjenester og økt brukervedvirkning. Helsedirektoratet sier at «Systematisk dokumentasjon av erfaringer og resultater er påkrevd for å kunne ivareta en systematisk kvalitetsvurdering- og forbedring» (5, s.21), og ved å følge opp våre pasienter og innhente data med hjelp av telefonsamtale tilegner vi oss kunnskap om hvordan pasientene opplever å bli behandlet ved vår avdeling, samt hvordan de har det etter hjemkomst. Informasjonen er viktig for at vi skal kunne arbeide videre med forebygging av komplikasjoner og andre bivirkninger etter anestesi og kirurgi. Videre sier Helsedirektoratet at «God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene» (5, s.23), som er målet med telefonoppfølgingen med innsamling av data. Jeg vil senere i oppgaven vise hvordan pasientenes erfaringer og tilbakemeldinger har blitt brukt til å endre og forbedre praksis. Det er viktig med praksisnær forskning for å få dokumentert ønskede og eventuelle uønskede effekter. Der hvor dataene kan brukes aktivt, kan de komme pasientene til gode, og bidra til å bedre resultatene (6).

### **2.1.1 Hvordan måle kvalitet ved dagkirurgi**

Kvalitetsindikatorer og telefonoppfølging har lenge vært brukt for å måle kvalitet innen dagkirurgi, og telefonoppfølging anses for å være et godt verktøy for evaluering av postoperative symptomer, komplikasjoner og pasienttilfredshet (14). I sirka 20 år har telefonoppfølging vært praksis ved vår avdeling, men det var først i 2011 at telefonoppfølging med samtidig innhenting av data ble satt i system.

En kvalitetsindikator kan være struktur-, prosess- eller resultatorientert og er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på det som måles (6). Eksempler på dagkirurgiske kvalitetsindikatorer er avbestilling av operasjon, re-operasjon samme dag, uplanlagt sykehusinnleggelse etter operasjonen, retur etter hjemkomst og pasienttilfredshet (15). Indikatorene omhandler stort sett organisatoriske forhold og føres som regel statistikk over. «Pasienttilfredshet» skiller

seg fra resten av indikatorene ved at det er en subjektiv indikator som handler om pasientens forventninger og opplevelse av for eksempel behandling, smerter, kvalme, informasjon, ventetid, tilgjengelighet, etc. I forbindelse med telefonoppfølgingen innhenter vi opplysninger ved hjelp av et spørreskjema hvor vi spør om pasienttilfredshet, både i forhold til informasjonen som pasienten har mottatt fra sykepleier respektive kirurg, samt tilfredshet med den totale opplevelsen av behandlingen ved avdelingen.

## **2.2 Telefonoppfølging som metode for datainnsamling**

For å illustrere hvordan telefonoppfølging og innhenting av data kan gjennomføres på en effektiv måte, vil jeg dele noen av våre erfaringer. I min artikkel er det også beskrevet hvordan telefonoppfølgingen foregår, hvilket kan brukes som komplement til dette avsnittet.

Litteraturen beskriver hvordan innsamling av data kan foregå på to måter i forbindelse med en survey. Enten ved at man samler inn data ved hjelp av et spørreskjema eller i forbindelse med et intervju. Den tradisjonelle måten å distribuere et spørreskjema på er postalt eller via e-post, mens intervjuer pleier å foregå ansikt til ansikt eller via telefon (16, 17).

Det er mye billigere og mindre ressurskrevende å sende ut spørreskjemaer via brev eller e-post i etterkant av operasjonen enn å ringe for å hente inn opplysninger (16). Men da går man glipp av den viktige, tidlige dialogen med pasienten. Samtalen gir mulighet til å oppdage problemer og komplikasjoner på et tidlig stadium, pasientene får anledning å stille spørsmål, og sykepleier kan gjenta informasjon og gi veiledning i forhold til for eksempelvis smertebehandling. En viktig faktor er at bruk av spørreskjema som regel gir en lavere svarrespons enn 50%, mens intervjuer vanligvis gir en svarrespons på 80-90% (16). Visser (18) mener at en av forklaringene til den lave responsen på spørreskjemaer i brevformat kan komme av at det er enklere å ignorere et brev, enn å nekte å svare på spørsmål stilt via telefon. Det postale spørreskjemaets lave svarrespons kan bidra til usikkert om fortolkningen av dataene kan anses for å være valid (19), hvilket taler i telefonoppfølgingens favør. Man får heller ikke glemme at telefonoppfølgingen erstatter den vanlige polikliniske kontrollen for mange pasienter. Når vi sender pasienter hjem noen få timer etter et kirurgisk inngrep, har vi også et ansvar å følge opp og sikre at pasientene har det bra.

Ved vår avdeling har vi valgt å kombinere telefonoppfølgingen med datainnsamling og bruker et strukturert spørreskjema med faste svaralternativ i forbindelse med oppringningen. Som

vist i min artikkel oppnår vi en høy svarprosent hvor 95% svarrespons ikke er uvanlig. I dag er de fleste pasientene tilgjengelige på mobiltelefon, sammenlignet med Kleinpell (1) som på midten av 1990-tallet erfarte å ikke oppnå kontakt med 39% av pasientene via telefon. Våre pasienter er i tillegg på forhånd informert om oppringningen, hvilket kan tenkes å medvirke til den høye svarresponsen. Mange pasienter har sannsynligvis også et eget ønske om å få snakke med en sykepleier for å få svar på spørsmål og funderinger etter operasjonen. Å ringe til pasientene er noe som vi og mange andre dagkirurgiske virksomheter gjør som rutine av pasientsikkerhetssynspunkt, men å bruke anledningen til samtidig systematisk å innhente data, er ikke så utbredt enda.

Pasienter som oppfyller våre inklusjonskriterier (beskrevet i min artikkel) får spørreskjemaet utlevert ved hjemreise. Ved å gjøre det på den måten er pasienten forberedt når vi ringer og gjennomgangen av spørreskjemaet går som regel raskt. Fordelen ved å levere ut spørreskjemaet på forhånd er at pasienten har sitt eget eksemplar og selv kan lese spørsmål og svaralternativ under telefonsamtalen. Det reduserer risikoen for skjevheter ved pasientens svar. Dersom sykepleier må lese opp hele innholdet i spørreskjemaet kan risikoen for skjevheter øke. Kvaliteten på dataene er da avhengig av at sykepleier leser teksten korrekt og at pasienten husker spørsmål og alle svaralternativ for å kunne svare riktig. For å sikre lik praksis er det beskrevet i prosedyren (vedlegg 1) hvordan sykepleierne skal følge det samme intervjukskjemaet og stille spørsmålene så likt som mulig i forbindelse med telefonsamtalen. Vi har god erfaring med å bruke telefonoppfølgingen til innhenting av data og det oppleves som både effektivt og praktisk.

Pasienter som blir innlagt på sykehus eller bemannet pasienthotell blir ikke inkludert i telefonoppfølging da de får videre faglig oppfølging som innlagte, og er dermed sikret nødvendig hjelp. Derimot vil det alltid være en usikkerhet knyttet til de pasientene som reiser hjem, men som ikke kan følges opp på grunn av språket. Etter hvert har vi fått en økende pasientgruppe som hverken snakker norsk eller engelsk, og som er veldig sårbar. For det første forstår de kanskje ikke all informasjon som blir gitt i forbindelse med operasjonen selv om vi sikrer at noen kan tolke. I tillegg blir de ikke fulgt opp via telefon etter hjemkomst. Kunnskapsmessig har vi mye å lære av denne pasientgruppen, men så lenge vi ikke har mulighet å kommunisere er det vanskelig å følge dem opp. Resultatene fra datainnsamlingen hadde kanskje sett annerledes ut hvis denne pasientgruppen hadde vært inkludert og representert. Pasientsikkerheten ivaretas ved at disse pasientene kan tas inn til vanlig postoperativ kontroll hos

kirurgen, eller blir innlagt på sengepost for videre postoperativ oppfølging. Ellers er rutinen for denne pasientgruppen å ta direkte kontakt med poliklinikk eller akuttmottak ved behov. Det har også hent at vi har ringt for å sjekke at pasienten har det bra uten å innhente data. Dataene ville ikke blitt valide på grunn av språkvanskene. Dette eksemplet viser en svakhet ved telefonoppfølging som metode for innsamling av data. Et mulig alternativ for innhenting av data hos denne pasientgruppen, kunne være å få oversatt spørreskjemaet til de vanligste utenlandske språkene og at pasientene returnerte spørreskjemaene postalt.

