

Pasienterfaringer etter dagkirurgi – oversettelse og validering av spørreskjemaet Quality of Recovery-15 (QoR-15nor)



DELTAKERE: Pasienter som skulle til et gynekologisk inngrep i generell anestesi... **LES MER** ✓

På grunn av utviklingen i anestesilogiske og kirurgiske teknikker kan stadig mer kompliserte prosedyrer utføres dagkirurgisk (1). Dagkirurgi defineres som elektiv kirurgi hos hospitaliserte pasienter som reiser hjem samme dag.

Den typiske dagkirurgiske pasienten er innlagt i fire til seks timer, med noe lengre liggetid for mer kompliserte prosedyrer. Internasjonalt og nasjonalt fokuseres det både politisk og medisinsk på å øke andelen pasienter som gjennomgår dagkirurgiske prosedyrer. Hensikten er å redusere behovet for sykehusinnleggelse. For 20 år siden utgjorde dagkirurgi 25 prosent av alle operasjoner, mens den i dag utgjør 60 prosent av alle elektive prosedyrer (2, 3).

Målet i etterkant av dagkirurgi er at pasienten skal oppnå samme fysiologiske tilstand som før inngrepet så raskt som mulig. Dagkirurgiske pasienter krever derfor oppmuntring slik at de kommer i gang med tidlig næringsinntak og mobilisering med tanke på å skrives ut så raskt som mulig.

Tidlig utskriving kan medføre utfordringer med å behandle negative konsekvenser forårsaket av inngrepet, som smerte og postoperativ kvalme og oppkast (PONV), samt med å forebygge komplikasjoner (4). En nylig publisert norsk studie fant for eksempel at 16 prosent av dagkirurgiske pasienter opplever PONV (5).

Pasienterfaringer

Pasienterfaringer tilfører en annen dimensjon av kliniske utfallsmål, som helserelatert livskvalitet, infeksjonsforekomst eller reinnleggelser, og er en anerkjent parameter for å måle helsetjenestekvalitet.

Begrepene «tilfredshet», «preferanser» og «opplevelse» benyttes også, til tross for at de inkluderer andre aspekter ved pasienters perspektiver på behandling og pleie. Preferanser omhandler hva pasientene foretrekker eller forventer, mens tilfredshet er beskrevet som spriket mellom «forventninger» og «erfaringer» (6).

Pasientrapporterte erfaringer anses å være mindre subjektive enn rapportert tilfredshet (6–8). Manglende pasienttilfredshet etter dagkirurgi har blitt assosiert med 30 dagers reinnleggelse på sykehus samt ulike postoperative komplikasjoner (9–11).

Det er gjort flere studier på dagkirurgiske pasienter gjennom de siste tiårene. Studier har vist at 95 prosent av dagkirurgiske pasienter er fornøyde, både ved utskriving og etter 30 dager. Likevel er kun 75 prosent av pasientene fullstendig tilfredse ved utskriving, og dette tallet er redusert til 62 prosent etter 30 dager (10).

Pasientrapporterte utfallsmål

Et annet aspekt som har sammenheng med patienterfaringer, er patientrapporterte utfallsmål, som for eksempel fysisk og psykisk velvære. Flere ulike skjemaer for å kartlegge patientopplevd kvalitet er utviklet, blant annet skjemaet Postoperative quality of recovery scale (12).

Det mest anerkjente instrumentet er Quality of Recovery-40 items (QoR-40), et spørreskjema utviklet av Myles og medarbeidere, som opprinnelig inneholdt 40 spørsmål for å kartlegge postoperative patientsymptomer (13).

Skjemaet QoR-40 er oversatt til og validert på en rekke språk, som tyrkisk (14), japansk (15), dansk (16) og svensk (17). Stark og medarbeidere reduserte senere skjemaet til 15 spørsmål, QoR-15. Skjemaet viser høy validitet og reliabilitet, også som kortversjon (18).

QoR-15 inneholder 15 spørsmål fordelt på to dimensjoner: «fysisk velvære» og «psykisk velvære». Pasienten angir sin erfaring på en skala fra 0 (= ikke i det hele tatt) til 10 (= hele tiden), hvor negative påstander reverseres. Dette gir en maksimumsskår på 150.

Den systematiske litteraturstudien av QoR-15 til Kleif og medarbeidere (19) fant at skjemaet har høy validitet og intern konsistens (Cronbachs alfa = 0,836) samt en intraklassekorrelasjon på 0,989. Studien er den første systematiske oppsummeringen på QoR-15 som er i henhold til «Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments»-sjekklisten (COSMIN).

COSMIN er et kritisk vurderingsverktøy for den metodiske kvaliteten på studier av måleegenskapene til måleinstrumenter. Kleif og medarbeidere konkluderer med at QoR-15 oppfyller kravene til instrumenter for måling av pasientutfall i kliniske studier.

Norske spørreskjemaer

I Norge har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utarbeidet spørreskjemaet Brukererfaringer med dagkirurgi, voksne (20), som inneholder 24 spørsmål fordelt på fem kategorier: samlet vurdering, tilgjengelighet og mottakelse, behandling og pleie, informasjon og tiden etter utskrivelse.

Skjemaet dekker ikke områder som fysisk og psykisk velvære. QoR-15 kan gi svar på andre aspekter av pasienterfaringer etter dagkirurgi, men er ikke oversatt til norsk.

Hensikten med artikkelen

Hensikten med denne artikkelen er å presentere oversettelsen og valideringen av skjemaet Quality of Recovery-15 items (QoR-15) på norsk.

Metode

Oversettelse og validering ble gjennomført i forbindelse med en overbyggende studie av pasienterfaringer etter dagkirurgi. Den overbyggende studien var en kvantitativ, longitudinell multisenterstudie som inkluderte tre ulike sykehus.

Setting og utvalg

Tabell 1 gir en oversikt over sykehusenes nedslagsfelt og dagkirurgiske aktivitetsnivå per 2017.

Tabell 1. Studiesetting: nedslagsfelt og antall inngrep

	Sykehus 1	Sykehus 2	Sykehus 3
Nedslagsfelt*	290 000	250 000	80 000
Inngrep per år**	5000	5000	1645

*Nedslagsfelt = antall innbyggere.

**Inngrep per år = cirka antall dagkirurgiske inngrep gjennomført i 2017 ved den aktuelle enheten.

Alle pasientene ved de respektive sykehusene som skulle til et gynekologisk inngrep i generell anestesi, ble invitert til å delta i en spørreskjemaundersøkelse.

Inklusjonskriteriene var pasienter over 18 år som var i stand til å gi muntlig og skriftlig samtykke til å delta.

Eksklusjonskriteriene var psykiatrisk lidelse eller kognitiv svekkelse dokumentert med diagnose, reinnleggelse innen 72 timer samt etablert nevromuskulær sykdom.

Datasamling ble gjennomført første postoperative dag samt fire uker etter operasjonen.

Retningslinjer for validering av spørreskjemaer anbefaler en deltaker-til-spørsmål-rate på 5:1, 10:1 og 30:1, noe som innebærer en variasjon på fra 75 til 450 deltakere i slike studier (21). I denne valideringsstudien inkluderte vi svarene fra respondenter per august 2019 i analysen (N = 197).

Oversettelse

Det er ikke konsensus om hvordan oversettelse av verktøy eller spørreskjemaer til andre kulturelle settinger skal utføres, annet enn at det ikke er tilstrekkelig kun å oversette og ta dem i bruk. Vi benyttet en frem- og tilbakeoversettelse i tråd med teoretiske anbefalinger (22):

1. To anestesisykepleiere med norsk som morsmål oversatte den engelske versjonen av QoR-15, uavhengig av hverandre, til norsk. De to oversettelsene ble sammenliknet av forskerne i den overbyggende studien (11 anestesisykepleiere), og sammenfattet i en norsk utgave av QoR-15.
2. Deretter ble den norske utgaven av QoR-15 oversatt tilbake til engelsk av en anestesisykepleier med engelsk som morsmål.
3. Til slutt ble norsk og engelsk versjon sammenliknet av tre uavhengige anestesisykepleiere, som fokuserte på semantisk og konseptuell overensstemmelse.

Vi benyttet en frem- og tilbakeoversettelse i tråd med teoretiske anbefalinger.

En ekspertgruppe bestående av elleve helsepersonell med flere års erfaring fra postoperativ pleie og behandling vurderte om spørsmålene i skjemaet var relevante, logiske og forståelige. Ekspertgruppen bidro med skriftlige tilbakemeldinger til forskerne, som deretter diskuterte seg frem til vi oppnådde enighet om en endelig versjon av QoR-15nor. Diskusjonene foregikk både via e-post og på møter.

Pilotering

I neste runde pilottestet vi den norske versjonen av QoR-15 (QoR-15nor), der vi konsentrerte oss om umiddelbar validitet og innholdsvaliditet. Ti tilfeldige pasienter som var rekruttert gjennom brukerutvalget og i de respektive avdelingene, ble bedt om å vurdere hvorvidt skjemaet var adekvat, passende og forståelig med hensyn til språk, instruksjoner og skåring. De ga muntlige tilbakemeldinger til studiesykepleiere (21).

