



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Kvinnor och mäns självskattade status efter gastrointestinal kirurgi

- En kvantitativ studie

Författare: Gana Gorusanovic och Anders Blomberg

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Kvinnor och mäns självskattade status efter gastrointestinal kirurgi

- En kvantitativ studie

Författare: Gana Gorusanovic och Anders Blomberg

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Våren 2017

Abstrakt

Bakgrund: Kvinnor är generellt mer smärtpåverkade, mår oftare illa och kräks efter kirurgi än män. Kvinnor upplever också ett större missnöje med vården och behandlingen som ges på sjukhus.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka kvinnor och mäns självskattade status och upplevelser av vården efter gastrointestinal kirurgi.

Metod: Kvantitativ enkätstudie. Undersökningsdeltagarna var kvinnor och män som opererats för gastrointestinal kirurgi. För analys användes Mann-Whitney test och Chi-två test.

Resultat: Ingen signifikant skillnad förekom mellan kvinnor och mäns tillfredsställelse av den smärtlindrande behandlingen postoperativt, dock självskattade sig kvinnor högre på NRS-skalan. Fler kvinnor var postoperativt illamående, kräktes och önskade vara mer delaktiga i sin operationsplanering. Studiedeltagarna upplevde ett respektfullt bemötande av personalen.

Konklusion: Undersökningsdeltagarna i studien var otillräckligt smärtlindrande postoperativt och en könsskillnad kring vård och behandling kunde urskiljas.

Nyckelord

abdominal surgery, gender, nausea, numeric rating scale, pain, post operative, vomiting

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Problemområde	1
Bakgrund	2
Perspektiv och utgångspunkter	2
Smärta	3
Smärtbedömning	4
Gastrointestinala tillstånd	5
Anestesisjuksköterskans roll vid postoperativ smärtlindring	5
PROM och PREM	5
Syfte	6
Specifika frågeställningar	6
Metod	6
Urval	6
Instrument	7
Datainsamling	7
Analys av data	7
Forskningsetiska avvägningar	8
Resultat	8
Operationsdiagnoser	9
Anestesi och analgesi under och efter operation	9
Illamående och kräkningar postoperativt samt antiemetisk behandling	10
Smärtlindrande behandling	11
Postoperativa besvär efter operationen	11
Bemötande och delaktighet av anestesi- och operationspersonal	12
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	15
Konklusion och implikationer	18
Referenser	19
Bilaga 1 (1)	5

Introduktion

Problemområde

Enligt Socialstyrelsen (2017) opererades totalt 13 211 personer i gastrointestinala kanalen i Region Skåne år 2014. Gastrointestinala sjukdomar som till exempel appendicit, ileus och kolecystektomi är ungefär lika vanligt förekommande hos både kvinnor och män (Socialstyrelsen, 2004). Flera studier har visat att en stor andel av patienter som genomgått någon typ av kirurgi i buken är otillräckligt smärtlindrande postoperativt (Apfelbaum, Gan, Habib, Miller & White, 2014; Banos, Gich, Robleda, Roche-Campo & Sánchez, 2015). Underbehandlad akut smärta är en av orsakerna till långvarig smärta. I slutet av 1990-talet genomfördes en studie i Storbritannien där 40 % av 5 130 personer hade utvecklat långvariga smärtor efter gastrointestinal kirurgi (Crombie, Davies & Macrea, 1998).

Det finns forskningsstudier som tyder på att det finns skillnader i skattad smärta mellan män och kvinnor postoperativt, där kvinnor skattar sin smärta högre än män (Ahmad, Hildingsson, Jönsson, Strömqvist & Strömqvist, 2008; Bisgaard, Rosenberg, Strandfelt & Tolver, 2013). Det finns också forskning som visar det motsatta, det vill säga att det inte finns något samband mellan kön och smärtskattning (Fassoulaki, Staikou & Theodoraki, 2014). I en nyligen publicerad svensk studie uppmärksammades att kvinnor behövde uppleva mer smärta jämfört med män för att det skulle noteras i patientjournalen (Falk et al., 2016). Enligt Socialstyrelsen (2004) och Sveriges kommuner och landsting (2014) förekommer könsskillnader fortfarande i vården trots många års satsning på jämställd vård. Det finns flera brister inom jämlik vård där bland annat tillgängligheten för kvinnor och män ser olika ut. Även vårdkostnader och vårdkvalitet skiljer sig mellan kvinnor och män. Flest klagomål och anmälningar inom hälso- och sjukvården kommer från kvinnor och anmälningarna berör oftast vården eller behandlingen. Enligt Socialstyrelsen definieras jämställd vård med att män och kvinnor får den vård de behöver på lika villkor. Detta innefattar omhändertagande, bemötande och behandlingsresultat (Socialstyrelsen, 2004).

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Den omvårdnadsteoretiska utgångspunkten i studien, The Symptom Management Theory (SMT) har använts i andra liknande studier där patientens självskattade status under den postoperativa perioden varit i fokus (Rosén, 2011; Bergh, Mårtensson, Rosén & Schwartz-Barcott, 2014). Teorin är utformad genom att flera faktorer tas i beaktande för att förstå en individ, individens symtom, sjukdom, behandling och följderna av att vara sjuk utifrån ett subjektivt perspektiv. SMT har som huvudsyfte att integrera och skapa förståelse för patienten utifrån tre perspektiv (Dodd et al., 2001).

Det första perspektivet, *symptom experience*, beskriver patientens symtomupplevelse och hur patienten reagerar på sitt symtom. Detta perspektiv handlar om att patienten blir medveten om symtomens inverkan på livsföringen, till exempel symtom och upplevelser av den postoperativa smärtan. Det andra perspektivet, *symptom management*, beskriver strategier som används för behandling av ett symtom. Detta perspektiv berör dosering, administrationssätt och läkemedel, till exempel smärtlindring postoperativt. Även betydelsen av vem som administrerar ett läkemedel och till vem omnämns i detta perspektiv som en betydande faktor. Den sista dimensionen, *symptom status*, beskriver utfall av symtom och behandling och ger en samlad bild av vad som åstadkommit, hur och varför. Resultatet utifrån de tre perspektiven tar hänsyn till patientens egenvård, funktionella- och emotionella status, livskvalitet samt om patienterna följer de råd och ordinationer som rekommenderats (Dodd et al., 2001).

För hälso- och sjukvårdspersonal kan SMT vara ett verktyg för att utföra omvårdnad med god kvalitet samt ge djupare förståelse för patientens situation. För patienten kan SMT ge ökad livskvalitet, minskat lidande, öka förståelsen kring vården som givits samt korta vårdtiden. För personal och vårdgivare tillsammans kan en effektiv, ekonomisk och mer patientsäker sjukvård bedrivas (Dodd et al., 2001).

