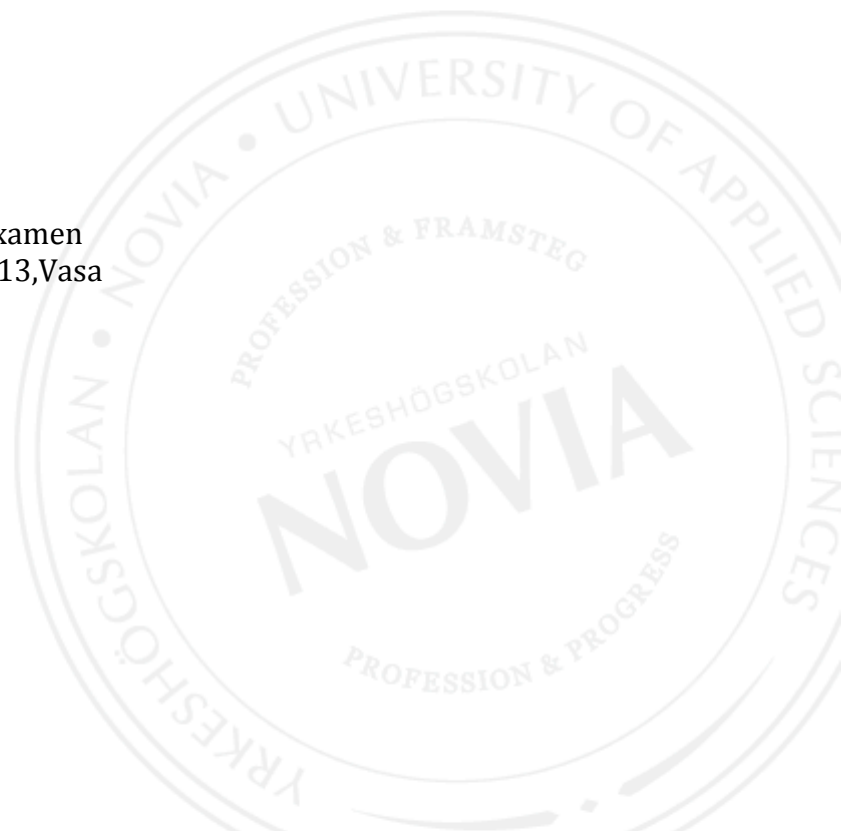


Den postoperativa vården efter tonsillotomi

En enkätundersökning för föräldrar om den postoperativa vården efter tonsillotomi för barnpatienten i dagkirurgi

Pia Forsell

Examensarbete för sjukskötare YH-examen
Utbildningsprogrammet för VårdVux13,Vasa
Esbo 2014



EXAMENSARBETE

Författare: Pia Forsell

Utbildningsprogram och ort: Sjukskötare YH, Vasa

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Kompletterad vuxenutbildning

Handledare: Anna-Lena Nieminen

Titel: Den postoperativa vården efter tonsillotomi,

En enkätundersökning för föräldrarna om den postoperativa vården efter tonsillotomi för barnpatienten i dagkirurgi

Datum Sidantal Bilagor

24.4.2014 53 + 4 bilagor

Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att få information

hur den postoperativa vården efter barnets tonsillotomi har fortlöpt.

Att få respons ifall det uppkommit komplikationer hemma, har informationen och handledningen varit tillräcklig.

Har föräldrarna upplevt att de fått god vård på Pikkujätti lasten ja nuorten lääkäriasema OY.

Undersökningen förverkligades med hjälp av en enkätundersökning.

Med hjälp av informationen via frågeformulären kan vi fortsättningsvis utveckla standarden på vården samt vid behov uppdatera våra hemskötsel anvisningar.

Enkätundersökningen är en kvantitativ inriktad undersökning med en öppen, kvalitativ fråga. Materialet samlades in via frågeformulär som innehöll 6 frågor. Insamlandet av data skedde under en tidsperiod på 10 veckor; januari-mars 2014. Antalet utskickade enkäter var 30 st.

Data analysen gjordes med hjälp av excel tabeller och framfördes grafiskt. Det öppna frågesvaret citerades.

Undersökningens resultat visar att komplikationerna hemma var jämförbara med de som framkom i de nyaste undersökningarna. Respondenterna, föräldrarna var nöjda med den handledningen och informationen de fått samt de uppskattar vården de får på Pikkujätti.

Språk: Svenska Nyckelord: Tonsillotomi ,Vård, Barnet som patient, Dagkirurgi

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Pia Forsell

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Sairaanhoitaja, AMK

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Täydentävät aikuisopinnot

Ohjaajat: Anna-Lena Nieminen

Nimike: Lapsipotilaan tonsillotomian postoperatiivinen hoito päiväkirurgiassa

Vanhemmille suunnattu kyselylomake tutkimus

Päivämäärä Sivumäärä Liitteet

24.4.2104 53 + 4 liitettä

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön aihe on työstetty yhteistyössä työnantajani Pikkujätti lasten ja nuorten lääkäriasema OY:n kanssa. Opinnäyte työn tarkoitus on kerätä tietoa miten lapsen postoperatiivinen hoito tonsillotomian jälkeen on sujunut, saada palautetta onko kotona ollut komplikaatioita, onko tiedonsaanti ja ohjaus ollut riittävää.

Ovatko vanhemmat kokeneet saaneensa hyvää hoitoa.

Tutkimus on kvantitatiivinen ja toteutettiin kyselylomakkeen avulla. Vastauksista kerätyllä tiedolla toivomme voivamme edelleen kehittää hyvää hoitomme tasoa ja tarpeen vaatiessa päivittää kotihoito-ohjeitamme.

Kyselylomake tutkimus on kvantitatiivinen jossa yksi kysymys on avoin, kvalitatiivinen. Tutkimus koostui 6 osakysymyksestä .

Lomakkeita jaettiin 10 viikon ajan, yhteensä 30 kpl. Aikaväli tammikuu- maaliskuu 2014.

Data-analyysin kvantitatiivinen materiaali työstettiin Excel taulukoiden ja grafiikan avulla ja avoimen kysymyksen vastaukset kirjattiin sitaatteina.

Tutkimusanalyysin tuloksena voidaan todeta että postoperatiiviset komplikaatiot eivät poikkeaa muista uusimpien tutkimusten tuloksista.

Vanhemmat kokivat saaneensa hyvää ohjausta, tiedonanto on ollut riittävää sekä että he ovat kokonaisuudessaan tyytyväisiä saamansa hyvään hoitoon ja suosittelisivat Pikkujättiä.

Kieli:Suomi Avainsanat:Tonsillotomia, Hoito, Lapsipotilas, Päiväkirurgia

BACHELOR'S THESIS

Author: Pia Forsell

Degree Programme: Bachelor's program in nursing

Specialization: Adult specialization

Supervisors: Anna-Lena Nieminen

Title: The postoperative care of the tonsillotomy child patient in day- surgery

A questionnaire for the parents about the postoperative care

| Date | Number of pages | Appendices |
|------------------|-----------------|---------------------|
| 24.4.2014 | 53 + | 4 appendices |

Summary

The objectives to this thesis was to gather information about the postoperative care after tonsillotomy. The topic was planned together with my employer Pikkujätti lasten ja nuorten lääkäriasema OY.

To collect information about possible complications at home and to find out if the information and the guidance we give out is sufficient.

The survey was done with a questionnaire. With the aid of the information from the answers we are able to continue to develop our good standard of care and to update the homecare instructions if necessary.

The questionnaire is a quantitative survey with one open, qualitative question. It consists of 6 multiple questions.

The questionnaire, altogether 30 samples, was distributed during 10 weeks, from Januari-March 2014.

The data analysis, the quantitative information was edited with the help of statistic charts from the excel program and the answers from the open question was directly quoted.

The result of the analysis gave us valuable information about that the parents were satisfied with the information and the guidance they've gotten.

They were also pleased with our care at Pikkujätti and would recommend us to others.

Language: English

Key words: Tonsillotomy, The child patient; Daysurgery

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| 1. Inledning | 1 |
| 2. Syfte och frågeställningen | 2 |
| 3. Bakgrund..... | 3 |
| 3.1 Tonsillotomi | 3 |
| 3.1.1 En historisk inblick..... | 4 |
| 3.1.2 Indikationer för tonsillotomi..... | 6 |
| 3.1.2.1 Hypertrofi..... | 6 |
| 3.1.2.2 Sömnapné och snarkning..... | 7 |
| 3.1.3 Ingreppet tonsillotomi..... | 8 |
| 3.1.4 Fördelar med tonsillotomi | 9 |
| 3.1.5 Nackdelar med tonsillotomi | 11 |
| 3.2 Den postoperativa vården..... | 11 |
| 3.2.1 Smärta | 12 |
| 3.2.2. Blödningar | 13 |
| 3.2.3. Illamående och uppkastning | 14 |
| 3.2.4 Hemförlovning..... | 15 |
| 3.3. Barnet i vården..... | 16 |
| 3.3.1 Barnet 3-6 år..... | 17 |
| 3.3.2 Barnet 7-12 | 17 |
| 3.3.3 Barnets rädslor inför ingrepp | 18 |
| 3.3.4 Föräldrarnas roll | 19 |
| 3.4. Dagkirurgi | 20 |
| 3.4.1 Bakgrund till dagkirurgi..... | 20 |
| 3.4.2 Dagkirurgin i Finland | 21 |
| 3.4.3 Kriterier för den dagkirurgiska patienten | 22 |
| 3.4.4. Barnpatienten i dagkirurgi..... | 23 |
| 3.4.5 Riktlinjer för vårdpersonalen | 24 |
| 4. Vårdteoretisk referensram | 25 |
| 4.1 Att vårda är att dela..... | 25 |
| 4.2 Helhetssyn..... | 26 |
| 4.3.Yrkesmässig vård | 26 |
| 5. Metod..... | 27 |
| 5.1 Urval av informanter..... | 27 |
| 5.2 Enkät som datainsamlingsmetod..... | 28 |
| 5.3.Dataanalys..... | 29 |
| 5.4. Etiska frågeställningar..... | 30 |
| 5.5 Det praktiska genomförandet..... | 31 |
| 6.Resultatredovisning..... | 32 |
| 6.1 Rubrik 1 : Smärtlindring..... | 33 |
| 6.2.Rubrik 2 : Kost | 35 |
| 6.3.Rubrik 3 : Illamående..... | 36 |
| 6.4.Rubrik 4 : Blödningar..... | 36 |
| 6.5 Rubrik 5 : Informationen..... | 38 |
| 6.6 Rubrik 6 : Respons / Idéer / Frågor..... | 39 |
| 7.Analys | 39 |
| 8.Kritisk granskning | 42 |
| 8.1 Validitet och reliabilitet | 43 |
| 9. Slutsatser och avslutning..... | 44 |

| | |
|-----------------------|----|
| Källförteckning | 46 |
|-----------------------|----|

| | |
|--------------------------------|----------|
| Bilagor : Frågeformulär | bilaga 1 |
| Kyselylomake | bilaga 2 |
| Tillstånd av arbetsgivaren | bilaga 3 |
| Excel- tabell över statistiken | bilaga 4 |

| | |
|---|----|
| Figur 1 Åldersfördelning | 33 |
| Figur 2 Inflammationshämmande smärtlindring | 34 |
| Figur 3 Kortverkande smärtlindring | 34 |
| Figur 4 Smärtlindring Tramal..... | 35 |
| Figur 5 Illamående | 36 |
| Figur 6 Blödningar | 37 |

1. Inledning

Tonsillotomi (delvist avkapande av tonsillerna) är ett gammalt ingrepp som gjorts redan för 3000 år sedan. Ingreppet glömdes bort en längre tid då tonsillectomin (operation av tonsillerna) blev mer populär. Nu med hjälp av ny modern operationsteknik har tonsillotomin gjort en ny stark frammarsch.

Ingreppet kan göras i dagkirurgi, vilket gynnar barnpatienten och hela familjen då tillfrisknandet sker hemma.

På HUS öron/näs/halsklinik gjordes 712 st tonsillotomier åt barn mellan åren 2008-2012. (Nokso-Koivisto, J, 2013/Duodecim 129:15)

Den dagkirurgiska verksamheten i Finland är trygg och av hög kvalitet. Patient responsen angående vården är till största delen god.

Öron/näs/halskirurgiska ingrepp för barn lämpar sig bra att göras dagkirurgiskt.

För att kunna ge god vård åt barnpatienten krävs det att vi som vårdare är känsliga och öppna och har en insiktsfull attityd gentemot barnet och familjen.

Ett barnperspektiv innebär att vi i våra möten med barnet försöker se med deras ögon och känna oss in hur just det barnet mår.

Då barnet kommer in på ingrepp bidrar detta till ökad stress, rädsla och oro för både barnet och föräldrarna. Genom att kunna ge tillräcklig information och handledning kan vi minska på stressnivån och bygga upp ett vårdförhållande med känsla av tillit och trygghet. (Tingberg, B. 2004, s 50-51)

De postoperativa anvisningarna skall ges både muntligt och skriftligt, de skall vara kortfattade och lättförståeliga. Vårdarna skall aktivt utforma informationen så att den är kliniskt relevant. (Tingberg, B. 2004, s 44)

De viktiga grundprinciperna som vi vårdare måste komma ihåg då vi arbetar med barn och unga är trygghet, individualitet, familjecentrering, initiativförmåga, kontinuitet i vården samt att trygga barnets tillväxt. (Koistinen, P. 2004)

Förutom att ansvaret är stort för vårdpersonalen för att kunna inge trygghet åt barnet och föräldrarna inför ingreppet, blir även ansvaret stort för föräldrarna, familjen.

På deras ansvar ligger, förutom det preoperativa förberedandet av barnet inför ingreppet, även den största biten, den postoperativa vården hemma.

I mitt dagliga arbete på operationssalen Pikkujätti lasten ja nuorten lääkäriasema OY i Hagalund har tonsillotomi ingreppen ökat nämnvärt sedan jag började mitt arbetet som sjukskötare för sju år sedan. Ingreppen påbörjades år 2005 och antalet tonsillotomier + tonsillektomier alltså allt under tidsperioden 2005-2013 är ca 410 st. Antalet tonsillotomier i Hagalund året 2013 var 67 st. I Östra centrum var antalet i fjol 94 st.