For å kunne vurdere pasientens helsetilstand via telefon, må sykepleier som håndterer telefonoppfølgingen ha erfaring og kunnskap om hvilken type anestesi og kirurgisk inngrep pasienten har hatt, hva som er forventet postoperativt forløp, og hvilke komplikasjoner som kan oppstå (vedlegg 1). I tillegg må sykepleier kunne veilede i forhold til smertebehandling, sårstell, svare på spørsmål etc. En av samtalens viktigste oppgaver er å oppdage faresignaler på postoperative komplikasjoner. Den som ringer må derfor ha gode kommunikative ferdigheter og være lydhør, fordi ved en telefonsamtale mister man muligheten å se og tolke den andres kroppsspråk og mimikk som er en viktig del av vår kommunikasjon (20). Ved behov kan sykepleier kontakte kirurg eller anestesilege. Telefonoppfølgingen gir sykepleier mulighet å komme i dialog med pasienten. Det kan ha en positiv innvirkning på datainnsamlingen og kvaliteten på dataene at sykepleier gjennomgår spørreskjemaet sammen med pasienten. Da kan hun forklare dersom noe er uklart, og kan sikre at pasienten svarer på alle spørsmål og dermed aktivt redusere antallet «missing». For å sikre valide data av god kvalitet må sykepleierne «kalibreres», det vil si å sikre at de forstår meningen med spørsmål og svaralternativ likt. Det kan gjøres ved å gi god opplæring og i tillegg ha en skriftlig veileder for spørreskjemaet (eksempel på veileder, se vedlegg 2). Kalibreringen reduserer risikoen for feilaktige svar grunnet misforståelser og individuelle tolkinger av innholdet i spørreskjemaet.

### **2.2.1 Spørreskjemaet**

Spørreskjemaets utforming har stor betydning for gjennomføring og bruk i forbindelse med en telefonsamtale. Det finnes validerte spørreskjemaer for å måle pasienters postoperative erfaringer og resultat av operasjonen (21-27), men de egner seg dessverre lite til telefonintervju etter dagkirurgi. Enten er de for omfattende eller så egner de seg best til oppfølging av inneliggende pasienter. Spørreskjemaet som skal brukes i forbindelse med telefonintervju bør være kort og enkelt (16), og spørsmålene bør være konkrete og enkle å forstå. Det bør helst

ikke være mer enn cirka 10 spørsmål på grunn av tidsbruken. Faste svaralternativ er å foretrekke fordi de er enkle å fylle ut og enklere å analysere enn åpne spørsmål (28, 29). Ved å bruke faste svaralternativ får man strukturerte kvantifiserbare data og får mulighet å gjøre analyser i forhold til forekomst, fordeling, omfang, utbredelse og statistiske sammenhenger i datamaterialet (30), som er viktig hvis man skal bruke dataene i kvalitetsarbeidet.

I mangel på validerte spørreskjemaer i passende format og med relevante spørsmål i forhold til virksomheten, lager mange dagkirurgiske virksomheter sitt eget spørreskjema. Spørreskjemaet som ble brukt i forbindelse med min artikkel var laget ved en annen dagkirurgisk avdeling.

Å lage gode spørreskjemaer krever kunnskap i spørreskjemametodikk og statistikk, og vil ikke bli belyst i denne oppgaven. For praktisk anvendelse av dataene bør man, som nevnt i min artikkel, inkludere tilstrekkelig med opplysninger om pasienten i spørreskjemaet. Opplysningene er viktige for å kunne tolke funnene, finne sammenhenger og oppdage forskjeller i undergrupper. Spørsmålene i spørreskjemaet er nøye valgt ut for å omhandle de områdene som er viktig å avdekke, eksempelvis smerte, kvalme, blødning og mobilisering. Egen erfaring ved bruk av spørreskjema i forbindelse med telefonsamtalen er at det bidrar til å gi samtalen struktur. I tillegg sikres at alle sykepleierne spør om de samme postoperative observasjonene som er viktige i forhold til å oppdage og forebygge komplikasjoner. Postoperative symptomer etter dagkirurgi er sjelden alvorlige, men kan skape ubehag for pasienten og forsinke tilbakegang til normal aktivitet (31-33). Det er viktig å følge opp pasientene for å sikre en rask og trygg tilfriskning og tilbakegang til normal aktivitet. Men hvem er det som skal utføre telefonoppfølgingen?

### **2.2.2 Hvem skal ringe?**

Litteraturen sier at ansvaret for telefonoppfølgingen kan variere mellom avdelinger, men at det ofte er anestesilege, kirurg eller sykepleier som ringer til pasientene (12). Burden (2) mener det er et sykepleieansvar å følge opp pasientene postoperativt og Godden (4) hevder at sykepleiere er best egnet å ringe til pasientene.

Både Flanagan (3) og Godden (4) mener at telefonoppfølging er en naturlig del av sykepleieprosessen fordi den gir oss mulighet til kontinuitet, oppfølging og evaluering av pasientens postoperative status som resultat av behandling og tidligere intervensjoner. Våre pasienter

setter stor pris på telefonoppfølgingen og synes det er trygt å vite at vi ringer og følger dem opp. Egen erfaring med telefonoppfølging er at det er en profesjonell samtale, som til tider kan være kompleks, slik at man må ta i bruk alle sine kunnskaper og erfaringer. Folk er ulike og man vet aldri hva, eller hvem man møter når man ringer. Det er veldig interessant og oppleves nyttig å få ta del i pasientenes erfaringer og synspunkter.

Ved vår avdeling har vi cirka 20 års lang tradisjon for å følge opp pasientene via telefon dagen etter operasjonen. En kortere periode var det anestesilegene som ringte, men i 2011, når vi begynte med systematisk innhenting av data i forbindelse med telefonsamtalen, ble ansvaret tilbakeført til de postoperative sykepleierne. Flanagan (3) mener at sykepleiere som har pre- og postoperativt ansvar for pasienten er best egnet til å foreta telefonoppfølgingen, noe jeg er enig i. Jeg begrunner det med at de postoperative sykepleierne har mest pasientkontakt og håndterer det meste av informasjon og opplæring av pasientene. Det gjør dem godt egnet til å svare på spørsmål og veilede pasientene via telefon.

Dersom man bruker primærsykepleie, som hos oss, bør man for å sikre at pasienten føler seg fri til å si sin mening, samt unngå å ringe til de pasientene som man selv har hatt primæran-svar for. Det reduserer risikoen for at svarene kan være påvirket av pasientens forhold til sykepleieren, som kan gi skjevhet ved resultatet, noe som også tas opp av Kleinpell (1). Det vil alltid kunne være skjevheter ved en spørreundersøkelse, men ved å unngå å ringe til «sine egne» pasienter får man en mulighet å sikre så pålitelige og valide pasientsvar som mulig. Ulempen med å gjøre det på den måten er at den som ringer ikke kjenner pasienten. Det har vært diskutert blant våre sykepleiere om man skal ringe egne pasienter. Argumentet er at man da kjenner pasienten godt og vet hvordan pasienten hadde det på operasjonsdagen. Det gir en opplevelse av kontinuitet og trygghet å bli fulgt opp av «sin» sykepleier, som mange pasienter sikkert hadde satt pris på. Dersom hensikten med telefonoppfølgingen kun er en uformell samtale for å høre hvordan det går med pasienten, tenker jeg at pasientansvarlig sykepleier med fordel kan ringe til «sine» pasienter. Men hvis intensjonen er å innhente data i forbindelsen med samtalen, bør oppringningen overlates til en annen «nøytral» sykepleier. Det sikrer best mulig kvalitet på dataene. Hvis man likevel velger å ringe egne pasienter i forbindelse med en datainnsamling, må man ta høyde for mulige skjevheter i dataene når man analyserer og tolker resultatene, samt gjøre rede for det ved en eventuell publisering.

### 2.2.3 Når er det best å ringe?

Vi har valgt å ringe pasientene første postoperative dag, hvilket ifølge flere studier er et bra tidspunkt i forhold til pasientens trykghetsopplevelse, veiledningsbehov og evaluering av smertebehandling (2-4, 14, 34-36). Å få ringt tidlig i det postoperative forløpet kan ifølge Horvath (34) bidra til en kortere rekonvalesenstid ved at man kan få rettet på misforståelser og sikre at pasientene følger instruksjoner i forhold til for eksempel aktivitet og smertebehandling.