Smärta

Definitionen av smärta är enligt International Association for the Study of Pain (2014) ”*unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage*” (s.1). Smärtor från buken kan vara en vävnadsskada i buken orsakad av syrebrist eller infektion. Vid en vävnadsskada frisätts en rad olika ämnen som prostaglandiner, vätejoner och cytokiner som sedan aktiverar nociceptorer. Dessa i sin tur omvandlas till elektriska signaler som går via ryggmärgens bakhorn och gör oss medvetna om smärtan (Hawtorn & Redmond, 1999; Lindahl, 2016).

Under den postoperativa tiden på sjukhus kan patienten erhålla smärtlindring på flera olika sätt. Epiduralkateter (EDA), patient kontrollerad pump (PCA) och nervblockader är några av flera sätt att sträva efter smärtlindring. EDA, PCA och nervblockader har i en studie visat sig smärtstillande effektivt och säkert (Aken et al., 2008). Patienter kan erhålla nervblockader som lokalbedövning innan, under och efter operation. Studier har påvisat att lokalbedövning i samband med operation kan reducera smärtintensitet, öka mobilisering samt minska vårdtiden på sjukhus (Chang, Chen, Lee, Lin & Lu, 2015; Hu et al., 2016). Patienter kan även erhålla smärtlindring peroralt eller intravenöst (Lindahl, 2016).

Enligt Lindahl (2016) upplever cirka 50 % av nyopererade patienter postoperativ smärta. En amerikansk studie påvisade att 82 % av patienterna var smärtpåverkade två veckor postoperativt efter kirurgi. Av dessa 82 % hade 47 % moderat smärta och 39 % upplevde extrem smärta (Apfelbaum, Chen, Jeffrey, Gan & Mehta, 2003). Bataille, Fuzier, Magués, Roussel och Salces-y-Nédéo (2015) förstärker att många patienter har en underbehandlad smärta postoperativt. Utifrån deras undersökningsgrupp tre månader efter operation, hade 43 % av samtliga undersökningsspersoner långvariga smärtor som påverkade deras livskvalitet (a.a).

Långvarig smärta kan vara en akut smärta som pågått mer än tre månader eller om smärtan pågår längre tid än den förväntade läkningstiden (Davies & Macrea, 1999). Av den normala populationen i Sverige, lider fem till tio procent av långvarig smärta (Lindahl, 2016).

Långvarig smärta påverkar en persons livskvalitet, arbetsförmåga och kan leda till depression. Långvarig smärta har även direkt inverkan på stress, nattsömn, koncentrationsförmåga och aptit (Andrell et al., 2009; Arnér, Lidén & Wincent, 2003; Lindahl, 2016). Smärta och låg

livskvalitet har visat sig ha ett starkt samband (Arnér et al. 2003). I Arnér et al. (2003) studie hade patienter som postoperativt skattade sin smärta högt på en visuell analog skala lägre livskvalitet än de patienter som skattade sin smärta lågt på en visuell analog skala (a.a).

Det finns en rad olika förklaringar och orsaker som kan påverka patientens smärtintensitet och duration av smärta efter kirurgi. En av förklaringarna kan vara analgesin under och efter kirurgin samt patientens egna förväntningar per- och postoperativt (Norrbrink & Lundeberg, 2014). I en studie av Lewandowska, Filip och Mucha (2013) var postoperativ smärta en av orsakerna till att patienterna oroade sig inför operation. Patienterna hade även en stark oro för postoperativt illamående och kräkningar vilket kan förankras i den omvårdnadsteoretiska utgångspunktens första perspektiv, symptom experience, som förklarar patientens symtomupplevelse och hur patienten i fråga reagerar på symtomet (Dodd et al., 2001). Faktorer som tidigare sjukdomar, symptom status i omvårdnadsteorin, smärtproblematik, ASA-klassifikation, depressiva symtom, högre ålder, oro och ångest har också visat sig ha ett samband med högre självskattad smärta postoperativt (Adamatti et al., 2002; Dodd et al., 2001). Patienter som har låg smärtskattning under vila det första postoperativa dygnet har visat sig ha kortare vårdtid efter gastrointestinal kirurgi (Gögenur, Kleif & Vilandt, 2016; Atik et al., 2017). Skledar et al. (2007) fann ett samband i sin studie mellan patienter som var illamående och kräkte postoperativt och ökade vårdtider och vårdkostnader. Att förebygga smärta, illamående och oro kan minska antalet vårdtygn och vårdkostnaderna, vilket förstärks i SMT, symptom management, där fokus ligger på strategier för behandling av symtom och sjukdom (Dodd et al., 2001). Strategier för en bra och tillräcklig postoperativ smärtlindring ökar förutsättningarna till god omvårdnad och hälsoekonomiska fördelar (Lewandowska et al., 2013).

Smärtbedömning

I syfte att mäta och bedöma en patients smärtskattning och smärtintensitet kan numerisk skattningsskala [NRS] eller visuell analog skala [VAS] användas. Båda skalorna är validerade. NRS betraktas som ordinaldata och består av en horisontell linje med värden från noll= besvärsfri till tio= värsta tänkbara smärta. VAS har endast två värden, ingen smärta samt värsta tänkbara smärta. På VAS-skalan, mellan dessa två markörer får patienten med hjälp av en linje självskatta sin smärtintensitet. Båda skattningsskalorna är endimensionella och tar inte hänsyn till andra parametrar (Allvin & Brantberg, 2010; Werner, 2010).

Gastrointestinala tillstånd

Buksmärtor kan innefatta flera olika tillstånd inom bukorganens anatomi som kan vara direkt livshotade för patienten. Patienter med akuta bukbesvär kan behöva opereras omedelbart, akut, subakut eller i ett elektivt skede. Patienter med gastrointestinala tillstånd kan opereras laparoskopiskt eller öppet. Det finns situationer där kirurgen börjar operera laparoskopiskt men behöver konvertera till öppen buk-kirurgi. Gastrointestinala sjukdomar kan även behandlas konservativt (Järhult & Offenbartl, 2006).

Anestesisjuksköterskans roll vid postoperativ smärtlindring

I den anesthesiologiska kompetensbeskrivningen (2012) beskrivs hur anestesisjuksköterskan arbetar preventivt avseende postoperativa besvär under patientens postoperativa vård och återhämtning. En väsentlig del i anestesisjuksköterskans arbete är att observera, dokumentera och utvärdera effekter av sitt eget arbete. Anestesisjuksköterskan skall oavsett arbetsbelastning vara uppmärksam och öppen för patientens situation och berättelse. Kunskap om smärta, smärtbehandling och utvärdering av smärta är ett viktigt redskap för anestesisjuksköterskan och krävs för att kunna utföra professionell omvårdnad. Professionella medarbetare inom vården idag strävar efter att arbeta utifrån personcentrerad vård. För att det skall åstadkommas krävs god förmåga att lyssna på patientens berättelse och att inge trygghet och förtroende. Vård med hög patientsäkerhet skall alltid eftersträvas och patientens autonomi och individuella behov skall alltid stå i centrum (Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening, 2012; SBU, 2013).