Datasamling – overbyggende studie

Pasientene mottok et informasjonsskriv om studien i god tid før operasjonsdagen og medbrakte et signert samtykke til å delta da de ble lagt inn.

Studiesykepleierne gjennomførte spørreundersøkelsen via telefonintervju første postoperative dag og tastet svarene inn i et nettskjema. Svarene ble direkte overført til en database i Tjenester for Sensitive Data (TSD), som krever tofaktorautentisering for pålogging.

Pasientene mottok en e-post med lenke til spørreskjemaet cirka fire uker etter inngrepet. Svarene ble også her overført direkte inn i databasen i TSD. Pasienter som ikke hadde eller brukte e-post, fikk anledning til å besvare skjemaet i papirformat og fikk med seg en ferdig frankert konvolutt hjem.

Spørreskjemaet besto av tre deler:

1. Sosiodemografiske variabler som alder, kjønn, bosituasjon (bor alene, bor ikke alene), sivilstatus (gift / i et parforhold, enslig, enke/enkemann, kjæreste), arbeidssituasjon (i arbeid, ikke i arbeid) og utdanningsbakgrunn (grunnskole/folkeskole, videregående/gymnas, universitet/høyskole).
2. Skjema for rapportering av egenopplevd helserelatert livskvalitet, det validerte spørreskjemaet EuroQoL 5 dimension 5 level questionnaire (EQ5D5L).
Spørreskjemaet er inndelt i fem ulike områder: gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerter/ubehag og angst/depresjon, og pasienten skårer sin opplevelse som 0 = ingen problemer/ubehag, 1 = litt problemer/ubehag, 2 = store problemer/ubehag. EQ5D5L er et anerkjent verktøy som gir en deskriptiv profil av egenopplevd helse, som er blitt benyttet i klinisk og økonomisk evaluering av helsetjenester. Skjemaet består også av en visuell analog skala, der 0 = ingen helse og 100 = fullkommen helse. Skåren regnes ut til en EQ5D-indeksskår (23).

3. Spørreskjemaet Quality of Recovery-15 norsk versjon (QoR-15nor) (se figur 1).

Etter fire uker inkluderte vi også spørreskjemaet Brukererfaringer med dagkirurgi, voksne (20).

Figur 1. Quality of recovery-15, norsk utgave (QoR-15nor)

Sett en sirkel rundt det tallet som passer best til utsagnet.

DELA

Hvordan har du hatt det de siste 24 timene?

0 til 10, hvor 0=på intet tidspunkt (dårlig) og 10= hele tiden (fremragende)

- | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|
| 1. | I stand til å puste ubesværet | På intet tidspunkt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Hele tiden |
| 2. | Kunne nyte mat | På intet tidspunkt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Hele tiden |
| 3. | Følt meg uthvilt | På intet tidspunkt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Hele tiden |
| 4. | Har sovet godt | På intet tidspunkt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Hele tiden |
| 5. | I stand til å selv klare personlig pleie og hygiene | På intet tidspunkt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Hele tiden |
| 6. | I stand til å kommunisere med venner og familie | På intet tidspunkt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Hele tiden |
| 7. | Fått den nødvendige støtte fra leder og svkepleiere | På intet tidspunkt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Hele tiden |
| 8. | I stand til å gjenoppta arbeide eller hjemlige aktiviteter | På intet tidspunkt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Hele tiden |
| 9. | Følt meg veltilpass og i kontroll | På intet tidspunkt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Hele tiden |
| 10. | Hatt en følelse av generell velvære | På intet tidspunkt | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Hele tiden |

DELB

Har du opplevd følgende innenfor de siste 24 timer?

10 til 0, hvor 10=på intet tidspunkt (fremragende) og 0=hele tiden (dårlig)

- | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----------------------------------|--------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|
| 11. | Moderate smerter | På intet tidspunkt | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | Hele tiden |
| 12. | Sterke smerter | På intet tidspunkt | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | Hele tiden |
| 13. | Kvalme eller oppkast | På intet tidspunkt | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | Hele tiden |
| 14. | Følt meg bekymret eller engstelig | På intet tidspunkt | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | Hele tiden |
| 15. | Følt meg trist eller deprimer | På intet tidspunkt | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | Hele tiden |

Vennligst kontroller at du har utfyllt alle 15 spørsmål.

Analyse

Vi benyttet deskriptiv statistikk, mean/median og standardavvik (SD) til å beskrive utvalget. Kruskal-Wallis ble benyttet for å undersøke eventuelle demografiske forskjeller hos utvalget, mellom sykehusene. Inter-item-korrelasjoner mellom spørsmålene ble målt med Spearmans korrelasjonskoeffisient (ρ).

Intern konsistens ble målt ved hjelp av Cronbachs alfa, hvor skår $\geq 0,9$ = veldig god, $0,8-0,89$ = god, $0,7-0,79$ = akseptabel og $< 0,7$ = dårlig. Vi vurderte test-retest ved hjelp av Cohens uvektede kappa, hvor $< 0,2$ = dårlig, $0,2-0,4$ = akseptabel, $0,4-0,6$ = moderat og $0,6-0,8$ = god overensstemmelse.

Etikk og personvern

Den overordnede studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), prosjektnummer 2018/985, samt Norsk senter for forskningsdata (NSD), prosjektnummer 416326.

Deltakelse er basert på retningslinjer for etisk forskning i Helsinkideklarasjonen og på frivillig, informert, skriftlig samtykke. Vi benyttet Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved Universitetet i Oslo for sikker datalagring.

Resultater

Oversettelse

Tilbakemeldinger fra pasienter ($n = 10$) viste at skjemaet var adekvat, relevant med tanke på å kartlegge symptomer og forståelig med hensyn til språk, instruksjoner og skåring. Ingen endringer av skjemaet var påkrevd etter pilotering.

Ingen endringer av skjemaet var påkrevd etter pilotering.

Deltakere i analysen

Tabell 2 viser en oversikt over deltakerne som var inkludert i valideringsstudien.

Tabell 2. Deltakere i hovedstudien per august 2019 (N = 197)

	Sykehus 1 (n = 27)	Sykehus 2 (n = 106)	Sykehus 3 (n = 64)	p-verdi
Sivilstatus (%)				0,87
Gift	76,9	70,3	73,5	
Enslig	23,1	27	11,8	
Enke/enkemann		1,4	2,9	
I parforhold		1,4	11,8	
Bor alene (%)				0,40
Ja	30,8	17,6	26,5	
Nei	69,2	82,4	73,5	
Utdanningsnivå (%)				0,38
Grunnskole		8,1	5,9	
Vgs*	23,1	33,8	35,3	
Høyere utdanning	76,9	58,1	58,8	
I arbeid (%)				0,59
Ja	76,9	66,2	73,5	
Nei	23,1	33,8	26,5	
ASA 1 (%)	33,3	36,4	37,3	0,37
ASA 2 (%)	66,7	54,2	49,2	
ASA 3 (%)	–	9,3	13,6	
Alder (år, mean)	47,6	50,4	42,9	0,57
Alder (år, median)	47	50	37,5	
Alder (år, SD**)	12,3	14,2	15,6	

*Vgs = videregående skole / artium
**SD = standardavvik
Ingen signifikante forskjeller i ASA-klassifisering eller alder mellom sykehusene, målt med Kruskal-Wallis-test.

Tabellen viser at deltakerne hadde en gjennomsnittsalder fra 42,9 til 50,4 år. Flesteparten var gift og hadde høyere utdanning. Videre var det en overvekt av pasienter med ASA-klasse II. Det var ingen signifikante forskjeller mellom deltakerne ved de tre ulike sykehusene.

Validitet og reliabilitet

Tabell 3 og 4 viser inter-item-korrelasjoner mellom spørsmålene i QoR-15nor på henholdsvis første postoperative dag og etter fire uker.