En fordel med å innhente data første postoperative dag er at pasienten har hendelsesforløpet friskt i minnet og at svarene som innhentes kan være detaljerte. Det bidrar til god kvalitet på dataene. Eksempel på detaljerte data som kan hentes inn dagen etter operasjonen er opplevelse av smerteintensitet på en skala fra 0-10 (hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte). Ringer sykepleier flere uker etter operasjonen for å høre hvordan pasienten hadde det etter hjemkomst, kan det som Clari (37) påpeker, være vanskeligere for pasienten å huske detaljer. I tillegg mister vi den viktige funksjonen med å fange opp komplikasjoner på et tidlig stadium og svare på spørsmål.

Ved telefonoppfølging første postoperative dag er det viktig å tenke på at tidspunktet for oppringningen kan ha stor innvirkning på pasientens tilstand og svar. Pasientens svar om morgenen kan være et helt annet svar enn om man hadde ringt om kvelden. Som eksempel kan nevnes at Dewar og kollegaer (35) prøvde å kontakte pasientene om morgenen og opplevde at pasientene ikke orket å ta telefonen fordi de følte seg for dårlige. Årsaken kan tenkes å være «hangover» etter anestesi, dårlig nattesøvn og smerter fordi pasienten ikke har kommet i gang med smertebehandlingen, etc. Jeg erfarer at oppringning midt på dagen eller ettermiddagen gir et riktigere bilde av pasientens postoperative status enn om man ringer tidlig på formiddagen, hvilket ser ut til å overensstemme med andres erfaringer (4, 35). Av praktiske grunner forsøker vi å ringe mellom klokken 10-14 i tilfelle pasienten trenger et poliklinisk tilsyn selv om det optimale kanskje hadde vært å ringe litt senere på dagen i forhold til å få dokumentert en mer korrekt status for første postoperative dag. Men vi må prioritere å sikre at pasientene har det bra og oppdage komplikasjoner så tidlig som mulig. Midt på dagen er vi også som regel best bemannet, hvilket gjør det lettere å få gjennomført telefonoppfølgingen. Når vi ringer litt ut på dagen har pasientene som regel stått opp, har prøvd å være i aktivitet og har tatt smertestillende, hvilket kan si oss noe om hvordan



smertebehandlingen fungerer. Vi fanger fort opp de som opplever problemer utover forventning og er vi usikre ber vi heller pasienten om å komme inn for et tilsyn. I tillegg kan pasientene alltid ringe oss ved behov.

#### **2.2.4 Barrierer for telefonoppfølging, effektivitet og lønnsomhet**

I en travel hverdag med mange arbeidsoppgaver og mange operasjonspasienter å ta hånd om, kan det noen ganger være vanskelig å finne rom for å sette seg ned og ringe til pasientene. Erfaringsmessig er den største barrieren for telefonoppfølging at det er ressurskrevende, hvilket også bekreftes av Burden (2) og Godden (4). En samtale tar ofte 5-10 minutter og det er ikke uvanlig å bruke 1-2 timer per dag avhengig av hvor mange pasienter som skal kontaktes. Forankring i ledelsen er derfor viktig slik at telefonoppfølging prioriteres og legges til rette for. Burden (2) nevner også manglende interesse blant sykepleierne og manglende støtte fra ledelsen som vanlige barrierer for telefonoppfølging. Men ser man det hele i et større perspektiv, er telefonoppfølging økonomisk lønnsomt både for pasient, helsevesen og samfunn (37, 38). Den økonomiske siden ved dagkirurgi er alltid et tema. Flere studier har vist at telefonoppfølging er økonomisk lønnsomt ved at det sparer sykehuset for unødvendige rutinekontroller og frigjør sykehusets ressurser til å ta imot de pasientene som virkelig trenger det (35, 39, 40). I tillegg sparer det pasientene for å måtte ta fri for å møte til kontroll, samt den ekstra påkjenningen og kostnaden reisen kan innebære for mange (35, 39, 40).

Det er påpekt at studier som bruker telefonoppfølging som intervensjon ofte er av lav metodologisk kvalitet (41, 42) og at det er usikkert om man egentlig kan påvise noen effekt på forebygging av komplikasjoner og reinnleggelser etter dagkirurgi (41, 42). Mens de systematiske oversiktene til Mistiaen og Poot (41) og Bahr (42) kan ikke konkludere med at telefonoppfølging har noen effekt, er egen erfaring at vår oppfølging via telefon dagen etter operasjonen kan forebygge unødvendige problemer og komplikasjoner etter hjemkomst. Ved at sykepleierne kommer inn tidlig i det postoperative forløpet og kan gi veiledning via telefon og rydde opp i misforståelser på et tidlig stadium, mener jeg at vi noen ganger klarer å få stoppet og snudd på det som kunne ha utviklet seg i negativ retning. For mange pasienter er det også tilstrekkelig å få snakke med en sykepleier slik at de ikke trenger å ta kontakt med kirurgen. Dermed unngår vi unødvendige og kostbare legekonsultasjoner. Men i de tilfellene hvor pasienten allerede begynner å bli dårlig og trenger et legetilsyn eller innleggelse på sykehus, kan ikke telefonoppfølgingen forebygge eller forhindre det. Derimot kan slike tilfeller raskt

oppdages ved hjelp av telefonoppfølgingen, hvilket av og til skjer, og da kan den som ringer sikre at pasienten kommer i kontakt med kirurg eller se til at pasienten kommer seg inn til sykehuset for kontroll. Å fange opp de pasientene som er i faresonen er et av telefonoppfølgingens viktigste funksjoner. Det hviler et stort ansvar på den sykepleieren som ringer for å fange opp disse signalene. For å unngå at pasienter som begynner å bli dårlige sitter hjemme og venter på at sykepleier skal ringe, er det viktig å poengtere at pasientene selv må ta kontakt med sykehuset ved behov. Når det er veldig travelt kan det ibland hende at vi ikke får ringt før om kvelden.

Telefonoppfølging har ikke vist seg å ha noen negative konsekvenser (41, 42) og mange studier har vist at de aller fleste pasientene er fornøyd med oppfølging via telefon, og at de opplever det som et trygt alternativ til poliklinisk kontroll (38-40, 42-44).

## **2.3 Pasienters erfaringer som grunnlag for kvalitetsforbedring**

Dataene som hentes inn i forbindelse med telefonsamtalen kan brukes som utgangspunkt for tverrfaglig diskusjon i avdelingen i tillegg til kvalitetsforbedring og forskning. Et viktig poeng med datainnsamlingen er at hele personalgruppen får ta del i pasientenes tilbakemeldinger. Det er lærerikt for alle, kan bidra til å styrke «vi»-følelsen og belyser områder som man med en felles innsats kan gjøre noe med, for ytterligere å forbedre kvaliteten på pasientbehandlingen. Her er noen eksempler på tilbakemeldinger fra pasienter:

*«Jeg følte det var et tidspress. Det var mange pasienter, og jeg følte at jeg ikke kunne ligge og ta opp plass...»*

En annen pasient sa:

*«Det var altfor mye skravling og støy inne på operasjonsstuen»*

Slike tilbakemeldinger er viktige. Det bevisstgjør oss på hvordan vi fremstår utad som fagpersoner i arbeidet vårt og synliggjør forhold som enkelt kan forbedres. Pasientene er sårbare og veldig oppmerksomme på hva som skjer og hva som blir kommunisert, verbalt og non-verbalt. Utsagnene over er gode eksempler på muntlige tilbakemeldingene som vi kan få i forbindelse med telefonoppfølgingen. Tilbakemeldingene kan være like viktige som de

strukturerte dataene vi samler inn, og de har flere ganger ledet til endringer av våre rutiner. Ved å komme i dialog med pasientene er vi heldige å få ta del i opplevelser og erfaringer fra oppholdet i vår avdeling. Tilbakemeldingene viser at vi har forbedringspotensial og at vi kan minne hverandre om å dempe oss, samt å holde et faglig fokus. Slike tilbakemeldinger kan sees på som et viktig komplement til datainnsamlingen.