Att jobba med barn är något alldeles speciellt, mycket givande men det sätter även ett stort ansvar på vårdaren för att kunna vara öppen och känslig inför barnets och föräldrarnas behov så att vårdssituationen blir trygg och inger tillit.

En negativ, smärtsam upplevelse vid ett ingrepp har oftast långverkande följder, så hur vi vårdar är av stor betydelse.

Vi har aldrig för mycket kunskap och i denna bransch är det viktigt att upprätthålla intresset för ny kunskap. Men vi vill ju inte enbart få kunskap och fakta för vår egen skull utan också för att kunna handla bättre än tidigare. (Bell, J, 1995 s.22)

Med detta i tankarna utvecklades idén för detta examensarbete och en enkätstudie, i samråd med operationsteamet i Hagalund.

Vi ville få direkt respons av föräldrarna huruvida den information och handledning vi ger fungerar i frågan om tonsillotomi barnets postoperativ vård.

2. Syfte och frågeställningen

Syftet med detta arbete är att få information till arbetsgivaren om kvaliteten och standarden av tonsillotomipatientens vård på Pikkujätti, har vi kunnat informera och handleda föräldrarna tillräckligt angående de postoperativa komplikationerna för att de skall känna sig trygga att ta över ansvaret för barnets vård hemma

De centrala frågorna i arbetet är:

- 1. I vilken mån uppkom det postoperativa komplikationer hemma?**
- 2. Hur kan vi som vårdare ge en god vård åt tonsillotomi barnet ?**
- 3. Hur kan vi som vårdare ge en god handledning för den postoperativa vården hemma**

3. Bakgrund

För den teoretiska bakgrunden användes aktuella undersökningar samt litteratur angående alla delkomponenter av undersökningen; tonsillotomi, postoperativ vård, barnpatienten samt dagkirurgi.

3.1 Tonsillotomi

Tonsillotomi är ett ingrepp där den del av tonsillerna som sticker ut ur gombågarna och orsakar förträngning av svalget avlägsnas.

Ingreppet används då barnet har stora obstruktiva tonsiller utan någon egentlig infektionsanamnes.

Obstruktiva tonsiller medför ofta snarkning och sömnapné , vilket i sin tur kan leda till dagtrötthet, dålig tillväxt, enures, bettavvikelser, koncentrationssvårigheter och inlärningsproblem.

Tonsillotomi lämpar sig väl att göras dagkirurgiskt, ofta kombinerad med en adenotomi, en skrapning av näspolypen.(Anniko,M. 2012 s. 194)

Tonsillotomi är en gammal metod som var bortglömd emellan men nu med hjälp av den nya moderna operationstekniken har den blivit mer populär igen.

(Nokso-Koivisto,J.2013/Duodecim 129:15)

Tonsillectomi innebär att hela tonsillen avlägsnas. Detta ingrepp görs då barnet har upprepade tonsilliter, vid cyklisk feber men även vid snarkning och sömnapné. Ingreppet kan även göras dagkirurgiskt men det finns en större risk för blödning under och efter operationen jämfört med tonsillotomi (Anniko.M, 2012 s 195)

Efter en traditionell tonsillectomi förekommer det märkbar smärta, ätandet är svårt och tillfrisknandet betydligt längre än vid tonsillotomi.

Det finns även risk för uttorkning samt postoperativa blödningar. Således är nackdelarna märkbara , inte enbart för barnet och familjen utan även för samhället.

Därför kom behovet att utveckla nya sätt för att underlätta och försnabba det postoperativa tillfrisknandet. (Nokso-Koivisto,J. 2013/Duodecim 129:15)

3.1.1 En historisk inblick

Första gången nämns en bortagning av tonsillerna i de indiska Susruta berättelserna från år 600 f.Kr.

I antikens Grekland har Hippokrates (460-375 f.Kr), tillsammans med sina kolleger, utfört bortagning av förstörade tonsiller. Ingreppet skedde med hjälp av fingrarna och naglarna.

Det finns utförligt beskrivet från 700- talet (f.Kr) hur ingreppet skulle göras och vilka instrument som användes. Efter ingreppet rådde man patienten att gurgla med kallt vatten eller en dryck gjord på honung och mjölk. Då den postoperativa blödningen lugnat sig skulle man smörja sårytorna med ett extrakt gjort på rosor eller saffran, även äggvita, honung och vin användes.(Tapiovaara,H. 2001/Suomen Lääkärilehti 56:33)

Albucasis, en arabläkare född vid seklet av årtusendet rådde att avlägsna de förstörade tonsillerna. Han konstruerade över 200 instrument och skrev en lärobok som användes under hundratals år. Han var en av sin tids mest respekterade kirurger.

Enligt Albucasis var den största risken vid en tonsillectomi den livshotande blödningen. På 1500- talet verkade läkaren och naturforskaren Leonhart Fuchs. Enligt honom skulle problemen med tonsillerna skötas konservativt.Fuchs rekommenderade att gurgla med

saft gjort på örter eller att placera på halsen en inpackning gjord på svampar eller ylle, detta skulle hjälpa mot en möjlig infektion.

Endast ifall att patienten hade risk för att kvävas p.g.a förstörade tonsiller skulle de tas bort genom att använda en krok, ögla och kniv. En möjlig blödning skulle brännas med hjälp av ett glödande stål instrument. (Tapiovaara,H .2001/Suomen Lääkärilehti 56:33)

1600-talet var en period då det fanns många olika uppfattningar om funktionen med tonsillerna. Enligt en uppfattningen var funktionen att absorbera slemmet som kom från hjärnan och ifall tonsillerna togs bort skulle denna balans rubbas.

Enligt en annan uppfattning skulle man absolut inte avlägsna kvinnans tonsiller eftersom de påverkade könsorganen och detta kunde leda till infertilitet.

Under 1700-talet skedde många framsteg bl.a konstruerades olika instrument. Philip Physick, en läkare från Edinburgh som sedan mera blev en pionjär inom kirurgin i USA, konstruerade ett s.k giljotininstrument.

Enligt honom kunde man med hjälp av detta instrument göra operationen snabbt, smärtfritt och utan nämnvärd blödning. Tonsillerna kunde kapas av delvis eller tas bort helt och hållet. Studien gällande hans enastående instrument baserade han på en patientundersökning gjord på 4 patienter.(Tapiovaara,H. 2001/Suomen Lääkärilehti 56:33)

Under 1800- talet började tonsillotomierna bli allt vanligare. En uppgradering gjordes av Physick's giljotin det s.k tonsillagiljotinet (Fahnenstock-Mathieux) och den blev populär. Man undgick dock inte blödningarna och de kunde vara svåra att bemästra (Pollard 1892, Keen 1901)

Dessutom kunde den kvarblivande tonsillvävnaden orsaka en svår infektion.(Nokso-Koivisto,J .2013/Duodecim 129:15)

Tonsillagiljotinet den s.k Tonsillotomin användes långt in på tjugohundra talet och på vissa ställen används den fortfarande.

Smärtlindringen gick fram med mycket små steg. Fastän lustgasen var uppfunnen 1772 användes den för första gången först 100 år senare vid ett tonsillotomi ingrepp i Wien.

Vid ungefär samma tidpunkt började man använda en kokainblandning som fungerade som lokalbedövning.(Tapiovaara,H. 2001/ Suomen Lääkärilehti)

Det nuvarande sättet att göra tonsillectomi härstammar från år 1909, George Waughn från London. Han kom ut med en studie om hur man enkelt gör en tonsillectomi, patientmaterialet bestod av 900 patienter. Den s.k "Waughn's " tång härstammar från denna tid.

På 1960-talet utkom det flere kliniska undersökningar angående tonsillectomi. Dessa bevisade ingreppets begränsade nytta men även komplikationerna.

Mängden av ingrepp minskade med en tredjedel i USA mellan åren 1970-1980.

Under de senaste åren har lokalbedövningen blivit en alltmer sällan använd metod , istället görs ingreppet i allmän anestesi och sköts dagkirurgiskt.

Lasertonsillotomi är den vanligaste metoden för tonsillotomi, detta görs med hjälp av RF(radio-frequency)-apparatur.(Hannuvaara,T. 2001/Suomen Lääkärilehti 56:33)

3.1.2 Indikationer för tonsillotomi

Indikationerna varierar beroende på barnets ålder, för barn mellan 3- 10 år ä det oftast frågan om hypertrofi, vilket betyder att tonsillerna är förstörade och då tonsillerna är obstruktiva orsakar detta snarkning, problem med sväljandet och sömnrelaterade problem.

Enskilda tonsilliter är dock inte en kontraindikation för tonsillotomi. I tonåren är det oftast frågan om upprepade infektioner och då är den primära metoden tonsillectomi.

Ofta i samband tonsillotomin ,då man har problem med snarkandet och sömnapné gör man även en adenotomi(borttagning av näspolypen)

Tonsillotomin förminskar symtomen då indikationerna är hypertrofi av tonsillerna och problemen relaterade till detta.(Koivisto-Noksio,J .2013/ Duodecim 129:15)

3.1.2.1 Hypertrofi

Enligt encyklopedin Wikipedia kan man förklara den medicinska termen hypertrofi med att ett organ är förstorat. Man kan även tala om organförstoring eller vävnadsförstoring. Organets storlek har ökat p.ga av att cellerna förstorats och detta medför att organet samlar på sig vätska.(www.sv.wikipedia.org.)

Då tonsillerna är så förstörade att delar av dem buktar ut utanför gombågarna blir det aktuellt med tonsillotomi.

Barnets ventilationsförmåga påverkas då de övre andningsvägarna är förträngda.

Då blir tonsillerna ett mekaniskt hinder och detta i sin tur ger upphov till snarkning, andningsuppehåll och sväljningssvårigheter.

Om barnets andningsvägar redan från början är smala kan redan en mindre förstoring av tonsillerna leda till ansträngd andning nattetid. (www.socialstyrelsen.se)

3.1.2.2 Sömnapné och snarkning

Man räknar med att ca 2-3 % av barnen i Finland lider av sömnapné. För att komma fram till rätt diagnos måste man känna igen symtomen och komplikationerna.

Tyvärr är det fortfarande många barn som blir utan diagnos och vård.

Obstruktiv sömnapné är förenat med ökad sjuklighet och kan dessutom påverka barnets kognitiva funktioner och beteendet negativt. Barnen andas genom munnen och de kan antingen vara över trötta eller hyperaktiva samt ha koncentrationsproblem.

Tonsillerna tycks ha en större orsak i att obstruera andningsorganen än adenoiderna.

Under sömnen försvagas svalgmuskelns tonus vilket utsätter luftvägarna för obstruktion.(Nieminen,P & Liukkonen,K .2008/Duodecim 124:3)

Till grunddiagnostiseringen hör bl.a att kontrollera storleken av tonsillerna och adenoiderna, ta barnets mått; längd och vikt samt en utredning över möjliga allergier.

Det finns inte en entydig rekommendation av vården. Först måste man bedöma symtomerna, riskfaktorerna och fynden. De möjliga störande faktorerna måste uteslutas som t.ex infektioner orsakade av täppthet eller möjliga allergier. En obehandlad astma kan också orsaka andningsproblem.(Nieminen,P & Liukkonen,K,2008 / Duodecim 124:3)

Dagtid , då barnet är vaket behöver det inte märkas att barnet har svårt att andas, annat än att barnet kan ha svårt att äta.

De större barnen kan tappa aptiten p.ga av att det är trångt i halsen och det kan kännas både svårt och obehagligt att äta t.ex kött som kan fastna och ge kräkkänslor.

Viktökningen kan således bli lidande vid snarkning och sömnapné.

Då nattsömnen är rubbad utsöndras även tillväxthormonet sämre. Detta tillstånd av dålig tillväxt kallas för "failure to thrive". Ofta låter barnen täppta och talet kan låta grötigt.

Ett annat symtom för snarkande barn är dagtrötthet. Barnen har svårt att hänga med i aktiviteterna eller också kan de bli hyperaktiva och stökiga.

Även problem med att hålla sig torr på natten kan förekomma. (Anniko,M.2012 s.194)

Det vanligaste kirurgiska vårdbehandlingen är operation av tonsillerna och möjligen adenotomi. Det blir en utmaning för sjukvården att kunna känna igen barn som lider av sömnapné eftersom om den inte åtgärdas kan det leda till grava problem.

(Nieminen,P&Liukkonen,K.2008 /Duodecim 124:3)

3.1.3 Ingreppet tonsillotomi

Beroende på var i världen man befinner sig utövar man olika tekniker vid tonsillotomi.

Det finns diverse olika instrument och metoder att använda. De populäraste är den s.k shavern(eng.microdebrider) och RF (radio-frequency)- tekniken.

RF-tekniken grundar sig på att man producerar en värmeskada i vävnaden och med hjälp av den skärande spetsen sker opererandet samtidigt som det sker en hemostas.(Hultcrantz 2004)

Det finns även en s.k "coblation"-teknik som tillhör RF-tekniken, där fungerar den opererande spetsen både som sönderdelare och uppsugare av vävnaden.(Chang , 2005)

Det finns enbart lite studier som jämfört de olika teknikerna. I en undersökning gjord av Wilson m.fl (2009) var den postoperativa smärtan minst då ingreppet gjorts med den s.k shaver metoden.

Även Aveco(2012) gjorde en studie där det undersöktes hur de olika teknikerna påverkade den postoperativa blödningen. Inga större skiljaktigheter påfanns.(Koivisto-Noksio, J. 2013/Duodecim 129:15)

3.1.4 Fördelar med tonsillotomi

Det finns ett antal undersökningar om hur tonsillotomin lättar symtomerna och förbättrar barnets livskvalitet. Särskilt aktivt har tonsillotomi undersökts i Sverige, där det gjorts flere både korttids- och långtidsstudier.