Tabell 3. Quality of Recovery-15nor, inter-item-korrelasjoner første postoperative dag

	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11	S 12	S 13	S 14	S 15
S 1	–	0,40	0,27	0,31	0,59	0,39	0,36	0,19	0,23	0,16	–0,21	–0,23	–0,22	–0,03	–0,27
S 2	0,40	–	0,43	0,40	0,51	0,42	0,22	0,41	0,42	0,46	–0,15	–0,12	–0,44	–0,27	–0,38
S 3	0,27	0,43	–	0,43	0,34	0,31	0,16	0,45	0,44	0,50	–0,20	–0,13	–0,34	–0,26	–0,27
S 4	0,31	0,40	0,43	–	0,41	0,34	0,19	0,36	0,33	0,39	–0,27	–0,22	–0,29	–0,27	–0,39
S 5	0,59	0,51	0,34	0,41	–	0,68	0,55	0,28	0,41	0,35	–0,33	–0,36	–0,31	–0,13	–0,36
S 6	0,39	0,42	0,31	0,34	0,69	–	0,49	0,28	0,51	0,36	–0,31	–0,37	–0,36	–0,19	–0,35
S 7	0,36	0,22	0,16	0,19	0,55	0,48	–	0,11	0,31	0,17	–0,27	–0,26	–0,20	–0,01	–0,13
S 8	0,19	0,41	0,46	0,36	0,28	0,28	0,11	–	0,43	0,57	–0,21	–0,13	–0,34	–0,49	–0,44
S 9	0,23	0,42	0,44	0,33	0,41	0,51	0,31	0,43	–	0,57	–0,34	–0,28	–0,31	–0,31	–0,41
S 10	0,16	0,46	0,50	0,39	0,35	0,36	0,17	0,58	0,57	–	–0,29	–0,19	–0,39	–0,36	–0,39
S 11	–0,21	–0,15	–0,20	–0,27	–0,33	–0,31	–0,27	–0,21	–0,34	–0,29	–	0,77	0,39	0,24	0,38
S 12	–0,23	–0,12	–0,13	–0,22	–0,36	–0,37	–0,26	–0,13	–0,28	–0,19	0,77	–	0,40	0,23	0,39
S 13	–0,22	–0,44	–0,34	–0,29	–0,31	–0,36	–0,20	–0,34	–0,31	–0,39	0,38	0,40	–	0,39	0,49
S 14	–0,03	–0,27	–0,26	0,27	–0,13	–0,19	–0,01	–0,49	–0,31	–0,36	0,24	0,23	0,39	–	0,56
S 15	–0,27	–0,38	–0,27	–0,39	–0,36	–0,35	–0,13	–0,44	–0,41	–0,39	0,38	0,39	0,49	0,56	–

S = spørsmål. Spearmans rho. Alle korrelasjonene var signifikante på et <0,01-nivå.

Tabell 4. Quality of Recovery-15nor, inter-item-korrelasjoner etter fire uker

	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11	S 12	S 13	S 14	S 15
S 1	–	0,66*	0,41*	0,38*	0,59*	0,58	0,27*	0,41*	0,44*	0,47*	–0,03	0,00	0,09	–0,09	0,02
S 2	0,66*	–	0,59*	0,59*	0,57*	0,65*	0,39*	0,58*	0,56*	0,72*	–0,03	–0,04	–0,00	–0,14	0,03
S 3	0,41*	0,59*	–	0,84*	0,52*	0,65*	0,37*	0,69*	0,69*	0,79*	0,05	0,02	0,01	–0,07	0,04
S 4	0,38*	0,59*	0,84*	–	0,53*	0,63*	0,36*	0,67*	0,67*	0,79*	0,07	0,04	0,06	–0,13	0,02
S 5	0,59*	0,57*	0,52*	0,52*	–	0,79*	0,39*	0,61*	0,63*	0,61*	0,03	0,02	0,08	–0,01	0,08
S 6	0,58*	0,65*	0,65*	0,63*	0,78*	–	0,43*	0,60*	0,72*	0,73*	0,02	0,02	0,06	0,04	0,04
S 7	0,27	0,39*	0,37*	0,36*	0,39*	0,43*	–	0,34*	0,35*	0,40*	0,23	0,21	0,16	0,15	0,19*
S 8	0,41*	0,58*	0,69*	0,67*	0,61*	0,60*	0,34*	–	0,77*	0,84*	0,13	0,09	0,02	–0,08	0,00
S 9	0,44*	0,56*	0,69*	0,67*	0,63*	0,72*	0,35*	0,77*	–	0,88*	0,06	0,03	0,06	–0,05	0,06
S 10	0,47*	0,72*	0,79*	0,78*	0,61*	0,73*	0,40*	0,84*	0,88*	–	0,07	0,06	0,05	–0,12	0,04
S 11	–0,03	–0,03	0,05	0,07	0,03	0,02	0,23	0,13	0,06	0,07	–	0,94*	0,69*	0,65*	0,62*
S 12	0,00	–0,04	0,02	0,04	0,02	0,02	0,21	0,09	0,03	0,06	0,94*	–	0,74*	0,67*	0,63*
S 13	0,09	–0,00	0,01	0,06	0,08	0,06	0,16	0,02	0,06	0,05	0,69*	0,74*	–	0,79*	0,85*
S 14	–0,09	–0,14	–0,07	–0,13	–0,01	–0,04	0,15	–0,07	–0,05	–0,12	0,65*	0,67*	0,79*	–	0,86*
S 15	0,02	0,03	0,04	0,02	0,08	0,04	0,19	0,00	0,062	0,04	0,62*	0,63*	0,85*	0,86*	–

S = spørsmål. Spearmans rho. * = korrelasjonene var signifikante på et <0,01-nivå.

Inter-item-korrelasjoner av QoR-15nor viste fra akseptabel til god reliabilitet på de fleste områdene. På spørsmålene 1–10 varierte korrelasjonen mellom 0,17 og 0,69 første postoperative dag, og mellom 0,38 og 0,88 etter fire uker. Korrelasjonene på disse spørsmålene var også signifikante.

Lav korrelasjon ble vist på områder som ikke har logisk sammenheng, som for eksempel mellom det å kunne nyte mat eller føle seg uthvilt, og det å erfare smerte, kvalme eller oppkast eller være bekymret. Tabellene viser at korrelasjonene var sterkere etter fire uker enn på første postoperative dag.

Intern konsistens målt med Cronbachs alfa var 0,56 på første postoperative dag og 0,89 etter fire uker. Test–retest-reliabilitet målt med Cohens uvektede kappa-statistikk var 0,41.

Diskusjon

Denne artikkelen presenterer oversettelsen og valideringen av spørreskjemaet Quality of Recovery 15 på norsk. Umiddelbar innholdsvalidering blant pilotdeltakerne tilsier at skjemaet er forståelig og relevant, og at skåringen er logisk.

Vi fant lav intern konsistens målt med Cronbachs alfa på første postoperative dag (0,56). Etter fire uker, derimot, var den interne konsistensen av skjemaet god (0,89). Dette resultatet er motsatt av hva man har sett i tidligere studier (17, 19). Det kan ha sammenheng med metoden for datasamling.

Det kan tyde på at QoR-15nor har høyest intern konsistens ved selvrapportering.

Første postoperative dag ble pasientene ringt opp av en studiesykepleier, som fylte ut skjemaet. Etter fire uker var det pasientene selv som krysset av på skjemaet. Det kan tyde på at QoR-15nor har høyest intern konsistens ved selvrapportering.

Sammenligning med tidligere studier

Inter-item-variasjonene varierte både mellom spørsmål og mellom første postoperative dag og etter fire uker. Tidligere studier har også vist til variasjon i inter-item-korrelasjoner (24, 25).

I tidligere studier er test–retest-reliabilitetstesting utført ved å fylle ut skjemaet etter henholdsvis 24 og 48 timer (17). Vårt mål på test–retest-reliabilitet er utført mellom første postoperative dag og etter fire uker, men var likevel akseptabel til moderat.

Tilbakemeldinger på bruken av QoR-15nor

Tilbakemeldingene fra studiesykepleierne var at skjemaet etter noe trening var lett å benytte. De beskrev utfordringene som at pasientene ofte pratet om andre ting enn det de ble spurt om.

Vi benyttet både EQ5D5L og QoR-15nor første postoperative dag, og pasientene oppga at de opplevde noen av spørsmålene som overlappende. Det gjaldt for eksempel spørsmål om smerte og opplevelsen av tristhet eller depresjon. Retrospektivt kunne vi kanskje vurdert å bruke en annen skala for egenopplevd helse.

QoR-15nor er et egnet verktøy

Våre funn tilsier at QoR-15 er et relevant, logisk og forståelig skjema som kan benyttes for å kartlegge postoperative symptomer etter dagkirurgi. QoR-15 er oversatt og validert til en rekke språk, deriblant skandinaviske, som for eksempel svensk og dansk (16, 17). Alle studier på skjemaet som er publisert, har vurdert det som valid, pålitelig og hensiktsmessig for å kartlegge postoperative symptomer.

QoR-15 er et relevant, logisk og forståelig skjema som kan benyttes for å kartlegge postoperative symptomer etter dagkirurgi.

Valideringsstudiene har sett på assosiasjonene mellom andre faktorer, som operasjonstype, varighet på det kirurgiske inngrepet, tid tilbrakt på postoperativ avdeling og liggetid på sykehus. Denne informasjonen planlegger vi å hente ut på et senere tidspunkt i vår hovedstudie.

Flere funn vil komme

I den overbyggende studien ønsker vi å utforske hvorvidt faktorer som kjønn, alder, ASA-klassifisering, høyde/vekt, komorbiditet, egenopplevd helse, medikamenter administrert (smertestillende, kvalmestillende) og liggetid på oppvåkningsavdelingen kan assosieres med QoR-skåren.

En studie fra 2011 fant at kjønn og opplevd angst var signifikant assosiert med rapportert QoR (26). Andre faktorer som er vist å ha en negativ påvirkning på pasienterfaringer, er type kirurgi, yngre personer og personer som ikke er i arbeid, varighet på inngrepet, kvinne og laparoskopisk kolecystektomi (27–29).