Et annet eksempel på tilbakemelding er:

*«Jeg var veldig trøtt og omtåket etter narkosen når kirurgen kom og informerte. Jeg husket ingenting, og sykepleier måtte gjenta informasjonen når jeg var mer våken»*

Kirurgene har som rutine å komme innom postoperativ enhet for å informere pasientene om hvordan operasjonen har gått. Etter flere lignende tilbakemeldinger fra pasientene, ble kirurgene gjort oppmerksom på at pasientene ikke husket den viktige postoperative informasjonen på grunn av at de kom og informerte for tidlig. Dermed ble rutinene endret slik at kirurgene ventet med informasjonen til pasientene var mer våkne. Viktige tilbakemeldinger som nevnt over, hadde vi kanskje gått glipp av dersom vi kun hadde benyttet oss av et postalt spørreskjema.

Et annet eksempel på hvordan tilbakemeldingene har forandret praksis er at vi tidligere var veldig rause med besøk i den postoperative enheten. Vi tenkte at det var viktig for pasientene ettersom vi har en stor andel brystkreftkirurgi. Men etter tilbakemeldinger fra mange pasienter om at det var for mange pårørende til stede og at det ble for mye støy og uro i oppvåkingsfasen, ble rutinene endret og vi ble mer restriktive i forhold til besøk. Ved å redusere antallet besøkende har pasientene fått en roligere oppvåkning. Sykepleierne har fått større arbeidsro og kan fokusere på pasientene i større grad. Slike tilbakemeldinger bidrar til kvalitetsforbedring og gjør at pasienter som kommer etterpå får en bedre opplevelse av behandling og opphold i avdelingen.

Avslutningsvis vil jeg nevne et tilfelle hvor de innsamlede dataene ble brukt til å vise hvordan en endring i rutiner påvirket våre brystkreftpasienter. Som nevnt i min artikkel har vår avdeling et standardisert opplegg for både smerte- og kvalmebehandling, som tilsynelatende fungerer bra. I forbindelse med en omorganisering måtte vi bytte det smertestillende legemidlet Fentanyl mot Ketobemidon. Begge medikamentene er opioider, men med litt forskjellige egenskaper. Vi hadde lang og god erfaring med å bruke Fentanyl i forbindelse med dagkirurgi

og pasientene pleide å våkne raskt etter narkosen og kom seg som regel raskt på bena etter operasjonen. Etter at vi tok i bruk Ketobemidon opplevde vi at pasientene ble liggende betydelig lengre og at de var trøtte og vanskelige å få mobilisert. Vi hadde ingen registrerte data for liggetid å sammenligne med, så det var ikke et godt nok argument for å få tilbake Fentanyl til de dagkirurgiske pasientene. Etter en tid fikk vi tilbakemeldinger fra poliklinikk og pasienthotell om at brystkreftpasientene var mer kvalme etter utskrivelsen fra oss, hvilket ikke hadde vært et problem tidligere (ref. min artikkel). Det hadde ikke blitt fanget opp av våre sykepleiere da vi var flere som byttet på å ringe og dataene ikke hadde blitt analysert på en stund på grunn av omorganiseringen. Når jeg undersøkte dataene viste de en 100 prosent økning i postoperativ kvalme etter at vi begynte å bruke Ketobemidon, hvilket var den eneste endringen i prosedyren og sannsynlig årsak til økningen i kvalmeforekomst. Dataene ble presentert på et møte med ledelsen og vi fikk omgående tillatelse å bruke Fentanyl igjen til de dagkirurgiske pasientene. Nå har kvalmeforekomsten gått ned og situasjonen har normalisert deg. Jeg synes dette er et tydelig og godt eksempel på hvor viktig vår datainnsamling er og hvor viktig det er å bruke dataene aktivt i kvalitetsarbeidet. Dette var bare noen få eksempler for å vise at telefonoppfølging som metode for datainnsamling nytter.

### 3 Oppsummering

Den systematiske innsamlingen av data i forbindelse med telefonoppfølgingen gir oss viktig informasjon om pasienters opplevelser og erfaringer i forbindelse med den dagkirurgiske behandlingen ved vår avdeling. Det gir oss kunnskap som er nødvendig for å utvikle trygge og effektive tjenester av god kvalitet.

Fordelene med å bruke telefonoppfølging som metode for datainnsamling er mange. Det sikrer en god kvalitet på dataene ved at man oppnår en høy svarrespons når man ringer, i motsetning til om man sender spørreskjema i posten. Ved å ringe kommer vi i dialog med pasienten og kan dermed sikre at spørsmål og svaralternativer tolkes likt og sikre at pasienten fyller ut alle svar i spørreskjemaet. I tillegg til innhenting av data får vi i forbindelse med oppfølgingssamtalen muntlige tilbakemeldinger fra pasienter. Disse opplysningene om erfaringer og opplevelser i forbindelse med behandling og opphold i avdelingen er også viktige i kvalitetsarbeidet.

Å bruke telefonoppfølging som metode for datainnsamling etter dagkirurgi synes å være en god og effektiv måte å innhente kunnskap om kvaliteten på virksomhet og behandling. Det er lærerikt og bidrar til systematisk kvalitetsforbedring, og vi tar erfaringene og kunnskapene med oss videre i vår yrkesutøvelse. Pasientenes tilbakemeldinger gjør oss ydmyke og mer kompetente i jobben vår.

# Referanseliste

1. Kleinpell RM. Improving telephone follow-up after ambulatory surgery. *J Perianesth Nurs.* 1997;12(5):336-40.
2. Burden N. Telephone follow-up of ambulatory surgery patients following discharge is a nursing responsibility. *J Post Anesth Nurs.* 1992;7(4):256-61.
3. Flanagan J. Postoperative Telephone Calls: Timing Is Everything. *Association of Operating Room Nurses AORN Journal.* 2009;90(1):41-51.
4. Godden B. Postoperative phone calls: is there another way? *J Perianesth Nurs.* 2010;25(6):405-8.
5. Sosial- og helsedirektoratet. -og bedre skal det bli!: nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005 [cited 2016 13.05.]. Available from: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>.
6. God kvalitet - trygge tjenester : kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. St. meld. 10(2012-2013). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012 [cited 13.05.2016]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>.
7. Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. St.meld. 11(2014-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014 [cited 13.05.2016]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/>
8. Ræder J, Nordentoft J. Dagkirurgi og anestesi. *Tidsskrift for Den norske legeförening.* 2010;130(7):742 – 6.
9. Berg K, Arestedt K, Kjellgren K. Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: a phenomenographic study. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(12):1630-8.
10. Carabetta M, Lombardo K, Kline NE. Implementing Primary Care in the Perianesthesia Setting Using a Relationship-Based Care Model. *J Perianesth Nurs.* 2013;28(1):16-20.
11. Hanna S, Mehta NA, Ræder J. Introduction to ambulatory surgery and anesthesia. In: Ræder J, Urman RD, editors. *Practical Ambulatory Anesthesia.* 1. ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2015. p. 1-5.
12. Bhavani SS. Postoperative care. In: Ræder J, Urman RD, editors. *Practical Ambulatory Anesthesia.* 1. ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2015. p. 114-30.
13. Spesialisthelsetjenesteloven. 1999. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. m.v. av 1999-07-02 nr 61. [cited 2016 13.05.]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>.
14. Verma R, Alladi R, Jackson I, Johnston I, Kumar C, Page R, et al. Guidelines: Day case and short stay surgery: 2. *Anaesthesia.* 2011;66(5):417-34.

