

Postoperativ återhämtning

En identifiering av bedömningsinstrument

FÖRFATTARE	Sofia Gambréus Eva Saxborn
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesisjukvård/ Examensarbete i omvårdnad - OM5320 VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Warren Stomberg
EXAMINATOR	Elisabeth Hansson Olofsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

Ett stort tack till vår handledare Margareta Warren Stomberg för stöd, engagemang och för att vi fick ta del av din kunskap!

/Sofia & Eva

Titel:	Postoperativ återhämtning – en identifiering av bedömningsinstrument
Titel:	Postoperative recovery – identification of assessment instrument
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot anestesijukvård/ Examensarbete i omvårdnad – OM5320
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	28
Författare:	Sofia Gambréus och Eva Saxborn
Handledare:	Margareta Warren Stomberg
Examinator:	Elisabet Hansson Olovsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Postoperativ återhämtning har stor betydelse för en individs upplevelse av ett kirurgiskt ingrepp. Begreppet återhämtning är ett komplext begrepp och innebörden skiljer sig mellan patienterna och även mellan vårdpersonal. Vid bedömning av postoperativ återhämtning är det viktigt att bedömare använder sig av ett validerat instrument som täcker flera aspekter av återhämtningen.

Syfte: Vårt syfte med studien var att i litteraturen identifiera bedömningsinstrument för uppföljning av patientens postoperativa återhämtning.

Metod: För att besvara syftet gjordes, i denna pilotstudie, en systematisk litteraturstudie med sökning i databaserna Chinal och PubMed.

Resultat: Denna pilotstudie resulterade i att 11 instrument kunde identifieras som på olika sätt bedömer patientens postoperativa återhämtning. Ur dessa bedömningsinstrument kunde 6 huvudkategorier med bedömningsfaktorer urskiljas. Dessa var; smärta, fysiologiska faktorer, fysisk aktivitet, emotionella faktorer, illamående/kräkning samt nutrition/elimination.

Konklusion: De flesta instrumenten vänder sig direkt till patienterna. Som hjälp används graderade skalor för att beskriva upplevelsen av återhämtningsprocessen. Instrumenten är kliniskt provade efter ett begränsat antal ingrepp. Flera instrument anses kunna appliceras på olika diagnoser och vid olika tidpunkt i det postoperativa återhämtandet.

ABSTRACT

Background: Postoperative recovery is of great importance for a patient's experience after surgery. Recovery as a concept is complex and the meaning of it differs among patients and hospital staff. When assessing postoperative recovery it's important to use a validated instrument that covers several aspects of recovery.

Aim: The aim of this study was to identify instruments that assess postoperative recovery.

Method: As a method we used a systematic literature review. The research was made in the databases Cinahl and PubMed.

Results: 11 instruments were identified, which all in different ways assess postoperative recovery. From this 11 instruments we identified 6 factors that most of the instrument assessed. Those were; pain, physiological factors, physical activity, emotional factors, nausea/vomiting and nutrition/elimination.

Conclusion: Most of the instruments are addressed directly to the patient to answer. Those have graded scales as a help for describing their experience of the recovery process. The instruments are clinically tested of a limited number of surgeries. Several of those could be used at different diagnoses and at different times during the postoperative recovery period.

Keywords: Postoperative recovery, assess, instrument

INNEHÅLL

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Postoperativ återhämtning	1
Förväntan	2
Information	3
Långvarig smärta	3
Teoretisk ansats	4
Postoperativ uppföljning	5
Anestesisjuksköterskan viktig för tidig hemgång och återhämtning	6
Rutiner idag	7
Problemformulering	7
SYFTE	9
FRÅGESTÄLLNINGAR	9
METOD	9
DESIGN	9
SÖKPROCESS	10
KVALITETSGRANSKNING	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	13
RESULTAT	13
FAKTORER SOM INSTRUMENTEN BEDÖMER	14
Smärta	14
Fysiologiska faktorer	15
Fysisk aktivitet/aktiviteter i det dagliga livet	16
Emotionella faktorer	18
Illamående/kräkning	19
Nutrition/elimination	20
Övrigt	20
INSTRUMENT FÖR SÄRSKILD PATIENTGRUPP	22
TIDPUNKT FÖR BEDÖMNING	22
DISKUSSION	25
METODDISKUSSION	25
RESULTATDISKUSSION	26

Konklusion

28

REFERENSER

30

BILAGOR

- 1. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik-patientupplevelser**
- 2. Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier**
- 3. Matris över inkluderade studier**
- 4. Forskningspersoninformation**

INTRODUKTION

INLEDNING

Som blivande anestesijuksköterskor har vi funderat mycket kring det arbete vi kommer att utföra och hur det påverkar patienterna efter operationen. Studier tyder på att val av anestesteknik påverkar hur patienten återhämtar sig efter anestesi och om man i god tid förebygger biverkningar har det betydelse för återhämtning (1).

Det känns viktigt att medverka redan under anestesi för att åstadkomma en så snabb och optimal återhämtning som möjligt.

För att objektivt kunna bedöma återhämtningsgrad krävs det någon form av strukturerat instrument. Vi vill med denna studie undersöka vilka bedömningsinstrument som idag finns att tillgå för att bedöma patientens återhämtning.

BAKGRUND

Postoperativ återhämtning

Kirurgi innebär en tillfällig funktionsnedsättning och vardagslivet påverkas. Olika faktorer påverkar hur patienten återhämtar sig och vårdtiderna på sjukhusen är numer ofta korta. Postoperativ återhämtning är en utdragen process, där beroendet av hjälp och stöd till en början är stort, för att gradvis avta (2).

Det är svårt att definiera återhämtning fullt ut då det är en stor individuell variation gällande nivån av självständighet eller osjälvständighet i vad vi kallar vardagsliv. Faktorer gällande patientens preoperativa status eller situation före kirurgin, ålder, diagnos och typ av kirurgi har stor betydelse. Återhämtning kan också variera beroende på om kirurgin var planerad eller akut. Tidigare erfarenhet av postoperativ återhämtning visade sig också påverka förloppet positivt eller negativt beroende på tidigare erfarenhet (3).

Smärta, trötthet, återgång till det normala vardagslivet och nedstämdhet är faktorer som återkommer i studier där patienter beskriver sin återhämtningsprocess (4, 5). Då patienter som genomgått bukkirurgi beskriver den postoperativa återhämtningen var grad av smärta, trötthet och nedstämdhet signifikant för upplevelsen (6). Nedstämdhet medverkar till förlust av fysisk och psykisk funktion hos äldre och ger en lägre självskattning av hälsan och kan vara en avgörande faktor i återhämtningen oavsett vilken kirurgi som utförts (6). Den psykologiska återhämtningen omfattar att återfå fysiologiskt välmående och helhet, minskad grad av nedstämdhet, oro och passivitet (7). Smärta är också nära korrelerad till patientens uppfattning om återhämtning. Zalons (6) beskriver betydelsen av medicinering mot smärta som avgörande för att göra en snabbare återhämtning möjlig.

Information innan operation angående smärta och smärtbehandling är också av vikt för återhämtningen, och att som patient få direktiv för att kunna hantera den vävnadsskada som operationssåret innebär. Det har visat sig att patienter vill veta vad som anses vara normal biologisk återhämtning och få indikationer på hur lång tid det skall ta för ett visst ingrepp att läka och tiden det tar för att känna sig fullt återhämtad (2, 4).

Att återfå sin självständighet och komma tillbaka till sitt vanliga liv och vanor beskrevs av patienterna som en betydelsefull del av återhämtning (5). Kärnan av återhämtningsprocessen var minskning av fysiska symtom och att nå en acceptabel nivå av emotionellt välbefinnande och återfå fysisk funktion och återgå till vardagliga aktiviteter (3). Strävan efter självständighet och att själv ta ansvar för sin dagliga hygien, normalt intag av mat igen och kunna återgå till arbetet är enligt patienterna också en del av återhämtandet. Det beskrivs som en process att återgå till det normala så som det var innan sjukdomen, fysiskt, psykologiskt och socialt. Att återfå kontroll över sina kroppsfunktioner och bli självständig är ett sätt att beskriva återhämtandet (7).

Sjukhusvistelsens längd är associerad till grad av skattning på det egna återhämtandet. En kortare vistelse innebar att patienterna kände sig återhämtade snabbare (6). Återhämtningen börjar omedelbart efter ingreppet och sträcker sig också bortom utskrivning från sjukhuset och då beskrivs återhämtningen som en process av att återgå till det normala. Återhämtningsfasen kan beskrivas som en bana. En bred bana som handlar om tron att patienten skall återhämta sig, men också flera mindre banor som har med dagliga aktiviteter att göra. Varje enskild bana är olika lång och motsvarar progressen och kontroll över kroppsfunktioner när patienten går mot återhämtning, och dessa förändringar är definierade som "återhämtningsmarkörer" (7). Postoperativ återhämtning är en dynamisk process som sträcker sig över en period och är en individuell upplevelse (3). Det är energikrävande att komma tillbaka till normalitet och helhets känsla (7).

Förväntan

Patientens förväntan i vårdprocessen i samband med kirurgi har en viss påverkan på det postoperativa förloppet. En positiv förväntan på utfallet av kirurgin är associerat till en högre skattad fysisk hälsa efter operation, men pre- och postoperativ oro och nedstämdhet ger lägre förväntningar. Psykologiska symtom som oro och nedstämdhet kan ha en negativ effekt på patientens förväntan. Förväntningar på återhämtning visade sig stiga efter operation av öppen hjärtkirurgi. Det kan ha att göra med att oro och depressivitet sjönk efter denna typ av operation och en känsla av lättnad och att få återvända hem, medverkade till högre förväntningar och därigenom högre skattad fysisk hälsa (8).

De Groot et al (9) visade att patienter som inte förväntade sig någon postoperativ smärta i regel var mindre besvikna än patienter som hade förväntat sig smärta och svårigheter. Studien stärker teorin om att förberedelse inför en operation, och en tro om att det kommer att gå bra, ofta leder till en mer positiv postoperativ upplevelse. Det tyder på att patienter som är mentalt

väl förberedda, och söker information om ingreppet de skall genomgå, har mer realistiska förväntningar än patienter som undviker att tänka på ingreppet (9).

Information

En välinformerad patient klarar sig bättre i den postoperativa fasen, återhämtningen sker snabbare och förberedelserna inför att komma hem med begränsad rörlighet kan innan operationen planeras så att det dagliga livet och egenvård kan utföras i så stor utsträckning som möjligt. Därför är god preoperativ information av stor vikt. Informationen skall ges på ett sätt som gör att patienten känner sig trygg och ges utrymme för frågor kring ingreppet. Patienterna bär inte sällan på oro inför narkosen, att inte vakna igen eller har hört något från någon annan som skrämmer dem. Det behövs tid till att besvara dessa frågor och för att skapa goda förutsättningar för ett positivt postoperativt förlopp. Patienten känner snabbt om sjuksköterskan som informerar känner sig stressad. Risken finns då att patienten inte ställer de frågor han eller hon har. Sjuksköterskan skall använda ett språk som patienten förstår och inte för mycket medicinska termer. Samtalet bör ske i en lugn miljö, helst ett enskilt rum för att inte patienten skall oroas för att någon utomstående hör samtalet (10).

Sjuksköterskan är viktig genom hela förloppet av en operation, från det att beslut tas om operation till att patienten är hemma och återhämtad. För att undvika oförutsedda händelser som smärtgenombrott och tecken på andra komplikationer efter operationen, är det en del av sjuksköterskans arbete att utbilda och informera patienten om detta. Patientinformationen skall vara individuellt utformad för att tidig hemgång och minskad risk för komplikationer skall vara möjlig. Studier styrker att sjuksköterskan bör fokusera på preoperativ information, hälsogenomgång och utbildning av patienten innan hemgång, samt uppföljningssamtal och vägledning av patienten i hemmet. Det har vidare visat sig att sjuksköterskan med en aktiv roll genom hela förloppet är av stor vikt för det postoperativa återhämtandet, både för patienten men också för dennes närstående (11).

En studie med patienter som genomgått laparoscopisk cholecystectomy, handkirurgi och kirurgi på skuldran visar också på vikten av preoperativ utbildning och information för återhämtningen. Då smärta var den vanligaste komplikationen efter dessa operationer var information om smärtlindring i hemmet och biverkningar av detta av största vikt. Flertalet av patienterna i studien fick inte tillräcklig information om detta, och upplevde därför sömnsvårigheter eller slutade ta analgetikan på grund av biverkningar av denna (12).

Långvarig smärta

Risken för långvarig smärta postoperativt är stor om denna inte behandlas tidigt under anestesi. En multimodal behandling av smärta under det kirurgiska ingreppet har visat ge positiv effekt på postoperativ smärta. Studier visar på att obehandlad postoperativ smärta och utveckling av kronisk smärta drabbar 10-50% av patienter som gått igenom kirurgi som t ex. höftledskirurgi, bröst och thoraxkirurgi, amputation av ben och coronarkärlsvidgning (13).

Smärta har en central roll i den postoperativa återhämtningen. Smärta är enligt IASP (14) definierat som: *en obehaglig sensorisk och/eller emotionell upplevelse som orsakas av faktisk eller hotande vävnadsskada, eller som av patienten tolkas och beskrivs i termer av sådan.*

Långvarig smärta sträcker sig över tid och är en utmaning för vårdpersonalen. Risken då postoperativ smärta varit kraftig och inte optimalt behandlad är organdysfunktion på grund av kirurgisk stress, malnutrition och försenad start av rehabiliteringsprogrammet (15). Återhämtningen kan låta sig dröjas om smärta kvarstår efter kirurgin. Detta kan i förlängningen leda till isolering, inaktivitet, sömnstörningar och nedstämdhet som i sin tur fördröjer återhämtandet. Detta kan förhindras med god postoperativ smärtlindring (16).