Smerte er vist som en av de vanligste årsakene til kontakt med helsetjenesten etter hjemreise, etterfulgt av behov for utfyllende informasjon (28, 29). I den overbyggende studien har vi også kartlagt hele pasientforløpet og sett dette opp mot eventuelle komplikasjoner for å få økt kunnskap om den dagkirurgiske pasienten per 2019–20.

Når man utforsker pasienterfaringer, er det viktig å være bevisst på hva man faktisk spør etter. Pasienterfaringer med ventetid, det å finne frem til avdelingen samt informasjon før og etter inngrepet gir annen type informasjon enn pasientrapporterte symptomer. Denne informasjonen er inkludert i skjemaet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (20).

Informasjonen vi får ved å bruke QoR-15nor, kan kanskje også knyttes til administrering av smerte- og kvalmestillende medikamenter, type inngrep, operasjonsteknikk og annet mer spesifikt for anestesi- og postoperativ avdeling, noe vi ønsker å utforske i den overbyggende studien.

Konklusjon

Til nå finnes ingen norske spørreskjemaer for å kartlegge pasientrapporterte postoperative symptomer etter dagkirurgi. Funn i denne artikkelen viser at QoR-15nor har god umiddelbar validitet, god intern konsistens og reliabilitet. Vår konklusjon er at QoR-15nor er et velegnet spørreskjema til å kartlegge pasienterfaringer etter dagkirurgi.

Referanser

1. Quemby D, Stocker M. Day surgery development and practice: key factors for a successful pathway. *Cont Educ Anesth Crit Care Pain*. 2014;14(6):71442.
2. Lieng M, Busund B, Ræder J, Iversen T. Innsatsstyrt finansiering og dagkirurgi. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2013;133:974–6.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Samdata spesialisthelsetjenesten 2011. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012. Tilgjengelig fra: <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Presentasjoner/Samdata%20spesialisthelsetjenesten.pdf> (nedlastet 18.11.2020).
4. Fehrman K, Mathews C, Stocker M. Day surgery in different guises: a comparison of outcomes. *J One Day Surg*. 2007;19:39–42.
5. Stjernberg M, Rustøen T, Ræder J. Få pasienter opplever postoperativ kvalme etter dagkirurgi med multimodal kvalmestillende behandling. *Sykepleien Forskning*. 2018;13(71442):e-71442. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2018.71442](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.71442)
6. Salisbury C, Wallace M, Montgomery A. Patient experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. *BMJ*. 2010;341:5004.
7. Cleary P, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney T, McMullen W, Walker J, et al. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Aff*. 1991;10(4):254–67.
8. Grøndahl VA, Karlsson I, Hall-Lord ML, Appelgren J, Wilde-Larsson B. Quality of care from patients' perspective: impact of the combination of person-related and external objective care conditions. *J Clin Nurs*. 2011;20(17–18):2540–51.
9. Jaensson M, Dahlberg K, Eriksson M, Nilsson U. Evaluation of postoperative recovery in day surgery patients using a mobile phone application: a multicentre randomized trial. *BJA*. 2017;119(5):1030–8.

10. McGrath B, Elgendy H, Chung F, Kamming D, Curti B, King S. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: a survey of 5,703 patients. *Can J Anesth*. 2004;51(9):886–91.
11. Quemby D, Stocker M. Day surgery development and practice: key factors for a successful pathway. *Cont Educ Anaesth Crit Care Pain*. 2014;14(6):256–61.
12. Royse C, Newman S, Chung F, Stygall J, McKay R, Boldt J, et al. Development and feasibility of a scale to assess postoperative recovery: the post-operative quality recovery scale. *Anesthesiology*. 2010;113(4):892–905.
13. Myles P, Hunt J, Nightingale C. Development and psychometric testing of a quality of recovery score after general anesthesia and surgery in adults. *Anesth Analg*. 1999;88(1):83–90.
14. Karaman S, Airici S, Dogru S, Karaman T, Tapar H, Suren M, et al. Validation of the Turkish version of the Quality of Recovery-40 questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12(8). DOI: [10.1186/1477-7525-12-8](https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-8)
15. Tanaka Y, Wakita T, Fukuhara S, Nishiwada M, Inoue S, Kawaguchi M, et al. Validation of the Japanese version of the quality of recovery score QoR-40. *J Anesth*. 2011;25(4):509–15.
16. Kleif J, Edwards H, Sort R, Vilandt J, Gögenur I. Translation and validation of the Danish version of the postoperative quality of recovery score QoR-15. *Acta Anesthesiol Scand*. 2015;59(7):912–20.
17. Lyckner S, Böregård I, Zetterlund E, Chew M. Validation of the Swedish version of Quality of Recovery score-15: a multicentre, cohort study. *Acta Anesthesiol Scand*. 2018;62(7):893–902.
18. Stark P, Myles B, Burke J. Development and psychometric evaluation of a postoperative quality of recovery score: the QoR-15. *Anesthesiology*. 2013;118(6):1332–40.
19. Kleif J, Waage J, Christensen K, Gögenur I. Systematic review of the QoR-15 score, a patient-reported outcome measure measuring quality of recovery after surgery and anaesthesia. *BJA*. 2018;120(1):28–36.
20. Holmboe O, Sjetne I, Groven G, Bjertnæs Ø. Støtte til gjennomføring av lokale brukerundersøkelser ved dagkirurgiske sentre. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.

21. Tsang S, Royse C, Terkawi A. Guidelines for developing, translating and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. Saudi J Anaesth. 2017;11(1):80–9.
22. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee A, et al. Task force for translation and cultural adaption of good practice for translation and cultural adaption process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaption. Value Health. 2005;8(2):94–104. DOI: [10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x](https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x)
23. EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy (Amsterdam, Netherlands). 1990;16(3):199–208.
24. Gornall B, Myles P, Smith C, Burke J, Leslie K, Pereira M, et al. Measurement of quality of recovery using the QoR-40: a quantitative systematic review. BJA. 2013;111(2):161–9.
25. Chazapis M, Walker E, Rooms M, Kamming D, Moonesinghe S. Measuring quality of recovery-15 after day case surgery. BJA. 2016;116(2):241–8. DOI: [10.1093/bja/aev413](https://doi.org/10.1093/bja/aev413)
26. McIntosh S. Anxiety and quality of recovery in day surgery: a questionnaire study using hospital anxiety and depression scale and quality of recovery score. Int J Nurs Pract. 2011;17(1):85–92.
27. Stessel B, Fiddlers A, Joosten E, Hoofwijk D, Gramke H, Buhre W. Prevalence and predictors of quality of recovery at home after day surgery. Medicine. 2015;94(39):e1553. DOI: [10.1097/MD.0000000000001553](https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001553)
28. Brix L, Bjørnholdt K, Thillemann T, Nikolajsen L. Pain-related unscheduled contact with healthcare services after outpatient surgery. Anaesthesia. 2017;72(7):870–8. DOI: [10.1111/anae.13876](https://doi.org/10.1111/anae.13876)
29. Boissard M, Crenn V, Noailles T, Campard S, Lespagnol F. Recovery after shoulder arthroscopy: inpatient versus outpatient management. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. 2018;104(1):39–43. DOI: [10.1016/j.otsr.2017.10.010](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.10.010)

[Spørreskjema](#)

[Dagkirurgi](#)

[Kvalitet](#)

[Restitusjon](#)

[Pasienterfaringer](#)

Få pasienter opplever

Deler øyeblikk fra

postoperativ kvalme etter dagkirurgi med multimodal kvalmestillende behandling



Pasienter med gynekologisk laparoskopi og anorektale inngrep var mest kvalme. Minst kvalme opplevde brystkreftpasienter med store operasjoner.

Validert oversettelse av NIHSS med kulturell tilpasning



Det oversatte NIHSS-skjemaet med veileder er tro mot den amerikanske versjonen og harmonisert til den ikke-validerte norske versjonen.

dagkirurgen

– Jeg vil vise hvem vi er og hva vi gjør, sier operasjonssykepleier Louise Engström.



Oversettelse og kulturell tilpasning av Attentional Function Index (AFI)



Det kan være hensiktsmessig å involvere en bruker og en translatør når et instrument oversettes og tilpasses kulturelt.

Vedlegg

[pdf-export-82819.pdf](#)

Publication type

[Sykepleien Forskning](#)

Publication Year

2020

Edition Year

15

Publication Number

82819

Page Number

e-82819

Den norske oversettelsen er godt egnet til å kartlegge postoperative symptomer hos pasienter etter dagkirurgi. Også språket, instruksjonene og skåringen er forståelig.