PROM och PREM

Patient reported outcome measures (PROM) baseras på patientrelaterade mått. PROM mäter symptom experience, alltså hur patienter upplever sin sjukdom, hälsa och livskvalitet utifrån behandling och funktion (Dodd et al., 2001; Registercentrum sydost, 2016). Syftet med PROM är att följa upp vårdresultat och använda sig av dess resultat i utvecklingssyfte både vad gäller lärande, utveckling, forskning och för att driva en jämlik vård. I den här studien används PROM för att mäta patienters självskattade status och upplevelse av bemötande, delaktighet, illamående och smärta (Registercentrum sydost, 2016).

Patient reported experience measures (PREM) är också ett mått på symptom experience, det vill säga hur en patient värderar den behandling som genomförts och dess resultat (Dodd et al., 2001; Registercentrum sydost, 2016). PREM är ett verktyg för att öka patientmedverkan samt tillvara ta patienternas erfarenheter från vården i förbättrings- och utvecklingsyfte. I föreliggande studie används PREM för att öka förståelsen för patienters upplevelse av delaktighet, förtroende, bemötande och information från anesthesi- och operationspersonal (Registercentrum sydost, 2016).

Syfte

Syftet med studien var att undersöka kvinnor och mäns självskattade status och upplevelser av vården efter gastrointestinal kirurgi.

Specifika frågeställningar

- Fanns det skillnader i PROM/PREM mellan kvinnor och män och hur tillfredsställda de var med smärtlindringen postoperativt (H0 = ingen skillnad mellan könen).

Metod

Studien genomfördes som en kvantitativ enkätstudie vilket lämpade sig när ett större antal studiedeltagare önskas. Enkätundersökning är tidseffektivt och lämpades därför väl för ett examensarbete på avancerad nivå. En annan fördel med enkätstudie är att frågorna är standardiserade och likvärdiga för samtliga studiedeltagare (Polit & Beck, 2012).

Urval

Inklusionskriterierna för deltagarna i studien var att de skulle förstå svenska i både tal och skrift samt ett åldersintervall från 18 år och uppåt. Undersökningsdeltagarna var inlagda på två olika sjukhus i södra Sverige och hade opererats i buken. Antal deltagare i studien var 52. Totalt lämnades 70 enkäter ut och det externa bortfallet var tio. Inom ramen för föreliggande examensarbete på avancerad nivå kom flera olika diagnoser att representera gastrointestinal kirurgi på grund av begränsad tid att förbestämma vissa specifika diagnoser.

Beräknat utifrån 1.0 i skillnad på NRS-skalan uppnådde studien en Power på 0.95 och ett signifikansvärde 0.05 med en standardavvikelse på ± 1.0 om 26 patienter deltog i varje undersökningsgrupp.

Instrument

Enkäten i studien var hämtad och utformad av Svenskt Perioperativt Register (SPOR) (2016). Det gick inte att urskilja om enkäten var validerad sedan tidigare, dock var enkäten använd i ett tidigare examensarbete på avancerad nivå (Andersson, 2016). Enkäten modifierades eftersom en del av frågorna i originalenkäten inte lämpade sig för syftet till föreliggande studie. Enkäten bestod av två delar, en till personal och en till patient och omfattades av totalt 17 frågor (Bilaga 1). Anestesipersonalen besvarade del ett av enkäten under operation. Del ett av enkäten bestod av fem frågor som berörde patientens demografiska data, analgesi och anesthesi under operation samt diagnos. Del två av enkäten som besvarades av patienten postoperativt omfattade 12 kortfattade frågor som behandlade PROM och PREM. Dessa frågor bestod av ja och nej-frågor samt två NRS-skalar.

Datainsamling

Berörd personal informerades på ett morgonmöte samt via mejl om studien efter rekommendationer från Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) och godkännande från verksamhetschefer. Datainsamlingen genomfördes under tre veckor. Alla patienter som planerades och anmäldes för gastrointestinal kirurgi erhöll skriftlig och muntlig information om studien av ansvarig sjuksköterska på avdelningen. Undersökningsdeltagarna undertecknade sitt samtycke innan anestesistart och alla enkäter kodades med nummer istället för personuppgifter. De patienter som inte ville delta i studien räknades som bortfall. Del ett av enkäten fylldes i av ansvarig anesthesisjuksköterska på operation. Del två av enkäten fylldes patienten själv efter ankomst tillbaka till avdelningen. Ansvarig sjuksköterska på avdelning ansvarade för att ifyllda enkäter samlades in i en avsedd pärm.

Analys av data

Insamlad data analyserades med hjälp av Statistical package for the Social Sciences (SPSS Inc, 2009). Resultatet presenterades med median, högsta och lägsta värde, kvartiler och i tabeller. Som hypotesprövning för variabler både på nominal-och ordinalskala användes Chi-

två test. För att testa 0-hypotesen mellan två oberoende grupper, kvinna och man, med en signifikansnivå på 0.05 användes Mann-Whitney test ($P = <0.05^*$) (Björk, 2011; Ejlertsson, 2014).

Forskningsetiska avvägningar

Studien betraktas som ett kvalitetssäkringsarbete, efter samtycke från VEN (Lunds Universitet, 2013) och godkännande från berörda verksamhetschefer. Enligt lagen om etikprövning skall information, samtycke och godkännande tillämpas innan datainsamling påbörjas (Sveriges Läkarförbund, 2013; 2014; SFS: 2003: 460). Föreliggande studie hade som mål att tillämpa etiska grundprinciper som innefattar godhetsprincipen, rättvis principen, anatomiprincipen samt principen att inte skada (Sveriges Läkarförbund, 2013). För att tillämpa de etiska grundprinciperna informerades deltagarna i studien om studiens syfte och att de när som helst kunde avbryta deltagandet. Efter att frivilligt, skriftligt samtycke till kvalitetssäkringsprojektet samlades in kunde författarna säkerställa deltagarnas hälsa och säkerhet (SFS: 2003: 460). Författarna hade det yttersta ansvaret för att studien utfördes av god kvalitet samt med god forskningsetik (Codex, u.å.).

Resultat

I studien deltog totalt 52 personer, 28 kvinnor och 24 män. Undersökningsspersonerna opererades för olika typer av gastrointestinal kirurgi. Åldern varierade mellan 22-82 år för kvinnor och 25-84 år för män. Medianåldern för kvinnor var 51 år och för män 55 år. I tabell 1 och 2 presenteras demografisk data från båda undersökningssgrupperna i median, minsta och högsta värde samt med kvartiler (q1- q3).