Obehandlad smärta kan också leda till ”wind up-fenomenet” som innebär att smärtan sprider sig och intensifieras om den inte behandlas. Upplevelsen hos patienten som lider av obehandlad smärta kan på lång sikt leda till att cellens reaktionssätt ändras i arvsmassan. Att effektivt behandla smärta postoperativt ger vinst i att minska patientens lidande, minskad morbiditet och tidigare mobilisering vilket också ger möjlighet att lämna sjukhuset tidigare (17).

Fördelarna med att lämna sjukhuset tidigare och komma hem till sin hemmiljö har visat sig påverka återhämtningen positivt då sjukhusmiljön är beskriven av en del patienter, som en konstig miljö med okända lukter och ljus där det kan vara svårt att få lugn och ro (3). Ajay Malviya et al. (18) jämförde två stora patientgrupper som genomgått höftleds- eller knäkirurgi. I den ena patientgruppen följde man ett standardiserat protokoll för pre- intra- och postoperativt omhändertagande. I kontrollgruppen använde man ett mer omfattande program för patientens vårdförlopp. Informationen innan operationen var mer omfattande, man använde en annan utformning på premedicineringen, urinkateter sattes inte rutinmässigt utan bara vid indikation och man strävade efter att starta mobilisering samma dag som operationen. Den multimodala strategin för återhämtning och tidig hemgång visade sig reducera mortaliteten och reducera tiden på sjukhuset och därmed förkorta tiden för återhämtning (18).

Teoretisk ansats

Orem har konstruerat en egenvårdsmodell, vilken består av tre olika teorier. En teori om egenvård, en om egenvårdsbrist och en om omvårdnadssystem. Med egenvård menar Orem de aktiviteter som individen självständigt utför, för att upprätthålla sin egen hälsa. Egenvården kan variera beroende på individens kulturella och sociala erfarenheter och egenvårdsåtgärderna blir därför olika. Egenvårdskapaciteten är kort sagt den förmåga individen har att upprätthålla hälsa och välbefinnande. Teorin om egenvårdsbrist beskriver när en person är i behov av omvårdnad och detta är enligt Orem när egenvårdskapaciteten är mindre än egenvårdskravet. Teorin om omvårdnadssystem beskriver olika omvårdnadssituationer som kan uppstå, när någon är i behov av hjälp (omvårdnad) och någon annan har förmågan att hjälpa. Denna förmåga kallas omvårdnadskapacitet och syftar till att

kompensera en individs egenvårdskapacitet, helt eller delvis, då egenvårdskapaciteten inte är tillräcklig för att tillgodose egenvårdsbehovet (19).

I det pre-, intra-, och postoperativa vårdandet skall sjuksköterskan ge stöd åt individen och utveckla dennes förmåga till egenvård, så att han/hon kan klara av det dagliga livets aktiviteter så bra som möjligt. Sjuksköterskan ansvarar för att bedöma patientens omvårdnadsbehov och kompensera för det som patienten själv inte klarar av (20).

För en patient under återhämtning efter kirurgi syftar egenvård till att värna om sin egen hälsa och att de grundläggande behoven är tillgodosedda. Klarar patienten själv inte att ta ansvar för att behoven uppfylls och en obalans mellan förmåga och krav uppstår, skall omvårdnadsåtgärderna sträva mot att återställa balansen. När egenvården brister har sjuksköterskan kunskapen och skicklighet i omvårdnad, och skall möta patientens egenvårdskrav. I studier där patienter har definierat återhämtning, belyser de att återgång till vardagslivet och att klara av det som de normalt klarar, har en stor betydelse (20).

Egenvård syftar också till att värna om den egna hälsan relaterat till i vilket stadium i återhämtningsprocessen man befinner sig i. Händelser i livet som just en operation innebär en förskjutning av krav och förmåga och måste beaktas vid bedömning av förmågan till egenvård. Från att ha varit självständig i sin egenvård blir man i samband med operation mottagare av vård, omvårdnad och behandling. För att balansera patientens krav och behov förutsätter det att sjuksköterskan har gedigna kunskaper i och kring den medicinska men också omvårdnadsmissiga vården. Sjuksköterskan skall stödja och undervisa patienten pre-, -intra- och postoperativt för att återta sin självständighet och återgå till "det normala" efter en operation. Vården skall utformas och genomföras i samråd med patienten (20).

Personcentrerad vård har visat ökat samstämmigheten mellan vårdpersonal och patient, vad gäller planering av vården, ökad återhämtning och ökad andel nöjda patienter. En personcentrerad vård innebär en nära kommunikation där patient och vårdpersonal delar erfarenheter och lär av varandra. Ett partnerskap skall byggas emellan de båda parterna och där båda är involverade i beslutsfattandet angående vårdinsatserna. En personcentrerad vård innebär att patienten och dess synsätt sätts i fokus (21).

Postoperativ uppföljning

Postoperativ uppföljning av patienter är viktig då dagkirurgi och korta vårdtider ses öka. Vi måste försäkra oss om att det ökade antalet dagkirurgiska patienter som skrivs hem följs upp och inte hamnar utanför vården. Vi har ett ansvar även för att bland dessa patienter uppmärksamma problem som kan uppstå efter operationen som smärta och illamående. Om inte en plan för uppföljning finns, och information om vad patienten kan förvänta sig efter ett operativt ingrepp är klaggjort innan hemgång, kan det få konsekvenser på hur patienten upplever det dagkirurgiska besöket. En känsla av osäkerhet kan uppstå hos patienten då denne befinner sig utanför vårdinrättningen och tiden för återhämtning kan pga. detta förlängas (22).

Forskning inom postoperativ återhämtning visar att återhämtningen skiljer sig åt beroende på vilket ingrepp som utförs. Även postoperativa komplikationer har visat sig ha olika intensitet beroende på ingreppet (23). Patienterna upplever att de är begränsade i sin hemmamiljö och att detta beror på dålig information preoperativt eller att de helt enkelt inte kunnat tillgodogöra sig informationen. Undermålig information till patienterna kan också innebära att patienterna inte vet hur mobilisering i hemmet skall gå till. Detta innebär att patienten begränsar sin rörlighet i onödan och därmed förlänger tiden för återhämtning (24).

Telefonkontakt mellan patient och sjukhuset postoperativt, har visat sig ha gynnsamma effekter på återhämtningen. Vid denna kontakt kan oro lindras och kontakt med primärvård, på grund av symtom efter operation, minimeras (25).

Brattwall et al. (26) har genom att följa upp dagkirurgiska patienter som genomgått bröstplastik, artroskopi och ljumskbråcksoperation sett att dessa dagkirurgiska ingrepp skiljer sig åt då det gäller återhämtning. Med hjälp av en enkät skattades frågor om smärta, rörlighet, egenvård, nedstämdhet och daglig aktivitet, sömn, sexuell aktivitet och behovet av analgetika. I studien undersökte man faktorer som påverkade livskvalitén postoperativt och såg att smärta och imobilitet var de vanligaste avvikelserna oavsett ingrepp. Tiden för återhämtning skilde mellan de olika ingreppen. Det visade sig vara en skillnad, och patienterna som genomgått artroskopi hade längre tid för återhämtning (26). Det var också den gruppen som hade kontakt med sjukhuset under längst tid efter operation och hade flest undersökningspersoner med symtom kvar vid studiens avslut. Dessa tre dagkirurgiska ingrepp kräver olika uppföljning och hjälp i det postoperativa återhämtandet, vad gäller smärtlindring och längden för uppföljning postoperativt. Man har också sett att kontakt med primärvård under de två första veckorna var vanligt förekommande. Smärta var en vanlig orsak till oplanerat besök i primärvården. Det framkom också att patienterna varit i behov av en anhörig den första tiden hemma efter operationen (23). Vid uppföljning efter sex månader var i stort sett alla helt återhämtade, nöjda och skattade sin egen hälsa högt (26).

Det har visat sig i studier att en tidig rehabilitering förkortar tiden för återhämtning och skall starta så snart som möjligt efter genomgången kirurgi. För att inte stelhet skall uppstå i armen efter exempelvis en armbågsoperation bör träning ske utan stödskena för att öka möjligheten till flexion och rotation av armen (27).

Anestesisjuksköterskan viktig för tidig hemgång och återhämtning

Anestesisjuksköterskans roll i det postoperativa återhämtandet är bland annat att som medlem av ett team, medverka för helheten av arbetet med snabb återhämtning av patienten, och kortare vårdtid. Det inkluderar att motivera och informera patienten om detta gemensamma förhållningssätt. En nöjd patient är kärnan av detta arbete. Logistik, insikt om varandras arbetsområden och samarbete mellan de olika vårdgivarna i vårdprocessen leder också till en säkrare och effektivare vård (28).

En strategi bör utformas tillsammans, där alla skall medverka till minsta möjliga invasiva ingrepp både kirurgiskt och anestetiskt. Anestesisjuksköterskan ansvarar för att övervaka patienten, administrera läkemedel och under operationen medverka till en multimodal behandling av patienten (29). Enligt kompetensbeskrivning för anestesisjuksköterskor skall anestesisjuksköterskan utföra anestetisk omvårdnad. I detta ingår bland annat att arbeta förebyggande och planera för patientens postoperativa vård och återhämtning. En del av arbetet syftar även till att planera stöttande insatser för patienter med ökade omvårdnadsbehov bland annat genom att erbjuda den ”perioperativa dialogen” (30).

Att se till att patienten några dagar innan operationen har bästa möjliga hälsa har visat sig ha positiva effekter på återhämtningen postoperativt. Rökavvänjning och att dra ner på alkoholkonsumtion är något man kan stötta patienten i inför en operation och mycket talar för att ett intag av kolhydratiska drycker i samband med kirurgiskt ingrepp motverkar metabolt och endokrint stressvar på kirurgen. Som anestesisjuksköterska ansvarar man tillsammans med övrig operationspersonal, att hålla patienten normoterm under operationen för att främja sårhäkning och minska blödningar under och efter det kirurgiska ingreppet (31).

Rutiner idag

Det finns idag inga nationella riktlinjer hur patientens återhämtning efter kirurgi ska följas. Vi har under vår praktiska del av utbildningen fått möjlighet att studera två postoperativa enheter. De behandlade dagkirurgiska patienter som skrevs ut direkt från den postoperativa enheten. Inte på någon av enheterna användes instrument för bedömning av återhämtningsgrad inför utskrivning till hemmet. Man tittade i stället på patientens allmäntillstånd och hur ont patienten hade efter operationen. Man mätte även parametrar som blodtryck, puls och miktions. Patienter som genomgått laparoskopi ringde man upp dagen efter för att höra så att allt var bra. Inget strukturerat samtal fördes men man dokumenterade enligt en speciell mall i dokumentationsprogrammet Melior.

Problemformulering

Rutiner såväl som metoder för postoperativ uppföljning av patientens återhämtning varierar kraftigt. Med kunskap och förståelse för patienternas upplevelser av återhämtningsförloppet, och vilka komplikationer som eventuellt kan inträffa efter kirurgi, kan man som anestesisjuksköterska redan i det korta mötet innan operation, påverka återhämtningen. Att som anestesisjuksköterska förstå vikten av information och patientens behov av trygghet kan påverka till en mer optimal postoperativ återhämtning.

Som en del i anestesisjuksköterskans arbetsuppgifter enligt kompetensbeskrivningen ingår att planera för patientens postoperativa återhämtning samt utföra stöttande insatser under det perioperativa vårdförloppet. Informera och undervisa patienter och närstående är även det en del av anestesisjuksköterskans arbetsuppgifter (30).

Postoperativ uppföljning har visat att patienter upplever smärta som en stor påverkande faktor för återhämtningen. Om anestesijuksköterskan redan i samband med det operativa förloppet förbereder patienten för den postoperativa tiden kan upplevelsen av smärta lindras (6).

Med väl utformade instrument för uppföljning kan vi på ett tydligt sätt få en bild av patienternas upplevelser av det postoperativa återhämtandet, och kunskapsutveckling möjliggör att perioperativa rutiner formas efter patienternas behov. Allvin et al. (3) noterade att sjuksköterskor saknade kunskap om det sena postoperativa återhämtandet. Det gör det svårt att förbereda patienten för den postoperativa tiden (3). Detta motiverar att i denna studie sammanställa bedömningsinstrument för postoperativ återhämtning.

SYFTE

Syftet med denna studie är att i litteraturen identifiera bedömningsinstrument för uppföljning av patientens postoperativa återhämtning.

Frågeställningar

- 1 Vad finns det för instrument som är till hjälp för att bedöma patientens postoperativa återhämtning?
- 2 Vilka faktorer bedömer instrumenten?
- 3 Riktas instrumenten sig till någon särskild patientgrupp?
- 4 Är instrumenten tänkta att användas under någon särskild tidpunkt i det postoperativa förloppet?

METOD

För att kunna identifiera de bedömningsinstrument som idag finns, samt för att besvara frågeställningarna görs en systematisk litteraturstudie. Det innebär att man söker litteratur systematiskt, granskar den kritiskt och därefter analyserar och sammanställer till ett resultat. Syftet är att sammanställa data från tidigare genomförda studier (32). En systematisk litteraturstudie summerar redan existerande forskning och gör det möjligt för läsaren att tillgodogöra sig forskningsresultat i ett enda dokument istället för att gå igenom varje studie för sig. Man kan använda sig av kvalitativa eller kvantitativa studier eller en kombination av dessa, så kallad *Mixed Methods*, detta för att få svar på sina forskningsfrågor med olika ansats. De kvalitativa och kvantitativa studierna analyseras då för sig och sammanförs sedan i en syntes (33). I denna pilotstudie kommer antalet artiklar som ger underlag för resultatet att begränsas.

Design

Vi har utgått från Forsberg och Wengströms (32) beskrivning av hur en systematisk litteraturstudie går till. Det innebär att man arbetar metodiskt i olika steg:

Tabell 1. Översikt över litteraturstudiens olika steg.