Hultcrantz, Ericsson och Wireklint har utkommit med flere undersökningar där tonsillectomi jämförts med tonsillotomi.

Tonsillotomi har som ingrepp varit mestadels lika effektiv som tonsillectomin då indikationen varit obstruktiva tonsiller.(Nokso-Koivisto,J.2013/Duodecim 129:15)

I Sverige grundades år 1997 ett nationellt register där man samlade in information från närmare 55 000 patienter under 11 års tid. I en förfrågning gjord av Stalfors m.fl, (2012) svarade 96% av patienterna att deras symtom försvunnit nästan helt eller helt och hållet sex månader efter tonsillotomi ingreppet. Detta motsvarar resultaten som fåtts från tonsillectomi patienter.

I undersökningar gjorda med både barn och unga vuxna har tonsillotomi ingreppet förbättrat livskvaliteten och effekten har varat i minst 6 månader. Inga större skillnader påträffas i jämförelse tonsillotomi versus tonsillectomi.(Ericsson m.fl,2007, Wireklint m.fl 2012,Cantarella m.fl 2012)

Eftersom tonsillotomi ingreppet är mer besparande än en tonsillectomi ungar man från att skada den omkringliggande vävnaden, då minimeras också risken för svullnad och infektion. Detta i sin tur har en betydande roll i uppkomsten av den postoperativa smärtan, således borde smärtan även minska.

Enligt flere undersökningar förstärks denna teori oberoende av operationstekniken eller de instrument som användts. Det behövs mindre smärtstillande och tillfrisknandet är snabbare. Alltsom oftast har det varit tillräckligt med paracetamol och en inflammationshämmande smärtlindring.

(Hultcrantz m.fl 2004, Chan m.fl, 2004 & 2008, Derkay m.fl 2006, Ericsson & Hultcrantz 2007, Acevedo 2012)

Enligt Hultcrantz m.fl(2004) och Ericsson m.fl (2007) kunde tonsillotomi patienterna återgå till sin vanliga kost två dygn snabbare än efter en tonsillectomi, härav minskade uttorkning och viktninskning.

Så konstaterade även Gallagher m.fl (2010) i sin undersökning, 0,4- 1,1% av tonsillotomi barnen som deltog i undersökningen behövde avdelningsvård p.ga uttorkning. Efter en tonsillectomi varierade antalet från 1,4-3,6%.

Den vanligaste komplikationen efter en tonsillotomi är den postoperativa blödningen, i värsta fall kan den vara livshotande .

Enligt en undersökning gjord på HUS öronklinik av Kanerva m.fl (2003) krävdes ett jourbesök p.ga postoperativ blödning för 8% av barnpatienterna.

Det är möjligt att utföra en tonsillotomi för alla ålders patienter. I USA fastställer man att även barn under 3 år kan tryggt opereras dagkirurgiskt. I en undersökning gjord av Bent m.fl (2004) var patient åldersgruppen från 17 månader till 18 år, alla hemförlovades efter 4 timmar och det förekom varken postoperativa komplikationer eller behov av sjukhusvård.

Följande schema är uppsatt av doktor Johanna Nokso-Koivisto (undersökningar gjorda av Hultcrantz et al 2004, Ericsson et al, 2007)

Åldersgrupp: 5-15 år

| | TT(tonsillotomi) | TE(tonsillectomi) |
|---|------------------|-------------------|
| | 49 st | 43st |
| 1.sta smärtfria dagen | 5,7 | 9,1 |
| sista dagen för användning av smärtstillande | 4,2 | 7,3 |
| 1.sta skoldagen/ normal verksamhet | 6 | 9 |

3.1.5 Nackdelar med tonsillotomi

Det finns fortfarande skeptiska åsikter om tonsillotomi. Faktum är ju att den kvarlämnade delen av tonsillen kan växa tillbaka.(Koivisto-Noksio, J.2013/Duodecim 129:15)

I en undersökning gjord av Doshi m.fl (2011) var det alltså allt 6 % som hade ny tillväxt på tonsillerna. Trots detta var det enbart 0,9 % av denna andel som opererades på nytt. Det var 559 barn som deltog och åldern var 4,8 år, för de som opererades på nytt var medelåldern 2,4 år.

I Israel gjordes en undersökning (Eviatar m.fl,2009) där 33 barn , medelålder 5 år deltog. Uppföljningstiden var lång, efter 10 år var merparten symptomfria, enbart en rapporterade problem med snarkandet p.ga en förstorad tonsill.

Det finns inte specifika uppföljningar angående möjliga infektioner i tonsillerna efter operationen.

Fastän det spekulerats att problemen efter tonsillotomi skulle vara fördröjda eller återkommande tonsilliter, har detta inte kunnat bevisas.(Walton m.fl.2012)

Extra bekostnader angående nya instrument, RF-apparatur blir i långa loppet också måttligt så detta kan ej heller tala emot tonsillotomi.(Koivisto-Nokso,J .2013/Duodecim 129:15)

Långtidsundersökningarna är ännu få men i undersökningar som varat 6-10 år har det konstaterats att nyttan är lika som i tonsillectomi.Detta då indikationen varit obstruktiva tonsiller. Men hur många barn som i tonåren får återkommande tonsilliter och måste opereras på nytt kan man inte ännu säga.(Hultcrantz m.fl 2004)

3.2 Den postoperativa vården

Efter att själva ingreppet är gjort flyttas barnet till uppvakningssalen. Här följer man med barnet tills hon/han vaknar. Beroende på utrymmen kan man bli hemskickad

direkt från detta utrymme eller som på de flesta enheter fortsätter man till uppvakningsutrymme 2, där man vistas med föräldrarna tills familjen åker hem.

Vårpersonalen följer med barnets tillstånd; smärta, blödning och illamående. Det är viktigt att kriterierna för hemförloving uppföljs, i annat fall finns det risk för komplikationer under hemresan eller hemma. (Lahtinen, J et al, 1998 s 62)

3.2.1 Smärta

Under de senaste tjugo åren har det gjorts ett antal studier kring barnets smärtupplevelser. Trots den ökade kunskapen får inte barnpatienten en tillräcklig smärtlindring.

Grunden för barnets postoperativa smärtlindring är en kombination av analgetika; antipyretika (paracetamol) samt ett antiinflammatorisk farmaka som ges i tillräckligt tidigt skede samt under en tillräckligt lång tidsperiod. (Hiller, A. 2002/Duodecim)

Vårdpersonalen som jobbar med barn skall kunna bedöma barnets smärta samt kunna administrerar medicinerna. En tillräcklig handledningen av föräldrarna är också viktigt eftersom de fortsätter smärtlindringen hemma. (Hiller, A. 2002/Duodecim)

Det finns olika tecken man kan tolka i frågan om barnets möjliga smärta;

Ansiktsuttrycken kan ändras, barnet håller fast ögonen, biter ihop läpparna, tårar, gråt.

Kroppen kan vara spänd, barnet kan vara alldeles orörligt eller dra ihop sig till en foster ställning.

Orolighet, spändhet, svettningar, blekhet, ojämn andning, förhöjt blodtryck och en förhöjd puls, illamående och uppkastning är vanliga tecken på smärta.

Smärtupplevelsen är allting subjektiv, den kan aldrig jämföras med någon annans upplevelse. (Hakala, N. 2012 s.25)

Att mäta smärta hos barnpatienter är svårt. Ju mindre barn desto svårare att kommunicera verbalt. Även större barn kan ha svårt att hitta orden och förklara hur det känns.

Det finns olika mätare för smärta. Användandet av dessa kräver en ordentlig genomgång och handledning före ingreppet och barnet skall använda samma mätare hela tiden.

Smärtmätarna lämpar sig bäst för barn i skolåldern.

De vanligaste mätarna är den sk "nummerskalan" samt "ansiktsskalan".

Nummerskalan går från 0-10, där siffran 0 antyder ingen smärta och nummer 10 i sin tur den högsta möjliga smärtan.

Den s.k "smiley" eller ansiktsskalan består av 6 st smiley-ansikten;

Siffran 0 har det gladaste ansiktet vilket antyder om ingen smärta och nummer 10 har det mest ledsna ansikte som tyder på den högsta möjliga smärtan.(Hakala,N.2012, s25)

Medicinerna mot smärta ges alltid, om möjligt, oralt, antingen som mikstura eller i tablett form. Om barnet har kanylväg kan man postoperativt i uppvakningsrummet även ge ex paracetamol i.v.(Hiller,A.2012 /Duodecim)

Det väsentliga i smärtlindringen för barn är att komma ihåg:

- Alla ålders barn känner smärta efter ingreppet på avdelningen och hemma.
- Smärtlindringen skall vara regelbunden och ges i god tid före barnet får ont.
- Vårdpersonalen och föräldrarna skall försöka sitt bästa för att tolka barnets smärta samt ge tillräcklig smärtlindring(Hiller,A.2012/ Duodecim)

3.2.2. Blödningar

I litteraturen hittar man mest skrivet om postoperativa blödningar i anknytning till tonsillektomi. Vissa nya undersökningar finns dock där man jämfört den postoperativa blödningen tonsillotomi- tonsillektomi.

Då man på 1990- talet i allt större utsträckning opererade tonsillerna dagkirurgiskt var kritiken mot just denna aspekt att det efter ingreppet kan förekomma postoperativ blödning, vilket är den huvudsakliga orsaken till mortalitet i samband med ingreppet.

Svåra postoperativa blödningar orsakar risk för att obstruera luftvägarna och kan ha letala cirkulatoriska effekter.(Klang,A. 2013)

Det är svårt att jämföra de olika undersökningarna p.ga att definitionerna på blödning är så varierande. I en del studier har man rapporterat all synlig blödning medan i andra är de rapporterade först då blödningen är så betydande att det behövs sjukhusvård.(Nokso-Koivisto, J.2013/Duodecim)

Många av sjukhusen har sina egna riktlinjer hur den postoperativa blödningen definieras och sköts, ett exempel på skriftliga riktlinjer för blödningsskomplikationer efter tonsillektomi/tonsillotomi kommer från södra Älvsborgssjukhus i Sverige.

I deras riktlinjer är blödningen graderad;

Liten blödning : Tydligt mer saliv än blod

Medelstor blödning : Mer blod än saliv

Stor blödning : Blod rinner från näsa och / eller mun (www.sas.vregion.se)

I flere undersökningar där man jämfört patienter i samma undersökningsgrupp framgår det att, oberoende av operationstekniken, förekommer det färre blödningar efter en tonsillotomi i jämförelse med en tonsillektomi.(Koltai m.fl,2009,Solares m.fl 2005, Schmidt m.fl 2007,Gan m.fl 2009)

Här ett schema på dessa : TT= tonsillotomi / TE=tonsillektomi

| | Patienter TT / TE | TT | TE |
|--------------------|-------------------|-------|-------|
| Gan et al 2009 | 305 / 295 | 0,98% | 6,8% |
| Schmidt et al 2007 | 1731 / 1212 | 1,1% | 3,4 % |
| Solares et al 2007 | 870 / 1121 | 0,5 % | 3,3 % |
| Koltai et al 2003 | 243 / 107 | 1,7 % | 4,7 % |

Tabellen uppsatt av doktor Johanna Nokso-Koivisto

3.2.3. Illamående och uppkastning

PONV(postoperativ nausea and vomiting)är en förkortning som används då man talar om postoperativt illamående och uppkastningar . Ca 20-30 % av patienterna lider av detta.

Enligt många undersökningar är många patienter mer rädda för att må illa än själva smärtan efter ingreppet.

För barn under 2 år är det sällsynt med PONV, men risken stiger med åldern.

Över 40 % av barnpatienterna över 3 år har risk för POV(postoperativ vomiting)

Risken för illamående efter ingreppet växer ifall operationen varat över 30 minuter, om barnet är över 3 år och ifall någon i familjen(föräldrar, syskon) mått illa efter ett ingrepp.

Vissa ögonoperationer ger också ökad risk för PONV.(Knoph.C et al.2010/finnanest)

I en svensk undersökning gjord av Ahlstav, Martensen och Boström(2013), där 87 barn i åldern 3-12 år deltog , jämfördes tonsillektomi / tonsillotomi och möjlig uppkomst av postoperativt illamående(samt smärta)

I undersökningen konstaterades att färre barn led av illamående samt problem med ätandet efter ingreppet då ingreppet var tonsillotomi. Slutsatsen var att tonsillotomi var att föredra.

Valet av anestesimetod är också av betydelse. Enligt undersökningar finns det en skillnad mellan anestesigaserna och i.v anestesi. Anestesigaserna som inhaleras, även lustgas, kan ge mer upphov till PONV.

Profylaks mot illamående är den viktigaste metoden att motverka det postoperativa illamåendet. Det finns ingen specifik enskild farmaka som skulle fungera 100 % . Man har studerat samverkan av olika kombinationer , sk. multimodal profylaks. Ett mycket använd kombination mot PONV och POV är dexametason och ondansetron.

(Knoph.C et al.2010/finnanest)

3.2.4 Hemförlovning

Ett av kriterierna för att få åka hem är att vitalfunktionerna, dvs blodtrycket, andningen och syreupptagningen skall vara normala. Barnet skall klara av att i alla fall inta vätska oralt, kanske även något ätbart, utan att bli illamående eller kasta upp.

Beroende på barnets ålder kontrollerar vårdpersonalen att barnet klarar av att stiga upp och promenera.

Före hemförlovning skulle det vara bra om barnet urinerade men i många fall lyckas detta inte och då följer föräldrarna med hemma att detta lyckas. Om ej vet de att kontakta vårdpersonalen.

Ifall det är frågan om ett operationssår får det ej blöda rikligt vid hemfarandet.(Hammar,A-K.2011, s 12)

Före hemförloving går vårdpersonalen igenom muntligt hemvårdsanvisningarna som även ges skriftligen hem. Gå noggrant igenom anvisningarna och svara på föräldrarnas möjliga uppkommande frågor. Kontrollera att de förstått instruktionerna samt att de

vet men de skall kontakta i fall av problem och möjliga datum för efterkontroll.
(Hammar ,A-M. 2011, s.12)

Den postoperativa vården fortsätter hemma ca 5-8 dygn, (beroende på varje enhets egna instruktioner) barnet skall undvika sporthobbyn i va en veckas tid.