Få pasienter opplever postoperativ kvalme etter dagkirurgi med multimodal kvalmestillende behandling



GENDER DISPARITIES: Men experience less postoperative nausea than women.... **LES MER** ✓

FAKTA

Rettelse 26.02.2019

Vi gjør oppmerksomme på at vi har korrigert følgende tall i tabell 3:

- Hele utvalget (%) n = 2794 (før n = 3022)
 - Gastrokirurgi åpen operasjon n = 154 (før n = 201)
 - Gastrokirurgi anorektal operasjon n = 373 (før n = 390)
 - Brystkreft stor operasjon n = 533 (før n = 542)
 - Brystkreft mindre operasjon n = 471 (før n = 626)
-

Dagkirurgi utgjør i dag omtrent 60 prosent av all elektiv kirurgi i Norge, og innebærer at pasienten møter til operasjon og reiser hjem igjen samme dag. Ved å bruke anestesimidler som går hurtig ut av kroppen og blant annet lokalbedøvelse for å redusere smerte, blir pasienten raskt våken, mobilisert og klar for hjemreise. Det er både effektivt og kostnadsbesparende for å unngå sykehusinnleggelse av pasienter (1).

For at pasienten skal kunne reise hjem etter en dagkirurgisk operasjon, er de kliniske utskrivningskriteriene at vedkommende er sirkulatorisk og respiratorisk stabil, godt smertelindret, fri for kvalme, mobilisert, har spist og drukket samt har latt vannet (2).

Postoperativ kvalme

Den eksakte patofysiologien for kvalme og oppkast er kompleks, og mye er fortsatt uavklart (3). Begrepet Postoperative Nausea and Vomiting (PONV) er et samlebegrep som inkluderer kvalme og/eller oppkast etter operasjon (4, 5). I forbindelse med dagkirurgi kan postoperativ kvalme være årsak til forlenget opphold i avdelingen, sykehusinnleggelse (6) og forsinket retur til normal aktivitet og arbeid (7), som gir økte kostnader (8).

Kvalme kan forårsake problemer med å få i seg mat, drikke og medisiner. Kvalme kan også bidra til å redusere pasienttilfredsheten (8, 9). For dagkirurgiske pasienter kan postoperativ kvalme være spesielt problematisk siden de mangler umiddelbar tilgang til spesialisert helsehjelp og intravenøs kvalmestillende behandling etter utskrivelse (4). Kvalme kan forårsake problemer med å få i seg mat, drikke og medisiner. Oppkast kan i verste fall lede til sårruptur, blødning, aspirasjon og dehydrering (6).

Postoperativ kvalme og oppkast kan ved dagkirurgi også forekomme etter utskrivelse, såkalt Postdischarge Nausea and Vomiting (PDNV), selv hos pasienter som opprinnelig ikke var kvalme (7). Nyere forskning har vist at pasienter som opplevde postoperativ kvalme under oppholdet i avdelingen, har tre ganger så høy risiko for å utvikle PDNV (4), og at PDNV-forekomsten kan være så høy som 37–57 prosent etter dagkirurgi (4, 10, 11). For å illustrere omfanget av hvor mange pasienter som er utsatt for PDNV, viser vi til USA, der de utfører cirka 35 millioner dagkirurgiske operasjoner per år (4).

Predisponerende risikofaktorer og forebygging av postoperativ kvalme

Forskning har vist at predisponerende risikofaktorer for å utvikle PONV er å være kvinne (4, 5, 12), ikke-røyker (4, 5, 12), ha kraftig bevegelsessyke eller tidligere opplevelse av PONV (4, 5, 12), samt ha inntatt opioider postoperativt (4, 5, 12).

Ut fra disse faktorene laget Apfel og medarbeidere den såkalte Apfel score (12), som er et risikoskåningsverktøy for PONV. Jo flere risikofaktorer som er til stede, jo høyere er risikoen for PONV. Pasienter med alle fire risikofaktorene har en risiko for PONV på 80 prosent uten forebyggende behandling (12). Bruk av inhalasjonsanestesi eller lystgass samt langvarig anestesi har også vist seg å øke PONV-risikoen (5).

For å redusere risikoen for PONV anbefaler Gan og medarbeidere å dosere antiemetika individuelt etter anslått risiko, gi adekvat væsketerapi, minimere bruken av postoperative opioider ved å gi annen type smertebehandling samt bruke regional anestesi eller total intravenøs anestesi (TIVA) i stedet for inhalasjonsanestesi (13).

Det har vært diskutert hvorvidt spesielle kirurgiske prosedyrer er assosiert med økt risiko for PONV (5, 13). I Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting (SAMBA Guidelines) (13) beskrives en økt risiko knyttet til laparoskopiske inngrep (kikkhullskirurgi i buken), galleoperasjoner og gynekologiske operasjoner.

Apfel og medarbeidere (5) mener imidlertid at det er den laparoskopiske tilnærmingen som er utslagsgivende, og ikke type inngrep. Adekvat smertebehandling ser ut til å forebygge postoperativ kvalme (14, 15), og det er sett en sammenheng mellom postoperativ smerte, bruk av opioider og PDNV (10, 15).

I 2012 presenterte Apfel og medarbeidere en PDNV risikoskår (4) for å beregne hvor stor risiko pasienter har for å utvikle PDNV med disse risikofaktorene: forekomst av PONV under oppholdet i avdelingen (4, 10), å være kvinne (4, 10), alder < 50 år (4, 10), tidligere PONV (4, 10) og inntak av opioider under oppholdet i avdelingen (4, 10). Også her øker risikoen for PDNV med antallet risikofaktorer. Society for Ambulatory Anesthesiology (SAMBA) anbefaler begge risikoskåningsverktøyene til Apfel og medarbeidere (4, 12) i SAMBA Guidelines (13).

Hensikten med studien

Hensikten med studien vår var å undersøke hvor stor andel pasienter som opplevde PDNV etter dagkirurgi. Vi ønsket også å undersøke om det var noen forskjeller i kjønn og type operasjon.

Etter at avdelingen hadde implementert nye retningslinjer for målrettet, systematisk kvalmeprofylakse internt, ønsket vi å undersøke forekomsten og fordelingen av PDNV etter hjemkomsten i et stort og bredt pasientmateriale. Kunnskapen vil kunne ha betydning for videre arbeid med å forebygge og behandle postoperativ kvalme etter dagkirurgi.

Metode

Studien var en tverrsnittsstudie der vi samlet inn data ved Oslo universitetssykehus (OUS) fra september 2011 til august 2015. Dataene ble samlet inn i forbindelse med en telefonsamtale dagen etter operasjonen. Vi anvendte et strukturert spørreskjema (se [vedlegg](#)), som vi innhentet fra en annen dagkirurgisk avdeling. Den dagkirurgiske avdelingen ved OUS, hvor vi utførte studien, implementerte spørreskjemaet i 2011 som et kvalitetsforbedringstiltak.

Spørreskjemaet omhandler smerte, kvalme, blødning, mobilisering, søvn, informasjon og tilfredshet. Det består av ti spørsmål med faste svaralternativer. I tillegg inneholder det opplysninger om når operasjonen var utført, type operasjon, anestesiform og pasientens kjønn. Vi anvendte kun data om kvalme i denne studien. Spørsmålet om postoperativ kvalme lyder som følger: «Har du vært kvalm etter hjemkomst?» Pasienten vurderte selv sin kvalme ut fra svaralternativene «nei», «litt» eller «mye».

Inklusjonskriterier for telefonoppfølging

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

Datasamling

I denne studien valgte vi kun å se på pasienter som hadde fått generell anestesi i form av TIVA siden det var få pasienter som hadde mottatt annen type hovedanestesi. Pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene, mottok spørreskjemaet ved utskrivelse etter den dagkirurgiske behandlingen. De ble informert om at vi ville innhente svarene i forbindelse med telefonoppfølging neste dag. Dersom operasjonen var på en fredag eller dag før helligdag, ringte vi opp pasienten førstkommende virkedag.

I forbindelse med oppringningen krysset sykepleieren av pasientens svar på et spørreskjema i papirformat. En ekstern spesialsykepleier la deretter inn dataene i et statistikkprogram. Manglende svar eller opplysninger ble kodet som «missing».

Sju faste postoperative sykepleiere foretok telefonoppfølgingen. Alle registrerte data gjelder pasientens tilstand det første døgnet etter hjemkomsten for å sikre sammenliknbare data. Ifølge prosedyren skal de som ringer, følge det samme spørreskjemaet og stille spørsmålene så likt som mulig.

Primærsykepleie ble praktisert ved avdelingen. For å sikre at pasientene følte seg frie til å si sin mening, ble de oppringt av en annen sykepleier enn den som hadde pasientansvaret på operasjonsdagen.

Anestesi, kvalmeprofylakse og forebyggende smertebehandling

Alle pasientene i studien mottok propofolbasert TIVA, som er kjent for å gi en rask oppvåkning. TIVA reduserer også PONV-risikoen de første timene etter operasjonen og gir mindre kvalme enn inhalasjonsanestesi (16–19). Remifentanil ble brukt som opioid. Pasientene ble ventilert med oksygen og luft. Peroperativt ble det i tillegg gitt opioidet fentanyl intravenøst og sårinfiltrasjon med lokalanestesi for å forebygge smerte.