1	Motivera studien i form av problemformulering
2	Utforma frågor som går att besvara
3	Utforma en plan för studien
4	Bestäm sökord och utforma en sökstrategi
5	Identifiera och välj litteratur
6	Kvalitetsbedöma och kritiskt värdera litteraturen som ska ingå i studien
7	Sammanställa, analysera och diskutera resultat

Sökprocess

De första stegen i processen som innebär motivering av studien samt formulering av syfte och frågeställningar finns redan presenterade.

Studieplanen grundar sig på Forsberg och Wengströms (32) beskrivning av hur en systematisk litteraturstudie går till och bygger på de olika stegen vi presenterat ovan.

Fjärde steget i processen innebär att man bestämmer sökord och utformar en sökstrategi. För att underlätta utformningen av sökstrategi användes en så kallad PICO, där förkortningarna står för Patient, Intervention, Control och Outcome. PICO är en strukturerad metod för att hitta strategier när man söker i olika databaser (32). Följande PICO gjordes:

P – patient som genomgått anestesi

I – postoperativ återhämtning

C – ospecifikt

O – bedömningsinstrument som beskriver postoperativ återhämtning

Sökningarna för denna pilotstudie gjordes i databaserna Cinahl och PubMed, då det främst är dessa sökmotorer som publicerar omvårdnadsforskning. Våra sökord var postoperative recovery, anesthesia, assessment, anesthesia recovery och instruments. I PubMed användes meshtermerna postoperative period, postanesthesia nursing samt outcome assessment med aspekten methods. Sökorden har använts enskilt och i kombination med varandra och boolska operander (AND, OR). I PubMed hittades ytterligare två artiklar genom så kallad ”related citations”.

I det femte steget som innebär att identifiera och välja litteratur har vi i denna pilotstudie valt följande inklusionskriterier; originalstudier där man framtagit bedömningsinstrument. Artiklarna ska vara publicerade i en vetenskaplig tidskrift och referentgranskade. De kan vara skrivna på svenska eller engelska. Vi kan komma att använda oss av både kvalitativa och kvantitativa studier beroende på artikelns relevans. Ingen begränsning i tidperiod är gjord. Endast artiklar som finns tillgängliga i fulltext kommer att inkluderas i denna pilotstudie. Vi har valt att exkludera artiklar där bedömningsinstrument beskriver enbart hälsorelaterad livskvalitet postoperativt då de från början är tänkta för hälsoekonomiska beräkningar och används som komplement till andra instrument (34). Ytterligare exklusionskriterie är bedömningsinstrument som enbart vänder sig till pediatrik bedömning av postoperativ återhämtning.

Varje sökning resulterade i ett varierat antal träffar. Det första urvalet skedde genom att gå igenom titlarna för sökningen, sedan läsa abstrakten i de artiklar som valdes ut för att slutligen läsa hela artikeln. Syftet med denna första bedömning är att sälla bort de artiklar som inte är relevanta för studiens syfte (35). Under sökningarna i databaserna kunde vi se att vissa artiklar kom igen i olika sökningar, dessa finns med som lästa abstrakt i tabellen nedan men som inkluderade endast en gång. Utifrån de artiklar vi fann i sökningen har vi även studerat

referenslistorna, med en manuell sökning. Manuell sökning sker genom att studera referenslistan på framtagna intressanta artiklar eller genom att läsa innehållsförteckningen i en tidskrift som publicerar vetenskapliga artiklar inom ämnesområdet (32). Via denna sökning fann vi ytterligare två artiklar som inkluderades i studien.

Sökningarna i databaserna samt genomgång av referenslistor resulterade i 14 artiklar totalt, varav två exkluderades. Den ena exkluderades för att den var avsedd att utvärdera enbart dysfunktion av mag- tarmkanalen och inte återhämtning som är syftet med denna studie. Den andra artikeln som exkluderades vänder sig snarare till att användas som instrument för sjukhusets förbättringsarbete och bedömde grova mått så som dödlighet, behov av intensivvård samt antal vård dagar.

Tabell 2. Översikt av resultatet från sökning i databaserna

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar
CINAHL	Anesthesia recovery	208	4	2	2
CINAHL	Postoperative recovery	375	0	0	0
CINAHL	Postoperative recovery AND Anesthesia recovery	43	2	1	1
CINAHL	Postoperative recovery AND Assessment AND Instrument	3	1	1	1
CINAHL	Anesthesia recovery AND Research instruments	3	0	0	0
CINAHL	Postoperative recovery AND Assessment	130	1	0	0
CINAHL	Postoperative recovery AND Assessment AND Reserch instruments	5	1	0	0
CINAHL	Postoperative recovery AND Anesthesia AND Assessment	25	0	0	0
CINAHL	Postoperative recovery AND Research instruments	18	1	0	0
PubMed	Postoperative period	36013	0	0	0
PubMed	Postanesthetic nursing	930	0	0	0

PubMed	Postoperative period OR Postanesthesia nursing	36874	0	0	0
PubMed	Outcome assessment/methods	6720	0	0	0
PubMed	Postoperative period OR postanesthesia nursing AND Outcome assessment/methods	42	10	0	0
PubMed	Postoperative recovery AND Anesthesia AND Assessment AND instrument	12	4	3	2
PubMed	Patient discharge AND Postoperative profile	47	4	3	3
PubMed	Postoperative	578 609	0	0	0
PubMed	Anesthesia	278 041	0	0	0
PubMed	Assessment instrument	17 269	0	0	0
PubMed	Postoperative AND anesthesia AND assessment instrument	29	1	0	0
PubMed	Postoperative recovery	32 288	0	0	0
PubMed	Postoperative recovery AND assessment instrument	44	2	1	1

Kvalitetsgranskning

När val av artiklar är gjort och de artiklar kvarstår som vi funnit relevanta utifrån våra inklusions-, exklusionskriterier samt studiens syfte, läses dessa i sin helhet individuellt av författarna för att sedan kvalitetsgranskas (32) med hjälp av SBUs granskningsmallar för kvalitativa samt kvantitativa studier (bilaga 1 och 2). Med hjälp av mallarna sammanfattas artiklarna i tre kvalitetsnivåer; hög, medel och låg (35).

Efter att artiklarna är kvalitetsgranskade och inkluderade utvecklas matriser för att söka svar på studiens syfte och frågeställningar (bilaga 3).

I det sjunde steget som innebär att sammanställa, analysera och diskutera resultat har vi utgått från Forsberg och Wengströms beskrivning av hur analys och sammanställning bör göras i en systematisk litteraturstudie. Artiklarna delades upp mellan författarna och varje artikel lästes igenom upprepade gånger för att identifiera respektive artikels centrala delar utifrån vårt syfte och frågeställningar. Efter att ha läst artiklarna upprepade gånger kunde vi urskilja kategorier utifrån våra frågeställningar, dessa markerades med gul markeringspenna. När detta var gjort satte vi oss tillsammans för att gå igenom varje artikel för sig. Vi började med att utifrån våra frågeställningar skriva ner vilka faktorer bedömningsinstrumenten tog upp för bedömning av postoperativ återhämtning, 18 kategorier kunde identifieras. Dessa kategorier kokades ner till 6 huvudkategorier med faktorer som de flesta instrument bedömde; smärta, fysiologiska faktorer, fysisk aktivitet/ADL, emotionella faktorer, illamående/kräkning,

nutrition/elimination samt en kategori vi kallar för övriga faktorer. Under den senare kategorin hamnade faktorer som få instrument tar upp men som ändå är viktiga i helhetsbedömningen av den postoperativa återhämtningen. Slutligen analyserades artiklarna ytterligare en gång för att få fram om instrumenten vände sig till någon särskild patientkategori och om de var rekommenderade att användas vid någon särskild tidpunkt i det postoperativa förloppet, för att ge svar på fråga tre och fyra i våra frågeställningar.

Forskningsetiska överväganden

Systematisk litteraturstudie kräver inget etiskt godkännande från någon nämnd men man måste ändå ta hänsyn till etiska principer. Vetenskapsrådet menar att forskaren ska stå fri från yttre påverkan och inte ha med privata intressen. Man ska tala sanning, öppet redovisa metod och resultat, inte stjäla forskning samt vara objektiv i sin bedömning av andras forskning. Material i forskningen får inte förvanskas, plagieras eller fabulera data eller resultat (36). Det är således av största vikt att vi i vår forskning inte lägger in någon egen tolkning av data, utan på ett systematiskt sätt bearbetar artiklarna vi funnit. Vi kommer att presentera alla inkluderade artiklar i resultatdelen och inte undanhålla något. För att undvika plagiat kommer vi alltid att ange den källa vi nyttjat (37).

Vi kommer även i vår litteratursökning välja artiklar där projektet fått tillstånd av en etisk kommitté och/eller där noggranna etiska överväganden gjorts. En forskningspersoninformation till en tänkt klinisk studie utformas (bilaga 4).

RESULTAT

Sammanlagt hittades 12 artiklar som uppfyllde författarnas inklusionskriterier. Från dessa kunde följande 11 bedömningsinstrument identifieras:

- Postoperative Quality Recovery Scale (PQRS)
- Quality of Recovery Score 40 (QoR-40)
- Functional Recovery Index (FRI)
- 24-Hour Functional Ability Questionnaire (24-h FAQ)
- Quality of Recovery Score 15 (QoR-15)
- Post-Anesthetic Discharge Scoring System (PADSS)
- Postoperative Recovery Profile (PRP)
- Quality of Life After Abdominal Surgery
- Postdischarge Surgical Recovery Scale (PSR)
- Surgical Recovery Scale (SRS)
- Quality of Recovery Score (QoR score)

FAKTORER SOM INSTRUMENTEN BEDÖMER

Smärta

Tabell över instrument som bedömer smärta

Instrument	Kvalitetsbedömning
PQRS	Hög
QoR-40	Hög
FRI	Hög
24-h FAQ	Hög
QoR-15	Hög
PADSS	Medel
PRP	Hög
Abdominal Surgery Impact Scale	Medel
PSR	Hög
QoR-score	Hög

Merparten av de instrument vi identifierade bedömer patientens nivå av smärta. I PQRS bedöms smärta utifrån en skala där det används illustrerade ansikten. Patienten får själv visa vilket ansikte som bäst beskriver nivån av smärta. Varje ansikte är försett med poäng 1-5 där 1 är ”ingen smärta” och illustrerar ett glatt ansikte och 5 motsvarar ”värsta tänkbara smärta” och har ett ledset ansikte med tårar (38).

I instrumentet QoR-40 bedöms smärta uppdelat på sju olika områden, måttlig smärta, svår smärta, huvudvärk, muskelvärk, ryggvärk, ont i halsen eller munnen. Patienten graderar sin smärta på en femgradig skala, där 1 = hela tiden och 5 = inte alls (39).

FRI bedömer smärta genom olika frågor, dels tillfrågas patienten om de haft någon smärta efter operationen och de får också svara på frågor ifall de har kunnat lyfta matvarukassar och dammsuga. Patienten får på en skala från 0-10 skatta sitt svar, 0 visar att de inte haft några problem alls och 10 visar att stora problem funnits (40).

24-h FAQ bedömer smärta genom att preoperativt intervjua patienten om vilken oro som finns avseende smärta postoperativt, detta graderas på en skala från 1 till 4, där 1 står för ingen oro alls och 4 står för extrem oro. När patienten anlänt i hemmet samt 24 timmar efter operationen ställs frågor om de upplevt någon smärta, om svaret är ja får de skatta hur besvärade de varit av smärtan på en skala från 1 till 4, där 1 står för inte besvärade och 4 står för extremt besvärade. Detta jämförs sedan med den preoperativa oron (41).

I QoR-15 tillfrågas patienten om smärta, dels innan operationen för att få ett utgångsvärde att bedöma återhämtningen mot, sedan ca 24 timmar efter operationen. Patienten får svara på frågan om de det senaste dygnet känt av måttlig eller kraftig smärta och får skatta detta på en skala från 10 till 0, där 10 står för ”aldrig” och 0 står för ”hela tiden” (42).

I PADSS bedöms smärta första gången en timma postoperativt, detta ihop med illamående/kräkning. Patienten får svara på om de känner svår smärta, måttlig smärta som krävt behandling eller minimal smärta, svaren är graderade med poäng från 0 till 2. 0 står för svår smärta och 2 står för minimal smärta. Man upprepar sedan dessa frågor var 30:e minut tills patienten uppnått en totalsumma av 9-10 poäng och är redo att skrivas ut (poängen summeras med andra frågor i formuläret). Patienten följs även upp 24 timmar postoperativt via en telefonintervju med frågor om bland annat smärta i olika delar av kroppen, detta för att kunna upptäcka komplikationer efter utskrivning (43).

Under utvecklingen av PRP-skalan användes tre svarsalternativ med beskrivande svar hur patienten upplevt sin smärta; mild, måttlig eller svår (44). I studien som utvärderade bedömningsinstrumentet PRP gjordes en rankning av patienterna där de angav de fem viktigaste variablerna av 19. Variabeln smärta visade sig vara en av dessa. Skalan var istället utformad med fyra verbala formuleringar, ingen smärta, mild, måttlig eller svår smärta (45).

Abdominal Surgery Impact Scale är ett strukturerat ramverk för olika återhämtningsfaktorer efter bukkirurgi. Smärta är en av sex begrepp som används för att utvärdera återhämtningsgrad med hjälp av denna skala. Patienten får svara på tre påståenden om smärta där svaren är; håller helt med, håller med, håller någorlunda med, varken eller, håller inte helt med, håller inte med eller håller absolut inte med (46).

PSR-skalan bedömer patienten smärta på en skala från ”smärtfri” till ”värsta tänkbara smärta” (47).

QoR-score bedömer smärta i form av frågor om ryggvärk, muskelvärk samt huvudvärk, man frågar också om patienten upplevt svår eller konstant måttlig smärta. Detta graderas i tre grader, från ”ingen alls” till ”mestadels av tiden” (48).