Tabell 1. Demografisk data av den kvinnliga undersökningssgruppen

	Kvinna(median)	Min	Max	q1-q3
Antal (n)	28			
Längd (cm)	16	158	183	164-170
Vikt (kg)	73	50	114	65- 110
BMI	26	19	39	22- 29
Ålder (år)	51	22	82	29- 59
Operationstid (min)	151	24	250	45- 183

Tabell 2. Demografisk data av den manliga undersökningsgruppen

	Man(median)	Min	Max	q1-q3
Antal (n)	24			
Längd (cm)	183	167	196	178-189
Vikt (kg)	85	47	115	73- 95
BMI	25	15	38	23- 26
Ålder (år)	55	25	84	38- 64
Operationstid (min)	102	20	480	46- 148

Operationsdiagnoser

Studiedeltagarna opererades för totalt tio olika gastrointestinala sjukdomar. Leverresektioner (n=7) och appendiciter (n=5) var de vanligaste förekommande ingreppen hos kvinnorna. Hos männen var ljumskbräck (n=4) det dominerande ingreppet. ERCP och tunntarmsresektioner var de två ingrepp som påvisades minst i båda undersökningsgrupperna (n=2). Samtliga gastrointestinala diagnoser per undersökningsgrupp redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Antal gastrointestinala diagnoser i båda undersökningsgrupperna

Diagnoser	Kvinna (n=28)	Man (n=24)
Appendicit	5	3
Leverresektion	7	3
Abscess	2	2
Gastrektomi	1	3
Kolecystektomi	3	3
Ileus	4	2
Tunntarmsresektion	2	0
ERCP	1	1
Slitsherniering	3	3
Ljumskbräck	0	4

Anestesi och analgesi under och efter operation

Anestesi och analgesi varierade i båda undersökningsgrupperna. Anestesi och analgesi varierade även mellan de olika kirurgiska operationerna. Samtliga studiedeltagare (n=52) erhöll Propofol som intravenöst anestesimedel vid induktion. Mängden givet Propofol varierade i båda undersökningsgrupperna. Den lägsta doseringen givet Propofol till den kvinnliga undersökningsgruppen var 80 mg och högsta doseringen var 250 mg. I den manliga undersökningsgruppen var den lägsta doseringen 100 mg och högsta 230 mg Propofol. Den dominerande analgesi under operation var Oxycodone och Fentanyl. PCA- pump fick åtta

kvinnor erhålla postoperativt samt fem av männen. PCA-pump och EDA användes vid större kirurgi som tunntarmsresektion, leverresektion, ileus och gastrektomi. Av studiens totala deltagare, erhöll 69 % lokalbedövning i samband med operationen. Totalt sett erhöll 65 % kvinnor och 75 % män lokalbedövning. I tabell 4 presenteras de läkemedel som givits under operation i båda undersökningsgrupperna samt om patienten erhöll någon annan typ av smärtstillande behandling.

Tabell 4. Vilka läkemedel patienten erhållit under och efter operation

Läkemedel	Kvinna (n=28)	Man (n=24)	Totalt
Ultiva	1	4	5
Sevoflurane	9	13	22
Oxycodone	25	17	42
Desfluran	19	11	30
Fentanyl	27	21	48
PCA pump	8	5	13
EDA	1	0	1
Lokalbedövning	18	18	36

Illamående och kräkningar postoperativt samt antiemetisk behandling

Fler kvinnor än män var postoperativt illamående och kräktes. Totalt uppgav elva kvinnor postoperativt illamående, varav sju behövde läkemedel för detta. Av elva kvinnor som var illamående kräktes fyra. Trots att studien visar på att fler kvinnor än män var illamående och kräktes erhöll fler män antiemetika i det postoperativa skedet. I tabell 5 redovisas samtlig data från båda undersökningsgrupperna vad gäller illamående, kräkningar och behandling.

Tabell 5. Illamående och kräkningar postoperativt samt antiemetisk behandling

	Kvinna (n=28)	Man (n=24)
Hur många var illamående efter operationen?	11 (39%)	7 (29%)
Hur många behövde medicin för detta (av de som var illamående)?	7 (63%)	6 (85%)
Hur många kräktes (av de som var illamående)?	4 (36%)	2 (28%)

Smärtlindrande behandling

I den kvinnliga undersökningsgruppen var 18 av 28 (64 %) nöjda med sin smärtlindrande behandling men tio kvinnor ansåg att den smärtlindrande behandlingen inte var tillräckligt bra. I den manliga undersökningsgruppen var 19 av 24 (79 %) nöjda med smärtbehandlingen. Nedanstående tabell 6 visar resultatet från samtliga studiedeltagare och gör ingen skillnad i typ av operation, givna läkemedel eller operationslängd.

Kvinnor uppskattade sin smärta som lägst NRS 2 och högst NRS 10. Medianen för smärtskattning enligt NRS var för kvinnor 5. Männerna skattade sin smärta som lägst NRS 1 och som högst NRS 8. Medianen för männens smärtskattning enligt NRS var 3. En större del av de kvinnliga och manliga studiedeltagare (n=20) ansåg att smärtlindrande behandling krävdes vid NRS 5. En kvinna ansåg att smärtlindring krävdes vid NRS 1 och två män tyckte att smärtlindring krävdes vid NRS 2.

Tabell 6. Tillfredsställelse av smärtbehandling efter operation

	Kvinna (n=28)	Man (n=24)	P-värde
Är Du nöjd med den smärtlindringen Du fick efter operationen?	Ja 18 (64%)	Ja 19 (79%)	P=0,238

Postoperativa besvär efter operationen

Av den totala undersökningsgruppen upplevde 41 % (n=11) postoperativa besvär, sex kvinnor och fem män. Smärta i axlar var den vanligaste åkomman och totalt besvärade det fyra kvinnor och tre män. Huvudvärk var också ett nytillkommet besvär postoperativt. En del undersökningsdeltagare uppgav även skriftligen buksmärta som ett nytillkommet besvär. I tabell 7 visas en sammanställning av postoperativa besvär efter operationen i samtliga undersökningsgrupper.

Tabell 7. Postoperativa besvär efter operationen

	Kvinna (n=28)	Man (n=24)
Har Du fått nytillkomna besvär efter operationen?	Ja 6 (21%)	Ja 5 (20%)
Vilka organ drabbades?		
Ont i axlar	4	3
Ont i buken	1	2
Huvudvärk	1	1

Bemötande och delaktighet av anestesi- och operationspersonal

Båda undersökningsgrupperna ansåg att de fick ett bra och respektfullt bemötande av både anestesi- och operationspersonal. Totalt var 50 personer (n=52) nöjda med bemötandet från personal, 27 kvinnor och 23 män. En kvinna och en man var inte nöjda med bemötandet och 2 kvinnor kände en viss tveksamhet inför att genomgå anestesi/bedövning vid en eventuell framtida operation. Totalt sett önskade 18 % av kvinnorna (n=5) vara mer delaktiga i sin operationsplanering. Nedanstående tabell 8 visar samlat resultat från samtliga studiedeltagare och gör ingen skillnad i typ av operation, givna läkemedel eller operationslängd.