Pasientene fikk peroperativ kvalmeprofylakse etter et internt, standardisert regime (tabell 1), laget av fagansvarlig for dagkirurgi i henhold til aktuell kunnskap og erfaring. Kvalmeprofylaksen besto av tre ulike medikamentkombinasjoner ut fra forventet kvalmerisiko i henhold til type kirurgisk inngrep. Noen pasientgrupper fikk i tillegg resept på et peroralt opioid (kodein, tramadol), alternativt ble noen tabletter sendt med hjem. Ved behov fikk pasientene også et potent opioid (oksykodon) med hjem etter inngrepet, for ett til tre døgns forbruk .

Pasientene fikk peroperativ kvalmeprofylakse etter et internt, standardisert regime. Premedikasjon i form av en kombinasjon av paracetamol og NSAID (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug) eller COX-2-hemmer ble gitt som smerteprofylakse dersom det ikke var kontraindisert.

Postoperative smerter ble videre behandlet med fentanyl intravenøst, paracetamol og NSAID eller COX-2-hemmer samt perorale opioider ved behov. Pasientene fikk resept på paracetamol og NSAID eller COX-2-hemmer ved utskrivelsen.

Tabell 1. Kvalmeprofylakseregime utviklet av fagansvarlig for dagkirurgi

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

Etiske overveielser

En sykepleier informerte pasienten om at det var frivillig å besvare spørreskjemaet, at svarene var anonyme, og at hensikten med undersøkelsen var intern kvalitetsforbedring. Dersom pasienten svarte på spørreskjemaet, ble det ansett som samtykke til å delta i undersøkelsen. For å ivareta taushetsplikten ble pasienten oppringt på sin egen mobiltelefon.

Personvernombudet ved OUS definerte undersøkelsen som kvalitetsforbedringsarbeid og vurderte den som ikke meldepliktig, da alle dataene var anonyme. Seksjonslederen for den dagkirurgiske avdelingen ga tillatelse til å publisere dataene. Studien innebar ikke noen form for ekstra intervensjoner.

Statistisk analyse

Vi delte inn pasientkategoriene i undergrupper etter type kirurgi, størrelse på operasjonen og forventet risiko for PONV (tabell 2). Inndelingen ble gjort i samråd med fagansvarlig for dagkirurgi ved sykehuset. I den bivariate analysen valgte vi å dikotomisere svaralternativene «nei», «litt» og «mye» til «ikke kvalm» og «kvalm» (litt og mye), da vi mente at forekomst eller fravær av kvalme var mest klinisk relevant for denne studien.

Vi utførte statistiske analyser ved å bruke IBM SPSS Statistics, versjon 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Vi utførte frekvensanalyser for å beskrive utvalget og bivariate analyser med kjikvadrattest for å beskrive forekomsten av PDNV innenfor de ulike forklaringsvariablene. I analysen av resultatene som fremgår av tabell 3, brukte vi McNemar's test for å påvise signifikans. Signifikansnivået ble satt til $p < 0,05$.

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

Område for kirurgisk inngrep (%)	Type operasjon inkludert (n)	Fordeling (%) Mann/kvinne
Gastrokirurgi		
Øvre laparoskopi (13)	Fjerning av galleblæren (371) Spiserørsbrokk (6)	27/73
Nedre laparoskopi (8,5)	Brokk (247) Endetarmsfremfall (3)	85/15
Åpen operasjon (5,5)	Brokk (68) Sakralcyste (40) Annen gastrokirurgi (54)	60/40
Anorektal operasjon (13)	Hemorroide, mariske, analpolypp (195) Analfistel, analfissur (189)	57/43
Gynekologi		
Stor laparoskopisk operasjon (1)	Subtotal fjerning av livmor (14) Total fjerning av livmor (5) Fjerning av muskelknuter (6) Fjerning av livmor, eggledere og eggstokker (5)	*
Middels stor laparoskopisk operasjon (16)	Endometriose (263) Fjerning av eggledere og eggstokker (unilateral/bilateral) (128) Drilling av eggstokker (19) Adheranseløsning (60)	*
Mindre laparoskopisk operasjon (7)	Ekstirpasjon av cyste (72) Sterilisering (5) Blåfarge-pertubasjon (undersøkelse for å vurdere om egglederne er åpne) (79) Diagnostisk laparoskopi (48) Annen gynekologisk laparoskopisk operasjon (13)	*
Brystkreftkirurgi (diagnostisk og terapeutisk)		
Stor operasjon (19)	Fjerning av hele brystet (29) Fjerning av hele brystet + SN** (47) Brystbevarende operasjon (63) Brystbevarende operasjon + SN** (412)	*
Mindre operasjon (17)	SN (31) Biopsi, merkebiopsi, ekstirpasjon av lesjon eller incisjon (300) Re-reseksjon (114) Annen brystkirurgi (44)	*
* Kun kvinner ** SN = sentinel node		

Resultater

Av totalt 3204 oppringte pasienter inkluderte vi 2952 pasienter i studien. Svarresponsen var 99 prosent, og datamaterialet inneholdt <5,5 prosent missing data. Kvinner utgjorde 79 prosent av de inkluderte pasientene, 40 prosent gjennomgikk gastrokirurgi, 24 prosent gynekologiske inngrep og 36 prosent brystkreftkirurgi (diagnostisk og terapeutisk).

Laparoskopiske inngrep i buken utgjorde totalt 46 prosent av alle kirurgiske inngrep. Område for kirurgisk inngrep, inndeling og fordeling vises i tabell 2. I noen få tilfeller kan anestesi ha blitt konvertert til inhalasjonsanestesi uten at dette er registrert, da inhalasjonsanestesi ikke var et avkrysningsalternativ i spørreskjemaet.

Kvalme etter hjemkomst og kirurgiske inngrep

Totalt opplevde 16 prosent av de dagkirurgiske pasientene PDNV etter hjemkomsten. Av disse rapporterte 14 prosent at de var litt kvalme etter hjemkomsten, og 2 prosent opplevde mye kvalme. Da vi så på kvalme i henhold til kjønn, rapporterte 17 prosent av kvinnene og 12 prosent av mennene forekomst av PDNV ($p < 0,05$).

Totalt opplevde 16 prosent av de dagkirurgiske pasientene PDNV etter hjemkomsten. Pasienter som gjennomgikk gynekologisk laparoskopi, var mest utsatt for PDNV (20–27 prosent) ($p < 0,01$), etterfulgt av gastrokirurgiske øvre laparoskopier (19 prosent) ($p < 0,01$) og gastrokirurgiske anorektale operasjoner (19 prosent) ($p < 0,01$). Lavest PDNV-forekomst ble rapportert av brystkreftpasienter som hadde gjennomgått stor operasjon (10 prosent) ($p < 0,01$) (tabell 3).

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

Område for kirurgisk inngrep	Ikke kvalm (%)	Kvalm (%)	P-verdi
Hele utvalget (%) n = 2794	84	16	$p < 0,01$
Gastrokirurgi øvre laparoskopi n = 363	81	19	$p < 0,01$
Gastrokirurgi nedre laparoskopi n = 238	87	13	$p < 0,01$
Gastrokirurgi åpen operasjon n = 154	90	10	$p < 0,01$
Gastrokirurgi anorektal operasjon n = 373	81	19	$p < 0,01$
Gynekologi laparoskopi stor operasjon n = 30	73	27	$p < 0,01$
Gynekologi laparoskopi middels stor operasjon n = 431	78	22	$p < 0,01$
Gynekologi laparoskopi mindre operasjon n = 201	80	20	$p < 0,01$
Brystkreft stor operasjon n = 533	90	10	$p < 0,01$
Brystkreft mindre operasjon n = 471	86	14	$p < 0,01$

McNemar's test

Diskusjon

Det er utfordrende å sammenlikne forekomsten av PDNV i ulike studier grunnet forskjeller i pasientutvalg, anestesimetode, operasjonsteknikk, type operasjon og tidsangivelse for måling av PDNV. I tillegg har utviklingen innen anestesi og kirurgi vært stor det siste tiåret, noe som også påvirker sammenlikningsgrunnlaget.

Denne studien viste en total forekomst av PDNV på 16 prosent den første postoperative dagen etter dagkirurgi. Utvalget hadde en forhøyet risiko for PDNV ved at nesten 80 prosent var kvinner, og nærmere halvparten av operasjonene besto av laparoskopiske inngrep i buken, hvilket er assosiert med større risiko for postoperativ kvalme.

Apfel og medarbeidere (4) rapporterte om en PDNV-forekomst på 37 prosent de første 48 timene etter operasjon i en multisenterstudie med 2170 dagkirurgiske pasienter. Pasientene gjennomgikk forskjellige kirurgiske operasjoner. Majoriteten mottok profylaktisk antiemetika, og kvinner utgjorde en lavere andel enn i studien vår.

I studien til Apfel og medarbeidere (4) ble det gitt inhalasjonsanestesi til alle pasientene, noe som kan ha bidratt til den høyere forekomsten av PDNV. I studien vår fikk alle pasientene TIVA.