Fysiologiska faktorer

Tabell över instrument som bedömer fysiologiska faktorer

Instrument	Kvalitetsbedömning
PQRS	Hög
PADSS	Medel
PSR	Hög

PQRS har i början av instrumentet en del där man fyller i patientens vitala parametrar såsom blodtryck, puls, temperatur, andningsfrekvens, syresättning, egen andning samt agitation och medvetandegrad. Dessa kategoriseras i tre delar; inom, något utanför eller långt utanför önskvärda gränser, där jämförelsevärdena är baserade på normalbefolkningen. Detta används framförallt i den tidiga postoperativa fasen (15 och 40 minuter efter anestesislut) och är framförallt tänkt att användas för att bedöma om patienten kan skrivas ut från uppvakningsavdelningen eller skrivas hem från dagkirurgisk avdelning (38).

Instrumentet PADSS bedömer även det vitala parametrar utifrån en jämförelse med de preoperativa värdena. Blodtryck, puls, andningsfrekvens och temperatur mäts och poängsätts utifrån vilken avvikelse det har från de uppmätta preoperativa värdena (43).

Upphovsmännen till PSR-skalan poängterar att när man jämförde sjukvårdspersonals med beskrivning med patienternas egen utsago om vad återhämtning var, så skiljde det sig speciellt vid bedömningen av fysiologisk återhämtning. Vårdpersonal beskriver ofta återhämtningen i fysiologiska termer medan patienterna mer beskriver det som vad man kunde utföra i hemmet (47).

Fysisk aktivitet/aktiviteter i det dagliga livet

Tabell över instrument som bedömer fysisk aktivitet/aktiviteter i det dagliga livet

Instrument	Kvalitetsbedömning
PQRS	Hög
QoR-40	Hög
FRI	Hög
24-h FAQ	Hög
QoR-15	Hög
PADSS	Medel
PRP	Hög
Abdominal Surgery Impact Scale	Medel
PSR	Hög
SRS	Hög
QoR-score	Hög

I PQRS bedöms patientens fysiska återgång till det normala genom att bedöma aktiviteter i det dagliga livet (ADL); förmågan att stå, gå och klä sig utan hjälp samt förmågan att äta och dricka. Dessa poängsätts enligt följande; 3 – lätt att utföra, 2 – med svårighet eller 1 – inte alls (38).

QoR-40 bedömer den fysiska aktiviteten genom förmågan att utföra dagliga aktiviteter i hemmet eller återgå till arbetet, förmågan att kunna skriva, om man har normalt tal samt om man har förmågan att sköta sin dagliga hygien själv. Detta graderas på en femgradig skala där 5 står för att man klarar det hela tiden och 1 står för att man aldrig klarar det (39).

I FRI bedömer man den fysiska aktiviteten genom att dels bedöma rörligheten i nedre extremiteter; om de kan gå runt huset, kliva i och ur en bil, gå i trappor eller böja på knäna. Patienten får också svara på frågor om har kunnat duscha, bada eller städa samt om de har kunnat klä sig själva eller lägga sig själva (40).

I 24-h FAQ får patienten 24 timmar postoperativt svara på hur lång tid, i förhållande till operationen, det tog innan de först kunde utföra daglig aktivitet, såväl kognitiva (t.ex. läsa) som fysiska (t.ex. utföra lättare hushållssysslor) (41).

I QoR-15 får patienten svara på om de det senaste dygnet kunnat sköta sin dagliga hygien och/eller återgå till arbete och utföra de vanliga dagliga sysslorna. Detta skattas på en skala från 0 till 10, där 0 står för "aldrig" och 10 står för "hela tiden" (42).

PADSS har satt samman bedömningen avseende fysisk aktivitet med mentalt status och det efterfrågas om patienten är orienterad (framgår inte exakt vad som menas) och har en stadig gång. Har patienten samtliga förmågor, genererar det 2 poäng i skalan, men om patienten endast har en av dessa förmågor intakt, orienterad eller har stadig gång, genererar det 1 poäng, om ingen av förmågorna finns, ger det 0 poäng. Detta upprepas var 30:e minut tills patienten är redo för utskrivning. När patienten kommit hem och det har gått 24 timmar görs en telefonintervju där sjuksköterskan ber patienten gradera på en skala från 1 till 10 hur aktiva de är, 1 står för ingen aktivitet och 10 för att fullt återgått till den normala aktiviteten (43).

I PRP skalan bedömer patienterna sin fysiska funktion i form av hur mage och tarm fungerar, urinblåsans funktion, muskelsvaghet, sexuell aktivitet och rörlighet. Skalan som graderas från ingen, mild, måttlig och svår, innehåller också en punkt om att återgå till dagliga aktiviteter och personlig hygien. Variablerna rörlighet och förmågan till personlig hygien ansågs av många i båda grupperna som två av fem viktiga punkter angående återhämtningsprocessen (45). Sexuell hälsa och återgång till dagliga livet exkluderades från skalan i det första testtillfället. Skalan var distribuerad till patienterna undertiden de fortfarande var inläggande och sexuell hälsa och återgång till dagliga livet ansågs inte vara relevanta vid denna tidpunkt i återhämtningsprocessen (44).

Abdominal Surgery Impact Scale bedömer fysiska begränsningar i form av en linjär bedömningsskala där ena sidan är "håller absolut inte med" till andra sidan, "Håller absolut med". Frågor om patienten kan gå uppför trappor, lätt röra sig och stå bekvämt i fem minuter finns med på skalan. ADL förmåga bedöms också (46).

PSR-skalan är utformad efter patienternas egna beskrivningar av återhämtning. Att återgå till det normala och "sitt vanliga jag" ansågs vara nära korrelerat med återhämtning. I skalan kan patienterna gradera svårighet att röra sig hemma från "svårt att röra sig" till "rör mig i hemmet som vanligt" (47).

SRS bedömer den fysiska aktiviteten genom att patienten får svara på frågor ifall de kan klä sig, engagera sig i fritidsaktiviteter, om de kunnat handla eller göra ärenden och om de känt sig fysiskt trötta. Detta skattas på en skala från "inte alls" till "hela tiden" (49).

Den fysiska aktiviteten i form av att själv kunna klara sin personliga hygien tas upp som en fråga i QoR-score. Här får patienten svara på om de har kunnat sköta sin personliga hygien själva via tre svarsalternativ, "inte alls", "ibland" eller "mestadels" (48).

Emotionella faktorer

Tabell över instrument som bedömer emotionella faktorer

Instrument	Kvalitetsbedömning
PQRS	Hög
QoR-40	Hög
QoR-15	Hög
PRP	Hög
Abdominal Surgery Impact Scale	Medel
QoR-score	Hög

PQRS bedömer om patienten känner sig orolig eller nedstämd postoperativt, detta bedöms på samma sätt som för smärta, att patienten får skatta sin känsla av nedstämdhet via glada och ledsna ansikten där varje ansikte är försett med poäng 1-5, där 1 är ”inte alls nedstämd” och ett glatt ansikte och 5 står för ”väldigt nedstämd” och ett ledset ansikte med tårar (38).

Instrumentet QoR-40 bedömer det emotionella tillståndet via nio påståenden, där patienten får gradera från 1 som står för ”alltid” till 5 som står för ”aldrig”. Patienten tillfrågas bland annat om de drömmer mardrömmar, känner sig oroliga, arga eller nedstämda samt om de känner att de har kontroll på sin tillvaro. Här ingår även att frågor om patienten haft problem med sömnen eller har en känsla av ensamhet (39).

Emotionella faktorer bedöms även i QoR-15, där patienten får svara på frågor om de känner oro eller nedstämdhet, detta bedöms genom att patienten får skatta sin känsla för oro/nedstämdhet det senaste dygnet på en skala från 10 till 0, där 10 står för ”aldrig” och 0 står för ”hela tiden”. Det frågas även om patienten tycker sig må generellt bra och känner sig bekväm med tillvaron, här är skalan omvänd 10 står för ”hela tiden” och 0 står för ”aldrig” (42).

Oro och ångest var av flera patienter skattad som en viktig variabel i studien om användbarhet av PRP-skalan, framförallt i gruppen mage/tarm operationer. I gruppen ortopediska ingrepp sågs detta tydligast innan operation och i månad nio postoperativt. Känsla av nedstämdhet och känsla av ensamhet och övergivenhet finns också med i detta bedömnings formulär, svårighet till koncentration bedöms också. Detta graderas på fyrgradig skala med beskrivningen ”ingen”, ”mild”, ”medel” eller ”svår” (45).

Koncentration, känslan av hjälplöshet och oro bedöms på Abdominal Surgery Impact Scale, där svarsalternativen är; ”håller helt med, håller med, håller någorlunda med, varken eller, håller inte helt med, håller inte med och håller absolut inte med” (46).

I QoR-score får patienterna på tregradig skala skatta om de har en känsla av välbefinnande, från ”inte alls” till ”mestadels av tiden” (48).

Illamående/kräkning

Tabell över instrument som bedömer illamående/kräkningar

Instrument	Kvalitetsbedömning
PQRS	Hög
QoR-40	Hög
24-h FAQ	Hög
QoR-15	Hög
PADSS	Medel
QoR-score	Hög

Illamående bedöms i PQRS med glada eller ledsna ansikten med poäng 1-5, där man som patient får svara på om man inte mått illa alls eller om man mått mycket illa (38).

I instrumentet QoR-40 bedöms illamående och kräkningar under en kategori kallad "fysisk komfort", där tillfrågas patienten om illamående, kräkningar, sura uppstötningar och om patienten har kunnat njuta av att äta mat. Här är svaren graderade från 1-5 där 1 står för "hela tiden" och 5 står för "inte alls", förutom för om man kunnat njuta av att äta, där är skalan omvänd; 1 står för "aldrig" och 5 står för "hela tiden"(39).

24-h FAQ bedömer illamående/kräkning genom att patienten preoperativt får skatta sin oro kring att må illa/kräkas postoperativt på en fyrgradig skala, där 1 står för "ingen oro" och 4 står för "extremt orolig", detta jämförs sedan med att patienten får svara på frågan om de mått illa/kräkts postoperativt, dels vid tiden för hemkomst och 24 timmar efter operationen. Om patienten varit illamående/kräkts får de skatta om de varit besvärade av det på en skala från 1 (inte alls besvärade) till 4 (mycket besvärade) (41).

QoR-15 bedömer också illamående/kräkning, dels innan operationen för att få ett utgångsvärde att bedöma återhämtningen mot, sedan ca 24 timmar efter operationen. Patienter får svara på frågan om de det senaste dygnet mått illa eller kräkts och får skatta detta på en skala från 10 till 0, där 10 står för "aldrig" och 0 står för "hela tiden". Man frågar även patienten om de kunnat njuta av att äta mat de senaste 24 timmarna, här är skalan omvänd; 10 står för "hela tiden" och 0 står för "aldrig" (42).

I PADSS bedöms illamående/kräkning tillsammans med smärta. Patienter tillfrågas om smärta/illamående/kräkning och om det krävt behandling, poäng sätts sedan från 0 till 2. Har patienten haft svår smärta/illamående eller kräkning ges 0 poäng, moderat smärta/illamående eller kräkning som krävt behandling ges 1 poäng och om inga besvär upplevts, ges det 2 poäng. Detta upprepas var 30:e minut fram tills patienten är redo att bli utskriven. Poängen sätts sedan samman med poäng från övriga frågor i formuläret och när patienten har ett PADS-Score på 9 eller över (av max 10) är den redo att skrivas hem. 24 timmar postoperativt när patienten är hemma igen görs en telefonintervju där sjuksköterskan frågar om patienten

mått illa, känt för att kräkas och har kräkts. Då finns bara ”ja” eller ”nej” som svarsalternativ. Detta görs för att identifiera komplikationer som kan uppstå senare postoperativt (43).

Med hjälp av QoR-score bedöms om patienten mått illa, kräkts eller haft sura uppstötningar i samma fråga, detta bevaras på samma sätt som för smärta; på en tregradig skala (48).

Nutrition/elimination

Tabell över instrument som bedömer nutrition/elimination

Instrument	Kvalitetsbedömning
PADSS	Medel
PRP	Hög
Abdominal Surgery Impact Scale	Medel
PSR	Hög
QoR-score	Hög

I PADSS bedöms om patienten har druckit och/eller kissat, och patienten får poäng (0 till 2) utifrån svaret. Frågan upprepas var 30:e minut fram tills patienten är redo att bli utskriven (43).

Illamående och kräkningar återfinns inte i PRP-formuläret men frågan om förändringar av aptiten tas upp. Här bedöms även blåsans funktion och mag-tarm funktion. Mag-tarm funktion bedöms av samtliga respondenter i gruppen mag-tarm operationer som väsentlig och skattas låg från den preoperativa tiden fram till studiens slut, tolv månader (45).

I Abdominal Surgery Impact Scale under subkategorin Visceral funktion bedöms tarmrörelser, törst och om patienten har god aptit (46).

PSR-skalan frågar patienterna om magen är i ”dåligt skick” eller ”inga problem” (47).

I QoR-skalan besvaras frågan om patienten har kunnat kissa eller om tarmfunktionen fungerar under samma punkt (48).

Övriga faktorer

Tabell över vilka övriga faktorer som tas upp

Instrument	Vad bedömer instrumentet	Kvalitetsbedömning
PQRS	Kognition Övergripande känsla av återhämtning	Hög
QoR-40	”Psykologiskt stöd”	Hög
FRI	Social förmåga	Hög
24-h FAQ	Oro över att känna sig mindre	Hög

	"skärpt" Allmän nöjdhet med vårdtillfället och återhämtningen	
QoR-15	Sömn Andningsförmåga	Hög
PADSS	Blödning Sömn Känsla av obehag Yrsel Kontakt med sjukhus eller läkare	Medel
PRP	Trötthet Sömn Stöd från omgivningen	Hög
Abdominal Surgery Impact Scale	Sömn	Medel
QoR-score	Stöd från andra Förstår instruktioner och råd Känner sig förvirrad Lätt att andas	Hög

I PQRS bedöms den kognitiva förmågan 15 och 40 minuter efter narkosens slut samt dag 1 och 3 efter operation. Detta görs dels genom att patienten får tala om sitt namn, födelsedata samt stad de är födda i. Sedan följer att antal frågor där undersökaren läser upp siffror, ord och bokstäver som patienten ombeds upprepa, antingen i samma ordning eller omvänd. PQRS ber även patienten senare i det postoperativa förloppet (dag 1 och 3 postoperativt) att skatta sin övergripande känsla av återhämtning med hänsyn till dagliga aktiviteter, förmågan att återgå till arbetet, kunna tänka klart samt om de är nöjda med anestesiförloppet. Detta görs på samma sätt som för smärta genom att patienten skattar hur känslan är med hjälp av glada och ledsna ansikten som är försedda med poäng 1-5 (38).

