



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	16-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	24-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 304

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9936

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 60

**Andre medlemmer i gruppen:** 307

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Informasjon og veiledning som effektiviseringstiltak

Information and counselling as a mean for efficiency

**Kandidatnummer: 304 & 307**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitskap

Fakultet for helse- og sosialvitskap

Innleveringsdato: 24.05.19

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Abstract

**Background:** The incidence rate for colorectal cancer has doubled over the past 50 years, and for many patients the only curative treatment is surgery. Surgery for colorectal cancer is extensive and causes severe pain after surgery, which can be traumatic for the patients. At the same time society is increasing its focus on streamlining health care and reducing length of stay. Different fast-track methods are put into action to get the patients quickly in and out of hospital. This constitutes the hypothesis that information and counselling can improve the patients experience and also be a contributing factor in reducing length of stay.

**Objective:** Can information and counselling about postoperative pain reduce total hospital stay for patients undergoing laparotomic surgery for colorectal cancer?

**Methods:** The analytical method of a literature study is used to examine this problem. Several health-related databases were used to locate the appropriate research.

**Results:** 6 articles are included in the study. The results show that individualised adapted information and counselling regarding postoperative pain will reduce perioperative anxiety for the patients. By reducing anxiety, one creates the opportunity for early mobilization, which is essential in reducing length of stay. At the same time there is reason to believe that this security also reduces the anxiety to be discharged to their home. These results may also incline that even though the perioperative course rate increases, the quality of healthcare increases, which benefits both the health sector and the patient.

**Conclusion:** The results implicate that the security provided by an individually adapted teaching programme about pain creates an opportunity for early discharge by reducing anxiety.

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaring	3
1.4 Avgrensning	4
<b>3 Teori</b>	<b>5</b>
3.1 Pasienter som skal gjennomgå buk-kirurgi	5
3.1.1 Kolorektal kreft	5
3.1.2 Åpen buk-kirurgi	5
3.2 Smerte	6
3.2.1 Smertefysiologi	7
3.2.2 Postoperative smerter	7
3.3 Kirurgisk stressreaksjon	9
3.4 ERAS / fast-track surgery	10
3.5 Informasjon	11
3.6 Forventninger	13
3.6.1 CATS - Stressteori	13
3.7 Trygghet	14
<b>2 Metode</b>	<b>15</b>
2.1 Litteratursøk og kildekritikk	16
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
2.2 Kritisk vurdering av metode og etiske overveielser	18
<b>4 Resultat</b>	<b>19</b>
<b>5 Diskusjon</b>	<b>23</b>
5.1 Forventningens påvirkningskraft	23
Realitet skaper mestring	24
5.2 Den enkeltes behov for individualisert informasjon	26
Informasjonens betydning	28
Sammenhengen mellom informasjon og liggedøgn	30
5.3 Kortere liggetid på bekostning av kvalitet?	31
Ikke utskrivelse til tross for at utskrivelseskriteriene er nådd	31
Den uunnværlige tryggheten	32
Konsekvenser av fast-track for informasjon	33
5.4 Implikasjoner for sykepleie	35
<b>Konklusjon</b>	<b>36</b>

<b>Litteraturliste .....</b>	<b>37</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>41</b>
<i>Vedlegg 1: Flytskjema .....</i>	<i>41</i>
<i>Vedlegg 2: PICO.....</i>	<i>42</i>
<i>Vedlegg 3: Søkeshistorikk.....</i>	<i>43</i>
<i>Vedlegg 4: Litteraturmatrise.....</i>	<i>44</i>