Tabell 8. Bemötande och delaktighet av anestesi- och operationspersonal

	Kvinna (n=28)	Man (n=24)
Fick Du ett bra och respektfullt bemötande av anestesi- och operationspersonal?	Ja 27 (96%)	Ja 23 (96%)
Känner Du någon Tveksamhet inför att genomgå samma narkos/bedövning vid en eventuell framtida operation?	Ja 2 (7%)	-
Skulle Du vilja vara mer delaktig i din operationsplanering?	Ja 5 (18%)	-

Diskussion

Metoddiskussion

Uppsatsen är genomförd med en kvantitativ metod, där insamlingsinstrumentet var en enkät. Fördelar med enkätundersökning var att studiedeltagarna i lugn och ro kunde besvara frågorna (Bertram, 2009; Ejlertsson, 2014). Då författarna önskade ett större urval under begränsad tid samt inte ville påverka undersökningsdeltagarna ansågs enkätundersökning som en lämplig metod för studiens syfte.

Urvalet var konsekutivt det vill säga att de patienter som för tillfället låg inlagda på sjukhus och skulle genomgå gastrointestinal kirurgi under en treveckorsperiod ingick i studien (Kristensson, 2014). Författarna i föreliggande studie har i beaktande att risk för förväxlingseffekter kan förekomma när patienter från två olika sjukhus med tio olika diagnoser förekommer i resultatet (Björk, 2011). Detta då det kan vara svårt att jämföra patienters självskattade status postoperativt när förutsättningarna inte har varit likadana för alla patienter.

Enkäten i studien mäter PROM och PREM som ansågs vara lämpligt till studiens syfte och frågeställning då patientrelaterade mått efterfrågas. Enkäten var hämtad från SPOR (2016) och är tidigare använd i en magisteruppsats som face-to-face-validerades i en pilotundersökning (Andersson, 2016). Sannolikt kan innehållsvaliditeten i pilotundersökningar ge information om enkäter avser mäta det som efterfrågas (Billhult & Gunnarsson, 2012). I Anderssons (2016) pilotstudie skulle enkätens validitet kunna styrkas då enkäten besvarade syftet för studien och svarbenägenheten var hög (Ejlertsson, 2014). Reliabiliteten i föreliggande studie bör dock uppmärksammas då slumpmässig variation vid mätningar kan variera beroende av patient, gastrointestinal kirurgi samt vårdpersonal (Billhult & Gunnarsson, 2012). För att anpassa enkäten till föreliggande studies syfte fick enkäten modifieras. I del ett av enkäten utökades frågor om kön, annan analgesi/anestesi och diagnos. I del två av enkäten uteslöts en fråga från original enkäten *"Kommer Du att åka hem efter operationen vid den tidpunkt som var planerad och som Du fått information om tidigare?"* (Andersson, 2016 s. 28). Denna fråga uteslöts då den nyopererade patienten inte kan besvara frågan.

En svaghet med enkätundersökningen som framkommit i efterhand är att mängden läkemedel inte efterfrågats specifikt i fråga fyra (Bilaga 1). Detta tolkas som ett internt bortfall då författarna missat att fråga efter specifik dos under fråga fyra ”*Annan analgesi/anestesi*”. Ett annat internt bortfall i studien är att anestestid som efterfrågats i minuter inte har angivits på en betydande del av enkäterna och därför fick frågan exkluderas i resultatet. Olika långa operationer skulle kunna påverka patienters smärta och illamående postoperativt. Mängden givet läkemedel hade varit intressant att jämföra om det skulle haft en inverkan på resultatet. Två undersökningsdeltagare som genomgick ERCP finns med i resultatet trots att ERCP inte är en operation utan snarare en undersökning/behandling. Författarna valde att inte exkludera de undersökningspersoner som genomfört en ERCP då författarna i föreliggande studie varit otydliga kring instruktioner till personal angående vilka ingrepp i buken som efterfrågats. Trots enkätens brister har enkäten bidragit till att ge svar åt studiens syfte vilket kan betraktas som tillfredsställande för ett examensarbete på avancerad nivå.

Tidsbrist samt pressade verksamheter försvårade insamlingen av materialet. Sjuksköterskor på avdelningar som ansvarade för att enkäter lämnades ut och samlades in glömde vid upprepade tillfällen att delge patienter enkäter. Det mest sannolika till detta kan bero på hög arbetsbelastning samt dålig kommunikation inom verksamheten trots instruktioner. Eventuell selektionsbias bör tas i beaktande i resultatet då risk finns att sjuksköterskor på avdelningarna påverkat urvalet. Detta skulle kunna ske då det är avdelningssjuksköterskan som bedömt vem som är mottaglig för enkäten eller inte.

Antal undersökningsdeltagare i studien uppnåddes inte. Målet var minst 70 deltagare, 30 patienter i varje undersökande grupp. Studiens externa bortfall var tio patienter. För att öka antal deltagare och underlätta materialinsamlingen kunde enkäterna delats ut till dagkirurgiska patienter istället för ineliggande. Organisationen och planeringen av ineliggande patienter skiljer sig från dagkirurgiska eftersom ineliggande patienter oftast ligger utspridda och förbereds på olika vårdavdelningar. Fördelen med dagkirurgiska patienter hade kunnat vara mer tid att förbereda och informera dessa patienter till att delta i studien än vad det är med ineliggande patienter. Ineliggande patienter är generellt sjukare än dagkirurgiska patienter och kräver oftare akuta operationer, vilket medför att information kring studien inte kan lämnas till alla patienter. En annan fördel med dagkirurgiska patienter hade varit att det ökar möjligheten att inrikta sig på ett specifikt kirurgiskt ingrepp vilket hade underlättat när slutsatser av resultatet skall lyftas fram.

Resultatdiskussion

En tydlig skillnad mellan kvinnor och mäns självskattade smärtskattning postoperativt har påvisats i resultatet. På frågan i enkäten *"Hur ont hade Du som mest efter operationen"* visade resultatet att medianen var NRS 5 för kvinnorna och NRS 3 för männen. Resultatet visar även att den högsta skattade smärtintensiteten för en enskild kvinna var NRS 10 och för en enskild man NRS 8. I föreliggande studies enkät användes NRS-skala för att mäta självrapporterad smärtintensitet utan andra parametrar hos undersökningsdeltagarna. Smärta är individuellt och smärtskattning kan bero på situationen när smärtskattningen sker, till exempel rörelse eller vila. I resultatet i föreliggande studie framkommer inte i vilken situation självrapporterad smärtintensitet skattats hos undersökningsdeltagarna, vilket måste tas i beaktande. Fler kvinnor än män i studien genomgick större och mer omfattande kirurgi som leverresektioner, ileus och tunntarmsresektioner. Detta skulle kunna spegla högre uppskattad smärtintensitet hos kvinnorna.