QoR-40 frågar om något som de kallar för "psykologiskt stöd" där patienten får svara på om de tycker att de har kunnat kommunicera med sjukhuspersonal, familj och vänner, om de tycker att de har fått stöd av nämnda och om de har kunnat förstå och ta till sig information och instruktioner. På dessa frågor får patienten gradera sitt svar via en skala där 1 står för "aldrig" och 5 för "hela tiden". Under kategorin "fysisk komfort" tar de även upp om patienten "shivrar", känner sig rastlös, yr eller har haft svårt att andas, här blir poängsättningen omvänd (39).

FRI bedömer även patientens sociala förmåga, i detta ingår om de har kunnat återvända till arbetet, hälsat på släktingar och vänner samt haft förmågan att ta hand om en familjemedlem (40).

24-h FAQ frågar patienten preoperativt om de är oroliga över att känna sig mindre "skärpta" efter operationen och de får skatta detta på en fyrgradig skala från 1 – inte alls orolig till 4 – extremt orolig. När patienten anlant hem och 24 timmar efter operationen tillfrågas patienten

igen om de känt sig mindre skärpta. Om svaret då är ja får de gradera hur mycket det har besvärat dem, från 1 (inte alls besvärad) till 4 (mycket besvärad). I detta instrument får patienten även skatta hur nöjda de är med given anestesi, hur bra de återhämtat sig och erfarenheten från den dagkirurgiska kliniken på en skala från 1 (extremt nöjd) till 7 (extremt missnöjd) (41).

Faktorer som om patienten känner sig utvilad, haft god sömn, kan kommunicera med andra samt om de tycker de har god andningsförmåga bedöms i QoR-15. Detta genom att patienten får skatta hur de upplevt detta de senaste 24 timmarna på en elvgradig skala där 0 står för ”aldrig” och 10 står för hela tiden. Detta får patienten dels svara på preoperativt för att få ett utgångsvärde och sedan igen ca 24 timmar efter operation (42).

Instrumentet PADSS frågar om blödning, där det bedöms i tre olika nivåer; minimal, måttlig och allvarlig blödning. Detta poängsätts sedan med 2, 1 eller 0 poäng, dessa sätts sedan samman med poäng från övriga frågor i formuläret. Senare i det postoperativa förloppet, efter 24 timmar görs en telefonintervju och där frågar sjuksköterskan om patienten fått någon blödning som varit så kraftig att patienten behövt åka tillbaka till sjukhuset. I denna senare bedömning tillfrågas patienten om han/hon haft svårigheter att sova eller svårt att vakna, känt sig yr eller haft någon allmän känsla av obehag. Frågor som, om patienten behövt åka tillbaka till sjukhuset eller om de har ringt sin läkare efter utskrivning, ställs också i denna senare bedömning. Denna senare bedömning görs för att identifiera sena komplikationer i förloppet (43).

PRP-skalan bedömer vidare variabler som trötthet, sömn, stöd från närstående och intresse för omgivningen (45).

Variabler som sömnproblem och insomningsproblem finns under kategorin sömn i Abdominal Surgery Impakt Scale (46).

Övriga faktorer som tas upp i QoR-score är om patienten har haft stöd från andra, framförallt från sjuksköterskor och läkare, det efterfrågas även om patienten förstår instruktioner och råd och inte känner sig förvirrad, detta skattas på en tregradig skala. Frågan om de känner att de haft lätt att andas skattas även den på en tregradig skala (48)

INSTRUMENT FÖR SÄRSKILD PATIENTGRUPP

Tabell över Instrument för särskild patientgrupp

Instrument	Särskild patientgrupp	Kvalitetsgranskning
FRI	Dagkirurgiska patienter	Hög
24-h FAQ	Dagkirurgiska patienter	Hög
PADSS	Dagkirurgiska patienter	Medel
PSR	Dagkirurgiska patienter	Hög

Abdominal Surgery Impact Scale	Jämför laparoskopisk kirurgi med öppen	Medel
--------------------------------	--	-------

De instrument som är utvecklade och tänkta att användas som ett bedömningsinstrument för dagkirurgiska patienter är FRI (40) och 24-h FAQ där frågorna som ställs är anpassade för patienter som blivit hemskrivna (41). PADSS är också tänkt för dagkirurgiska patienter men utan några begränsningar i vilken typ av operation som genomförts (43). Patientgrupperna som först testade den utformade PSR-skalan var personer som genomgått endoskopisk bräckoperation eller laparoskopisk cholecystectomi, och skalan innehåller variabler som beskriver patientens återhämtning utanför vårdinrättning (47).

PRP-skalan är testad på patienter som genomgått ortopedisk kirurgi och kirurgi i nedre delen av mag-tarm kanalen. Enligt utvecklarna av skalan borde den också passa till olika kirurgiska tekniker så som laparoskopi eller tomi, till olika typer av vård och sjukgymnastik och kan användas för båda könen (45).

Abdominal Surgery Impact Scale är framtagen för att jämföra laparoskopisk kirurgi med öppen bukkirurgi (46)

TIDPUNKT FÖR BEDÖMNING

Tabell över tidpunkt för bedömning

Instrument	Tidpunkt för bedömning	Kvalitetsgranskning
PQRS	15 och 40 min för tidig återhämtning Senare återhämtning från dag 1 postoperativt	Hög
24-h FAQ	24 timmar efter operation	Hög
QoR-15	Preoperativt för ett utgångsvärde Testat 24 timmar efter operation men ingen särskild rekommendation	Hög
PRP	Preoperativt Postoperativt testad dag 10 och sedan 1,3,6,9 och 12 månader	Hög
Abdominal Surgery Impact Scale	Bedömer återhämtning på kort sikt, testad dag 1-15 postoperativt	Medel
PSR	Testad dag 1,2 och 4 postoperativt	Hög

Den första delen i PQRS som bedömer den fysiologiska statusen är rekommenderad att användas 15 minuter (eller så nära 15 minuter som möjligt) och 40 minuter efter anestesislut. Denna tidiga bedömning är i princip tänkt att användas för att bedöma om patienten kan skrivas ut från uppvakningsavdelningen. Den senare delen där patienten svarar på frågor om daglig aktivitet samt den allmänna upplevelsen av återhämtningen är tänkt att användas i ett

senare skede, från dag 1 postoperativt och framåt. Instrumentet är även testat tre månader efter operationen (38).

Instrumentet 24-h FAQ är utarbetat för att användas för bedömning av återhämtning 24 timmar efter operation (41).

QoR-15 är dels tänkt att användas preoperativt, antingen dagen innan eller samma dag som operationen ska genomföras för att få ett utgångsvärde att jämföra patientens postoperativa återhämtning med. Det är testat 24 timmar postoperativt, men det finns ingen särskild rekommendation att det ska användas vid just denna tidpunkt (42).

PRP-skalan har använts preoperativt, före utskrivning, dag 10 sedan 1, 3, 6, 9 och 12 månader efter kirurgi. Enligt utvecklingarna av skalan, kan den användas även i ett längre perspektiv. Detta anses dock som utforskat område, och den postoperativa återhämtningen på längre sikt än 12 månader, anses i dagsläget svår att hantera (45). Vid utvecklingen av PRP-skalan testades denna vid dag 3-4 efter kirurgi, på inneliggande patienter. Detta gjorde att några av subkategorierna ströks från formuläret då de inte var applicerbara så kort tid efter kirurgi (44).

Abdominal Surgery Impact Scale är framtagen för att bedöma återhämtning på kort sikt efter bukkirurgi. Mätningen av validiteten av frågeformuläret gjordes av patienterna 1-15 dagar efter kirurgi, genomsnittstid 4,5 dagar. Skaparna av detta instrument bedömer att instrumentet kan användas för att få en bild av patienternas återhämtning på kort sikt (46).

PSR-skalan är utformad för att användas av patienter i hemmet, som genomgått dagkirurgi. Under utvecklandet av skalan intervjuades patienter i sitt hem dag 1, 2 och 4 efter operation. I fas två av studien där man testade utformningen av skalan, genomfördes detta på dag 2 efter operation, också detta i hemmet (47).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vi har för denna studie valt att göra en systematisk litteraturstudie för att få svar på vårt syfte som var att identifiera bedömningsinstrument för postoperativ återhämtning. En systematisk litteraturstudie kräver struktur och att man arbetar metodiskt framåt. För att ha ett stöd i vår arbetsgång och för att förstå hur en systematisk litteraturstudie ska göras har vi använt oss av Forsberg & Wengströms (32) beskrivning av hur en systematisk litteraturstudie ska göras och det har gett oss en bra struktur i vår process. Metodvalet upplevde vi som ett bra val för att få svar på vårt syfte.

Vi anser att de valda frågeställningarna kopplade till studiens syfte var relevanta och användbara. Frågeställningarna gjorde att vi i artiklarna fann svar som anses intressanta och viktiga för vårt resultat. Många av artiklarna var gjorda i två eller fler steg, i första delen utvecklades bedömningsinstrumentet under olika former, vissa gjorde intervjuer med patienter, anhöriga och vårdpersonal, andra gjorde enkäter som testades på patienter och ytterligare någon utgick från ett redan befintligt instrument för att vidareutveckla. När detta var gjort och man kommit fram till vilka faktorer som ska finnas med på instrumentet och hur detta ska användas testades validiteten och reliabiliteten också det under olika former, några gjorde nya tester på nya patienter, några använde sig av de tidigare testerna för att beräkna validitet och reliabilitet medan ytterligare någon gjorde en helt ny studie. Detta gjorde att många av artiklarna var svårlästa och fick läsas igenom upprepade gånger för att förstå och kunna ta fram de olika kategorierna som användes i instrumenten. Under arbetet med denna studie kunde fler intressanta områden identifieras som kunde leda till ytterligare frågeställningar såsom, används instrumenten kliniskt och om inte, varför?

I våra inklusionskriterier valde vi att inte begränsa oss i tid när artiklarna är publicerade. Detta kan vara en svaghet då forskning är en färskvara och enligt Forsberg & Wengström ska forskning som används i en systematisk litteraturstudie helst inte vara äldre än tre till fem år (32). En begränsning i tid kan dock göra så att instrument som är av betydelse går förlorade och därför valde vi att inte tidsbegränsa oss. De bedömningsinstrument vi kunde finna och som presenteras i resultatet sträcker sig från en tidsperiod mellan 1995 till 2013, dock är det så att de instrument som är utvecklade på 90-talet eller tidigt 2000-tal tar upp samma faktorer i sina bedömningar avseende postoperativ återhämtning så de känns ändå högst aktuella och användbara idag. Ytterligare inklusionskriterie var att enbart ta fram artiklar där instrumenten är utvecklade och validerade. I en framtida större studie vore det intressant att även ta med artiklar som beskriver det kliniska användandet av instrumenten.

Att exkludera bedömningsinstrument som enbart vänder sig mot pediatrik kan ha begränsat vårt resultat då det kan finnas många intressanta instrument även inom detta område. Vi fann det dock nödvändigt i denna pilotstudie medan i en fullskalig studie kan sökningarna inkludera även pediatrik. På samma sätt kan bedömningsinstrument riktade mot

patientens livskvalitet postoperativt komma att inkluderas i en fullskalig systematisk litteraturstudie.

Vid sökning under arbetet med bakgrunden och tillsammans med PICO'n framkom sökord som vi senare använde i våra databassökningar. I olika kombinationer söktes sedan databaserna Cinahl och PubMed av, när samma artiklar kom upp i flera kombinationer av sökorden kände vi oss nöjda och såg det som ett tecken på att sökningen var mättad. I den fullskaliga studien kommer vi söka bredare, i fler databaser och förväntar oss ett större antal träffar.

Artiklarna delades upp mellan oss och dess kvalitet bedömdes med stöd av SBU's bedömningsinstrument för kvalitativa och kvantitativa studier. Teman framkom ur det lästa materialet som sedan blev till grund för resultatet. Under läsningen utgick vi från våra frågeställningar för att identifiera svaret på dessa från det lästa materialet. Denna struktur kom till användning då vi använde oss av färgpennor för att markera vilka delar av artiklarnas innehåll som svarade mot de valda frågeställningarna. Vidare utformades en matris som hade till syfte att ge en överskådlig bild över materialet och för att underlätta för analysen.

RESULTATDISKUSSION

Studiens syfte och frågeställningar anser vi har blivit besvarade. Smärta var det dominerande postoperativa symtomet som genomgående bedömdes med hjälp av olika instrument. Alla utom ett instrument bedömer patientens upplevelse av smärta direkt efter operationen och vissa instrument har även uppföljning senare i det postoperativa förloppet. Tidigare forskning visar att smärta är en viktig del i den postoperativa återhämtningen, och det är visat att smärta är nära korrelerat till patientens uppfattning om återhämtning, ju mindre smärta desto snabbare återhämtning (6), vilket stöder betydelsen av smärtbedömning och också återspeglas i att instrumenten faktiskt bedömer postoperativ smärta hos patienten. Risken för långvarig smärta är stor om den inte upptäcks och behandlas i tid (15). Det är positivt att instrumenten bedömer patientens smärta och chansen är då större att man faktiskt upptäcker problemet och kan behandla den i tid. Smärta bedöms på olika sätt i de olika instrumenten, vissa frågar patienten om de haft ont efter operationen, generellt eller smärta i direkt anslutning till operationssåret, andra instrument försöker komma åt smärtan från olika håll och frågar patienten om smärta på många olika ställen i kroppen. Det känns som en bra idé att fråga patienten om smärta på fler än ett sätt för att komma åt alla typer av smärta. Oavsett om patienten har ont i just operationsområdet eller generellt ont i kroppen efter att kanske ha legat länge på ett operationsbord är det viktigt att komma åt smärtan för att kunna behandla den och inte förlänga den postoperativa återhämtningen. Smärta bedöms också vid olika tidpunkter i det postoperativa förloppet vilket ökar chanserna att upptäcka och behandla. Vi anser att det är en avgörande del i vår blivande yrkesroll som narkossjuksköterskor att arbeta för att tidigt upptäcka och behandla smärta.