# 1 Innledning

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Insidensraten for kolorektal kreft har vist en markant økning de siste 50 årene, både for menn og kvinner. For kvinner har insidensraten økt fra 23 til 52 tilfeller per 100 000, og for menn fra 25 til 59 per 100 000 (Kreftregisteret, 2017). Dette viser en dobling i antall pasienter med kolorektal kreft. Årsaken til dette er ukjent, men faktorer knyttet til livsstil og kosthold, som stort inntak av rødt kjøtt, alkohol og høy fettprosent, er trolig medvirkende (Kreftregisteret, 2017). Denne kreftformen er blant de kreftformene som har høyest dødelighet i Norge, med en prevalens på 1178 i 2016 (Kreftregisteret, 2017). For de fleste pasienter er operasjon eneste kurative behandling (Øverlie, 2013). Kirurgi for kolorektal kreft er svært omfattende og forårsaker sterke postoperative smerter for pasientene, dersom de ikke blir tilstrekkelig smertelindret (Stubberud & Nilsen, 2010). Til tross for et stadig økende fokus på postoperativ smertelindring, opplever mange pasienter fortsatt sterke smerter etter kirurgi (Baratta, Schwenk & Viscusi, 2014).

Samtidig som at insidensraten for kolorektal kreft øker, øker også antallet eldre mennesker i Norge. I følge tall fra Statistisk sentralbyrå (2018) har antall mennesker i alderen mellom 67-79 år økt med 50% fra år 2000 til i dag, og det er ingen tegn til at kurven er på vei til å flates av. Som følge av dette vil andelen mennesker som har behov for helsehjelp øke betraktelig. I dagens samfunn er derfor effektivisering av helsesektoren et hett tema, og det arbeides stadig med å utarbeide nye metoder som både reduserer kostnader og liggedøgn. Blant disse er fast-track surgery, som fokuserer på å optimalisere den perioperative behandlingen og forkorte liggedøgn hos pasienter innlagt på sykehus. Det argumenteres for at dette ikke bare vil være bra på det systemiske nivået, men at det også skal gagne hver enkelt pasient. Men har medaljen en bakside?

En økning i hastigheten på det kirurgiske forløpet vil kunne skape store utfordringer for både pasienten og for sykepleieren. Det kan tenkes at dette vil gi lite rom for informasjon og veiledning, som er blant hovedoppgavene til sykepleieren (M. Bondevik, 2002, s. 118). Tidligere studier har vist at preoperativ informasjon gir flere positive utfall; det kan blant

annet øke pasientenes tilfredshet og påvirke rekonvalesensen ved å redusere stress og angst (Grønnestad & Blystad, 2004). Disse studiene sier likevel lite om sammenhengen mellom informasjon og smerte, eller liggedøgn. Det er forfatters hypotese at informasjon om smerte vil kunne virke positivt på det postoperative forløpet. Derfor ønskes det i denne oppgaven å se nærmere på informasjon og veiledning om smerter, samt undersøke om dette vil kunne gi en målbar effekt i liggedøgn.

## 1.2 Problemstilling

Kan informasjon og veiledning om postoperativ smerte redusere liggedøgn hos pasienter som gjennomgår laparotomisk kirurgi for kolorektal kreft?



## 1.3 Begrepsavklaring

### Informasjon og veiledning

Sykepleierens veiledende funksjon kan kategoriseres som sykepleierens pedagogiske funksjon. Med dette kommer sykepleierens pedagogiske kompetanse, som kreves for å kunne gi informasjon, instruksjon, rådgivning, undervisning og veiledning til pasienter (Tveiten, 2008).

### Liggedøgn

En pasient som overnatter på sykehuset har et liggedøgn ved sykehuset. Hver overnatting gir et nytt liggedøgn. Det blir ikke beregnet liggetid for dagpasienter (Finnmarkssykehuset, 2017).

### Laparotomisk kirurgi:

Operasjonsmetode i mage-tarm-kanalen. Den foregår ved åpen kirurgi og operasjonssnittet går enten på tvers eller i lengderetningen på buken. Pasienter som opereres for kolorektal kreft, har gjerne et langt operasjonssnitt som går fra symfysen til epigastriet (Øverlie, 2013).