I studiens två undersökningsgrupper påvisades ingen signifikant skillnad ($p=0,238$) på frågan *"Är Du nöjd med smärtlindringen Du fick efter operationen"*. Fassoulaki, Staikou och Theodoraki (2014) har undersökt könsskillnader i postoperativ smärta efter gastrointestinal kirurgi. Deltagarna i deras undersökningsgrupp ($n=60$) stämmer överens med föreliggande studie och det finns även likheter mellan BMI, postoperativt illamående och kräkningar. Resultatet i deras studie påvisar att det inte finns någon större skillnad mellan kvinnor och mäns tillfredsställelse av smärtlindrande behandling postoperativt. Författarna finner sparsamt med studier som förstärker att det inte finns någon skillnad mellan tillfredsställande smärtlindring och smärtskattning mellan kvinnor och män postoperativt. Flera studier visar istället att kvinnor är mindre tillfredsställda med den smärtlindrande behandlingen postoperativt och skattar sin smärta högre än män vilket påverkar konvalescens tiden efter gastrointestinal kirurgi (Carr & Cepeda, 2003; Gögenur, Kleif & Vilandt, 2016; Hüppe, Kemter, Klotz & Schmidthe, 2013). I studien är författarna öppna för att det kan föreligga ett samband av olika faktorer som förklarar varför kvinnor är mer missnöjda med den smärtlindrande behandlingen postoperativt. Förklaringen skulle kunna vara att kvinnorna i studien genomgick större kirurgi vilket också kan förklara varför fler kvinnor skattade sin smärta högre och var mindre tillfredsställda med den smärtlindrande behandlingen. Kvinnorna i den aktuella studien var även mer illamående och kräktes postoperativt och fler kvinnor än män önskade vara mer delaktiga i sin operationsplanering och upplevde därför en

större tveksamhet till att genomgå en framtida operation. Kvinnornas uppskattade status i föreliggande studie kan vara att flera samband kan ha påverkat resultatet på frågan om tillfredsställande smärtlindring. Likt Gögenur, Kleif och Vilandt (2016) tror vi att sambanden tillsammans kan påverka konvalescenstiden, upplevelsen och tillfredsställelsen av vården portoperativt efter gastrointestinal kirurgi.

Aubrun, Coriat, Riou och Salvi (2005) påvisar också att kvinnor är otillräckligt smärtlindrande i förhållande till män under den postoperativa perioden efter gastrointestinal kirurgi. I deras studie framkommer det även att kvinnor kräver elva procent högre doser smärtlindrande morfinpreparat än män (a.a). Studien visar också att det finns skillnader mellan patienter och personal om när det är lämpligt att ge smärtlindrande behandling. Dijk et al. (2010) fann att en stor del av patienterna i deras undersökningsgrupp ansåg att NRS 4-6 var en hanterbar smärta som inte krävde smärtlindring. Sjukvårdspersonalen i deras undersökningsgrupp ansåg däremot att NRS > 5 inte var en hanterbar smärta hos patienterna (a.a). I föreliggande studie ansåg flera kvinnliga och manliga studiedeltagare att smärtlindring krävdes vid NRS 5. Enligt Werner (2010) rekommenderas sjuksköterskor att administrera smärtlindring till patienter vid VAS/NRS > 3. I föreliggande studie självskattade endast fyra kvinnor och sju män NRS > 3, vilket kan tolkas enligt Werner (2010) som att brister kring kunskap kring smärtlindrande behandling förekommer bland vårdpersonal.

Fredheim et al. (2012) har undersökt vårdpersonalens självrapporterade kompetens kring smärtlindring, utvärdering av smärta och förståelse för patienters behov på kirurgiska avdelningar på ett sjukhus i Norge. Av undersökningsdeltagarna (n= 537) uppgav 31 % att de endast hade basala kunskaper om postoperativ smärtlindring efter kirurgi. I studien framgick att 74 % av undersökningsdeltagarna lyssnade till patienternas berättelser och erfarenheter kring smärta och smärtintensitet (a.a).

Det föreligger en tydlig kunskapsbrist hos vårdpersonal inom smärta och smärtbehandling vilket visar att smärta är ett komplext område som integrerar kunskap inom både fysiologi och psykologi (Werner, 2010). I föreliggande studie mäts PROM och PREM vilket undersöker patienters individuella symptom experience. Vården behöver vårdpersonal som tar patientens symptom experience på allvar och som har förståelse för att patientens konvalescenstid kan påverkas av flera faktorer samtidigt (Dodd et al., 2011; Rosén, 2011). I resultatet beskrivs undersökningsdeltagarnas symptomupplevelser och hur de kan ha reagerat

på ett symtom, som i sin tur påverkat ett annat symtom, som i sin tur påverkar upplevelsen under vården. För att förstå en patients individuella symtom och sjukdom krävs ett flerdimensionellt verktyg. Då vården idag strävar efter en individanpassad vård av god kvalitet med hälsoekonomiska fördelar måste vårdpersonal utforma en strategi tillsammans med patienten för att minska patientens lidande och öka förståelsen för den vård som utförts (Dodd et al. 2001: Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

Fler kvinnor (39 %) än män (29 %) i studien var illamående efter operationen och kräktes postoperativt. Trots detta visar föreliggande studie att fler män (85 %) än kvinnor (63 %) erhöll antiemetika postoperativt. Kvinnor upplever oftare postoperativt illamående och kräkningar, vilket förstärks i studier av Hüppe, Kemter, Klotz och Schmidthe (2013) och Gunta, Lewis och Nuccio (2000). I en studie av Banos, Gich, Robleda, Roche-Campo och Sánchez (2015) påvisas ett samband mellan intravenöst morfin och illamående och att patienter som erhåller antiemetika i tidigt skede under den postoperativa fasen upplever mindre kräkningar och illamående (a.a.). Resultatet i föreliggande studie kan inte visa samband mellan illamående och kräkningar och när den smärtlindrande behandlingen givits. Studien kan heller inte redovisa i vilket skede antiemetisk behandling givits. Slutsatser kring resultatet i föreliggande studie kan därför inte jämföras med andra liknande studier. Dock kan föreliggande studie visa att många patienter besvärar sig av illamående postoperativt och att det är ett särskilt problem för kvinnor men att fler män erhåller antiemetisk behandling.

På frågan ”*Fick Du ett bra och respektfullt bemötande av anesthesi- och operationspersonal?*” upplevde 96 % av kvinnorna och männen (n=50) att de fick ett respektfullt bemötande av personalen. Enligt kompetensbeskrivningen för anesthesisjuksköterskor (2012) skall patienten behandlas som en unik individ med individuella behov. Resultatet från föreliggande studie, med stor andel nöjda studiedeltagare, kan tolkas som att anesthesi- och operationspersonal visat undersökningsdeltagarna ett respektfullt och jämlikt bemötande likt de lagar och författningar som finns (SFS 1982: 763; SFS 2010: 659; Socialstyrelsen, 2009). Majoriteten av undersökningspersonerna (n= 50) känner ingen tveksamhet inför att genomgå en framtida operation. Detta resultat kan tolkas som att anesthesi- och operationspersonalen arbetar utifrån en personcentrerad vård där patienters andliga, sociala, psykiska och existentiella behov står i centrum likt de fysiska behoven (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

På frågan ”*Skulle Du vilja vara mer delaktig i Din operationsplanering?*” svarade fem kvinnor att de önskade vara mer delaktiga i operationsplaneringen. Fyra av dessa fem kvinnor uppgav att de skulle velat erhålla bättre preoperativ information. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2014) och Socialstyrelsen (2017) är män generellt mer nöjda med vården än kvinnor och flest klagomål om delaktighet i vården kommer från kvinnor. Likt Socialstyrelsen (2004) uppmärksammar föreliggande studie att det fortfarande finns könsskillnader inom vård och behandling i Sverige idag.