Fysiologiska faktorer såsom blodtryck, puls, andningsfrekvens och syremättnad kunde man i utvecklingen av PSR-skalan se att patienterna inte ansåg hade så stor vikt i återhämtningen,

det var snarare vårdpersonalen som ansåg det (47). Detta återspeglar sig också i de bedömningsinstrument vi funnit, då det endast är två av instrumenten som tar upp detta i sin bedömning. I det ena instrumentet (PQRS, (38) används detta framförallt i den tidiga postoperativa fasen för att bedöma när patienten kan skrivas ut från uppvakningsavdelningen och är inte med i den sena fasen där patienten själv får svara på frågor.

Instrumenten bedömer förmågan att utföra aktiviteter i det dagliga livet, att återgå till arbetet och sköta sin egen hygien. De mäter också förmågan att röra sig i och utanför sin hemmamiljö. Detta överensstämmer med Orem som menar att den stora delen i återhämtningsprocessen är förmågan att uppnå egenvård och själv kunna ta ansvar för att de grundläggande behoven uppfylls (20). Med tanke på att de dagkirurgiska ingreppen ökar och patienterna återgår till hemmet tidigare (22) läggs ett ännu större ansvar på personalen att förbereda patienten att klara sig hemma och fortsatt följa återhämtningsprocessen. Det är en viktig del i anestesijuksköterskans arbetsuppgifter att informera och undervisa samt planera för den postoperativa återhämtningen (30) detta underlättas av att använda bedömningsinstrument för utvärdering av postoperativ återhämtning. Flera av instrumenten är tänkta att användas även i den senare delen av det postoperativa förloppet och underlättar i och med det för personalen att bedöma patientens återhämtning även efter att den skrivits ut från sjukhuset.

Oro och nedstämdhet bedöms med hjälp av många instrument. Detta tyder på att detta är en viktig faktor i den postoperativa återhämtningen. Nedstämdhet kan påverka att den fysiska och psykiska funktionen går förlorad vilket kan vara avgörande i återhämtningen oavsett vilken kirurgi som utförts (6).

Få instrument bedömer den kognitiva förmågan hos patienten. Det kan vara av stor betydelse att veta om patienten återhämtar sig kognitivt och kan ta till sig information eller instruktioner. Patienter som skrivs ut från sjukhus efter operation får ofta muntlig information om hur de ska förhålla sig efter det ingrepp de varit med om. Ifall de då inte kan ta till sig informationen eller glömmer den, kan det göra så att den postoperativa återhämtningen försenas. Det känns också viktigt att ge skriftlig information till patienterna i samband med den muntliga, särskilt viktigt kanske om man då inte ens bedömer ifall patienten kan ta till sig given information.

I vår systematiska genomgång av artiklarna har vi funnit att vissa instrument vänder sig enbart till dagkirurgiska patienter medan andra inte har uttalat exakt vilken patientgrupp de vänder sig till utan verkar vara applicerbara på både dagkirurgiska och inläggande patienter. Tidpunkterna för när de olika instrumenten skall användas finns inte alltid beskrivet. Vissa ger dock en rekommendation och alla är testade vid specifika tillfällen. Vår uppfattning är att det inte är helt tydligt när respektive instrument skall användas. Några instrument är testade på en specifik patientgrupp men verkar vara applicerbara även vid andra ingrepp.

De flesta instrument använder någon form av poängbedömning för att bedöma den postoperativa återhämtningen. Det kan vara värden mellan 1 till 5, 1 till 10 eller liknande.

Vissa instrument har låga poäng när någonting fungerar bra medan vissa skalor har höga poäng för samma bedömning. I vissa instrument ställs frågorna från olika vinklar, till exempel QoR-15 (42) där ställs frågan om patienten har en känsla av oro eller nedstämdhet, detta får skattas på en skala där 10 står för "aldrig" och 0 står för "hela tiden", patienten får sedan svara på frågan om de har en känsla av att må bra och känner sig tillfreds med tillvaron, här står 10 för "hela tiden" och 0 för "aldrig". Poängbedömningen blir ju i slutändan samma men för patienten kan detta kanske upplevas som förvirrande. Med just detta instrument får patienten hjälp att svara på frågorna av en utomstående forskare så patienten ser inte själv poängbedömningen, vilket kanske är positivt för att minska risken för missförstånd. Många av instrumenten har just detta system i sin poängsättning, att positiva (god nattsömn) och negativa (smärta) frågor har en omvänd ordning i sin poängsättning. I en framtida studie hade det varit intressant att se hur användarvänliga instrumenten anses vara från patientperspektiv.

Denna typ av poängsättning gör ju att en kvalitativ variabel kvantifieras och det framgår inte i de artiklar vi gått igenom vad till exempel skillnaden blir om man skattar sin smärta på 4 av 5 eller 5 av 5. Vad innebär det kliniskt? Finns det någon gräns för när patienten ska komma tillbaka till sjukhuset eller är man bara intresserad av att veta när patienten blir smärtfri? När vidtar man åtgärder? Vad blir åtgärderna om patienten svarar "dåligt" på bedömningen? Vad är riskerna med att ha denna typ av poängsättning?

De flesta instrument utgår från patientens egen upplevelse av återhämtningen och forskning visar också att återhämtning just är en subjektiv upplevelse med stor individuell variation. Detta är betydelsefullt då det endast är patienten som kan avgöra hur väl de återhämtat sig (3) Vårdpersonal beskriver ofta att återhämtning är patientens fysiologiska återhämtning medan patienterna oftare beskriver återhämtning som återgång till vardagslivet (47).

De instrument som täcker flest faktorer är PQRS (38). Det är ett omfattande bedömningsinstrument som kan användas vid flera olika tidpunkter i det postoperativa återhämtandet.

Konklusion

Det finns flera publicerade validerade bedömningsinstrument anpassade för att bedöma olika patientkategorier och vid olika tidsperioder i den postoperativa återhämtningen. De flesta av dessa instrument bedömer framförallt smärta och fysisk funktion hos patienten. Det finns också specifikt framtagna instrument för utvärdering av ett visst ingrepp.

Instrumenten tar upp viktiga faktorer för det postoperativa förloppet och är bra hjälpmedel för att utvärdera våra handlingar under anestesiförloppet och lära av dessa. Instrumenten vi funnit riktar sig till patienterna och detta ger dem en möjlighet att återkoppla till vården och tydliggöra eventuella problem i det postoperativa förloppet.

I en framtida forskning hade det varit intressant ta reda på hur instrumenten används i den kliniska verksamheten samt om det är möjligt att utveckla och enas om optimala nationella

bedömningsinstrument lämpade att vid olika tidpunkter i det postoperativa skedet bedöma patientens återhämtningsprocess.

Litteraturlista

1. Joshi GP, Twersky RS. Fast tracking in ambulatory surgery. *Ambulatory surgery*. 2000;8(4):185-90.
2. Berg K, Årestedt K, Kjellgren K. Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study. *International journal of nursing studies*. 2013.
3. Allvin R, Ehnfors M, Rawal N, Idvall E. Experiences of the postoperative recovery process: an interview study. *The open nursing journal*. 2008;2:1.
4. Lemos P, Pinto A, Morais G, Pereira J, Loureiro R, Teixeira S, et al. Patient satisfaction following day surgery. *Journal of clinical anesthesia*. 2009;21(3):200-5.
5. Berg K. Patients' perspectives on recovery from day surgery: Linköping; 2012.
6. Zalon ML. Correlates of recovery among older adults after major abdominal surgery. *Nursing research*. 2004;53(2):99-106.
7. Allvin R, Berg K, Idvall E, Nilsson U. Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57(5):552-8.
8. Chunta KS. Expectations, anxiety, depression, and physical health status as predictors of recovery in open-heart surgery patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009;24(6):454-64.
9. De Groot KI, Boeke S, Passchier J. Preoperative expectations of pain and recovery in relation to postoperative disappointment in patients undergoing lumbar surgery. *Medical Care*. 1999;37(2):149-56.
10. Hovind IL, Bolinder-Palmér I, Grönwall K, Olsson K, Hellmuth L. *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2005. p. 27-39.
11. Stomberg MW, Segerdahl M, Rawal N, Jakobsson J, Brattwall M. Clinical practice and routines for day surgery in Sweden: implications for improvement in nursing interventions. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 2008;23(5):311-20.
12. Watt-Watson J, Chung F, Chan VW, McGillion M. Pain management following discharge after ambulatory same-day surgery. *J Nurs Manag*. 2004;12(3):153-61.
13. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006;367(9522):1618-25.
14. International Association for the study of Pain. Available from: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions.
15. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *British journal of anaesthesia*. 1997;78(5):606-17.
16. Hovind IL, Bolinder-Palmér I, Grönwall K, Olsson K, Hellmuth L. *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 2005. 233-59 p.
17. Halldin M, Lindahl S, Björnekull C, Wilhelmsson J. *Anestesi. Smärta*. Stockholm: Liber; 2005. p. 586-608.
18. Malviya A, Martin K, Harper I, Muller SD, Emmerson KP, Partington PF, et al. Enhanced recovery program for hip and knee replacement reduces death rate: A study of 4,500 consecutive primary hip and knee replacements. *Acta orthopaedica*. 2011;82(5):577-81.
19. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: concepts of practice*. St. Louis, Mo: Mosby; 2001.

20. Rooke L. Orems omvårdnadsteoretiska struktur med fokus på behov och egenvård. *Omvårdnad:teoretiska ansatser i praktisk verksamhet. Orems omvårdnadsteoretiska struktur med fokus på behov och egenvård.* Stockholm: Liber; 1997. p. 154-68.
21. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care—Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2011;10(4):248-51.
22. Marshall SI, Chung F. Discharge criteria and complications after ambulatory surgery. *Anesthesia and analgesia.* 1999;88(3):508-17.
23. Brattwall M, Warren Stomberg M, Rawal N, Segerdahl M, Jakobsson J, Houltz E. Patients' assessment of 4-week recovery after ambulatory surgery. *Acta anaesthesiologica Scandinavica.* 2011;55(1):92-8.
24. Modin M, Ramos T, Stomberg MW. Postoperative impact of daily life after primary treatment of proximal/distal tibiafracture with Ilizarov external fixation. *Journal of clinical nursing.* 2009;18(24):3498-506.
25. Wennstrom B, Stomberg MW, Modin M, Skullman S. Patient symptoms after colonic surgery in the era of enhanced recovery--a long-term follow-up. *Journal of clinical nursing.* 2010;19(5-6):666-72.
26. Brattwall M, Stomberg MW, Rawal N, Segerdahl M, Houltz E, Jakobsson J. Patient assessed health profile: a six-month quality of life questionnaire survey after day surgery. *Scandinavian journal of public health.* 2010;38(6):574-9.
27. Giannicola G, Polimanti D, Bullitta G, Sacchetti FM, Cinotti G. Critical time period for recovery of functional range of motion after surgical treatment of complex elbow instability: Prospective study on 76 patients. *Injury.* 2014;45(3):540-5.
28. Husted H. Fast-track hip and knee arthroplasty: clinical and organizational aspects. *Acta Orthopaedica.* 2012;83(S346):1-39.
29. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *The Lancet.* 2003;362(9399):1921-8.
30. Riksföreningen för anestesi och intensivård och svensk sjuksköterskeförening. Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård 2010 [cited 2014]. Available from: <http://www.aniva.se/assets/kompbeskrivning--anestesi.pdf>.
31. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *American journal of surgery.* 2002;183(6):630-41.
32. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur & Kultur; 2013.
33. Harden A, Thomas J. Methodological issues in combining diverse study types in systematic reviews. *International Journal of Social Research Methodology.* 2005;8(3):257-71.
34. PROM center. Available from: <http://www.promcenter.se/sv/generella-instrument/>.
35. Statens beredning för medicinsk Utvärdering. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvård-En handbok 2013. Available from: <http://www.sbu.se/metodbok>.
36. Vetenskapsrådet. God forskningssed 2011 [20140103]. Available from: <https://http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forskningssed+2011.1.pdf>.

37. Nyberg R, Tidström A. *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur; 2012.
38. Royse CF, Newman S, Chung F, Stygall J, McKay RE, Boldt J, et al. Development and feasibility of a scale to assess postoperative recovery: the postoperative quality recovery scale. *Anesthesiology*. 2010;113(4):892-905.
39. Myles PS, Weitkamp B, Jones K, Melick J, Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *British journal of anaesthesia*. 2000;84(1):11-5.
40. Wong J, Tong D, De Silva Y, Abrishami A, Chung F. Development of the functional recovery index for ambulatory surgery and anesthesia. *Anesthesiology*. 2009;110(3):596-602.
41. Hogue SL, Reese PR, Colopy M, Fleisher LA, Tuman KJ, Twersky RS, et al. Assessing a tool to measure patient functional ability after outpatient surgery. *Anesthesia & Analgesia*. 2000;91(1):97-106.
42. Stark PA, Myles PS, Burke JA. Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score: the QoR-15. *Anesthesiology*. 2013;118(6):1332-40.
43. Chung F, Chan VWS, Ong D. A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery. *Journal of clinical anesthesia*. 1995;7(6):500-6.
44. Allvin R, Ehnfors M, Rawal N, Svensson E, Idvall E. Development of a questionnaire to measure patient - reported postoperative recovery: content validity and intra - patient reliability. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2009;15(3):411-9.
45. Allvin R, Svensson E, Rawal N, Ehnfors M, Kling AM, Idvall E. The Postoperative Recovery Profile (PRP)—a multidimensional questionnaire for evaluation of recovery profiles. *Journal of Evaluation in clinical Practice*. 2011;17(2):236-43.
46. Urbach DR, Harnish JL, McIlroy JH, Streiner DL. A measure of quality of life after abdominal surgery. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2006;15(6):1053-61.
47. Kleinbeck SV. Self-reported at-home postoperative recovery. *Research in nursing & health*. 2000;23(6):461-72.
48. Myles PS, Hunt JO, Nightingale CE, Fletcher H, Beh T, Tanil D, et al. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesthesia & Analgesia*. 1999;88(1):83-90.
49. Paddison JS, Sammour T, Kahokehr A, Zargar-Shoshtari K, Hill AG. Development and validation of the surgical recovery scale (SRS). *Journal of Surgical Research*. 2011;167(2):e85-e91.