15. Lemos P, Regalado AM. Patient Outcomes and Clinical Indicators for Ambulatory Surgery. In: Lemos P, editor. *Day Surgery: Development and Practice*. 1. ed. Porto: International Association for Ambulatory surgery; 2006. p. 257-80.
16. Polit DF, Beck CT. *Data Collection in Quantitative Research. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health; 2012. p. 293-327.
17. Lund T, Haugen R. *Surveydesign. Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub; 2006. p. 147-56.
18. Visser A, Ubbink DT, Gouma DJ, Goslings JC. Questionnaire versus telephone follow-up to detect postdischarge complications in surgical patients: randomized clinical trial. *World J Surg*. 2012;36(11):2576-83.
19. Smith PG, Morrow RH, Ross DA. *Questionnaires. Field Trials of Health Interventions: A Toolbox*. 3 ed. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 223-48.
20. Samuelsen S, Voigt J. Sygeplejefaglig telefonopfølgning af patienter med kroniske smerter: hyggesnak eller målrettet sygepleje? *Nordic Journal of Nursing Research*. 2001;21(2):52-5.
21. Hogue SL, Reese PR, Colopy M, Fleisher LA, Tuman KJ, Twersky RS, et al. Assessing a tool to measure patient functional ability after outpatient surgery. *Anesth Analg*. 2000;91(1):97-106.
22. Myles PS, Hunt JO, Nightingale CE, Fletcher H, Beh T, Tanil D, et al. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesth Analg*. 1999;88(1):83.
23. Kleinbeck SV. Self-reported at-home postoperative recovery. *Res Nurs Health*. 2000;23(6):461-72.
24. Stark PA, Myles PS, Burke JA. Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score: the QoR-15. *Anesthesiology*. 2013;118(6):1332-40.
25. Wong J, Tong D, De Silva Y, Abrishami A, Chung F. Development of the functional recovery index for ambulatory surgery and anesthesia. *Anesthesiology*. 2009;110(3):596-602.
26. Royse CF, Newman S, Chung F, Stygall J, McKay RE, Boldt J, et al. Development and feasibility of a scale to assess postoperative recovery: the post-operative quality recovery scale. *Anesthesiology*. 2010;113(4):892.
27. Holmboe O, Strømseng IS, Groven G, Bjertnæs ØA. Støtte til gjennomføring av lokale brukerundersøkelser ved dagkirurgiske sentre Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010 [Available from: [file:///C:/Users/Mi/Downloads/Notat\\_21010\\_Sporreskjema\\_dagkirurgi%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Mi/Downloads/Notat_21010_Sporreskjema_dagkirurgi%20(3).pdf)].
28. Peterson RA. *Open and Closed-End Questions. Constructing effective questionnaires*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2000. p. 29-44.

29. Thurairatnam R, Mathew G, Montgomery J, Stocker C. The role of patient satisfaction surveys to improve patient care in day surgery. *Day Surgery Australia*. 2014;13(3):6.
30. Thornquist E. Sammenheng: vitenskapsteori og forskningsvirksomhet. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. 5. ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2014. p. 197-221.
31. Pavlin DJ, Chen C, Penaloza DA, Buckley FP. A survey of pain and other symptoms that affect the recovery process after discharge from an ambulatory surgery unit. *J Clin Anesth*. 2004;16(3):200-6.
32. Mattila K, Toivonen J, Janhunen L, Rosenberg PH, Hynynen M. Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity, and risk factors. *Anesth Analg*. 2005;101(6):1643-50.
33. Adlin AKD, Karis M. The Prevalence of Postoperative Symptoms within 24 Hours after Ambulatory Surgery in a University Hospital. *Journal of Surgical Academia*. 2013;3(2):32-8.
34. Horvath KJ. Postoperative recovery at home after ambulatory gynecologic laparoscopic surgery. *J Perianesth Nurs*. 2003;18(5):324-34.
35. Dewar A, Scott J, Muir J. Telephone follow-up for day surgery patients: patient perceptions and nurses' experiences. *J Perianesth Nurs*. 2004; 19(4):234-41 pp.
36. Rawal N. Postoperative pain treatment for ambulatory surgery. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2007;21(1):129-48.
37. Clari M, Frigerio S, Ricceri F, Pici A, Alvaro R, Dimonte V. Follow-up telephone calls to patients discharged after undergoing orthopaedic surgery: double-blind, randomised controlled trial of efficacy. *J Clin Nurs*. 2015;24(19-20):2736-44.
38. Jones DT, Yoon MJ, Licameli G. Effectiveness of postoperative follow-up telephone interviews for patients who underwent adenotonsillectomy: A retrospective study. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*. 2007;133(11):1091-5.
39. Hwa K, Wren SM. Telehealth follow-up in lieu of postoperative clinic visit for ambulatory surgery: results of a pilot program. *JAMA surgery*. 2013;148(9):823-7.
40. Eisenberg D, Hwa K, Wren SM. Telephone follow-up by a midlevel provider after laparoscopic inguinal hernia repair instead of face-to-face clinic visit. *JSLs*. 2015;19(1):e2014.00205.
41. Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane database of systematic reviews*. 2006(4):CD004510.
42. Bahr SJ, Solverson S, Schlidt A, Hack D, Smith JL, Ryan P. Integrated Literature Review of Postdischarge Telephone Calls. *West J Nurs Res*. 2014;36(1):84-104.



43. Susarla SM, Black R, Dodson TB. After dentoalveolar surgery, most patients are satisfied with telephone follow-up. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69(8):2099-105.
44. van Boxel GI, Hart M, Kiszely A, Appleton S. Elective day-case laparoscopic cholecystectomy: a formal assessment of the need for outpatient follow-up. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013;95(8):e142-6.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Prosedyre oppfølgingssamtale

 Oslo universitetssykehus	Prosedyre		
	<b>Oppfølgingssamtale med dagkirurgiske pasienter via telefon første postoperative dag</b>		
OUS nivå 1 / Pasientrettet / Fagprosedyrer			
Dokument-ID: 83707	Dokumentansvarlig:	Godkjent av:	Godkjent fra:
Versjon: 0	Mi Stjernberg	Kjell Magne Tveit	11.09.2015
Status: Godkjent	Utarbeidet av:		
	Mi Stjernberg, Anne-Kate Esbjug, Johan C. Ræder, Vivi-Ann Sandersen...		

### 1. Endringer siden forrige versjon

Dokumentet er basert på tidligere nivå 2 prosedyre (Dagkirurgen, OPE, AKU, Dok-ID:6220) og er oppdatert i henhold til [Faaglige prosedyrer og retningslinjer - utarbeidelse og koordinering \(Dok-ID:349\)](#) med veiledning fra *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* (Helsedirektoratet) (1) og *Metode og minstekrav for utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer* (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten) (2). Tilhørende [spørreskjema \(Dok-ID: 83719\)](#) med veiledning (se vedlegg) er tilsvarende oppdatert.

### 2. Hensikt og omfang

Oppfølgingssamtale via telefon første postoperative dag utgjør en del av det dagkirurgiske behandlingsforløpet. Hensikten er å sikre pasientsikkerhet og kvalitet på dagkirurgisk behandling ved OUS gjennom innhenting og fortløpende registrering av sammenliknbare data fra oppfølgingssamtalen (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, [Dok-ID: 46](#)). Dataene skal anvendes til kvalitetsforbedring av egen virksomhet og må sees i sammenheng med kvalitetsmål for den enkelte avdeling.

### 3. Ansvar

**Klinikkleder** har ansvar for at klinisk styrende dokumentasjon er tilgjengelig og kjent i avdelingen og at prosedyren implementeres og etterleves innen eget ansvarsområde.

**Avdelingsleder og andre linjeledere** har ansvar for å tilrettelegge for opplæring, implementering og gjennomføring av prosedyren samt å følge opp resultatene.

**Spesialsykepleier/sykepleier** som utfører postoperativ oppfølgingssamtale, har ansvar for å følge prosedyren og veiledningen for bruk av spørreskjemaet.

### 4. Fremgangsmåte

#### Inklusjonskriterier til oppfølgingssamtale med spørreskjema

- Pasienten er 18 år eller eldre
- Pasienten reiser hjem eller overnatter på ubemannet pasienthotell
- Pasienten kan gjennomføre en telefonsamtale på norsk, svensk, dansk eller engelsk

#### Oppfølgingssamtale via telefon

Intensjonen med oppfølgingssamtalen er å få vite mer om hvordan det går med pasientene etter hjemkomst og om de er tilfreds med oppholdet i avdelingen. Ved bruk av et strukturert spørreskjema med faste svaralternativ, innhenter sykepleier svar fra pasienten ved hjelp av en telefonsamtale første postoperative dag eller første virkedag etter helg eller helligdag. Svarene som blir registrert skal henspille til pasientens tilstand det første døgnet etter hjemkomst, slik at dataene blir sammenliknbare. Det forutsettes at pasienten har fått skriftlig informasjon ved innkalling til dagkirurgisk behandling, samt muntlig og skriftlig informasjon behandlingsdagen - all informasjon er generell og fagspesifikk.