(Nokso-Koivisto,J.2013/Duodecim)

Studier som undersökt kommunikationen visar att muntlig information skall kombineras med skriftlig och materialet skall vara kortfattat och lättförståeligt. Kompletterande information skall bygga på fakta som redan är känd för patienten/föräldrarna.

Vårdpersonalen skall aktivt arbeta med att få informationsmaterialet kliniskt relevant.

(Tingberg,B.2004 s 44)

3.3. Barnet i vården

Vårdsituationen med barn handlar om att få tillstånd ett så bra möte som möjligt med familjen, barnet och dess föräldrar.

Vi måste komma ihåg att utgå från barnets perspektiv och barnet skall alltid vara i centrum.

Barnets erfarenheter är viktiga likasom frågorna som skall besvaras. För de flesta barn är sjukhus miljön en alldeles ny värld, en ny situation med hög stressnivå.

Beroende på barnets ålder, fantasi och verklighetsuppfattning reagerar barn olika på stress. Eftersom barn inte har samma verklighetsuppfattning som vuxna blir rädslan för det okända svår.(Tingberg,B.2004,s36-37)

Vi som vårdpersonal skall alltid komma ihåg att bemöta barnet och föräldrarna på ett värdigt sätt och att respektera deras integritet.

Barnet och föräldrarna skall ha en känsla av att de är delaktiga i vårdhandlingarna i mån av möjlighet. Känslan av att kunna påverka och att ha kontroll över saker som händer en själv eller sitt barn är av grundläggande betydelse.(Tingberg,B.2004,s 50-51)

3.3.1 Barnet 3-6 år

Denna åldersgrupp av barn kallas för lekålderns barn. De flesta uppfattar verbal information förutsatt att det ges med ord som barnet förstår.

Vetgirighet, självsäkerhet och påhittighet är utmärkande för denna åldersgrupp.

Allt skall hända ögonblickligen och barnet tror att alla tänker lika och förstår allt utan en förklaring.

Efter 4 år börjar så småningom tids- och sanningsbegreppet utvecklas, även logiken .

Barnet framställer sina upplevelser och erfarenheter i sammanhängande dialoger och berättelser. Det är vanligt att barnet har magiska föreställningar.(Tingberg,B. 2004 s45-47)

Ett förskolebarn kan tro att dess olydnad har bidragit till att det blivit sjukt, det är svårt att skilja mellan verklighet och fantasi. Orsak och verkan kan också vara oklar vilket kan leda till att man uppfattar t.ex sjukdomar på fel sätt; man får diabetes av att äta för mycket godis. Barnet vet att sjukdomar smittar, att om man står bredvid någon som är förkyld kan man bli smittad men detta gäller även om man står bredvid någon som har cancer. Barnet i denna ålder har en grov uppfattning om hur kroppen fungerar i det stora hela;

Hjärtat finns i bröstet, blodet cirkulerar i kroppen och maten går ner i magen.(Tingberg,B.2004 s.47)

3.3.2 Barnet 7-12

Vid skolstarten kan barnet redan urskilja mellan erfaren verklighet och upplevelser jämfört med önskestyrda berättelser. Uttrycket "Det var inte meningen" kan förekomma ofta, förståelse för moraliska frågor utvecklas. Intresset för att förstå sig på livet är stort.

Barnet kan skilja mellan struktur och funktion; hjärtats funktion är att pumpa blod runt i kroppen, hjärnan styr de mentala aktiviteterna och magen smälter maten.

Det är virus eller bakterier som orsakar sjukdomar och barnet i denna ålder vet att man kan bli sjuk p.ga inre skador inte bara för att man stött sig el.dyl.

I tolv årsåldern börjar barnet förstå att det finns ett samband mellan den kroppsliga och den mentala hälsan. Idéerna och tankarna om hälsan blir mer långsiktiga och förebyggande.

Barnet börjar tänka på framtiden.(Tingberg,B. 2004 s.47-48)

3.3.3 Barnets rädslor inför ingrepp

Enligt en avhandling gjord av Maria Salmela(2010) upplever 4-6 åringar först och främst rädsla för sjukhusmiljön och de främmande människorna.

Efter detta följer rädslan av att bli lämnad , känna smärta, möjliga fysiska men, att tappa kontrollen, att få injektioner och mediciner.

Även att må illa och kasta upp hör till listan på rädslor. Vårdpersonalen och föräldrarna tror ju ofta att barnets rädslor handlar om att bli opererad, få injektioner och av att känna smärta.(Salmela,M. 2010)

Olika instrument kan även kännas skrämmande precis som anestesimasken, även vårdpersonalens möjliga skyddsutrustning.

Tidigare erfarenheter spelar en stor roll och en tidigare negativt upplevd sjukhusvistelse, kombinerad med smärta förorsakar ännu mer rädslor inför det nya ingreppet och sjukhusvistelesen.

Barnet reagerar på rädsla på olika sätt, genom att gråta, få vredesutbrott, genom att försöka fly. Endel blir inbundna och tystlåtna eller betar sig oroligt. (Salmela,M.2010)

Enligt en undersökning gjord 2002, framkom det att barn upplever rädsla i alla de samtliga faserna i dagkirurgi, förutom när de får åka hem.

När man jobbar med barnpatienter skall man observera sitt sätt att prata och särskilt valet av orden. Undvik ord som väcker rädslor s.s att operera, att sticka, att söva ner.(Ivanoff ,P.1997)

Lekens betydelse i vården har även forskats ,enligt en doktorsavhandling gjord av Lindberg (2013) kan man genom lek lindra barnets narkosskräck. Lindbergs metod går ut på att skapa tillit mellan anestesijukskötaren och barnet.

Barnet träffar skötaren ungefär 5 dagar före ingreppet och får bekanta sig och leka med

narkosutrustningen. Man leker sig fram till vad som händer. Skötaren träffar barnet också efter operationen för att utvärdera vården.

Många barn med uttalad rädsla för anestesi eller ett barn med special behov ex. autism har fått hjälp av denna lekmetod.(Lindberg,S.2013)

Ett naturligt sätt att handskas med rädslor är att leka. Barn tycker om situationskomik och humor.

Genom att förklara och gå igenom situationer med hjälp av leken kan man klara av många, för barnet, svåra situationer i vården.

Att föra uppmärksamheten bort från de skrämmande och tråkiga sakerna genom att skratta och glädjas kan hjälpa många barnpatienter.(Salanterä,S et al. 2006 s.195)

3.3.4 Föräldrarnas roll

Flere undersökningar har gjorts om betydelsen av föräldrarnas roll i barnets vård på sjukhus.

Allt sedan 1990- talet har föräldrarnas delaktighet i vården ökat. Föräldrarnas roll är att inge trygghet och en känsla av helhet. Separationsångesten skiljer ju sig beroende på barnets ålder, men ofta känner barnet rädsla av att bli lämnat.

Av stor vikt är också hur vårdpersonalen och föräldrarna agerar sinsemellan. Igen skall vi som vårdpersonal komma ihåg att ta barnet och föräldrarna som individer.

Ett lyckat samarbete är även beroende av hur föräldrarna förhåller sig till barnets ingrepp eller sjukdom.

Föräldrarna känner ju ofta själv rädsla och stress inför ingreppet.(Lehto,P.2004)

Föräldrarnas medverkan i vården har en stor betydelse för barnets återhämtning efter ingreppet och det emotionella välbefinnandet.

Då barnet inte själv kan kommunicera är det av stor vikt att föräldrarna är med, de förstår sitt barn bäst.

Det finns ett direkt samband med föräldrarnas förnöjdsamhet då de fått möjligheten att medverka i och påverka barnets vård.(Lehto,P.2004)

Enligt en undersökning gjord av Korhonen (2010) påverkar föräldrarnas stress och ångest direkt på barnet , både i pre- och den postoperativa fasen.

Många föräldrar föreslog att den postoperativa handledningen kunde ske redan innan ingreppet eftersom på själva ingreppsdagen kunde viktigt information gå förbi p.g.a stress.

De flesta var dock nöjda med informationsutgivningen och handledningen.(Korhonen,R 2010)

Kallio (2005) redogör i sin studie om hur aktivt föräldrarna deltog i barnets vård under ingreppsdagen. Oftast ville föräldrarna ha ännu mer möjligheter att delta, många ville t.ex vara med under själva nersövningsfasen och vid uppvaknandet. I denna undersökning framgick även att de föräldrar som fått tillräcklig systematisk information och handledning hade bättre inammat barnets vård.

Ju mer information föräldern hade desto mer kapabel var denne att kunna lindra barnets möjliga rädslor.(Kallio,P. 2005)

3.4. Dagkirurgi

I korthet innebär dagkirurgi att patienten kommer in på avdelningen, opereras, vårdas och får åka hem samma dag. Tillfrisknandet sker hemma. Detta är ypperligt inte enbart med tanke på patienten och de anhöriga utan även med tanke på samhällets effektivitet och ekonomiskt.(www.turkusciencepark.com, 2012)

3.4.1 Bakgrund till dagkirurgi

De första dagkirurgiska ingreppen under allmän anestesi gjordes av den skotska barnläkaren James. H. Nicoll i Glasgow royal hospital.

Mellan åren 1899-1901 opererade han 460 barn med läpp- och gomspalt. Allt som allt opererade han närmare 9000 barn och anses som grundaren till den moderna dagkirurgin (Thomas W. et al , 2008)

I en undersökning gjord av Pézier et al, år 2009 studerades både barn och vuxna som genomgått öron/näs/halskirurgi i dagkirurgin.

Syftet med studien var att undersöka ifall det skett en kvalitets försämring för patienten då ingreppen gjorts i dagkirurgi.

Denna undersökning gjordes på ett universitets sjukhus i England där 70 % av öron/näs/halskirurgiska ingreppen gjordes dagkirurgiskt.

Oavsett patientens ålder var det mindre än 1% av patienterna som måste läggas in.

Denna undersökning visar att öron/näs/halskirurgiska ingrepp ofta passar bra att göras dagkirurgiskt och i alla fall var patienterna nöjda och komplikationerna få. (Pézier et al. 2009)

3.4.2 Dagkirurgin i Finland

Mängden av dagkirurgiska ingrepp har ökat med jämn takt de senaste tjugo åren i Finland.

Främsta orsakerna till detta är utvecklingen av de medicinska metoderna samt kostnadstrycket från samhällets sida.

I början av 1990-talet var andelen av dagkirurgiska ingrepp, av alla ingrepp gjorda, ca 5%. Detta inom den kommunala sektorn. År 2010 var motsvarande procentantal redan 50 % i de icke akuta kirurgiska ingrepp. På den privata sektorn är antalet högt, nästan 80 %. Dagkirurgin i Finland är av hög kvalitet, tryggt och effektivt.

(www.turkusciencepark.com. 2012)

Kristiina Mattila har gjort, i sin avhandling (2010) en omfattande undersökning kring den dagkirurgiska verksamheten i Finland. Undersökningen är indelad i två delar, varav den första delen behandlar de allmänna dagkirurgiska funktionsmodellerna, typ och antal av operationer etc. I denna del deltog 14 finska dagkirurgiska enheter under en tidsperiod av två månader. Allt som allt var antalet ingrepp 6659 st. Patient belåtenhet uppskattades med postoperativa samtal en vecka efter ingreppet. Antalet intervjuade var 1074. Patienterna var till största delen nöjda med vården. Hemförlovingen hade inte lyckats i 5,9% av fallen p.g.a smärta eller för att patienten inte hade någon hemma för att övervaka det första postoperativa dygnet.

I den andra delen av undersökningen studerades huruvida det uppkom postoperativa komplikationer. Patientmaterialet var 2732 st som samlats in under 9 månader på två olika kirurgiska enheter.

De postoperativa komplikationerna, som konstateras mest, var för de vuxna patienterna smärta, medan hos barnpatienterna handlade det om trötthet.

För det mesta hade patienterna varit väldigt nöjda med vården som är av hög kvalitet och fortsättningsvis finns det möjligheter att öka på mängden ingrepp. (Mattila, K. 2010)

3.4.3 Kriterier för den dagkirurgiska patienten

Kriterierna är upplagda för att uppnå en optimal vård med möjligast hög nivå. Dessutom vill man att patienten får en så lyckad återhämtning efter ingreppet som möjligt.

Valet av patienterna görs huvudsakligen av läkaren och det är viktigt att vara så noggran som möjligt. Till ett av de viktigaste kriterierna hör att patienten själv är motiverad. Det är ju patienten själv som tar ett stort ansvar över den pre- och postoperativa vården.

Alla patienter bör ha en vuxen som avhämtar från sjukhuset och kan övervaka patienten det första dygnet hemma. (Hautakangas, A-L. 2003)

Det som påverkar valet är, inte åldern, utan grundhälsan och de möjliga sjukdomarnas vårdbalans.

American Society of Anesthesiologists har klassificerat den kirurgiska patienten i de s.k. ASA-kategorierna.

Denna kategorisering görs utgående från den fysiska hälsan.

ASA 1 : En frisk person under 65 år

ASA 2 : En frisk person över 65 år eller en person med lindrig grundsjukdom

ASA 3 : En person med funktionsnedsättande - men inte en livshotande sjukdom

ASA 4 : En person med allvarlig - eventuellt livshotande sjukdom

ASA 5 : En dödssjuk person vars uppskattade livslängd utan operation är högst 24h

Även den psykosociala hälsan måste vara stabil för att patienten skall vara kapabel att vara engagerad och kunna delta i sin vård.

Ifall patienten har missbruk av rusmedel eller är psykiskt ostabil i sin hälsa kan engagemanget i vården bli bristfälligt eller i värsta fall saknas totalt. (Iivanainen, A. 2006)

3.4.4. Barnpatienten i dagkirurgi

Barnpatienten skiljer sig, förutom åldern förstås, från den vuxna patienten med några specialdrag. Föräldern/föräldrarnas samarbete med vårdpersonalen. Till föräldrarna ges informationen gällande alla faser av av den dagkirurgiska vårdhelheten.