Bilaga 1

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

version 2012:1.4

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

Total bedömning av studiekvalitet:								
Hög	Medelhög	Låg	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl		
1. Syfte								
a) Utgårstudienfrånanväldefinierad problemformulering/frågeställning?								
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):								
2. Urval								
a) Är urvalet relevant?								
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?								
c) Är kontexten tydligt beskriven?								
d) Finns relevant etiskt resonemang?								
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?								
Kommentarer (urval, patientkaraktäristika, kontext etc):								

utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården — en handbok Bilaga 5:1

					Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
3. Datainsamling								
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?								
b) Är datainsamlingen relevant?								
c) Råderdatamättnad?								
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till								

datainsamlingen?				
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):				
4. Analys				
a) Är analysen tydligt beskriven?				
b) Äranalysförfarandetrelevantirelation till datainsamlingsmetoden?				
c) Råderanalysmättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?				
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				
5. Resultat				
a) Är resultatet logiskt?				
b) Är resultatet begripligt?				
c) Är resultatet tydligt beskrivet?				
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?				
e) Genererashypotes/teori/modell?				
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?				
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?				
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

Bilaga 2

Mall för kvalitetsgranskning av observationsstudier

Granskningen av en studie gäller i första hand studiekvalitet, dvs risk för systematiska fel och risk för intressekonflikter (A). I den sammanvägda bedömningen av alla inkluderade studier enligt GRADE inkluderar man också studiernas överensstämmelse (B), överförbarhet (C), precision (D), publikationsbias (E), effektstorlek (F), dos-responssamband (G) och sannolikhet att effekten är underskattad (H).

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten. Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

version 2012:2.1

A. Granskning av studiens begränsningar – eventuella systematiska fel (bias)	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
A1. Selektionsbias				
a) Vardeobserveradegruppernarekryterade på ett tillräckligt likartat sätt?				
b) Vardejämfordagruppernassammansättning tillräckligt lika vid studiestart?				
c) Harkorrigeringsvobalanseribaslinjevariabler mellan grupper med olika exponering/behandling gjorts på ett adekvat sätt i den statistiska analysen?				
Kommentarer:				
Bedömning av risk för selektionsbias:				
A2. Behandlingsbias				
a) Varvillkoren(utöverdenbehandling eller exponering som studerades) för grupperna under behandlings-/ exponeringstiden tillräckligt likartade?				
b) Varföljsamhetgentemotbehandling/ exponering acceptabel i grupperna?				
Kommentarer:				
Bedömning av risk för behandlingsbias:				

utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården — en handbok Bilaga 3:1

A. Fortsättning	Ja	Nej	Oklart	Ej till-
------------------------	-----------	------------	---------------	-----------------

				lämpligt
A3. Bedömningsbias (per utfallsmått)				
a) Var utfallsmåttet okänsligt för bedömningsbias?				
b) Var personernas omvärderade utfallet <i>blindade</i> för studiedeltagarnas exponeringsstatus?				
c) Var personerna som utvärderade utfallet <i>opartiska</i> ?				
d) Var utfallet definierat på ett lämpligt sätt?				
e) Mättes utfallet på ett adekvat sätt med standardiserade/definierade mätmetoder?				
f) Mättes utfallet på ett adekvat sätt med validerade mätmetoder?				
g) Har variationer i exponering över tid tagits med i analysen?				
h) Har utfallet mätts vid optimal(a) tidpunkt(er)?				
i) Var observatörsöverensstämmelsen acceptabel?				
j) Har studien tillämpat ett lämpligt statistiskt mått för rapporterad effekt/samband?				
Kommentarer:				
Bedömning av risk för bedömningsbias:				
A4. Bortfallsbias (per utfallsmått)				
a) Var bortfallet tillfredsställande lågt i förhållande till populationens storlek?				
b) Var bortfallet lika stort inom grupperna?				
c) Var relevanta baslinjevariabler lika fördelade mellan bortfallen i interventions- och kontrollgruppen alternativt mellan olika exponeringsgrupper?				
d) Var relevanta baslinjevariabler lika fördelade mellan analys- och bortfallgruppen?				
e) Varden statistisk hanteringen av bortfallet adekvat?				
Kommentarer:				
Bedömning av risk för bortfallsbias:				

Bilaga 3:2 utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården — en handbok

A. Fortsättning	Ja	Nej	Oklart	Ej till- lämpligt
A5. Rapporteringsbias				
a) Följde studien ett i förväg fastlagt studieprotokoll?				
b) Var utfallsmåtten relevanta?				
c) Mättes biverkningar/komplikationer på ett systematiskt sätt?				

d) Var tidpunkterna för rapporterad analys relevanta?				
Kommentarer:				
Bedömning av risk för rapporteringsbias:				
A6. Intressekonflikter				
a) Föreligger, baserat på författarnas angivna bindningar och jäv, låg eller obefintlig risk att studiens resultat har påverkats av intressekonflikter?				
b) Föreligger, baserat på uppgifter om studiens finansiering, låg eller obefintlig risk att studien har påverkats av en finansiär med ekonomiskt intresse i resultatet?				
c) Föreligger låg eller obefintlig risk för annan form av intressekonflikt (t ex att författarna har utvecklat interventionen)?				
Kommentarer:				
Bedömning av risk för intressekonflikt:				
Sammanvägning av risk för bias (per utfallsmått)	Låg	Medelhög	Hög	
A1. Selektionsbias				
A2. Behandlingsbias				
A3. Bedömningsbias				
A4. Bortfallsbias				
A5. Rapporteringsbias				
A6. Intressekonfliktbias				
Kommentarer:				
Sammanfattande bedömning av risk för systematiska fel (bias):				

utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården — en handbok Bilaga 3:3

Underlag för sammanvägd bedömning enligt GRADE

B. Bristande överensstämmelse mellan studierna				
Hanteras endast på syntesnivå				
C. Granskning av studiens överförbarhet				
	Ja	Nej	Delvis	Ej till- lämpligt
a) Överensstämmersammanhanget och kontrollgruppens villkor med den situation som SBU/HTA-rapportens slutsatser avser?				
b) Är den inkluderade studiepopulationen tillräckligt lik den population som SBU/HTA-rapportens slutsatser avser?				
c) Är interventionen relevant för de förhållanden som SBU/HTA-rapportens slutsatser avser?				
Kommentar:				
Bedömning av brister i överförbarhet:				

D. Granskning av precision				Ja	Nej	Delvis	Ej till- lämpligt
a) Är precisionen acceptabel med hänsyn till antal inkluderade individer och antal händelser (utfall)?							
Kommentar:							
E. Granskning av publikationsbias							
Hanteras endast på syntesnivå							
F. Granskning av effektstorlek				Ja	Nej	Delvis	Ej till- lämpligt
a) Var effekten stor (t ex RR <0,5 eller >2,0)?							
b) Var effekten mycket stor (t ex RR <0,2 eller >5,0)?							
Kommentar:							
G. Granskning av dos-respons samband				Ja	Nej	Delvis	Ej till- lämpligt
a) Finns stödför ett dos-respons samband mellan exponering och utfall?							
Kommentar:							

Bilaga 3:4 utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok

H. Sannolikhet att effekten är underskattad pga ”confounders”				Ja	Nej	Delvis	Ej till- lämpligt
Vid enstaka tillfällen kan evidensstyrkan höjas om det är mycket sannolikt att effekten är underskattad.							
a) Finns det starkt stödför att ”confounders” som studien inte kunnat ta hänsyn till skulle stärka sambandet?							
Kommentar:							

Bilaga 3

Matris över inkluderade artiklar

Titel Författare Tidskrift År Land	Syfte	Metod	Urval	Namn på instrumentet	Vad bedöms	Patientgrupp/ Tidpunkt	Kvalitets- bedömning
<p>Titel: Development and Feasibility of a Scale to Assess Postoperative Recovery</p> <p>Författare: Royse, C.F., Newman, S., Chung, F., Stygall, J., McKay, R.E., Boldt, J., Servin, F.S., Hurtado, I., Hannallah, R., Yu, B., Wilkinson, D.J.</p> <p>Tidsskrift: Anesthesiology</p> <p>År:2010</p> <p>Land: Australien, Canada, Kina, Frankrike, Tyskland, Mexico och</p>	<p>Att utveckla och validera ett nytt instrument för att bedöma postoperativ återhämtning. Instrumentet ska bedöma olika domäner, vara lätt att använda och kunna användas vid upprepade tillfällen i det postoperativa förloppet.</p>	<p>Kvantitativ metod.</p> <p>PQRS-formuläret utgår från när patienten inte längre behöver anestesi. Frågorna ställs preoperativt för att få ett utgångsvärde, sedan 15 min, 40 min, dag 1 och dag 3 postoperativt. Formuläret genomfördes av forskningspersonal på sjukhusen och de första mätningarna som gjordes vid 15 och 40 minuter postoperativt, utfördes ”ansikte mot ansikte” med patienten, även dag 1 och 3 om patienten var kvar på sjukhus. För de patienter som var utskrivna dag 1 och 3 genomfördes det via telefonintervju, patienten hade då fått ”ansiktsdiagramen” som används med sig hem. Resultaten jämfördes sedan med den preoperativa genomgången (baseline) för att bedöma återhämtningen.</p>	<p>Ett bekvämlighetsurval gjordes och patienter rekryterades från PQRS-gruppens arbetsplatser. 701 patienter i åtta länder (Australien, Canada, Kina, Frankrike, Tyskland, Mexico och Storbritannien) över 6 års ålder som genomgick elektiv kirurgi under generell anestesi, inkluderades. Patienter som hade pågående psykisk störning eller skulle genomgå neurokirurgi som kunde påverka deras förmåga att delta i studien exkluderades.</p>	<p>PQRS</p>	<p>Fysiologiska faktorer, nociceptiva faktorer (smärta och illamående), emotionella faktorer, kognitiva faktorer samt ADL (Aktiviteter i det Dagliga Livet). Som ett komplement till detta får patienten själv skatta sin övergripande känsla av den postoperativa återhämtningen.</p>	<p>Ingen speciell patientgrupp. Används vid fyra olika tidpunkter postoperativt samt efter tre månader för att bedöma sen återhämtning.</p>	<p>Hög</p>

Storbritannien							
<p>Titel: Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40</p> <p>Författare: Myles, P.S., Weitkamp, B., Jones, K., Melick, J., Hensen, S.</p> <p>Tidskrift: British Journal of Anesthesia</p> <p>År: 2000</p> <p>Land: Australien</p>	Att utveckla och validera ett utökat frågeformulär för att mäta återhämtning efter anestesi och kirurgi.	<p>Kvantitativ metod.</p> <p>Data insamlat från patienterna via frågeformulär och VAS (Visuell Analog Skala) dels preoperativt och sedan morgonen efter operation. Patienterna ombads ta tid på hur lång tid det tog att slutföra frågeformuläret samt upprepa formuläret flera timmar senare. Inneliggande patienter lämnade sina svar i ett internkuvert, utskrivna patienter fick posta svaren i ett adresserat kuvert. Statistiska beräkningar utfördes för att validera och bedöma reliabiliteten i frågeformuläret.</p>	<p>Patienter som var över 18 år och skulle genomgå generell kirurgi med generell anestesi inkluderades. De fick inte ha pågående psykiatrisk störning, känd historik med drog- och alkoholproblem samt dålig engelskaförståelse. 192 patienter fick formuläret. En avböjde att delta, tre patienter exkluderades (två pga. att de fick lokalanestesi, en pga. hamnade på intensivvård).</p>	QoR-40	Känslotillstånd, fysisk komfort, mentalt stöd, fysisk självständighet samt smärta.		Hög
<p>Titel: Development of the Functional Recovery Index for Ambulatory Surgery and Anesthesia</p> <p>Författare: Wong, J., Tong, D., De Silva, Y., Abrishami, A., Chung, F.</p> <p>Tidskrift: Anesthesiology</p>	Att utveckla ett nytt instrument för att bedöma funktionell återhämtning hos dagkirurgiska patienter, efter utskrivning.	<p>Kvantitativ metod.</p> <p>Punkter för återhämtning togs initialt fram med öppna intervjuer med 40 patienter, detta utkast bedömdes sedan av experter inom dagkirurgisk anestesi. Genom olika förekomst- och faktoranalyser och ytterligare intervjuer med patienter kokades formuläret ner till att bestå av 14 punkter indelade i 3 kategorier. Detta testades i validitet och reliabilitet på 100 personer</p>	<p>Patienter inkluderades om de var över 16 år, genomgick dagkirurgi med utskrivning samma dag eller senast efter 23 timmar, hade möjlighet att delta i en postoperativ telefonintervju och kunde läsa på engelska. Patienter som hade en historik med drog- eller alkoholproblem, mentala eller kognitiva handikapp eller kirurgisk komplikation som medförde inläggning på sjukhus exkluderades. Totalt</p>	FRI	Smärta & social aktivitet, rörlighet i nedre extremiteter och allmän fysisk aktivitet.	<p>Patienter som genomgått dagkirurgi.</p>	Hög