I oppgaven vil sykepleier i noen tilfeller benevnes med "hun". Dette fordi oppgavens forfattere begge er kvinner og dermed føler det mest naturlig å bruke hunkjønn for sykepleieren. Pasienten vil derfor benevnes i hankjønn, for lettere å skille de to i teksten.

## 1.4 Avgrensning

Pasientgruppen som blir berørt av problemstillingen er i utgangspunktet en stor gruppe. Derfor er det i denne oppgaven valgt å gjøre noen begrensninger. Pasientenes evne til å motta og ta inn over seg informasjon vil kunne gi store variasjoner i behov for tilpasning. For å gi et så likt utgangspunkt som mulig i pasientgruppen tas det utgangspunkt i pasienter med normal kognitiv funksjon, med god evne til kommunikasjon og til å forstå informasjon som blir gitt. Gjennomsnittsalderen blant pasientene som får kolorektal kreft er 70 år (Øverlie, 2013). Denne oppgaven velger å fokusere på voksne pasienter fra 18 år og oppover.

På grunn av oppgavens omfang, er det valgt å fokusere på elektive pasienter, da akutt innlagte pasienter begrenses i tid til informasjon og forberedelse i den preoperative fasen. Samtidig tas det utgangspunkt i informasjonens virkning på de akutte postoperative smertene og ikke kroniske smerter. Det er derimot mulig at de akutte smertene utvikler seg til kroniske smerter senere i forløpet (Wøien & Strand, 2008). Likevel ser vi at veiledning og informasjon også vil kunne ha en effekt på kroniske smerter, da det kan skape en endring i hvordan pasienten forholder seg til smertene og smerteforløp.

Der det gjelder informasjon og veiledning om smerte inkluderes den preoperative informasjonen, samt informasjon og veiledning som blir gitt etter operasjon og da pasientene er ankommet den postoperative avdelingen. Fasen der pasienten ligger på oppvåkning utelukkes, da pasientens evne til å motta informasjon i denne perioden fortsatt vil kunne preges av narkosen. Det tas utgangspunkt i samhandling med pasienten i forhold til informasjon, veiledning, forventninger, erfaringer og trygghet. Dette er områder som vil kunne påvirkes av støtte fra pårørende, men siden oppgavens hovedfokus er pasient-samhandling vil ikke pårørende nevnes i denne studien.

## 3 Teori

### 3.1 Pasienter som skal gjennomgå buk-kirurgi

#### 3.1.1 Kolorektal kreft

Kolorektal kreft er en samlebetegnelse på kreft i tykk- og endetarmen. Denne typen kreft oppdages gjerne sent i kreftforløpet da hulrommene i fordøyelsesorganene er romslige nok til at svulsten kan utvikle seg i lang tid, uten å skape ubehag eller smerter. Den vanligste behandlingsformen er kirurgi (Øverlie, 2019). Hvilken kirurgisk metode som velges vil påvirke det postoperative forløpet og restitusjonstiden (Øverlie, 2019).

#### 3.1.2 Åpen buk-kirurgi

Operasjonsmetodene som brukes ved kolonreseksjon er laparoskopi eller laparotomi. Denne studien tar utgangspunkt i laparotomi, som er åpen kirurgi. Der går operasjonssnittet i lengderetningen av buken og operasjonssnittet strekker seg fra epigastriet til symfylen. Et slikt operasjonssår vil påvirke pasienten på flere områder. Postoperativt vil det hovedsakelig påvirke pasientens bevegelighet, da buk-muskulaturen deles på langs. Det å reise seg fra sengen er smertefullt, og krever at pasientene er forsiktige i bevegelsene (Kreftlex, 2019). Da bukveggen blir delt i to og sydd sammen igjen i flere lag vil bukhinnen bli svekket. Ved voldsomme bevegelser der det svake punktet blir utsatt for mye trykk, vil det kunne dannes et brokk der tarmene presses ut gjennom suturlinjen (Helsebiblioteket, 2016).