Föräldrarna får största delen av handledningen som är tilltänkt patienten och de står för förberedandet och handledandet av sitt barn inför det kommande ingreppet samt för eftervården hemma.(Haapaniemi, et al. 1997, s.22)

Viktiga grundprinciper i vård av barn och ungdomar är trygghet, individualitet, familjecentrering, initiativförmåga, kontinuitet i vården samt att trygga barnets tillväxt.

Med trygghet menas att den fysiska, psykiska och sociala vårdmiljön skall vara utan farohot, t.ex en tillräcklig och kompetent personal, enhetliga vårdprinciper och skriftliga planer.

De vuxnas stöd och medvaro ger även trygghet åt barnpatienten. Ett konfidentiellt vårdförhållande barnet, familjen, vårdaren och läkaren är av stor vikt.

Individuell vård baserar sig på att vårdpersonalen skall förstå barnets olika utvecklingsfaser . Barnet är en unik individ med sina egna rutiner och sin egen vilja.

Att ta i beaktande de kulturella skillnaderna samt att visa respekt för både barnet och föräldrarna hör till den individuella vården.

Med familjecentrering avses det att man beaktar föräldrarnas medverkan i vården.

Föräldrarna känner sina egna barn bäst, vårdpersonalen skall komma ihåg att använda detta som en resurs. Ta med föräldrarna i planerandet och förverkligandet i vården.(Koistinen,P et al .2004 s31-32)

Initiativ förmågan uppmuntrar man med att få barnet med i vården. Här måste man förstås ta i beaktande barnets ålder och utvecklingsfas.

För att garantera kontinuiteten i vården skall information förloppet ske smidigt från de olika enheterna, utgångspunkten är ett bra fungerande samarbete mellan barnet/familjen samt vårdpersonalen.(Koistinen,P et al.2004, s.33, Ivanoff,P.2001, s13)

3.4.5 Riktlinjer för vårdpersonalen

År 2009 gjordes i Uleåborg, Hoitotyön tutkimussäätiö, ett omfattande arbete ; ”Emotionellt stöd till barn i lekåldern inom dagkirurgisk vård- riktlinjer för vårdpersonalen”.

Eftersom lekålderns barn är i en mycket känslig utvecklingsfas kan vårdperioden orsaka ändringar i barnets beteende. Dessa kan var sömnrelaterade problem, läkarskräck, separationsångest från föräldrarna, problem med ätandet m.m.

Det är viktigt att vårdpersonalen kan ge emotionellt stöd , inte bara till barnet, utan åt hela familjen. Med det emotionella stödet menas att kunna öka tilliten och öka tryggheten hos hela familjen samt att minimera känslan av ångest.

Denna känsla av tillit skall tryggas under hela vårdprocessen.

Föräldrarna är de som har den största rollen i att få barnet att känna sig tryggt. Genom att vi som vårdpersonal kan ge tillräckligt information och handledning kan föräldrarna inte bara stödja barnet bättre i förberedelserna inför ingreppet utan även tillfrisknandet påverkas positivt.

Här några viktiga punkter som togs fram för att stödja barnet:

- Vårdpersonalen uppmuntrar föräldrarna att delta i vårdprocessen.
- Vårdpersonalen kartlägger barnets och föräldrarnas tidigare sjukhus erfarenheter
- Vårdpersonalen (i mån av möjlighet) ringer hem dagen innan operation och försäkrar sig om att föräldrarna fått och förstått all information och besvarar på de möjliga uppkommande frågorna
- Vårdpersonalen går igenom utrymmen på enheten, den ungefärliga tidtabellen för dagen. Möjliga förseningar i tidtabellen är viktiga att informera om. Hemskötsel anvisningarna går även igenom.
- Förberedandet inför ingreppet skall utgå från barnets och föräldrarnas behov.
- Lekålderns barn behöver möjlighet att bearbeta sina upplevelser i en trygg miljö.
- Vårdpersonalen (i mån av möjlighet) gör ett postoperativt samtal, försäkrar sig om att anvisningarna för den postoperativa vården hemma är förstådd och svarar på möjliga uppkommande frågor.

Som sammanfattning kan konstateras att det behövs en god planering samt dokumentering i varje skede av servicekedjan inför förberedandet av barnet inför ett dagkirurgiskt ingrepp.(riktlinjer för vårdpersonalen, 2009)

4. Vårdteoretisk referensram

I detta examensarbete analyseras professor Katie Erikssons teori Vårdandets idé i relation till barnpatienten i dagkirurgi.

Att vårda och arbeta med barn och deras föräldrar är något alldeles speciellt och kräver förutom professionalism även en känsla för öppenhet, att kunna dela, samt en helhetssyn.

För att kunna utveckla en bättre vård måste vi återuppfinna vårdandets ursprungliga idé och konst.(Eriksson, K.1987)

4.1 Att vårda är att dela

Vårdaren och patienten , två människor, är på något sätt delaktiga av samma vårdande helhet. En vårdssituation som delas med att ansa, leka och lära.

Hur- och vad man delar beror på situationen och delandet tar sig olika former. Olika synonymer är andel, part, att närvara, fördela , ta del osv. I vårt moderna samhälle kan vi ha olika teorier om kommunikation och interaktion.(Eriksson, K.1987 s.38)

Förmågan att dela är en konst, man måste kunna uppleva att man är en varande helhet d.vs att man har en egen identitet ,för att kunna vara i relation till en annan människa.

I den yrkesmässiga vården tar delandet olika varierande uttrycksformer beroende på de olika vårdperspektiven; den medicinskavården, den vårdande vården samt själavården.(Eriksson,K. 1987, s.41)

4.2 Helhetssyn

Den holistiska principen dvs helhetssynen är något som torde omfatta oss alla som jobbar med vården. Helhetssynen är beroende av tid och rum och varierar i förhållande till individens inre och yttre gränser. Den holistiska synen är även relativ.

Man skall alltid utgå från den patienten, den människan det handlar om, och den aktuella situationen.(Eriksson,K. 1987 s.61)

Enligt den holistiska synen på vård skall vi också beakta att vi jobbar som en del av en helhet. Det finns situationer där vi utgår från flere olika perspektiv samtidigt t.ex då vi jobbar tvärvetenskapligt eller då vi jobbar i team.

Det finns alltid flere lösningar på ett problem, vårt eget val är bara ett bland många tänkbara lösningar.

Den totala människosynen uppfattar dimensionerna kropp, själ och ande. Fastän dessa är i sig separata enheter är de i konstant samverkan.(Ericsson,K. 1987, s.62-63)

4.3.Yrkesmässig vård

Utgångspunkten i den yrkesmässiga vården tar sin utgångspunkt i det holistiska perspektivet men samtidigt betonar den även den specifika yrkesmässiga kompetensen. Det viktiga i dagens yrkesmässiga vård är att upprepade gånger fråga sig själv "varför" och reflektera över det man gör bara rent rutinmässigt. Omvärdera det egna fungerandet.

Även i den yrkesmässiga vården skall vi relatera till den naturliga vården , att komma ihåg att ansa, leka och lära och fungera i tro, hopp och kärlek.(Eriksson,K. 1987, s 68)

Då man utför tvärvård innebär det att arbeta tillsammans, det kan ske genom grupparbete eller konsultation. Det är viktiga att alla som jobbar tillsammans , vårdare, läkare, har något gemensamt intresse de vill förverkliga i vården. En del kompetens som är lika, gemensam världsbild eller vetenskapssyn. På så sätt får man helhetsvården att fungera.(Ericsson,K. 1987 s.70)

I dagens samhälle där kritiken ofta går hårt mot den professionella vården krävs det avprofessionalisering. I debatten betonas att den enskilda individen har rätt till att

bestämma över sin egen hälsa och över sitt liv. Även det fakta har betonats att individen har den bästa kunskapen och är mest sakkunnig i relation till sig själv.

Kritiken uttrycker också fenomen i vårdkrisen så som förekomsten av stress och negativt bemötande i vården samt långa vårdköer.

Allt detta stämmer, och även idag, men att ta avstånd från den professionella vården är att förneka den yrkesutbildade personalens kunskap och ansvarsområde.

Vi behöver varandra, den professionella vårdaren och patienten, individen, vi utgör alla en fungerande del av helheten.

Vi kan tillsammans bidra till att öka möjligheten för att öka tillväxten av kunskapen, konsten och teknologin i en yrkesmässig anda.

En professionell vårdare är relativ, här och nu.(Ericsson, K.1987 s71)

5. Metod

Undersökningen om den postoperativa vården av barnpatienten i dagkirurgi är av utforskande karaktär, en kvantitativ enkät undersökning med en öppen, kvalitativ fråga. Stoffet kodades och sedan bearbetades med hjälp av statistiska bearbetnings- och analysmetoder. Analysen kunde göras med hjälp av siffror och statistik.

Enkät frågorna är strukturerade och standardiserade.

Som tillägg fanns både sonderingsfrågor för att få fördjupning av svaret samt preciserande frågor, ex. fråga nr 2, barnets kost (se bilaga)

Den kvantitativa innehållsanalysen används för att ge en mätbar och verifierbar redogörelse av innehållet.(Fiske, 2007, s.181)

5.1 Urval av informanter

Målgruppen som valdes enligt systematiskt urval för undersökningen, blev barn i åldern 3-12 år som genomgått tonsillotomi +/- adenotomi ingrepp.

Åldersgränsen preciserades med tanke på att de obstruktiva problemen oftast utlöser sig i denna ålder. Tonårsbarnen har redan infektions symtomer och då blir det aktuella ingreppet oftast tonsillectomi.

På Pikkujätti är åldersgränsen för tonsillotomi 2,5 år.

Frågeformuläret tilldelas föräldrarna beroende på familjens hemspråk, antingen på finska eller på svenska.

Sammanlagt delades ut 30 st frågeformulär, 18st i Hagalund, 12 st i Östra centrum.

Av dessa var 26 st finskspråkiga och 4 st svenskspråkiga

5.2 Enkät som datainsamlingsmetod

Enkäter, frågeformulär, är som en intervju men detta utan ett personligt möte mellan den som intervjuar och den som intervjuas.

Enkät frågorna är alltid starkt standardiserade och strukturerade.

Frågorna skall provundersökas för att kunna kontrollera att de fungerar i verkligheten, sedan kan frågeformuläret skickas ut. (Andersen, H. 1994 s.85-88)

Insamlandet av data för undersökningen sker via en enkät undersökning. Frågeformuläret är utdelat åt föräldrarna i samband med barnets tonsillotomi ingrepp. Analysen och utvärderingen av insamlad data från enkäterna ger oss relevant information för att kunna utveckla vårt dagliga vårdarbete.

Frågeformuläret består av tre sidor och 6 frågor med svarsmöjligheterna JA/NEJ.

Bakgrundsfaktan består av barnets kön, ålder, ingreppet (tonsillotomi +/- adenotomi), datumet för ingreppet samt var, Hagalund/ Östra centrum, ingreppet gjordes

Enkäten som föräldrarna svarat på följer de postoperativa anvisningar för vad man skall observera hos barnet efter ett tonsillotomi ingrepp;

1. smärtlindring
2. kost
3. illamående
4. blödning.

Därtill kommer även frågor om informationen (nr 5) bl.a angående förberedandet inför ingreppet samt hemskötsel anvisningarna.

Som sista fråga(nr 6) valdes att ta en öppen fråga som ger möjlighet för föräldrarna att ge respons, idéer eller frågor angående vården på Pikkujätti.

Frågeformuläret konstruerades på de båda inhemska språken finska och svenska.

5.3.Dataanalys

Då man använder kvantitativ metodik ställer man upp en eller flera hypoteser.

Begreppen översätts sedan till variabler dvs något mätbart som till exempel svaret på en enkätfråga.

I dessa söker skribenten en numerisk relation mellan mätbara egenskaper. Man försöker hitta ett kvantifierbart samband mellan dessa svar.(Hartman,J.2004, s.273)

Här hänvisar jag till alla enkätfrågorna (se bilaga) , även bakgrundsfakta, som förutsätter utnyttjandet av deskriptiva dvs beskrivande statistiska metoder. Den första analysen gjordes med att öppna frågorna och stapla upp med hjälp av excel- tabell sedan formades resultatet i stapeldiagram .I fråga nr 2 användes ingen grafisk statistik och den vanligaste uppkommande kosten beskrevs i ord. I fråga 5 användes enbart grafik i en delfråga.

Tidigare undersökningar som gjorts angående blödning efter tonsillotomi/tonsillectomi Bl.a Gan et al(2009) Schmidt et al (2007) Solares et al (2007) samt Koltai et al (2003) samt användandet av smärtstillande farmaka,Ericsson et al (2007) kunde jämföras och refereras till.

I den öppna frågan nr 6, (se bilaga)som handlade om möjlig feed-back har svaren grupperats och direkt citerats. Frågorna under denna rubrik är till sin natur kvalitativa, öppna.

I den kvalitativa metoden försöker man nå förtåelse hur människan upplever sin situation, utan en kvantifiering.(Hartman.J.2004.s.273)

Man kan rapportera genom t.ex direkta citat. På detta sätt kan man öka undersökningens reliabilitet. (Kyngäs,H & Vanhanen,L. 1999 s.3-4, 10, 45)

Med hjälp av en teori som ram, i detta arbete "Vårdandets idé " sammankopplas egna observationer och svaren från enkätundersökningen.

5.4. Etiska frågeställningar

Tillståndet för undersökningen tillfrågades både muntligt och skriftligt och beviljades före undersökningen påbörjades.

Enligt den Forskningsetiska delegationen, 2009, Helsingfors, finns etiska principer som styr den samhällsvetenskapliga och beteende vetenskapliga forskningen:

Deltagandet i forskningen skall vara frivilligt och basera sig på tillräckligt med information ;

- föräldern/föräldrarna tillfrågades ifall de ville delta i undersökningen och de fick information om forskningstemat. Frågorna gick igenom fråga för fråga.
- Allt berättades vad det konkret betyder att delta i undersökningen ex. hur lång uppföljning, hur gå tillväga med postandet av svaren.