Oppfølgingssamtale første postoperative dag er et anbefalt tidspunkt i forhold til pasienters trykknhetsopplevelse og veiledningsbehov (10, 11, 12). Erfaringer tilsier at det er tidsbesparende å la pasienten reflektere over og forberede svarene sine, og de får derfor utlevert et modifisert spørreskjema ved hjemreise og informeres om oppfølgingssamtalen (13). Å svare på spørreskjemaet er frivillig og svarene er anonyme.

Oppfølgingssamtalen gjennomføres av spesialsykepleier/sykepleier (8, 12), som kjenner til det dagkirurgiske forløpet, har kjennskap til komplikasjoner som kan oppstå postoperativt, samt kan veilede pasienten i forhold til smertebehandling og videre postoperativt forløp (8, 13).

Pasienter som blir operert dagen før stengning av avdelingen i tre dager eller mer, i forbindelse med ferie og høytider,

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Oppfølgingssamtale med dagkirurgiske pasienter via telefon første postoperative dag	Utskriftsdato: 04.06.2016		
Utarbeidet av: Mi Stjernberg	Godkjent av: Kjell Magne Tveit	Dokument-ID: 83707 - Versjon: 0	Side 1 av 4

vil ikke bli fulgt opp med oppfølgingssamtale via telefon. Disse pasientene informeres om dette og bes spesifikt om å ta kontakt med poliklinikk, akuttmottak eller annen aktuell instans ved behov (13).

## Spørreskjemaet

[Spørreskjemaet](#) for oppfølgingssamtale med dagkirurgiske pasienter via telefon første postoperative dag er pilottestet to ganger. Det består av spørsmål om pasientens tilstand første døgn etter hjemkomst, om pasienten har hatt kontakt med helsevesenet etter hjemkomst som følge av postoperative komplikasjoner, samt pasientens tilfredshet med informasjon og opphold i avdelingen. Svaralternativene er faste, basert på Likerts skala og i henhold til Nasjonalt Kunnskapssenters anbefalinger for brukerundersøkelser. De er imidlertid modifisert og forenklet for å være tilpasset oppfølgingssamtale via telefon (13).

Det samme spørreskjemaet følges og spørsmålene stilles så likt som mulig. De seks første utfyllingspunktene i spørreskjemaet (type operasjon, anestesi, alder, kjønn osv.) skal alltid fylles ut for alle pasienter uavhengig av om de har svart på telefonoppringen eller ikke. Svarene som registreres er anonyme, hvilket betyr at dokumentet ikke inneholder personopplysninger (navn, fødselsdata, koding) som kan identifisere pasienten (14). Det skal ikke skrives navn på spørreskjemaet, merkes med barkode eller føres noen form for koding, som kan koble den enkelte pasient til avgitte svar.

Deretter følger spørsmål til pasienten innen ti områder (9, 12, 13, 15):

- **Nattesøvn**; fire svaralternativ som angir grad fra ingen søvn til normal søvn, med utddybing av årsak til mindre søvn enn normalt.
- **Generell funksjon**; fire svaralternativ angir grad av mobilisering/aktivitet fra ingen til normal aktivitet.
- **Smerte knyttet til operasjonen**; angis på NRS-skala fra 0 til 10 (16, 17), som senere kan inndeles i områdene Ingen/mild smerte (NRS 0-3), Moderat smerte (NRS 4-6) og Sterk smerte (NRS 7-10)
- **Behov for smertestillende medisiner dagen etter operasjonen**; fire svaralternativ som angir ulik inntak og effekt av smertestillende medisiner i henhold til anbefaling.
- **Postoperativ kvalme og oppkast (POKO)**; tre svaralternativ for hvert spørsmål som angir gradert forekomst av POKO.
- **Postoperativ blødning**; tre svaralternativ som angir gradert forekomst av blødning.
- **Andre plager eller bivirkninger knyttet til operasjonen**; tre spørsmål som fanger opp behov for kontakt med helsevesen og årsak til dette.
- **Informasjon**; to spørsmål med fire svaralternativ hver i forhold til grad av tilfredshet med informasjonen.
- **Utskrivelse fra Dagkirurgisk avdeling**; fire svaralternativ som angir grad av tilfredshet med tidspunkt for utskrivelse.
- **Tilfredshet**; fire svaralternativ som angir grad av tilfredshet med hele oppholdet.

[Spørreskjema](#) er utarbeidet som eget dokument i eHåndboken (Dok-ID: 83719) og Veileder til spørreskjemaet ligger som vedlegg til spørreskjemaet.

## Registrering, behandling og anvendelse av data

Pasientens svar registreres direkte inn i elektronisk spørreskjema i Achilles (se Virksomhetsportalen / Tjenester / Avviksbehandling - Achilles / Brukerundersøkelser) i forbindelse med oppfølgingssamtalen. Ulike typer analyser (f.eks. frekvens, %, tidsserier mm) kan hentes ut som rapporter fra Achilles. Mer avanserte analyser kan utføres ved å flytte data fra Achilles til statistikkprogram som for eksempel SPSS eller Excel.

Data i rapportene skal anvendes til å tydeliggjøre behov for forbedringstiltak og til å vurdere evt. effekt av disse for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet.

## Etikk

Taushetsplikten ivaretas ved at pasienten kontaktes på egen mobiltelefon. Det legges ikke igjen svar på telefonsvarer. Dersom pasienten ikke har svart etter to oppringninger, blir pasientsvarene registrert som "missing" i registrering og statistikk. Når pasienten svarer på telefonsamtalen og spørsmålene som stilles, anses dette for å være et formelt samtykke (13).

Flere av spørsmålene innebærer tilbakemelding på tilfredshet med gitt informasjon og opphold i avdelingen operasjonsdagen. Det anbefales derfor at spesialsykepleier/sykepleier ikke ringer til de pasienten hun/han selv har hatt ansvar for, for å sikre at pasienten føler seg fri til å uttrykke sin mening. Spesielle hendelser operasjonsdagen knyttet til behandlingen av en pasient skal formidles på forhånd til spesialsykepleier/sykepleier som skal gjennomføre oppringningssamtalen (13).

Opplysninger om uventede postoperative hendelser i forbindelse med oppfølgingssamtalen skal dokumenteres i

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Oppfølgingssamtale med dagkirurgiske pasienter via telefon første postoperative dag		Utskriftsdato: 04.06.2016
Utarbeidet av: Mi Stjernberg	Godkjent av: Kjell Magne Tveit	Dokument-id: 83707 - Versjon: 0
		Side 2 av 4

pasientens journal (18). Oppdages behov for videre oppfølging eller medisinsk behandling, bes pasienten ta kontakt med poliklinikk, akuttmottak eller annen aktuell instans.

## 5. Definisjoner

Dagkirurgi defineres her som kirurgiske prosedyrer i forbindelse med diagnostikk eller behandling som krever omfattende lokal anestesi, generell anestesi eller regional anestesi, som krever noe overvåkning etterpå, og hvor pasienten reiser hjem samme dag (7, Dok-ID: 46) eller til ubemannet pasienthotell (13).

## 6. Avvik eller dissens

Avvik fra prosedyren skal dokumenteres i pasientens journal (f.eks. ikke gjennomført oppfølgingsamtale via telefon ved stegning på grunn av ferie/høytider eller avvik fra forventet postoperativt forløp).

Andre avvik som oppdages i forbindelse med gjennomføring av oppfølgingsamtalen, meldes i henhold til gjeldende prosedyrer.