## 3.2 Smerte

I følge International Association for Study of Pain (IASP) defineres smerte som:

*[...]en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade. (IASP, gjengitt og oversatt i (Wahl & Rustøen, 2008, s. 25).*

Denne definisjonen viser at smerte omfatter både selve vevsskaden, samt pasientens opplevelse av smerte. Smerter er subjektivt og oppleves individuelt fra person til person. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee beskriver smerte og lidelse som intenst ensomme erfaringer (Travelbee, 2001, s. 112). Hun forteller at smerteerfaringen til individet er svært vanskelig å formidle til andre slik at de forstår fullt ut hva den består i.

Tidligere erfaringer og forventninger om smerte i fremtiden vil ha innvirkning på smerteopplevelsen (Kristoffersen, Skaug & Nortvedt, 2011, s. 173). Individuelle reaksjoner på smerte bestemmes av flere ulike faktorer. Travelbee (2001, s. 113) skriver at «En innlysende faktor er smertens årsak, varighet og intensitet, og i hvilken grad det gis lindring ved hjelp av forskjellige legemidler». Pasientens mestringsevne og livssituasjon vil spille en stor rolle for smerteopplevelsen. I og med at den subjektive smerteerfaringen er så forskjellig blir det vanskelig for helsepersonell å vurdere graden eller intensiteten av pasientens smerte (Travelbee, 2001, s. 112). Det er derfor viktig at pasientens opplevelse av smerte aksepteres og legges til grunn for behandlingen. Dette til tross for og uavhengig av om det kan ses synlig vevsskade eller ei (Wahl & Rustøen, 2008, s. 25).

### 3.2.1 Smertefysiologi

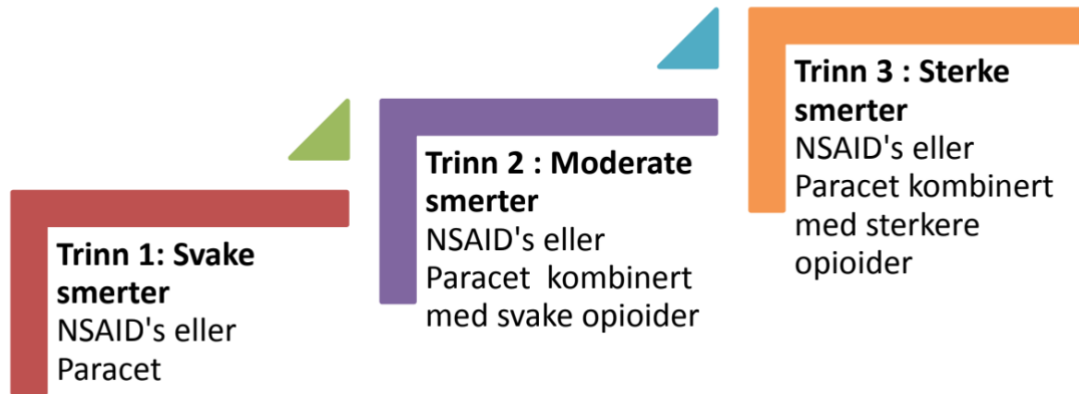
I følge Wahl & Rustøen (2008) finnes det flere ulike måter å klassifisere smerter på. En inndeling som tar hensyn til fysiologiske mekanismer er den fysiologiske inndelingen av smerte. Her deles smerter inn i nociseptive smerter, inflammatorisk smerte eller nevropatiske smerter (Wahl & Rustøen, 2008, s. 34). Nociseptive smerter oppstår akutt, som følge av vevsødeleggelse og mekanisk stimuli av nociseptorer, som er nervecellene som leder smertesignal (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 386). Kirurgi vil hovedsakelig føre til nociseptive smerter. Nociseptorene har frie nerveender som reagerer på vevsskadelig stimuli. Skulle de bli stimulert sendes signaler fra det skadde og truede området til hjernen, og dette skaper en ubehagelig opplevelse (Wahl & Rustøen, 2008, s. 27).