Alla föräldrar och barn gav sitt samtycke till och godkännande att delta i undersökningen.

Deltagarna försäkrades den personliga identiteten och dataskyddet samt skydd för forskningsmaterialet och dess konfidentialitet;

- föräldern/föräldrarna förklarades att det var anonymt att besvara på undersökningen, inga namn- eller personlig data kommer att framgå ur undersökningen, enbart barnets ålder, kön, typ av ingrepp samt plats för ingreppet.
- Föräldern/ föräldrarna förklarades att undersökningen var tilltänt att enbart vara endel av detta examensarbete , inte användas i andra syften och att materialet förintars efter avslutad undersökning.
- Tystnadsplikt

Självbestämmande rätt och forskning som gäller minder åriga;

Enligt den finska grundlagen skall barn bemötas som jämnliska individer och de skall ha rätt till inflytande i frågor som gäller dem själva enligt sin egen utvecklingsnivå.

Samma rätt garanteras även i FN:s barnkonvention, artikel 12.

Samtidigt har vårdnadshavaren även rätt att bestämma om det minderåriga barnets personliga angelägenheter.

- Inga risker eller hot mot barnet är förenade med denna undersökning.

Forskaren ansvarar alltid för själv för undersökningens etiska och moraliska avgöranden.

5.5 Det praktiska genomförandet

Då valet av temat för undersökningen började ta form, aktualiserades sökningen av artiklar samt litteratur.

Databaserna som användes var Academic Search Elite (EBSCO), Cinahl och Pubmed.

De relevanta sökorden(på finska,svenska och engelska) som anknöt sig till undersökningen var; tonsillotomi och den postoperativa vården, barnpatienten samt dagkirurgi.

Träfflistan med artiklar och litteratur begränsades till sökning av material publicerat åren 2005- 2013.

Sökorden ledde till uppföljningsord av relevans för undersökningen och via dessa hittades artiklar som även var äldre än den ursprungliga begränsningen. Dessa var dock av relevans för arbetet och därmed användes dessa i bakgrundsdel.

Bakgrundsdel är uppdelad i fyra delområden som behandlar :

- Tonsillotomi
- Den postoperativa vården
- Barnet i vården
- Dagkirurgi

Var och en av dessa är spjälkade i underrubriker.

Tillstånd för undersökningen tillfrågades verksamhetsdirektören för Pikkujätti lasten ja nuorten lääkäriasema OY och lov för att få genomföra studien tilldelades muntligt och skriftligt 9.1.2014.

Före det egentliga frågeformuläret delades ut genomgicks frågorna av två läkare samt provsvarades av två föräldrar samt två skötare. Frågorna upplevdes klara och tydliga samt lättförståeliga.

Frågeformuläret delades ut, beroende på familjens hemspråk, på finska eller på svenska. Tiden för utdelandet var 20.1 – 30.3.2014 dvs 10 veckor.

Uppföljningstiden för undersökningen var 7 dygn, varav dag ett var själva ingreppsdagen. Den sista svarsblanketten som deltog i undersökningen anlände 17.4.2014.

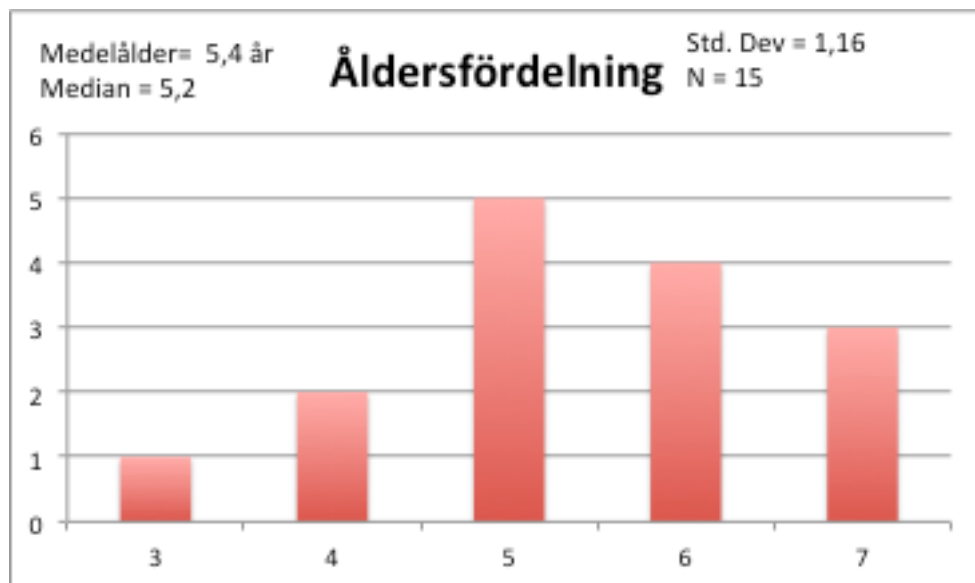
Enkäten delades ut på operationssalarna i Pikkujätti Hagalund samt Östra centrum; alla ansvariga skötare på enheterna, var informerade om undersökningen och alla frågor hade öppnats och diskuterats tillsammans. Även öronläkarna var skriftligen informerade om undersökningen.

I samband med frågeformuläret utgavs även ett färdigt ifyllt svarskuvert, portot betalat. Detta för att underlätta och försnabba inskickandet av frågeformulären.

6.Resultatredovisning

Av utdelade 30 frågeformulär blev 15 st besvarade. Svarsprocenten blev härmed jämt: 50 %.

Frågeformulärets bakgrundsfakta bestod av information gällande barnets ålder, kön, ingrepp och plats .



Figur 1 Åldersfördelning

Medelåldern för barnen var: 5,4 år

Könsuppdelningen : 7 flickor/ 8 pojkar.

Typen av ingrepp var: 2 st tonsillotomier / 13 st tonsillotomier+adenotomi.

Uppdelningen av platsen för ingreppet : 3 st Östracentrum / 12 st Hagalun

6.1 Rubrik 1 : Smärtlindring

Som smärtlindring ordinerar två olika farmaka ; -

inflammationshämmande, långverkande värkmedicin;

antingen naproxen (Pronaxen). Dessa tas enligt ordinationen 2 ggr/dygnet ; morgon och kväll eller ibuprofen (Burana) som kan tas 3 ggr/dygnet.

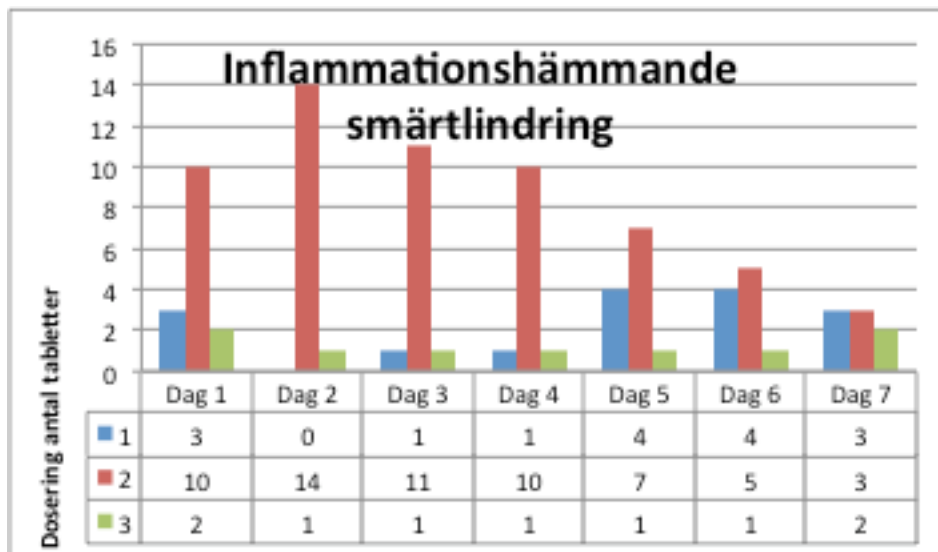
Kortverkande värkmedicin, paracetamol (Panadol /PamolF). Dessa tas enligt ordination upptill 4 ggr/dygnet.

Endel öronläkare skriver även ut tramadol droppar (Tramal) .Det är en opiat som påverkar det centrala nervsystemet, tas endast vid behov i medelsvår/ svår smärta.

Alla 15 stycken som svarat på undersökningen hade fått både muntliga och skriftliga anvisningar (schema) om smärtlindringen och alla ansåg att det fått tillräckligt info angående detta.

Som smärtstillande före operationen ges för det mesta både naproxen och paracetamol p.o , eller paracetamol i.v direkt efter ingreppet.

Barnet får ännu före de åker hem paracetamol p.o.



Figur 2 Inflammationshämmande smärtlindring

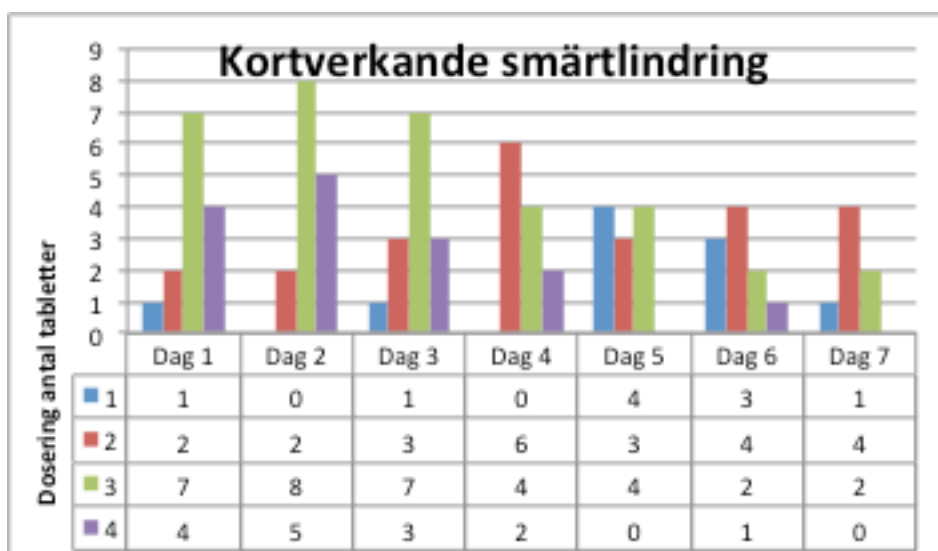
De flesta, 12 st hade använt Pronaxen, 2 st Burana och 1 st hade använt både och som inflammationshämmande smärtlindring.

Den röda stapeln visar att 2 tabletter getts de flesta barnen, dag 2 har alla fått 2ggr/dygnet, och antalet minskar förstås ju fler dagar det gått från operationen.

Den 7 dagen efter operationen är det enbart 3 barn som fått Pronaxen 2ggr/dygnet.

Den gröna stapeln visar dosen 3ggr/dygnet vilket berör de som valt att använda Burana.

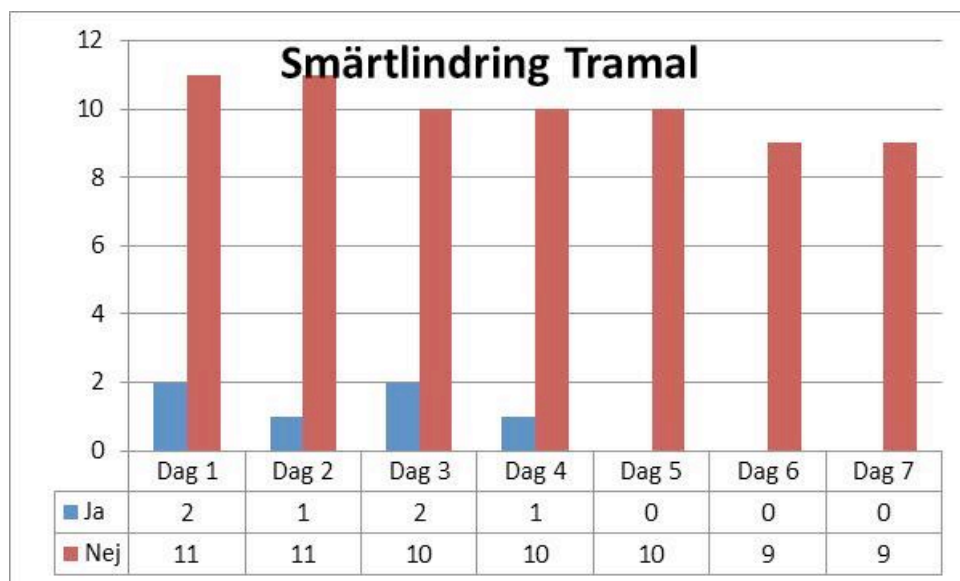
I ett fall hade barnet fått första dagen Pronaxen, sedan Burana.



Figur 3 Kortverkande smärtlindring

Panadol / Pamol F hade använts mest 3 ggr/dygnet vilket framgår ur den gröna stapeln

Endel öronläkare ordinerar även en vid behov smärtlindring; Tramal



Figur 4 Smärtlindring Tramal

Ingen annan smärtlindring forutom dessa hade användts.

6.2. Rubrik 2 : Kost

Ju fortare barnet kan återgå till sin vanliga kost desto mindre risk för en märkbar viktnegång.

I den öppna frågan om kost var föräldrarna ombedda att skriva kort ner vad barnet ätit under de tre första dagarna.

I Pikkujättis anvisningar för den postoperativa vården hemma angående kosten rekommenderas mjuk samt sval mat under operationsdagen(dag 1)

Vid muntlig genomgång brukar vi råda att ta i beakt barnets allmänna tillstånd och fortsätta denna kost vid behov ännu ett par dagar ifall barnet har illamående eller smärta vid ätandet.

5 st / 15 st svarade att barnet haft svårigheter vid ätandet under de tre första dagarna.

Barnen hade upplevt : ont i svalget(1), tandvärk(1), lite smärta (2) smärta vid svälget(1).