## 7. Referanser

1. Helsedirektoratet. Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer 2012. IS-1870. ISBN-nr. 978-82-8081-225-4. Hentet 05.07.15 fra: <https://helseidirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/184/Veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer-IS-1870.pdf>
2. Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjensten. Metode og minstekrav for utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer - fullversjon. Hentet 05.07.15 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/metode-for-%C3%A5-lage-prosedyrer/metode-og-minstekrav-fullversjon>
3. Spesialisthelsetjenesteloven. 1999. Lov om spesialisthelsetjenesten m.v. av 1999-07-02 nr 61.
4. Sosial- og helsedirektoratet. ....OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005-2015. IS-1162. ISBN 978-82-8081-072-2.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet - trygge tjenester; Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten (St.mld. 10 2012-3013) 2012. Hentet 05.07.15 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan (St.mld. 16 2011-2015) 2011. Hentet 05.07.15 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20101011/id639794/>
7. Ræder J, Nordentoft J. Dagkirurgi og anestesi. Tidsskrift for Den Norske Legeforening 2010. 7(130):742-6.
8. Warrèn Stomberg M, Segerdahl M, Rawal N, Jakobson J, Brattwall M. Clinical Practice and Routines for Day Surgery in Sweden: Implications for Improvement in Nursing Interventions. Journal of PeriAnesthesia Nursing 2008. 23(5):311-20.
9. Adlin Dasima AK, Karis M. The Prevalence of Postoperative Symptoms within 24 Hours after Ambulatory Surgery in a University Hospital. Journal of Surgical Academia 2013. 3(2):32-8.
10. Flanagan J. Postoperative Telephone Calls: Timing Is Everything. AORN Journal 2009. 90(1):41-51.
11. Rawal, N. Postoperative pain treatment for ambulatory surgery. Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology 2007. 21(1):129-48.
12. Godden B. Postoperative Phone Calls: Is There Another Way? Journal of PeriAnesthesia Nursing 2010. 25(6):405-8.
13. Konsensusbasert anbefaling basert på alle involverte som er nevnt under krav 4 og 13 i metoderapporten (AGREE).
14. Personopplysningsloven. 2000. Lov om behandling av personopplysninger m.v. av 2000-04-14 nr 31.
15. Sawhney M, Paul J, Alvarado K. Pain and Other Adverse Symptoms Identified by Follow-up Telephone Call after Ambulatory Inguinal Hernia Repair. Ambulatory Surgery 2010. 16(1):13-14.
16. Torvik K, Skauge M, Rustøen T. 2008. Smertekartlegging. I: Redaktør Rustøen T, Klopstad Wahl A. Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008. s. 51-75.
17. Clinical Best Practice Guidelines. Assessment and Management of Pain. Third Edition. 2013. s. 82. [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain\\_15\\_WEB\\_FINAL\\_DEC\\_2.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_15_WEB_FINAL_DEC_2.pdf)
18. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr 64.

### Vedlegg

- [Metoderapport - Oppfølgingsamtale dagkir pasienter](#)
- [PICO-skjema. Postoperativ oppfølging via telefon](#)
- [Dokumentasjon av søk - Prosedyre Dagkirurgi - Postoperativ oppfølgingsamtale via telefon](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Oppfølgingsamtale med dagkirurgiske pasienter via telefon første postoperative dag		Utskriftsdato: 04.06.2016
Utarbeidet av: Mi Stjernberg	Godkjent av: Kjell Magne Tveit	Dokument-Id: 83707 - Versjon: 0
		Side 3 av 4

#### Andre eHåndboksdokumenter

- [Dagkirurgi](#)
- [Faglige prosedyrer og retningslinjer - utarbeidelse og koordinering](#)
- [Oppfølgingsamtale med dagkirurgiske pasienter via telefon - Spørreskiema for sykepleier](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Prosedyre Oppfølgingsamtale med dagkirurgiske pasienter via telefon første postoperative dag		Utskriftsdato: 04.06.2016
Utarbeidet av: Mi Stjernberg	Godkjent av: Kjell Magne Tveit	Dokument-Id: 83707 - Versjon: 0
		Side 4 av 4



## Vedlegg 2: Veileder til spørreskjema



### Oslo universitetssykehus Veileder til spørreskjema for oppfølgingssamtale med dagkirurgiske pasienter via telefon første postoperative dag

Veilederen er utarbeidet for å bidra til nøyaktig og mest mulig ensartet bruk av spørreskjemaet. Det henvises til prosedyre (Dok-ID: 83707) og spørreskjema (Dok-ID: 83719).

Hver enkelt avdeling må ha eget system for registrering av hvilke pasienter som skal ringes / har blitt ringt til.

Ikke svar, har ringt pasienten 2 ganger, kl.....og kl.....  
*Dersom pasienten ikke svarer, noteres tidspunktet for oppringningen. Svarer pasienten ikke på andre forsøk, noteres tidspunktet for oppringningen og det krysses av i ruten for "Ikke svar". De neste seks punktene (år, måned, operasjon, anestesi, kjønn, alder) skal alltid fylles ut og registreres uavhengig av om pasienten svarer.*

År: År operasjonen er utført (eksempel: 2015)

Måned: Måned operasjonen er utført (eksempel: 06)

Operasjon: Type inngrep fra kodelisten (eksempel: 14)

Anestesi: TIVA + lokal    TIVA    Lokal + Sed    Lokal    Regional    Inhalasjon  
Annet

Sett ett kryss for hvilken anestesimetode som er brukt.

- TIVA + lokal innebærer at pasienten har fått TIVA samt lokalanestesi under inngrepet eller ved avslutningen.
- TIVA innebærer at pasienten kun har fått TIVA.
- Lokal + Sed innebærer at pasienten har fått lokalanestesi og sedasjon under inngrepet
- Lokal innebærer at pasienten kun har fått lokalanestesi
- Regional innebærer at pasienten har fått ledningsanestesi, plexus-, epidural- eller spinalanestesi
- Inhalasjon innebærer at pasienten har fått inhalasjonsanestesi under inngrepet og skal brukes i alle tilfeller der pasienten har fått dette – uavhengig om de har fått annen anestesi i tillegg

Kjønn: Mann    Kvinne Sett kryss for kjønn på pasienten

Alder: Skriv nåværende alder i år (eksempel: 43). For å dobbeltkontrollere at det er riktig alder, kan du spørre pasienten om alder når du ringer.

#### Nattesøvn

*Må sees i forhold til hva som er normal mengde søvn til vanlig for pasienten. Noen pasienter sover dårlig til vanlig og har sovet tilsvarende dårlig etter operasjonen, men da er det "normalt" for den pasienten, dvs. svaralternativ "Normal søvn".*

*Noen pasienter sover dårlig første natten grunnet for eksempel narkose, medikamenter eller psykisk påkjenning. Da kan sykepleier berolige pasienten med at han/hun sannsynligvis vil sove bedre natten som kommer.*

*Av erfaring sover mange pasienter dårlig på grunn av at de ikke kan ligge i sin vanlige sovestilling, derav svaralternativet "Uvant sovestilling".*

1. Hvor mye har du sovet første natten etter operasjonen?

Ikke i det hele tatt    I noen grad    I stor grad    Normal søvn

Utarbeidet: 08.07.15

Utarbeidet av: Mi Stjernberg, Anne-Kate Esbjug, Johan C. Ræder, Vivi-Ann Sandersen, Akuttklinikken



2. Hvis du har sovet mindre enn normalt på grunn av operasjonen, hva er grunnen til det?  
(Du kan krysse av flere alternativ)

Smerter    Uro    Hodepine    Mareritt    Uvant sovestilling    Annet

### **Generell funksjon**

*Må sees i forhold til hva som er normal aktivitet for pasienten til vanlig.*

*Dersom en til vanlig oppegående pasient svarer "Ikke i det hele tatt", må sykepleier følge opp med spørsmål om hva som er årsaken til dette. En immobilisert pasient er utsatt for postoperative komplikasjoner i forhold til respirasjon og sirkulasjon (eks. trombose), og kan trenge medisinsk tilsyn.*

3. Klarer du å være i normal aktivitet dagen etter operasjonen?

Ikke i det hele tatt    I noen grad    I stor grad    Normal aktivitet

*Ikke i det hele tatt = trenger mye hjelp (sengeliggende)*

*I noen grad = trenger hjelp til flere ting/daglige gjøremål (klarere å sitte oppe)*

*I stor grad = trenger hjelp til få/enkelte ting (oppegående)*

### **Smerte knyttet til operasjonen**

*Numeric Rating Scale (NRS) er gullstandard og anbefales også ved telefonintervju.*

*Informasjon og aktiv bruk av NRS operasjonsdagen underletter gjennomgangen av spørreskjemaet. Smerte er en subjektiv opplevelse og pasientens smerteangivelse noteres med et tall (eksempel: 4) på hver av de tre spørsmålene. Spørsmålene ledsages av veiledning i forhold til smerte og smertebehandling.*

4. Hvor mye smerte har du i hvile dagen etter operasjonen, på en skala fra 0-10 (hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte)?

5. Hvor mye smerte har du i aktivitet dagen etter operasjonen, på en skala fra 0-10 (hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte)?

6. Hvor sterk har smerten vært på sitt verste siden utskrivelse, på en skala fra 0-10 (hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte)?