### 3.2.2 Postoperative smerter

Postoperative smerter defineres primært som akutt smerte forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgi (Holm & Kummeneje, 2009, s. 68). De kan deles inn i grunnsmerte og gjennombruddssmerter (Wøien & Strand, 2008). Grunnsmerten er den konstante smerten som kommer som en direkte konsekvens av kirurgien som er utført. Denne formen for smerte kan oppleves selv i hvile. Når pasienten beveger seg eller hoster kan det oppstå smertetopper. Slik smerte kalles gjennombruddssmerter. En konsekvens av disse er at pasienten trenger ekstra smertelindring utover basisbehandlingen (Wøien & Strand, 2008).

Pasienter som gjennomgår åpen bukkirurgi smertelindres med utgangspunkt i WHO's smertetrapp (Mæhre, 2018). Samtidig benyttes epidural analgesi (EDA) som behandling av grunnsmertene, og opioide og ikke-opioide medikamenter for gjennombruddssmertene. Sykepleierens kunnskap om grunnsmerte og gjennombruddssmerter er avgjørende for smertebehandlingen, da det gjør at sykepleier kan være i forkant med å tilby smertestillende. Smertetrappen ([figur 1](#)) viser hvilke legemidler som bør benyttes ut fra hvor intense smertene er (Berntzen et al., 2016, s. 396). Det er viktig å poengtere at smertetrappen benyttes i samarbeid med pasienten: Hvilken grad av smerter pasienten gir uttrykk for bestemmer hvilken smertelindring som administreres. Samtidig føres et

kontinuerlig samarbeid mellom sykepleier, pasient og lege i forhold til en jevn nedtrapping av EDA. Når pasienten ikke lenger har behov for EDA og kan smertelindres av per orale medikamenter alene, kan utskrivelse vurderes.



Figur 1 Smertetrapp (Slørddal & Rygnestad, 2008).

I følge Wøien & Strand (2008) er postoperative smerter forventet og dette gir store muligheter for forebygging. Pasienter som får tilfredsstillende smertelindring postoperativt blir raskere mobilisert og har kortere liggetid på sykehuset (Lunn, Mathiesen & Dahl, 2013, s. 67).

### 3.3 Kirurgisk stressreaksjon

Etter kirurgi utløses en stressreaksjon i kroppen. Som følge av dette vil pasienten oppleve både fysiske og psykiske symptomer (Berntzen et al., 2016, s. 310). De psykiske symptomene vil kunne påvirke pasientens evne til å motta informasjon. Stress er i følge Bernstein (1978) spesifikke stimuli som representerer en trussel mot organismens biologiske integritet. Hos mennesker utløses det gjerne av hendelser som er vanskelige å mestre (Holm & Kummeneje, 2009, s. 17-18). Mennesker vil i varierende grad klare å tilpasse seg situasjonen; noen klarer det lett, mens for andre er det svært belastende (Berntzen et al., 2016, s. 310).

I følge Berntzen et al. (2016, s. 310) vil de fleste personer som gjennomgår et kirurgisk inngrep oppleve en helt ny situasjon, og opplevelsen vil være forskjellig fra person til person. Stor grad av stress vil bidra til per- og postoperative komplikasjoner, og dermed også kunne forlenge hospitaliseringen (Berntzen et al., 2016, s. 311). Det er ikke unaturlig at det oppstår stress i forbindelse med en operasjon og at man er engstelig for det som skal skje (Holm & Kummeneje, 2009, s. 18). Smerteopplevelsen vil imidlertid kunne påvirkes av hvilke psykologiske mekanismer som benyttes (Wahl & Rustøen, 2008, s. 32). Noen strategier for tenkning er mer gunstige enn andre i den postoperative fasen. På den ene siden finnes de som forverrer situasjonen, som verstefallstenkning, der fokuset er på de negative utfallene i situasjonen. På den andre siden er avslapping og distraksjon, som bedrer smerteopplevelsen (Wahl & Rustøen, 2008, s. 32).