Kappen og medarbeidere (11) undersøkte 11 613 pasienter, som alle fikk adekvat kvalmeprofylakse. Kjønnfordelingen var 50/50, og litt over halvparten fikk inhalasjonsanestesi. Utvalget var ifølge Kappen og medarbeidere (11) ikke noe utpreget høyrisikoutvalg og besto kun av elektive pasienter, der noen gjennomgikk dagkirurgi. Likevel var 41–43 prosent av pasientene kvalme de første 24 timene etter operasjonen, noe de mente var en uventet høy forekomst av PDNV.

Den forholdsvis lave forekomsten av PDNV i vår studie kan være et resultat av at alle pasientene fikk multimodal kvalmeprofylaktisk behandling med både propofolbasert TIVA og antiemetika etter et standardisert regime, med medikamenter som anbefales i SAMBA Guidelines (13). Individuell risikoskåring var ikke praksis ved avdelingen, slik at noen av pasientene trolig fikk mer antiemetika enn de skulle hatt ut fra antallet risikofaktorer, mens noen høyrisikopasienter sannsynligvis fikk for lite.

Høyest PDNV-forekomst hos gynekologiske pasienter

Kvinnene i studien vår rapporterte som forventet en høyere PDNV-forekomst enn mennene, som stemmer med tidligere forskning (4, 5, 10, 12). For inngrep på kvinner rapporterte de gynekologiske pasientene den høyeste forekomsten av PDNV (20–27 prosent) i materialet, mens brystkreftpasientene hadde lavest PDNV-forekomst (10–14 prosent). Chen og medarbeidere (20) beskriver en PDNV-forekomst på 14 prosent etter brystoperasjoner utført i TIVA, som samsvarer med vårt funn.

En medvirkende årsak til den høye PDNV-forekomsten hos de gynekologiske pasientene i vår studie kan være den kirurgiske tilnærmingen (5, 13). Paech og medarbeidere (21) presenterte et liknende resultat. De rapporterte om en kvalme-forekomst på 25 prosent etter gynekologisk laparoskopi ved bruk av TIVA kombinert med smerte- og kvalmeprefylakse.

Bruk av multimodal antiemetisk profylakse ble også vist av Scruderi og medarbeidere (22). Ved å bruke en multimodal antiemetisk tilnærming liknende vår rapporterte 12 prosent av pasientene PDNV etter gynekologisk laparoskopi, mens 32 prosent av pasientene som fikk inhalasjonsanestesi uten antiemetika, opplevde PDNV. Pasientene som fikk multimodal behandling, kunne også skrives ut raskere enn de andre pasientene i studien (22).

Pasientene som gjennomgikk gastrokirurgisk øvre laparoskopi, rapporterte om nest høyest forekomst av kvalme i vår studie, med 19 prosent PDNV. Majoriteten var kvinner, og kolecystektomier utgjorde 98 prosent av inngrepene, noe som predikerer en økt risiko for postoperativ kvalme.

I en annen studie (23) hvor de også anvendte en multimodal tilnærming inkludert TIVA og de fleste pasientene var kvinner, fant de en PDNV-forekomst på 20 prosent i forbindelse med laparoskopisk kolecystektomi, som er i overensstemmelse med vårt funn.

Mindre kvalme ved gastrokirurgisk nedre laparoskopi

De to gastrokirurgiske pasientgruppene med nedre laparoskopi og åpen operasjon viste lavere forekomst av kvalme enn de andre gastrokirurgiske pasientene i studien. Til tross for en laparoskopisk operasjonsmetode rapporterte pasientene med nedre laparoskopi om en lavere kvalmeforekomst enn pasienter med mindre brystkirurgiske inngrep.

En forklaring kan være at 99 prosent av inngrepene ved nedre laparoskopi var lyskebrokkoperasjoner, der man med nyere operasjonsteknikk opererer utenfor bukhinnen med såkalt total ekstraperitoneal tilgang (TEP). TEP er vist å være en skånsommere operasjonsteknikk (24) som kan tenkes å redusere risikoen for kvalme sammenliknet med de andre laparoskopiske inngrepene i studien, der man opererer innenfor bukhinnen. I gruppen med gastrokirurgisk åpen operasjon ble det stort sett utført mindre kirurgi.

Anorektal operasjon ga høy PDNV

Den høye PDNV-forekomsten etter gastrokirurgisk anorektal operasjon var uventet, da disse operasjonene anses for å være forholdsvis enkle og ukompliserte. I tillegg var majoriteten av pasientene menn. Vi hadde forventet at brystkreftpasientene, som var kvinner som gjennomgikk relativt store operasjoner, skulle være mer plaget med PDNV enn dem med anorektal operasjon.

Den høye PDNV-forekomsten etter gastrokirurgisk anorektal operasjon var uventet. Selv om anorektalgruppen fikk deksametason som kvalmeprofylakse, hvilket har vist seg å være effektivt (25), så var PDNV-forekomsten den samme som ved gastrokirurgisk øvre laparoskopi. Det er vanskelig å si hva som kan være årsaken til den høye PDNV-forekomsten, men postoperative smerter er et kjent problem etter anorektal kirurgi (26), hvilket kan gi kvalme (15). Mange av pasientene fikk dessuten med seg resept på peroralt opioid, som også kan ha bidratt til kvalme.

Til sammenlikning fant Coloma og medarbeidere (25) en PDNV-forekomst på 8 prosent etter anorektal operasjon, der deksametason var gitt som kvalmeprofylakse og operasjonene var utført med lokalbedøvelse og sedasjon. I studien vår fikk alle pasientene generell anestesi i form av TIVA. Det kan indikere mer omfattende kirurgi hos våre pasienter og behov for å forsterke kvalmeprofylakse til denne pasientgruppen.

PDNV og postoperativ smerte

PDNV-forekomsten synes å forbli relativt stabil til tross for ny kunnskap. En av årsakene kan være at utviklingen innen operasjon og anestesi har gjort det mulig å utføre større og mer kompliserte operasjoner dagkirurgisk, som kan tenkes å påvirke både smerteforekomsten og behovet for postoperative opioider (27).

Thagaard og medarbeidere (14) påpeker at non-opioid smertebehandling er viktig for å forebygge postoperativ kvalme. Ved å bruke et NSAID som inneholdt ketorolac peroperativt viste de en reduksjon av både smerte, opioidbehov og kvalme etter operasjonen.

Odom-Forren og medarbeidere (10) undersøkte forekomsten av PDNV den første uken etter operasjon hos 248 dagkirurgiske pasienter. De fant en total PDNV-forekomst på 57 prosent, noe som var betydelig høyere enn forventet. Av pasientene var 6 prosent fortsatt plaget med PDNV på postoperativ dag 7 (10). Odom-Forren og medarbeidere fant en sammenheng mellom PDNV og postoperativ smerte, ved at pasienter med høy smerteskår rapporterte om en høyere forekomst av PDNV (10, 15), og at årsaken sannsynligvis var en høyere opioidkonsumpsjon (10).

Studiens styrker og begrensninger

Studiens styrke er det store utvalget innenfor tre pasientgrupper og en høy svarrespons. I tillegg hadde alle pasientene fått samme type anestesi samt smerte- og kvalmeprofylakse etter et standardisert regime.

En begrensning ved studien er at spørreskjemaet som vi anvendte, inneholdt få bakgrunnsopplysninger om pasientene. For fremtiden vil det være viktig å få inkludert flere opplysninger om pasientene, for eksempel alder samt kjente risikofaktorer for å utvikle PONV eller PDNV. Dataene for postoperative smerter var ikke komplette og forhindret oss fra å undersøke koplingen mellom kvalme og smerte, noe som reduserte fortolkningsgrunnlaget. Videre bør forekomsten av oppkast registreres i forbindelse med opplysninger om PONV eller PDNV i og med at begrepene inkluderer både kvalme og oppkast.

Konklusjon

I denne studien hadde majoriteten av utvalget en forhøyet risiko for å utvikle PDNV. Likevel var det en forholdsvis lav andel som opplevde PDNV sammenliknet med andre nyere studier. Disse funnene kan tyde på at en systematisk, multimodal tilnærming til kvalmeprofylakse kan bidra til en lav forekomst av postoperativ kvalme etter dagkirurgi.

Kvinnene i studien rapporterte om høyere forekomst av kvalme enn mennene. I henhold til type inngrep var det flest pasienter med kvalme etter laparoskopiske inngrep, særlig etter gynekologisk laparoskopi, mens brystkreftpasienter med større operasjoner var minst kvalme. Pasienter med anorektale inngrep rapporterte om en uventet høy forekomst av kvalme, noe som bør følges opp videre.

For å kunne forebygge og redusere forekomsten av både PONV og PDNV bør forekomsten dokumenteres i henhold til risikofaktorer og profylakse gjennom hele pasientforløpet.