År: 2009 Land: Canada		genom telefonintervjuer.	rekryterades 688 patienter på två sjukhus i Toronto, Canada.				
Titel: Assessing a Tool to Measure Patient Functional Ability After Outpatient Surgery Författare: Houge, S. L., Reese, P. R., Colopy, M., Fleisher, L. A., Tuman, K. J., Twersky, R. S., Warner, D. S., Jamerson, B. Tidskrift: Anesthesia & Analgesia År: 2000 Land: USA	Att bedöma validiteten på det nyligen utvecklade 24-Hour Functional Ability Questionnaire (24-h FAQ).	Kvantitativ metod. Intervju med utgång från 24-h FAQ för få ett utgångsvärde på patientens förväntningar, sedan intervjuades de igen när de kommit hem samt efter 24 timmar. Intervjuerna utfördes av en erfaren kliniker.	Totalt inkluderades 1423 patienter, av dessa kunde man analysera data från 1334 patienter. Majoriteten var kvinnor (60,6%) och kaukasier (81,3%) med en medelålder på 40,5 år.	24-h FAQ	1) Preoperativa förväntningar avseende smärta, kräkningar, illamående och nedsatt vakenhet. 2) Mäter förekomsten av de ovan samt förmågan att återvända till normala funktionella aktiviteter. 3) Patienten får skatta hur nöjda dom är med återhämtningen, given anestesi samt erfarenheten från den dagkirurgiska kliniken.	Vänder sig framförallt till dagkirurgiska patienter.	Hög
Titel: Development and Psychometric Evaluation of a	Att utveckla en kortversion av det redan existerande QoR-40 samt testa	Kvantitativ metod. För att få ner QoR-40 till en kortare version gjordes en	Totalt 127 patienter deltog i studien, 18-86 år. De som inkluderades genomgick generell anestesi och kirurgi,	QoR-15	Smärta, illamående, oro, nedstämdhet samt patientens	Preoperativt bedöms patienten utifrån	Hög

<p>Postoperative Quality of Recovery Score: The QoR-15 Författare: Stark, P. A., Myles, P., S., Burke, J. Tidskrift: Anesthesiology År: 2013 Land: Australien</p>	<p>validiteten, reliabiliteten och den kliniska användningen av det nya instrumentet.</p>	<p>litteraturgranskning samt konsultation med erfaren anestesioch- och forskningspersonal. Utifrån detta tog man frågor från QoR-40 formuläret baserat på klinisk betydelse, om de var lätta att uppfatta samt relevans utifrån patientens bästa. När man kommit ner till 15 frågor fick patienterna svara på formuläret. Detta gjordes innan eller på dagen för operation, för ett utgångsvärde sedan återupprepades frågeformuläret 24 timmar postoperativt. Några patienter fick upprepa formuläret efter 30 och 60 min för att mäta reliabiliteten.</p>	<p>skulle ha möjlighet att följas upp 24 timmar postoperativt.</p>		<p>förmåga att återvända till det dagliga livet.</p>	<p>formuläret för att få ett utgångsvärde, instrumentet är testat 24 timmar postoperativt.</p>	
<p>Titel: A Post-Anesthetic Discharge Scoring System for Home Readiness after Ambulatory Surgery Författare: Chung, F., Chan, V. W. S., Ong, D. Tidskrift: Journal of Clinical Anesthesia År: 1995</p>	<p>Att evaluera validiteten och reliabiliteten i ett av författarna utvecklat postoperativt utskrivningsformulär.</p>	<p>Kvantitativ metod. Oberoende forskare som inte hade något direkt ansvar för patienten utförde formuläret en timma efter operationen, detta upprepades var 30:e minut fram tills patienten hade ett PADSS-poäng på åtminstone 9. Detta jämfördes med de nuvarande kriterierna på sjukhuset som grundade sig på kliniska utskrivningskriterier. Patienterna intervjuades också 24 timmar efter operationen.</p>	<p>247 patienter som genomgått generell anestesi under olika typer av kirurgi, på en dagkirurgisk avdelning.</p>	<p>PADSS</p>	<p>Vitala parametrar, kognition, fysisk aktivitet smärta, illamående, blödning samt nutrition och elimination.</p>	<p>Utvecklat och testat framförallt för dagkirurgiska patienter.</p>	<p>Medel hög</p>

Land: Canada							
<p>Titel: Development of questionnaire to measure patient-reported postoperative recovery:content validity and intra-patient reliability</p> <p>Författare: Renée Allvin, Margareta Ehnfors, Nainder Rawal, Elisabeth Svensson, Ewa Idvall</p> <p>Tidskrift: Journal of Evaluation in Clinical Practice</p> <p>År: 2009</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Att utveckla och validera ett kort och lättanvänt frågeformulär för utvärdering av den postoperativa processen.</p>	<p>Kvantitativ metod.</p> <p>Fyra steg för att ta fram och utvärdera olika punkter till formuläret gjordes genom intervjuer med patienter och sjukvårdspersonal. 25 deltagare i steg 4.</p>	<p>Ej beskrivet.</p>	<p>PRP</p>	<p>Psykiska och fysiska symtom, Psykosociala, sociala och aktivitets aspekter</p>	<p>Patienter som genomgått generell kirurgi, gynekologisk kirurgi, ortopedi, urologi</p>	<p>Hög</p>
<p>Titel: The postoperative Recovery Profile (PRP)-a multidimensional questionnaire for evaluation of recovery profiles</p> <p>Författare: Renée Allvin, Elisabeth Svensson,</p>	<p>Att utvärdera framtagen skala för postoperativ återhämtning.</p>	<p>Kvantitativ metod.</p> <p>19-punkter långt frågeformulär. Formuläret skickades hem till deltagarna som var 158 st. Man använde en övergripande skala och jämförde dessa svar i en så kalla "rank-transformable pattern of agreement"</p>	<p>Män och kvinnor över 18 år.</p>	<p>PRP</p>	<p>Fysiska symtom och funktioner, psykologiska symtom, social och daglig aktivitet.</p>	<p>Genomgått bukkirurgi eller ortopediskkirurgi.</p> <p>Mätningar gjordes vid sex tillfällen efter operation.</p>	<p>Hög</p>

Narinder Rawal, Margareta Ehnfors, Anna- Maria Kling och Ewa Idvall Tidskrift: Journal of Evaluation i Clinical Practice År: 2011 Land: Sverige							
Titel: A measure of quality of life after abdominal surgery. Författare: David R. Urbach, Julie L. Harnish, Jodi Herold McIlroy och David L. Steiner Tidskrift: Quality of Life Research År: 2006 Land: Canada	Att skapa ett redskap för utvärdering av livskvalité efter bukkirurgi, laparoskopisk vs laparotomi	Kvantitativ metod. Utefter ett redan använt instrument, focusgrupper och patientintervjuer skapas ett 51 punkts frågeformulär. Detta reducerades till 18 punkter med 6 underkategorier med hjälp av svar från 500 patienter som genomgått kirurgi. Formuläret genomfördes mellan 1-15 dagar efter ingreppet.	Män och kvinnor i åldrarna 14-91 år. Inneliggande och utskrivna patienter ingick i studien.	Abdominal surgery impact scale	Fysiska begränsningar, funktionsnedsätt ning, smärta, invärtes funktion, sömn och psykologisk funktion.	Genomgått laparoskopi eller laparotomi. 1-15 dagar efter operation	Medel hög
Titel: Self- Reported At- Home Postoperative Recovery Författare: Susan V.M. Kleinbeck Tidskrift:	Att utveckla och validera ett bedömningsinstru ment som mäter postoperativ återhämtning i hemmet.	Kvantitativ metod. 171 patienter ingick. Två dagar efter operation genomfördes frågeformuläret och som var utvecklat med hjälp av synpunkter från tidigare patientgrupp.	Personer över 18 år som genomgått cholecystektomi eller endoskopisk bräckoperation. I fas 2 var även personer som genomgått, annan generell kirurgi, ortopedi, laparoskopisk gynekologi eller en kombination.	PSR	Hälsostatus, trötthet, arbetsförmåga, aktivitet och förväntningar.	I utvärderingen genomfördes skattningen två dagar efter kirurgi, i hemmet.	Hög

Research in Nursing & Health År: 2000 Land: USA							
Titel: Development and Validation of the Surgical Recovery Scale (SRS) Författare: Johanna S Paddison, Tarik Sammour, Arman Kahokehr, Kamran Zargar- Shoshtari and Anrew G Hill. Tidskrift: Journal of Surgical Research År: 2010 Land: Nya Zeeland	Att utveckla och validera en skala för att bedöma patientens postoperativa återhämtning utifrån Identity Consequence Fatigue Scale (ICFS).	Kvantitativ metod. Utifrån ICFS har man med hjälp av statistiska beräkningar tagit fram 13 nya punkter. Sedan har man bedömt validitet och reliabilitet av det nya instrumentet.	Patienter som genomgått planerad colonresektion via öppen eller laparoskopisk kirurgi. Patienterna var över 15 år.	SRS	Känsla av trötthet och energi, koncentrations- förmåga samt påverkan på det dagliga livet.	Ingen rekommendati on. Under utvecklingen genomfördes skalan preoperativt, dag 3, 7 och 30 postoperativt.	Hög
Titel: Development an Psychometric Testing of a Quality of Recover Score After General Anesthesia an Surgery in Adults Författare:	Att utveckla ett instrument där patienten själv får gradera sin postoperativa återhämtning.	Kvantitativ metod. Först gjordes en litteratursökning och konsultation med medicinsk expertis för att ta fram frågor som var viktiga för postoperativ återhämtning. 61 frågor togs fram. Dessa rankades sedan av patienter och sjukhuspersonal	Patienter över 18 år som genomgått generell anestesi och kirurgi, både dagkirurgiska och innetiggande patienter inkluderades. Totalt 389 patienter.	QoR-score	Smärta, illamående, elimination, personlig hygien samt generellt välbefinnande.	Ett utgångsvärde tas preoperativt med hjälp av instrumentet. Annars finns ingen rekommendati on om särskild	Hög

<p>Myles PS, Hunt JO, Nightingale CE, Fletcher H, Beh T, Tanil D, Nagy A, Rubinstein A, Ponsford JL.</p> <p>Tidskrift: Anesthesia & Analgesia</p> <p>År: 1999</p> <p>Land: Australia</p>		<p>utifrån hur viktiga de ansågs vara. Man fick då fram 9 frågor som ansågs vara de viktigaste för att bedöma postoperativ återhämtning. Det slutliga instrumentet testades för att bedöma validitet och reliabilitet.</p>				<p>tidpunkt då testet ska utföras.</p>	
---	--	--	--	--	--	--	--

BILAGA 4



Sahlgrenska akademien

VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa

Forskningspersoninformation

Bakgrund och syfte

Under operation ges läkemedel som gör att man sover och inte har ont under och omedelbart efter operationen. Dessa läkemedel påverkar minnesfunktionen tillfälligt. Vårdtiden efter operationen är ofta kort och återhämtning är viktigt innan hemgång. Det finns många sätt att bedöma återhämtning efter operation och syftet med denna studie är att testa ett av dessa bedömningsformulär för att se hur väl det fungerar i praktiken.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande i studien för att du ska genomgå en operation och bli sövd.

Hur går studien till

Vi läser upp c:a fem kortsvarsfrågor och detta beräknas ta omkring fem minuter vid varje tillfälle. Frågorna besvaras före operationen och omkring en timma efter operationen.

Vilka är riskerna

Vi finner inga risker med studien.

Fördelar

Fördelarna med denna studie är att man ska få kunskap om tillämpligheten i frågeformuläret, samtidigt som du noga kommer att följas i din återhämtning innan hemgång.

Hantering av data

Alla enkäter kommer att förvaras inlåsta och kommer endast att kunna ses av oss och vår handledare, de kommer inte användas på något annat sätt än i detta studiesyfte. Dina svar och resultat kommer att avidentifieras så att din identitet inte går att röja.

Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs Universitet och de behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen (1998:204). Du har möjlighet till full insyn i all dokumentation som rör studien. Resultatet kommer att presenteras i form av en magisteruppsats där ingen enskild individ kan identifieras.

Information om studiens resultat

Du kommer direkt kunna få information om ditt resultat i enkäten då vi kommer ställa frågorna till dig som i en intervju. Du kan också meddela ifall du inte vill ta del av dina

resultat. Studien kommer sedan att utgöras av en magisteruppsats på Göteborgs Universitet. Vill du senare ta del av det samlade resultatet går det bra att kontakta någon av ansvariga för studien, se nedan.

Försäkring/ersättning

Det utgår ingen ersättning i studien och din vanliga patientförsäkring gäller.

Frivillighet

Deltagandet i studien är helt frivilligt och du kan när som helst utan vidare förklaring meddela om du inte längre vill delta. Vi kommer då förstöra det eventuella material och inget av det vi insamlat från dig kommer att användas som ett resultat i studien. Om du väljer att avbryta studien kommer detta inte att påverka sedvanlig behandling.

Ansvariga

Du kan närsomhelst under studien vända dig till någon av de ansvariga, om du har frågor eller önskar utgå ur studien.

Eva Saxborn

Student Specialistutbildning för sjuksköterskor med inriktning mot Anestesi

Göteborg Universitet

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Tel: 031 7866026

E-mail: gussaxe@student.gu.se

Sofia Gambréus

Student Specialistutbildning för sjuksköterskor med inriktning mot Anestesi

Göteborg Universitet

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Tel: 031 7866026

E-mail: gusgams@student.gu.se

Handledare

Margareta Warrén Stomberg

Universitetslektor, anestesisjuksköterska

Göteborg Universitet

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Box 457, 405 30 Göteborg

Tel: 031 7866026

E-mail: margareta.warren.stomberg@gu.se