### 3.4 ERAS / fast-track surgery

Innenfor kirurgi prøves det stadig ut nye strategier for å redusere kirurgisk stress og gi en raskere, tryggere rehabilitering. Blant disse strategiene finner man “fast-track surgery”, som fokuserer på raskere rekonvalesens og redusert dødelighet (Kaasa, 2013, s. 78). Pasientene skal ved hjelp av dette få en raskere og tryggere rehabilitering. “Fast-track surgery” kombinerer pasientopplæring med nyere metoder innen anestesi, analgesi, kirurgi og rehabilitering (Kehlet & Wilmore, 2005). Perioperativ veiledning vektlegges, samt at pasienten selv skal være en aktiv deltaker i rehabiliteringen. Et mål ved metoden er å redusere smerter og ubehag.

Innenfor “fast-track surgery”-metoden finner man ERAS - Enhanced Recovery After Surgery, eller på norsk: rask rekonvalesens etter operasjon. I modellen inkluderes både pre-, per- og postoperative tiltak som skal optimalisere den perioperative behandlingen (Short et al., 2017). Her blir pasientopplæringen regnet som en av kjernefaktorene i tilnærmingen (Kaasa, 2013, s. 78). ERAS strategiene brukes i dag for flere ulike operasjoner, blant andre ved gastrektomi, kolonreseksjon og rektalkirurgi (Short et al., 2017). Da mange av elementene skal utføres preoperativt, er modellen hovedsakelig tenkt til elektive pasienter.

Studier viser at ved å bruke ERAS perioperativt reduseres antall liggedøgn og behovet for hospitalisering (Kehlet & Wilmore, 2005; Short et al., 2017). Det er viktig å poengtere at utskrivelseskriteriene ikke er endret, selv om pasientene skrives ut tidligere. De forblir de samme for ERAS som ved tradisjonell kirurgi (Kehlet & Wilmore, 2005).



### 3.5 Informasjon

Pasienter som skal opereres vil gjerne kjenne på at mye oppleves som uoversiktlig og krevende. De har ulike forutsetninger for å forstå informasjon, samtidig som at de har ulike behov for informasjon om det perioperative forløpet (Molven, 2015, s. 90). Noen vet ikke hva de ønsker informasjon om, andre har et stort informasjonsbehov uten å selv være klar over det (Eide & Eide, 2007, s. 293). Dette kommer av ulike årsaker: noen pasienter ønsker informasjon for å få forståelse for sin tilstand og lære om behandlingen, andre ønsker informasjon som trygghet og støtte (Worster & Holmes, 2008). Som følge av dette må informasjonen være tilpasset pasientenes individuelle forskjeller.

Sykepleiere har et viktig ansvar for å gi informasjon og veiledning til pasienten (Eide & Eide, 2007, s. 292). Dette er også lovfestet av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, som sier at «pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» (Pbrl, 1999). I forkant av den preoperative veiledningen vet sykepleier allerede mye om hva pasientene ønsker informasjon om, basert på tidligere erfaring. Dermed finnes en mulighet til å forberede den preoperative samtalen godt (Eide & Eide, 2007, s. 293). Til tross for dette kan det være lett å glemme pasientens behov for informasjon om prosedyrer som er kjente og rutinepregede for sykepleieren (Berntzen et al., 2016, s. 313). Dette bør sykepleieren være oppmerksom på, og prøve å motvirke så langt det lar seg gjøre. Ved å spørre pasienten som hva han trenger å vite skaper man en mulighet der man lettere kan møte den enkelte pasient (Eide & Eide, 2007, s. 293).