Referanser

1. Ræder J, Nordentoft J. Dagkirurgi og anestesi. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2010;130(7):742–6.
2. Norsk anesthesiologisk forening. Norsk standard for anestesi [internett]. Oslo: Norsk anesthesiologisk forening, ALNSF; 2010 [sitert 06.05.2016]. Tilgjengelig fra: <https://www.alnsf.no/alnsf/norsk-standard-for-anestesi>.
3. Blackburn J, Spencer R. Postoperative nausea and vomiting. Anaesthesia & Intensive Care Medicine. 2015;16(9):452–6.

4. Apfel CC, Philip BK, Cakmakkaya OS, Shilling A, Shi Y-Y, Leslie JB, et al. Who is at risk for postdischarge nausea and vomiting after ambulatory surgery? Survey of Anesthesiology. 2013;57(1):1.
5. Apfel CC, Heidrich FM, Jukar-Rao S, Jalota L, Hornuss C, Whelan RP, et al. Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting. Br J Anaesth. 2012b;109(5):742–53.
6. Keyes M. Management of postoperative nausea and vomiting in ambulatory surgery: The big little problem. Clin Plast Surg. 2013;40(3):447–52.
7. Carroll NV, Miederhoff P, Cox FM, Hirsch JD. Postoperative nausea and vomiting after discharge from outpatient surgery centers. Anesth Analg. 1995;80(5):903–9.
8. Parra-Sanchez I, Abdallah R, You J, Fu AZ, Grady M, Cummings K 3rd, et al. A time-motion economic analysis of postoperative nausea and vomiting in ambulatory surgery. Can J Anaesth. 2012;59(4):366–75.
9. Odom-Forren J, Hooper V, Moser DK, Hall LA, Lennie TA, Holtman J, et al. Postdischarge nausea and vomiting: management strategies and outcomes over 7 days. J Perianesth Nurs. 2014;29(4):275–84.
10. Odom-Forren J, Jalota L, Moser DK, Lennie TA, Hall LA, Holtman J, et al. Incidence and predictors of postdischarge nausea and vomiting in a 7-day population. J Clin Anesth. 2013;25(7):551–9.
11. Kappen HT, Moons GMK, Van Wolfswinkel JL, Kalkman AC, Vergouwe AY, Van Klei AW. Impact of risk assessments on prophylactic antiemetic prescription and the incidence of postoperative nausea and vomiting: A cluster-randomized trial. Anesthesiology. 2014;120(2):343–54.
12. Apfel CC, Läärä E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. Anesthesiology. 1999;91(3):693.
13. Gan TJ, Diemunsch P, Habib AS, Kovac A, Kranke P, Meyer TA, et al. Consensus guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting. Anesth Analg. 2014;118(1):85–113.
14. Thagaard KS, Jensen HH, Raeder J. Analgesic and antiemetic effect of ketorolac vs. betamethasone or dexamethasone after ambulatory surgery. Acta Anaesthesiol Scand. 2007;51(3):271–7.

15. Odom-Forren J, Rayens MK, Gokun Y, Jalota LM, Radke O, Hooper V, et al. The relationship of pain and nausea in postoperative patients for 1 week after ambulatory surgery. *Clin J Pain*. 2015;31(10):845–51.
16. Apfel CC, Korttila K, Abdalla M, Kerger H, Turan A, Vedder I, et al. A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *The New England Journal of Medicine*. 2004;350 (24):2441–51.
17. Yoo YC, Bai SJ, Lee KY, Shin S, Choi EK, Lee JW. Total intravenous anesthesia with propofol reduces postoperative nausea and vomiting in patients undergoing robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a prospective randomized trial. *Yonsei Med J*. 2012;53(6):1197–202.
18. Eikaas H, Raeder J. Total intravenous anaesthesia techniques for ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2009;22(6):725–9.
19. Kumar G, Stendall C, Mistry R, Gurusamy K, Walker D. A comparison of total intravenous anaesthesia using propofol with sevoflurane or desflurane in ambulatory surgery: systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia*. 2014;69(10):1138–50.
20. Chen HP, Hsu YH, Hua KC, Lin CC, Lo YF, Yu HP. Comparison of sevoflurane versus propofol under auditory evoked potential monitoring in female patients undergoing breast surgery. *Biomedical Journal*. 2013;36(3):125–31.
21. Paech MJ, Rucklidge MWM, Lain J, Dodd PH, Bennett E-J, Doherty DA. Ondansetron and dexamethasone dose combinations for prophylaxis against postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*. 2007;104(4):808–14.
22. Scuderi PE, James RL, Harris L, Mims GR 3rd. Multimodal antiemetic management prevents early postoperative vomiting after outpatient laparoscopy. *Anesth Analg*. 2000;91(6):1408–14.
23. Habib AS, White WD, Eubanks S, Pappas TN, Gan TJ. A randomized comparison of a multimodal management strategy versus combination antiemetics for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg*. 2004;99(1):77–81.
24. Nawaz T, Ayub MW, Murad F, Ali Q, Khan A, Anwar I. Comparison of laparoscopic total extra peritoneal (TEP) techniques versus transabdominal preperitoneal (TAPP) technique for inguinal hernia repair. *Journal of Rawalpindi Medical College (JRMC)*. 2015;19(3):220–2.
25. Coloma M, Duffy LL, White PF, Kendall Tongier W, Huber PJ Jr. Dexamethasone facilitates discharge after outpatient anorectal surgery. *Anesth Analg*. 2001;92(1):85–8.

26. Vinson-Bonnet B, Higuero T, Faucheron JL, Senejoux A, Pigot F, Siproudhis L. Ambulatory haemorrhoidal surgery: systematic literature review and qualitative analysis. Int J Colorectal Dis. 2015;30(4):437–45.

27. Rawal N. Postoperative pain treatment for ambulatory surgery. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. 2007;21(1):129–48.

[Dagkirurgi](#)

[Postoperativ kvalme](#)

[Tverrsnittsstudie](#)

[Telefonoppfølging](#)

[PDNV](#)

Vedlegg

[pdf-export-71442.pdf](#)

Publication type

[Sykepleien Forskning](#)

Publication Year

2018

Edition Year

13

Publication Number

71442

Page Number

e-71442

Pasienter med gynekologisk laparoskopi og anorektale inngrep var mest kvalme. Minst kvalme opplevde brystkreftpasienter med store operasjoner.

[Mi Stjernberg](#)

Intensivsykepleier

Postoperativ seksjon, Oslo universitetssykehus, Ullevål

[Tone Rustøen](#)

Sykepleier, forsker og professor II

Avdeling for FoU, Oslo universitetssykehus, Ullevål og Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

[Johan Ræder](#)

Overlege og professor II

Anestesiavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål og Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

Navn

Jobbtittel

Emne

Kommentar

Lagre

Reportasje

Language Norwegian Bokmål

Sammendrag

Bakgrunn: Samfunnsutviklingen medfører større etterspørsel etter helsetjenester, noe som øker presset på sykehusene. Som en respons på dette gjennomføres en økende andel kirurgiske inngrep dagkirurgisk. Pasienterfaringer sidestilles med andre kvalitetsparametre for helsetjenestekvalitet, som for eksempel infeksjonsforekomst eller liggetid. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utarbeidet et spørreskjema med 24 spørsmål som fokuserer på pasienterfaringer etter dagkirurgi. Dette skjemaet kartlegger pasientens erfaringer, men i mindre grad pasientrapporterte postoperative symptomer. Spørreskjemaet Quality of Recovery-15 (QoR-15) er et internasjonalt anerkjent spørreskjema som kan benyttes som verktøy for å kartlegge pasienters symptomer etter et dagkirurgisk inngrep. Skjemaet er ikke oversatt til og validert på norsk.

Hensikt: Formålet med denne artikkelen er å beskrive oversettelsen og valideringen av den norske versjonen av QoR-15 (QoR-15nor).

Metode: Vi utførte valideringen i sammenheng med gjennomføringen av en større studie om pasienterfaringer etter dagkirurgi. Pilotering ble gjennomført på ti pasienter samt i en ekspertgruppe med åtte anestesisykepleiere. Vi baserte valideringen på svar fra 197 pasienter som var inkludert i hovedstudien.

Resultat: Piloteringen viste at skjemaet var adekvat og relevant med tanke på å kartlegge symptomer, og forståelig med hensyn til språk, instruksjoner og skåring. Intern konsistens, målt med Cronbachs alfa, var god: 0,89. Spearmans korrelasjonsanalyse viste signifikante assosiasjoner ($p < 0,01$) mellom spørsmålene, varierende fra 0,27 til 0,88. Test-retest-reliabiliteten var moderat (Cohens kappa 0,41).

Konklusjon: QoR-15nor er et valid spørreskjema som kan benyttes til å kartlegge postoperative symptomer hos pasienter etter dagkirurgi.

Exclude images in ZIP export?

Off

[10.4220/Sykepleienf.2020.82819](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.82819)

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

Førsteamanuensis og forsker

Høgskolen i Østfold og Sykehuset Østfold Kalnes

Katrine Svensen

Anestesisykepleier

Sykehuset i Vestfold HF