De som upplevt svårigheter hade fått små portioner och de hade fortsatt med den mjuka kosten i flere dagar.

Återgången till vanlig kost :

Dag 2 : 5 st

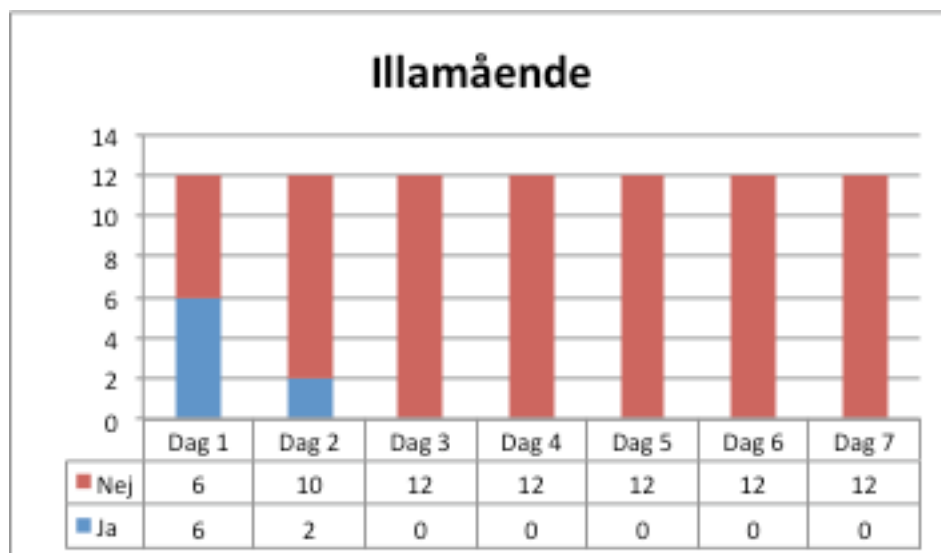
Dag 3 : 2 st

Dag 4 : 7st

Frågan var obesvarad i ett frågeformulär. Den vanligaste kosten under de första dagarna var glass, jugurt, olika saltiga soppor, saftsoppa/kräm, mjukt bröd, potatismos, smoothien och gröt.

6.3.Rubrik 3 : Illamående

För att undvika svårt illamående och uppkastningar ges under ingreppet intravenöst Ondansetron (ex.Zofran)



Figur 5 Illamående

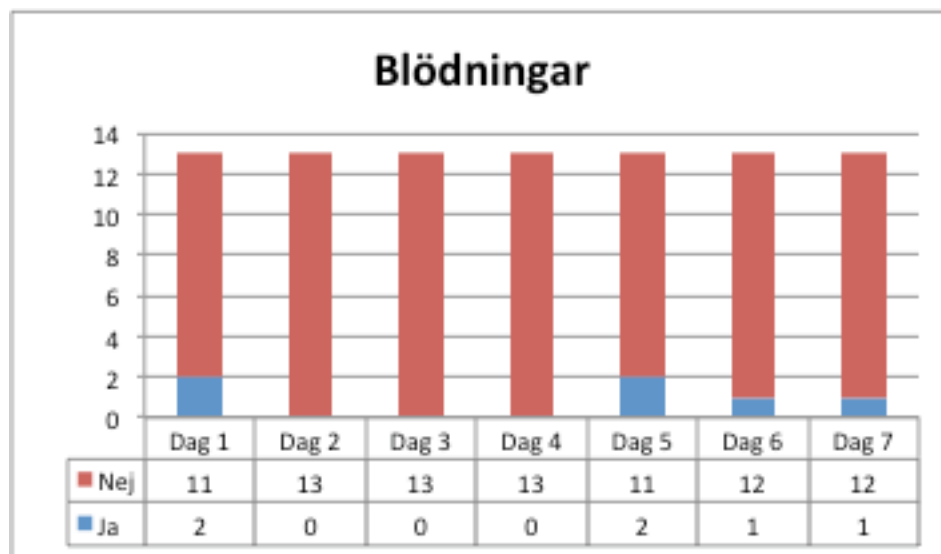
Hälften av barnen hade upplevt illamående på själva operationsdagen, enbart en av dessa hade kräkts.

Två av barnen hade upplevt lite illamående ännu andra dagen hemma, sedan hade ingen haft illamående.

6.4.Rubrik 4 : Blödningar

Av alla 15 st hade 13 stycken svarat antingen ja / nej, 2 st hade inte fyllt i någondera, detta torde kunnas tolkas att de svarat nej.

I samband med tonsillotomin finns det risk för blödning förutom direkt efter ingreppet även 4-6 dagar efter ingreppet då beläggningen lossar.



Figur 6 Blödningar

Enbart 2 barn hade haft postoperativ blödning under själva ingreppsdagen ; en hade svarat att det kom lite blod från näsan i samband vid snyttandet, den andra hade några droppar från näsa och svalg.

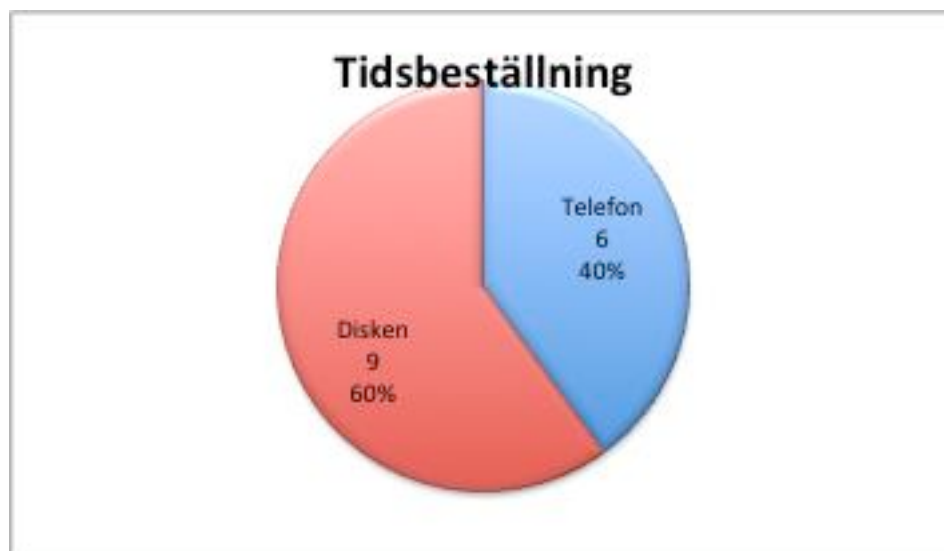
Dag 5 hade 2 barn haft blödning; det ena barnet hade lite näsblod som avtog av sig själv Och det andra barnet hade haft näsblod dag 5 som hade avtagit utan åtgärder och natten mellan 6 och 7 dygnet hade beläggningen lossat och sängen varit lite blodig.

Barnet hade inte själv vaknat och inga åtgärder gjordes.

7st/15 st hade svarat att de inte behövt kontakta läkare eller HUS/öronkliniken, ej heller hade någon behövt besöka öronkliniken.

De 8 st som hade lämnat tomt på ja/nej svars alternativen är svaret förmodligen även nej.

6.5 Rubrik 5 : Informationen



Föräldrarna beställer tid för tonsillotomi ingreppet antingen direkt efter besöket hos läkaren då de betalar vid disken eller sedan beställs tiden via telefon.

Av de 15 frågeformulär är svaren nästan jämt fördelade, 60 % hade beställt tiden efter läkarbesöket, 40 % per telefon.

14 stycken svarade att de fått den förhands informationen de behövt, en svarade att det kunde ha meddelats läkaren att man kunde göra förfrågan om direktdebiteringen till försäkringsbolaget i samband med tidsbeställningen .

Alla hade fått, antingen vid disken, eller hemskickat per post, informations+ anamnesblanketten. Där finns viktig information angående förberedelserna före ingreppet samt om själva ingreppsdagen.

Alla 15 stycken hade även svarat att blanketterna varit lätt förståeliga.

Informationen angående själva operationsdagen hade 14 stycken varit nöjda med. I ett svar skulle man ha velat ha exaktare information om hur länge operationen varar.

Informationen gällande själva ingreppet hade 2 st / 15 st varit missnöjda. I ett fall hade det getts onödigt information om tympanostomi i samband med tonsillotomin fast det inte var tilltänkt att utföra och i det andra fallet hade det först planerats en tonsillectomi som sedan byttes till tonsillotomi.

Alla 15 svarade att de varit nöjda med vården då barnet vaknat och informationen kring detta.

Alla som svarade hade varit nöjda med de skriftliga och de muntliga hemskötsel anvisningarna och i alla fall förutom ett ansågs informationen tillräcklig.

I det ena svaret skulle man gärna ha fått information på förhand om möjlig postoperativ stegring som barnet kan få.

Alla 15 st hade varit nöjda i helhet med vården på Pikkujatti och alla skulle kunna rekommendera våra tjänster !

6.6 Rubrik 6 : Respons / Idéer / Frågor

I denna öppna fråga hade 5 svarat med att ge feed-back :

"Allt lyckades till 100%, super nöjda med allting"

"Oli aivan ihanan ystävällistä palvelua, lapselle ja äidille tuli hyvä ja turvallinen olo. nallekin sai omalla maskilla nukutusainetta ja pääsi mukaan...."

"Olemme tyytyväisiä hoitoon, kiitoksia!"

"Underbara sköterskor, tack för att ni tog så väl hand om oss !"

"Hyvä mieli jäi leikkauspäivästä. Toimenpide ja seuraavat päivät sujui paljon luultua paremmin."

Pikkujätissä on ihana henkilökunta.Lääkäri, anestesia lääkäri ja sairaanhoitajat kertoivat tarkaan kaikki mitä tapahtuu leikkauksessa ja sen jälkeen.

Myös pojalle jäi hyvä mieli koska hänen toiveitaan kuunneltiin. Ja mikä parasta kuorsaaminen on loppunut ja yöunet parantuneet ☺"

7.Analys

Syftet med enkätundersökningen var att få svar på i vilken mån det uppkommit postoperativa komplikationer hemma, hur kan vi som vårdare ge en god vård åt tonsillotomi barnet samt hur kan vi som vårdare ge en god handledning för den postoperativa vården hemma.

I de flesta undersökningar gällande tonsillotomi har ingreppet jämförts med tonsillektomi, denna aspekt faller bort i detta arbete eftersom enkätundersökningen endast delats ut åt tonsillotomi(+adenotomi) patienter.

I jämförelse med tidigare undersökningar gällande de postoperativa komplikationerna behandlades; smärta, problem med kosten, illamående och blödningar.

Enligt bl.a en undersökningar gjord av Ericsson et al(2007) framkom det att paracetamol och en vanlig inflammationshämmande smärtlindring var tillräcklig efter ett tonsillotomi ingrepp.

Från enkätsvaren kunde konstateras samma sak; enbart i två fall hade det användts starkare smärtlindring och detta vid behov under de tre första dagarna.

Hultcrantz och Ericsson(2004) visar även i en undersökning att efter tonsillotomi var den sista dagen för användandet av värkmedicin dag nr 4,2 och den första smärtfria dagen dag nr. 5,7. Enligt denna enkätundersökning blev resultatet något annorlunda; 46 % hade avslutat dag 7 både den inflammationshämmande medicinering och den kortverkande smärtlindringen.

I frågan som behandlade kosten och möjliga problem kring ätandet har tidigare undersökningar konstaterat ,b.la Acevedo et al (2012), att barnen led mindre av den postoperativa uttorkningen efter en tonsillotomi och de kunde återgå till den vanliga kosten två dygn tidigare. Hultcrantz et al (2004) samt Ericsson et al (2007) hävdar i sina undersökningar att en märkbar viktnedgång kan undvikas vid en tonsillotomi.

Av 14 svar kunde konstateras att 50 % av barnen återgick till vanlig kost efter 4 dagar med mjukare, svalare mat. 14 % återgick efter 3 dagar och 35% efter 2 dagar.

Kostproblemen och viktnedgång relaterar ju även till ifall barnet varit illamående eller kräkts postoperativt.

Enligt den svenska undersökningen gjord av Ahlstav, Martensen, Boström(2013) konstaterades att färre barn led av illamående samt hade mindre problem med ätandet efter en tonsillotomi. Denna teori kan stödjas enligt svaren från enkäterna; hälften av barnen hade upplevt illamående efter själva ingreppsdagen och två svarade att det mått illa dag två efter ingreppet, men detta torde ju inte påverka en märkbar viktnedgång

eller dehydrering. Dessutom hade alla barnen varit i så gott skick att de ätit och druckit något (ex.glass) redan ett par timmar efter ingreppet och hemförlovnigen skedde efter 3-4 timmar efter ingreppet.

Ett flertal undersökningar har ju gjorts gällande den postoperativa blödningen;

| | Antalet TT | %- som hade post.op blödning |
|----------------------|------------|------------------------------|
| Gan et al (2009) | 305 | 0,98% |
| Schmidt et al (2007) | 1731 | 1,1% |
| Solares et al (2007) | 870 | 0,5% |
| Koltai et al (2003) | 243 | 1,7 % |

Enligt svarsuppdelningen kunde det konstateras att den procentuella andelen var större, 4 stycken svar antydde att de upplevt postoperativ blödning dvs. 26 % under de 7 dyggnen undersökningen varade.

Från kommentarer angående själva blödningarna framgick det att det kunde handla om några droppar från näsan, så svårt att dra slutsatsen ifall dessa kunde tolkas som blödningar. Ingen av de som svarat konsulterade läkaren eller skulle ha varit i behov av läkarvård.

Från enkätundersökningen kunde konstaterats att utgivningen av informationen gällande förberedandet av barnet inför ingreppet, själva operationsdagen och informationen gällandet ingreppet hade upplevts tillräcklig och lyckad, 80 % upplevde den så.

Även informationen och handledningen för den postoperativa vården hade varit lyckad i alla utom i ett svar.

Vikten av handledningen och informationen åt föräldrarna kommer starkt fram då vi jobbar med barnpatienter.