Konklusion och implikationer

Föreliggande studie pekar på att det inte finns en signifikant skillnad mellan kvinnor och mäns tillfredsställelse av smärtlindringen postoperativt. Dock framkommer en skillnad i självskattning enligt NRS, där kvinnor skattar sin smärta högre än män. Fler kvinnor än män upplever postoperativt illamående och kräkningar. Majoriteten av de kvinnliga och manliga undersökningsgruppen fick ett respektfullt bemötande på operationsavdelningarna, dock upplevde några få kvinnor att de önskade vara mer delaktiga i sin operationsplanering och kände en viss tveksamhet till att genomgå en framtida anestesi på grund av bristfällig information preoperativt.

Resultatet i föreliggande studie önskar författarna leda till nya diskussioner avseende den postoperativa vården vilket skulle kunna öka förutsättningarna för en mer jämlik, patientsäker och mer personcentrerad vård.

Referenser

Aubrun, F., Coriat, P., Riou, B., & Salvi, N. (2005). Sex- and Age-related Differences in Morphine Requirements for Postoperative Pain Relief. *Anesthesiology*, 2005; 103:156–6.

Atik, B., Caparlar, CO., Carparlar, MA., Cekmen, N., Eskin, S., Imren, EÖ., Senkal, S., Süzer, MA., Yazicioglu, D., & Özhan, MÖ. (2017). Fast-track anesthesia in patients undergoing outpatient laparoscopic cholecystectomy: comparison of sevoflurane with total intravenous anesthesia. *J Clin Anest*, 2017Feb; 37:25-30. Doi 10.1016/j.jc.linane.2016.10.036.

Adamatti, LC., Bandeira, D., Bergmann, J., Caumo, W., Ferreira, MB., Iwamoto, CW., Schmidt, AP., & Schneider CN. (2002). Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2002 Nov;46 (10):1265-71.

Ahmad M., Hildingsson C., Jönsson B., Strömqvist B., & Strömqvist F. (2008). Gender differences in lumbar disc herniation surgery. *Acta Orthopaedica*, 2008; 79(5): 643–649.

Aken, HK, Boche, R., Dasch, B., Pogatzki-Zhan, EM, Pöpping, D., & Zhan, P. (2008). Effectiveness and safety of postoperative pain management: a survey of 18 925 consecutive patients between 1998 and 2006 (2nd revision): a database analysis of prospectively raised data. *British Journal of Anaesthesia*, 2008 Dec; 101(6):832-40. doi: 10.1093/bja/aen300.

Allvin R., & Brantberg A.L. (2010). Postoperativ smärta och omvårdnad. I M. Werner & I. Leden (Red.). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

Andersson, I. (2016). *PROM och PREM efter obesitaskirurgi – en kvantitativ empirisk undersökning*. (Magisteruppsats, Lunds Universitet, Medicinska fakulteten).

Andréll, P., Börjesson, M., Eliasson, T., Mannerheim, C., Mannerkorpi, K., Peilot, B., & Sterner, Y. (2009). *Tema smärta och livskvalitet: Viktigt mäta livskvaliteten vid långvarig Smärta*. Läkartidningen: Stockholm.

Apfelbaum, JL., Chen, C., Jeffrey, L., Gan, T., & Mehta, S. (2003). Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged. *AnesthAnalg*, 2003;97:534–40.

Apfelbaum, JL., Gan, TJ., Habib, AS., Miller, TE., & White, W. (2014). Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey. *Curr Med Res Opin*, 2014 Jan;30(1):149-60. doi: 10.1185/03007995.2013.860019.

Arnér, S., Lidén, Y., & Wincent, A. (2003). Pain questionnaires in the analysis of long lasting (chronic) pain conditions. *European Journal of Pain*, 7 (2003) 311–321.

Banos, J., Gich, I., Robleda, G., Roche-Campo, F., & Sánchez, V. (2015). Postoperative discomfort after abdominal surgery: An observational study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Vol 30(4), 2015: pp 272-279.

Bataille, B., Fuzier, R., Magués, JP., Rousset, J., & Salces-y-Nédéo, A. (2015). One half of patients reports persistent pain three months after orthopaedic surgery. *Anaesth Crit Care Pain Med*, 2015 Jun;34(3):159-64. doi: 10.1016/j.accpm.2014.09.006.

Bergh, I., Mårtensson, L., Rosén, H., & Schwartz- Barcott, D. (2014). The Recovery Process After Day Surgery Within the Symptom Management Theory. *Nursing Forum*, Vol49(2), 2014. Doi: 10.1111/nuf.12062.

Bertram, I. (2009). Hur ser en bra enkät ut? En kritisk granskning av befintliga frågeformulär. *Avdelningen för Arbets- och miljömedicin*. Lunds Universitet.

Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 139-149). Lund: Studentlitteratur.

Bisgaard., T., Rosenberg, J., Strandfelt, P., & Tolver, MA. (2013). Female gender is a risk factor for pain, discomfort, and fatigue after laparoscopic groin hernia repair. *Hernia*, 2013 17(3) pp. 321-327. doi:10.1007/s10029-012-0956-8.

Björk, J. (2011). *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. Liber : Stockholm.

Carr, D., & Cepeda, M. (2003). Women Experience More Pain and Require More Morphine Than Men to Achieve a Similar Degree of Analgesia. *Anesth Analg*, 2003;97:1464–8.

Chang, CL., Chen, HH., Lee, KC., Lin, SE., & Lu, CC. (2015). Infiltration of Local Anesthesia at Wound Site after Single-Incision Laparoscopic Colectomy Reduces Postoperative Pain and Analgesic Usage. *Hepatogastroenterology*, 2015 Jun;62(140):811-6.

Codex. (2016). *Forskarens etik*. Hämtad 13 december 2016, från <http://codex.vr.se/forskarensetik.shtml>

Crombie IK., Davies HT., & Macrae WA. (1998). Cut and thrust: antecedent surgery and trauma among patients attending a chronic pain clinic. *Pain*, 1998;76:167–71

Davies, HTO., & Macrea, WA. (1999). Chronic postsurgical pain. *Epidemiology of pain*, Seattle: IASP Press, 1999. p. 125–42.

Dijk, JF., Kalkman, CJ., Kappen., Schuurmans, MJ., & Peelen, LM. (2011). Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: a cross-sectional study. *Nt J Nurs Stud*, 2012 Jan;49(1):65-71.