*I rapporter anbefales det å samle data på følgende måte:*

- Ingen/mild smerte = NRS 0-3
- Moderat smerte = NRS 4-6
- Sterk smerte = NRS 7-10

### **Behov for smertestillende medisiner dagen etter operasjonen**

*Kartlegging av hva pasienten har tatt av smertestillende medisiner etter hjemkomst sammenlignet med anbefalt smertebehandling og utleverte resepter på smertestillende medisiner. Selv om pasienten allerede har krysset for et alternativ her, må sykepleier ut fra pasientens utsagn vurdere om riktig svar er krysset for, og eventuelt justere dette ut fra hva som fremkommer under samtalen. Den som ringer pasienten må forhøre seg om hva pasienten har tatt av smertestillende, spesielt dersom pasienten har vondt (NRS $\geq$ 4). Erfaringen tilsier at*

Utarbeidet: 08.07.15

Utarbeidet av: Mi Stjernberg, Anne-Kate Esbjug, Johan C. Ræder, Vivi-Ann Sandersen, Akuttklinikken



Oslo universitetssykehus **Veileder til spørreskjema for oppfølgingssamtale med dagkirurgiske pasienter via telefon første postoperative dag**

*mange pasienter med postoperativ smerte ikke har utnyttet doseringen fullt ut, og derfor trenger veiledning.*

*De to første svaralternativene innebærer at pasienten ikke har vondt etter operasjonen.*

*De to siste svaralternativene innebærer at pasienten har vondt etter operasjonen.*

*Svaralternativene er utformet slik at man i forbindelse med statistiske analyser kan få et innblikk i om:*

- **Alt.1:** "Jeg har ikke hatt behov for å ta smertestillende". Noen typer operasjoner er ikke spesielt smertefulle postoperativt. Det er muligens ikke nødvendig å skrive ut resepter på smertestillende medisiner. Pasientene kan eventuelt klare seg med reseptfrie alternativer.
- **Alt.2:** "Jeg har tatt smertestillende og har ikke vondt". **Pasientene har fulgt anbefalingene** for smertestillende medisiner- de har tatt smertestillende medisiner og har ikke vondt. Avdelingens rutiner og standarder for smertebehandling virker å være adekvate.
- **Alt.3:** "Jeg har ikke fulgt anbefalingene og har / har hatt vondt". Pasienten har vondt men har ikke utnyttet maksimal anbefalt dose smertestillende etter operasjonen, med andre ord; **pasienten har ikke fulgt anbefalingene**. I tilfelle mange pasienter faller innenfor denne kategorien, bør avdelingen ta opp dette til diskusjon og undersøke hva som kan være årsaken til dette, samt se over rutiner og standarder for informasjon om smerte- og smertebehandling.
- **Alt.4:** "Jeg har tatt anbefalt dose smertestillende og har / har hatt vondt". **Pasienten har fulgt anbefalingene (har utnyttet maksimal dose foreskrevet smertestillende) men har fortsatt vondt**. I tilfelle man oppdager at pasienter etter for eksempel en viss type kirurgi faller innenfor denne kategorien, bør avdelingen ta opp dette til diskusjon og undersøke hva som kan være årsaken til dette, se over rutiner og standarder for resepter og smertebehandling.

7. Har du tatt smertestillende medisiner slik du ble anbefalt?

Jeg har ikke hatt behov for å ta smertestillende

Jeg har tatt smertestillende og har ikke vondt

Jeg har ikke fulgt anbefalingene og har/har hatt vondt

Jeg har tatt anbefalt dose smertestillende og har/har hatt vondt

#### **Postoperativ kvalme og oppkast**

*Oppdages stor forekomst av postoperativ kvalme/oppkast (POKO) bør avdelingen se på sine rutiner for kvalmeprofylakse, anestesiform, preoperativ kartlegging av risikofaktorer (Apfel-score) etc. I tilfelle en pasient er veldig plaget med POKO anbefales medisinsk tilsyn eller hjelp til å få dempet symptomene.*

8. Har du vært kvalm etter hjemkomst?

Ikke i det hele tatt    I noen grad    I stor grad

Utarbeidet: 08.07.15

Utarbeidet av: Mi Stjernberg, Anne-Kate Esbjerg, Johan C. Ræder, Vivi-Ann Sandersen, Akuttklinikken





Oslo universitetssykehus **Veileder til spørreskjema for oppfølgingsamtale med dagkirurgiske pasienter via telefon første postoperative dag**

9. Har du kastet opp etter hjemkomst?  
Ikke i det hele tatt    I noen grad    I stor grad

**Postoperativ blødning**

*Blødning som avviker fra forventet postoperativt forløp bør konfereres med kirurg for vurdering om pasienten trenger medisinsk tilsyn. I akutte tilfeller må pasienten komme til akuttmottak eventuelt ring 113 for ambulanse.*

*I noen tilfeller er det forventet og vanlig med litt blødning den første tiden etter operasjonen, for eksempel ved anale inngrep. Dersom det er innenfor "normalen" krysser man for "Ikke i det hele tatt". Spor av blod/blodflekk i bandasjen etter operasjon, anses for å være normalt og krysses av som "Ikke i det hele tatt".*

10. Har du blødd fra operasjonsområdet etter hjemkomst?  
Ikke i det hele tatt    I noen grad    I stor grad

**Andre plager eller bivirkninger knyttet til operasjonen**

*Det er av interesse å undersøke om pasientene har behov for medisinsk konsultasjon eller tilsyn etter hjemkomst, hvem de kontakter og hva som er årsak til dette.*

11. Har du tatt kontakt med helsevesenet etter hjemkomst, som følge av operasjonen?  
Nei    Ja
12. Hvis ja, hva var årsaken til kontakten? (Du kan krysse av flere alternativ)  
Smerter    Blødning    Kvalme/oppkast    Pustevansker    Hjerteklapp    Besvimelse  
Annet
13. Hvis ja, sett kryss for hvem du kontaktet (Du kan krysse av flere alternativ)  
Dagkirurgisk avdeling    Akuttmottak    Poliklinikk    Kirurg    Legevakt    Fastlege  
Annet

**Informasjon**

*Informasjon bør gis muntlig og skriftlig operasjonsdagen. Pasienten møter sykepleiere og leger fra ulike fagområder (postoperativ, anestesi og operasjon) slik at dette blir en generell kartlegging av tilfredshet med informasjon gitt operasjonsdagen.*

14. Er du tilfreds med informasjonen gitt av sykepleier operasjonsdagen?  
Ikke i det hele tatt    I noen grad    I stor grad    I svært stor grad
15. Er du tilfreds med informasjonen gitt av lege operasjonsdagen?  
*Det anbefales å gi postoperativ informasjon om inngrepet tidligst 40 minutter etter at operasjonen er avsluttet. Ellers vil pasienten huske svært lite av hva kirurgen forteller.*  
Ikke i det hele tatt    I noen grad    I stor grad    I svært stor grad

Utarbeidet: 08.07.15

Utarbeidet av: Mi Stjernberg, Anne-Kate Esbjug, Johan C. Ræder, Vivi-Ann Sandersen, Akuttklinikken



Oslo universitetssykehus **Veileder til spørreskjema for oppfølgingsamtale med dagkirurgiske pasienter via telefon første postoperative dag**

**Utskrivelse fra Dagkirurgisk avdeling**

*Kartlegging for å se om pasientene opplever at de blir sendt hjem altfor tidlig eller om de får tilstrekkelig med tid i avdelingen før hjemreise.*

16. Fikk du tilstrekkelig med tid til å komme deg etter operasjonen før du ble sendt hjem?  
Ikke i det hele tatt    I noen grad    I stor grad    I svært stor grad

**Tilfredshet**

*Tilfredshet er en kvalitetsindikator og avdelingen har ofte et mål for pasienttilfredshet. Dersom pasienten ikke er tilfreds med tilbudet, spør hva som manglet eller hva som kunne vært gjort annerledes. Det er alltid bra med konstruktiv tilbakemelding, slik at vi kan forbedre tilbudet til pasientene!*

17. Er du tilfreds med oppholdet ved Dagkirurgisk avdeling?  
Ikke i det hele tatt    I noen grad    I stor grad    I svært stor grad

Utarbeidet: 08.07.15

Utarbeidet av: Mi Stjernberg, Anne-Kate Esbjug, Johan C. Ræder, Vivi-Ann Sandersen, Akuttklinikken