Enligt familjecentrerad vård beaktar man förälderns medverkan i vården.(Koistinen.P,2004)

Kan man läsa från svaren ifall föräldrarna ansett att vården varit god och spegla detta mot K.Ericssons "Vårdandets idé"?

Att vårda är att dela, att närvara i situationen, att vara delaktig av samma vårdande helhet. Man skall alltid utgå från patienten, från den holistiska synen,

i vårt fall hela familjen. I den yrkesmässiga vården jobbar vi med att arbeta tillsammans, läkare och vårdare, på så sätt fungerar helhetsvården.

I alla 15 svarsenkät framkom att föräldrarna varit nöjda med vården och teamarbetet på Pikkujätti i sin helhet. Vi kan läsa ur svaren att de upplevt att vården varit god.

Från den fria responsen kunde plockas fram 5 st nöjda kommentarer som antyder att dessa barn och familjer har upplevt att vården på Pikkujätti varit god.

Enligt två av grundprinciperna för god vård; trygghet och individualitet kunde läsas i svaren: *"Pojalle jäi hyvä mieli, koska häntä kuunneltiin"*, *"Lapselle ja äidille tuli hyvä ja turvallinen olo"*, *"Ni tog så väl hand om oss"* !

8.Kritisk granskning

För att få en helhet i studien och kunna återspegla resultatet av enkätundersökningen baseras studien på den teoretiska referensramen, det teoretiska bakgrundsfaktan samt forskningresultaten.

Det bör finnas en röd tråd som alla de olika delarna relaterar till, intern logik som harmoniserar mellan forskningsfrågor, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.(Larsson,S.1994, s.168-170)

Det riktiga och sanna resultatet söks alltid och resultatet får inte vinklas till någons fördel. Analysen skall vara möjligast enkel, resultaten ha en enkel och tydlig struktur All data har behandlats på ett objektiva sätt och respondenten har inte tagit bort eller satt till någonting.(Larsson,S.1994.s171-175)

Processen för att konstruera frågeformuläret var krävande. Att hela tiden utgå från arbetets frågeställning och komma ihåg att fundera på om just denna fråga är relevant för arbetet samt är den lätt förståelig eller kan den misstolkas.

"Som man frågar får man svar", en tydligare formulering av vissa frågor borde ha gjorts, endel frågor ja/nej var i den mån otydligt formulerade att de inte besvarats, detta kan ju beroende på fråga antas att det menade svars alternativet var nej.

Svarsfrekvensen har med tiden sjunkit märkbart det är inte omöjligt att svarsanalysen är under 50 % och man kan ju då förstås fråga sig är resultatet representativt för målgruppen?(www.feedback.edelegationen.se)

I detta arbetet var svarsprocenten jämt 50 % .Andelen gjorda tonsillotomier blev färre än väntat, så tyvärr blev det inte så många utdelade enkäter som beräknat.

Fastän godkännandet för undersökningen redan kommit den 9.1.14, utdelades det första frågeformuläret 21.1 i Hagalund och den 11.2 den första i Östra centrum. Årstiden hade kanske endel i saken, januari är relativt tyst då många kommit före jul på ingreppet.

För att förbättra svarskvoten kunde man ha utfört även en telefonundersökning tillsammans med enkät undersökningen,

även påminnelse samtal är ett bra sätt att få in mer

enkäter(www.feedback.edelegationen.se) I denna undersökning var svaren anonyma.

8.1 Validitet och reliabilitet

Oberoende av den metod man valt för att samla information måste man alltid granska igenom materialet kritiskt för att avgöra giltigheten och tillförlitligheten, dvs validiteten och reliabiliteten. För att hålla god kvalitet är reliabilitet och validitet av stor vikt för den kvantitativa undersökningen.

(Bell. J, 1995 s.62)

Validiteten är ett mått på om en fråga mäter det man vill att den skall mäta. Olika synonymer för validitet kan vara; hållbart, försvarbart,vägande och övertygande.

För att öka validiteten kunde det även varit bra att komplettera enkät undersökningen med en telefon intervju. I detta skede fanns det inte tidsmässigt möjlighet för detta.

I arbetet användes inte någon kontroll grupp för att validera svarens giltighet i verkligheten.

Reliabiliteten , tillförlitligheten, kan mätas genom att göra undersökningen vid olika tillfällen, samma omständigheter och se om resultaten är samma.(Bell,J,.1995,s.62)

Reliabiliteten är i relation till de ledande frågorna och binds samman med forskningsresultatets konsistens.(Kvale,S.1997, s.213)

Om en fråga saknar reliabilitet, saknar den även validitet men fastän reliabiliteten skulle vara hög betyder det inte nödvändigtvis att validiteten är det. (Bell, J. 1995 s.63)

I fråga 4, där frågorna handlade om möjliga postoperativa blödningar, var en delfråga om blödningarna var rikliga? Precisionen vad riklig menades borde ha framkommit i frågeformuläret, nu förklarades det muntligt, och ifall alla fick den presiceringen är osäkert.

I de fall som föräldrarna svarat ja på att barnet haft postoperativ blödning hade förklarandet kommentaren ändå varit att det handlade om några droppar näsblod

Samma gäller frågan om smärtlindring; var den ordinerade smärtlindringen tillräcklig? Här blir det föräldrarna som tolkar barnets smärta, för att den frågan skulle vara absolut valid kunde man ha tänkt sig att barnet skulle ha använt någon smärtermätare.

Detta var som en grundtanke men eftersom det är av stor vikt att handleda barnet i användningen noggrant och helst före ingreppet, konstaterades att tiden inte räckte till.

Frågorna som behandlar smärtlindringen är därför koncentrerade kring mängden av farmaka.

9. Slutsatser och avslutning

Syftet med enkätundersökningen var att få svar för arbetsgivaren Pikkujätti i vilken mån föräldrarna upplever att de fått god handledning och information gällande tonsillotomi och den postoperativa vården efter tonsillotomi samt att kolla upp de möjliga postoperativa komplikationerna.

Är våra hemskötsel direktiv i dags dato eller behöver de uppdateras, känner föräldrarna att de är trygga i att ta hand om den postoperativa vården hemma trots möjliga postoperativa komplikationer.

Är familjerna nöjda med den vård som vi gett dem, har vi kunnat ge en så god vår att de skulle rekommendera Pikkujätti åt andra familjer.

Av de svaren som framgick i undersökningen kunde man tolka att vården varit god, handledningen och informationen tillräcklig.

De postoperativa komplikationerna är jämförbara med de som framkommit i ett flertal nya undersökningar.

Resultatet tyder på att de tre ledfrågorna i arbetet besvarats och en relativt hög reliabilitet och validitet bibehålls fastän antalet besvarade frågeformulär var litet.

En fortsatt intressant studie kring detta examensarbete vore vara att skicka ut frågeformulär åt både tonsillotomi och tonsillectomi patienter under en längre period och jämföra dessa resultat med varandra.

Det har varit en intressant och en lärorik process att få utföra denna enkät studie, Särskilt givande är det att få presentera slutresultatet åt arbetsgivaren.

Ett samarbete ,mellan utbildning och arbetsgivare är en viktig och värdefull resurs för båda parterna. Förhoppningsvis kan detta arbete fungera som ett litet verktyg för Pikkujätti i vårt dagliga arbete för att fortsätta utveckla den möjligaste goda vården för barnpatienten och familjen.

Källförteckning

- Ahlstav Martensson,U;Ehrling- Hasselqvist,N & Boström.B.2013. Differences in pain and nausea in children operated on by tonsillectomy or tonsillotomy.A prospective follow up.Journal of advanced nursing April 2013,vol 69, issue 4.Tillgänglig:EBSCO.Hämtad 28.10.2013.
- Ahrne,G ; Svensson, P (red) , 1994.Handbok i kvalitativa metoder. Liber utbildning.
- Andersen , H.1994.Vetenskapsteori och metodlära. En introduktion. Lund.Studentlitteratur.
- Anniko , M.,2012. ÖNH.Liber AB.
- Bauch,I. 2010.Assesment and management of pain in the peadiatric patient.Nursing standard,vol 25 nr 10.Tillgänglig:Cinahl.Hämtad 28.10.2013.
- Bell, J.1995.Introduktion till forskningsmetodik.Lund.Studentlitteratur.
- Den Forskningsetiska delegationen.2009.Etiska principer för humanistiska,snhällsvetenskapliga och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprovning.Helsingfors.Anvisningar
- Ericsson, E ; Lundeborg,I ; Hultcrantz,E.2009.Child behavior and quality of life before and after tonsillotomy versus tonsillectomy.International Journal of Peadiatric Otorhiolaryngology.Sep2009,Vol73.Issue.Tillgänglig Cinahl.Hämtad 28.10.2013.
- Ericsson, E ; Wireklint, S.2012.Health-related quality of life after tonsillotomy versus tonsillectomy in young adults:6 year postsurgery follow-up. European Archives of oto-rhino-laryngogology.Aug2012,vol 269,issue8.Tillgänglig Cinahl.Hämtad 28.10.2013.
- Ericsson,E ; Hultcrantz,E.2007.Tonsilsurgery in youths:good results with a less invasive method.Laryngoscope2007.Tillgänglig Cinahl.Hämtad 28.10.2013
- Eriksson,H.1987.Vårdandets idé.Liber förlag.
- Etiska principer för humanistisk,samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnade av etikprovning.2009.Helsingfors.Forskningsetiska delegationen.
- Gimble-Berglund,I;Ljusgren,G & Enskär.K.2008.Factors influencing pain management in children.Peadiatric Nursing,vol20,nr10.Tillgänglig Cinahl.Hämtad 28.10.2013
- Haapaniemi,E ; Korhonen,A & Kiivari,V.1997. Yksilövastuinen hoitotyö lasten päiväkirurgiassa.Sairaanhoitaja 70.
- Hakala,N. 2012.Päiväkirurgisen postoperatiivisen hoitotyön käsikirja.
- Hartman,J.2004.Vetenskapligt tänkande från kunskap till metodlära.Studentlitteratur.

- Hammar,A-M.2011.Kirurgian perusteet.Helsingfors.WSOY proOY.
- Hautakangas,A-L, Horn.T, Pyhälä-Liljeström.P& Raappana.M.2003.Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla.Porvoo.WSOY
- Hiller,A.2002.Lasten postoperatiivinen kivunhoito.www.terveyskirjasto.fi.upphämtat 20.1.2014
- Hoitotyön tutkimussäätiö, 2009.Leikki-ikäisen lapsen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä-hoitotyön suositus. www.hotus.fi. Upphämtat 20.1.2014
- Iivanainen,A.2006.Päiväkirurginen hoitotyö.Opas.
- Ivanoff,P;Kitinoja,H;Rahko,R;Risku,A &Vuori,A. 2001.Hoidatko minua?Lapsen,nuoren ja perheen hoitotyö.Helsinki.WSOY.
- Kallio,P.2005.Isien kuvauksia osallistumisestaan leikki-ikäisen lapsensa hoitoon päiväkirurgiassa.Kuopion yliopisto.Hoitotieteenlaitos.pro gradu.
- Klang,A.2013.Blödning efter tonsillectomi vid olika dissektionstekniker.Uppsala univertsitet.
- Koistinen,P.Ruuskanen,S & Surakka,T(toim),2004.Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja.Jyväskylä.Gummerus kirjapaino Oy.
- Korhonen,R.2010.Päiväkirurginen ohjaus.Kuopion yliopisto.Hoitotieteen laitos.progradu tutkielma.
- Knoph,C; Rotko,N &Koivuranta,M.2010.www.finnanest.fi/postoperatiivinen pahoinvointi.Upphämtat 28.1.2014.
- Kyngäs,H; Vanhanen,L.1999.Sisällön analyysi.Hoitotiede lehti nr11.Vol 11,sid 3-12
- Kvale,S.1997.Den kvalitativa forskningsintervjun.Lund.Studentlitteratur.
- Lahtinen,J ;Alanko, A;Korttila, A& Korttilainen, H, et al.1998. Päiväkirurgia. Helsinki. Suomen kuntaliitto
- Larsson,S.1994.Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier.ingår i Starrin,B&Svensson,P-G(red)Kvalitativ metod och vetenskapsteori.Lund.Studentlitteratur.
- Lehto,P. 2004.Jaettu mukana olo.Tampereen yliopisto.väitöskirja.
- Lindberg,S.2013.Barn med narkoskräck.Åbo Akademi.Åbo Underrättelse.31.10.2013
- Mattila,K.2010.Day surgery inFinland.Helsingin yliopisto.Lääketieteenlaitos.progradu.

Nieminen,P; Liukkonen,K.2008.Lasten uniapnea.Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim.124(3):299-304

Nokso-Koivisto, J. 2013.Tonsillotomia,katsaus.Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim.129(15):1555-62

Salanterä,S.2006.Näyttöön perustuva hoitotyö.Helsinki.WSOY.

Sas.vregion.se/blödningskomplikationer efter tonsillectomi-tonsillotomi. Upphämtat 28.1.2014

Salmela,M.2011.Hospital related fears and coping strategies in 4-6 year old children.Hoitotieteenlaitos.Helsinki.Helsingin Yliopisto.

Tapiovaara,H.2001.Nielurisa neljällä vuosituhannella.Suomen lääkirilehti.56(33):3244-3247.

Tingberg,B.2004.Barn på sjukhus.Stockhom.Liber.

[www.feedback.edelegationen.se/den kvantitativa metoden](http://www.feedback.edelegationen.se/den-quantitativa-metoden).Upphämtat 28.4.2014.

www.hotus.fi/leikki-ikäisen lapsen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä-hoitotyön suositus.2009.Upphämtat 28.1.2014.

www.socialsyrelsen.se/indikationer-tonsillotomi. Upphämtat 28.1.2014

[www.turkusciencepark.com/fi/leikkausmenetelmien kehitys ja taloudelliset tekijät.2012](http://www.turkusciencepark.com/fi/leikkausmenetelmien-kehitys-ja-taloudelliset-tekijat.2012). Upphämtat 28.1.2014