Dodd., M., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E., Humphreys, J., Janson, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, A. (2010). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Falk, H., Falk, K Fridh, I., Henoch, I., Jakobsson, E., Kenne- Sarenmalm, E., Ozanne, A., & Öhlen, J. (2016). Differences in symptom distress based on gender and palliative care designation among hospitalized patients. *Journal of nursing scholarship*, 2016; 48 (6): 569-576.

Fassoulaki, A., Staikou, C., & Theodoraki, K. (2014). Postoperative Pain after Major Abdominal Surgery: Is It Gender Related? An Observational Prospective. *Study Pain Practice*, Volume 2014; 14 (7): 613–619.

Fredheim, O., Johannessen, T., Kvarstein, G., Rognstad, M-K., Runstrom, T., Skauge, M. (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scand J Caring Sci*, 2012; 26; 545–552.

Gunta, K., Lewis, C., & Nuccio, S. (2000). Prevention and management of postoperative nausea and vomiting. *Orthop Nurs*, 2000 Mar-Apr;19(2):39-48.

Gögenur, I., Kleif, J., & Vilandt, J. (2016). Recovery and convalescence after laparoscopic surgery for appendicitis: A longitudinal cohort study. *J Surg Res*, 2016. Oct; 205(2): 407-18. Doi. 10.1016/j.ss.2016.06.083.

Hawthorn, J., & Redmond, K. (1999). *Smärta: bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Hu, B., Lin, T., Tong, SL., Xu, JJ., Yan, SG., & Ying, YM. (2016). Local Infiltration Analgesia Versus Regional Blockade for Postoperative Analgesia in Total Knee Arthroplasty: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Pain Physician*, 2016 May;19(4):205-14.

Hüppe, M., Kemter, A., Klotz, A., & Schmidthe, C. (2013). Postoperative Beschwerden. *Anaesthetist*, 2013, 62:528-536.

International Association for the Study of Pain, IASP. (2014). *IASP Taxonomy*. Hämtad 7 december 2016, från <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>

Järhult, J., & Offenbartl, K. (2006). *Kirurgiboken*. Liber: Stockholm.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik*. Stockholm: Natur & Kultur.

Lewandowska, A., Filip, R., & Mucha, M. (2013). Postoperative pain combating and evaluatoin of patiet´s satisfaction from analgesic treatment. *Ann Agric Enveiron, Med.*2013;Special Issue1: 48-51.

Lindahl, S. GE. (Red.) (2016) *Anestesi*. Stockholm: Liber.

Lunds universitet. (2013). *Vårdvetenskapliga etiknämnden*. Hämtad 13 december 2016, från http://www.med.lu.se/studentinformation_pn_orr/praktisk_studieinformation/projektplaner_och_uppsatser/vaardvetenskapliga_etiknaemnden

Norrbrink, C., & Lundeberg, T. (2014). *Om smärta: ett fysiologiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research, Principles and methods*. Philadephia: Lippincot & Wilkins.

Registercentrum sydost. (2016). *Patientrapporterade mått*. Hämtad 7 december 2016, från <http://rcso.se/patientmedverkan/prom/>

Riksföreningen för anestesi och intensivvård & Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsköterskeexamen med inriktning mot anestesi*. Hämtad 7 december 2016, från <http://www.aniva.se/wp-content/uploads/2014/12/komp-beskrivning-anestesi.pdf>

Rosén, H. (2011). *Patients' experiences of symptoms, discomfort and their impact on daily living following day surgery*. (Doctor of philosophy in nursing). University of Rhode Island. Hämtad 5 maj 2017, från <http://digitalcommons.uri.edu/dissertations/AAI3450912/>

SFS 1982: 763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2003: 460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2010: 659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Skledar, S.J., Williams, B.A., Vallejo, M.C., Dalby, P.L., Waters, J.H., Glick, R., & Kentor, M.L. (2007). Eliminating Postoperative Nausea and Vomiting in Outpatient Surgery with Multimodal Strategies including Low Doses of Nonsedating, Off-Patent Antiemetics: Is “Zero Tolerance” Achievable? *The Scientific World Journal*, 7, 959–977.

Socialstyrelsen. (2004). *Jämlik vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Hämtad 13 mars 2017, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10285/2004-103-3_20041033.pdf

Socialstyrelsen. (2009). *Nationella indikatorer för God vård*. Hämtad 8 maj 2017, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Statistik om sjukdomar behandlade i slutenvård 2015*. Hämtad 13 mars 2017, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20481/2017-2-5.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). *Är kvinnor mindre nöjda med sin vård och omsorg?* Hämtad 8 maj 2017, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20600/2017-4-20.pdf>

SPSS Inc. (2009) Predictive Analytical Software (PASW) Statistics Version 18. SPSS Inc, Quarry Bay, Hong Kong.

Sveriges Läkarförbund. (2013). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtad 13 december 2016, från <https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/Etik/WMA-dokument/Helsingforsdeklarationen/>

Svensk Sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 8 maj 2017, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). *Jämlighet och hälsofrämjande*. Hämtad 8 maj 2017, från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-119-8.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). *(O)jämställdhet i hälsa och vård*. Hämtad 30 maj 2017, från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-052-8.pdf>

Svenskt Perioperativt Register. (2016). Hämtad 12 december 2016, från <http://www.spor.se/>

Statens Beredning För Medicinsk Och Social Utvärdering. (2013). *Patienter måste få delta*. Hämtad 7 december 2016, från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/patienter-maste-fa-delta/>

Werner, M. I. (Red). (2010). *Smärtbedömning- analys och diagnostik: Från smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

Enkätnummer.....

Enkät PROM och PREM till personal

1. Operationsdagens

Vikt:

Längd:

BMI:

Kön:

2. Ålder (endast år):

3. Anestesitid (minuter)

Operationstid (minuter).....

4. Totaldos Propofol (mg).....

Totaldos ULTIVA (microgr).....

Annan analgesi/anestesi

5. Vad opererades patienten för?.....

Enkät PROM och PREM till patient

PROM (Patient reported outcome measures) mäter hur du som patient **upplever** din sjukdom, din hälsa och livskvalitet utifrån den behandlingen du erhållit.

PREM (Patient reported experience measures) är ett mått på hur du som patient **värderar** den behandling som genomförts och dess resultat.

1. Var Du illamående efter operationen (PROM)?

JA NEJ

2. Behövde Du medicin för detta (PROM)?

JA NEJ

3. Kräktes du någon gång (PROM)?

JA NEJ

4. Är Du nöjd med smärtlindringen Du fick efter operationen (PROM)?

JA NEJ

5. Hur ont hade Du som mest efter operationen (PROM)?

Ingen smärta 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Värsta tänkbara smärta**

6. Enligt smärtskattningsskalan ovan. Vid vilken siffra krävs behandling mot smärtan?

Ingen smärta 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Värsta tänkbara smärta**