Som en veiledning for sykepleier i den preoperative informasjonen har Holm og Kummeneje (2009, s. 48) laget en retningslinje som lyder som følger:

- «Sørg på forhånd for å få kjennskap til hvilken informasjon pasienten har fått, slik at misforståelser kan unngås. Nært samarbeid med legen er nødvendig.
- La pasienten selv fortelle hva han vet om det forestående inngrepet. Det gir et bilde på hvordan han har tolket informasjonen han har fått, og hva som eventuelt er uklart
- Start gjerne med å svare på pasientens spørsmål. Da er det lettere å finne ut hva han har behov for å vite.
- Snakk enkelt og forståelig ut fra pasientens forutsetninger. Jo bedre kunnskaper du selv har, desto enklere kan du forklare pasienten det som er viktig.

- Unngå å gi for mye informasjon og undervisning i løpet av kort tid. Det fører gjerne til at pasienten greier å holde opplysningene fra hverandre. Husk at pasienten er i en stress-situasjon som kan svekke oppfattelsesevnen.
- Det bør ikke gå for lang tid fra pasienten lærer, til han får bruke det han har lært. Undervisning om postoperative øvelser kan med fordel legges til dagen før inngrepet.
- La pasienten vise øvelser han har lært. Det er forskjell på å forstå en øvelse og å gjøre den.
- Nevn ikke eventuelle konsekvenser dersom pasienten ikke er motivert for å høre om disse.»  
(Holm & Kummeneje, 2009, s. 48)

Med disse retningslinjene som utgangspunkt ligger forholdene til rette for at sykepleier kan gjennomføre den preoperative veiledningen på en måte som oppleves som tilfredsstillende, både for pasient og sykepleier.

Dersom informasjonen blir gitt på en god måte vil man kunne øke pasientens følelse av kontroll og mestring (Wøien & Strand, 2008). Berntzen et al. skriver at dette vil kunne skape en økt generell tilfredshet hos pasientene, samt føre til at pasientene får et større eierskap over sin egen behandling. Med dette blir pasienten mer villig til å delta i det postoperative behandlingsforløpet. I følge Wahl & Rustøen (2008) er målet med preoperativ forberedelse å innhente og formidle informasjon til pasienten for å kunne gi best mulig smertelindring postoperativt.

## 3.6 Forventninger

De fleste pasienter forventer postoperativ smerter etter operasjon. Til tross for dette gir smertene gjerne angst og ubehag hos pasienten (Holm & Kummeneje, 2009, s. 18). Det er ulike faktorer som virker inn på i hvilken grad pasienten opplever smertene som skremmende og angstskapende; operasjonens alvorlighetsgrad, tidligere erfaringer og hvor forberedt pasienten er (Berntzen et al., 2016, s. 310). Mange pasienter frykter smerter postoperativt og danner seg derfor urealistiske forventninger (Holm & Kummeneje, 2009, s. 18). Berntzen et al. (2016) skriver at pasienter som har overdrevne antakelser og forestillinger om hva som skal skje har behov for oppklaring av misforståelser. Dette er fordi mye angst og problemer med å mestre angsten preoperativt, vil øke risikoen for komplikasjoner postoperativt. Realistiske forventninger til inngrepet og dets følger vil få stor innvirkning på hvordan situasjonen oppleves (Berntzen et al., 2016, s. 313). I følge Holm og Kummeneje (2009, s. 18) kan forberedelser om hva som kan forventes av smerte og hvilken smertelindring som tilbys hjelpe pasienten å mestre smerter postoperativt.

### 3.6.1 CATS - Stressteori

Kognitiv aktiveringsteori om stress (CATS) bruker generell læringsteori og kognitive prosesser til å forklare hvordan forventninger kan være med på styre utfallet av en situasjon (Ursin & Eriksen, 2004). Stress oppstår i alle situasjoner der forventninger ikke blir møtt. Dersom organismen føler at noe mangler eller det oppstår en trussel mot organismen settes det i gang en alarm, og denne alarmen fortsetter å ringe helt til trusselen er eliminert. Alarmen setter i gang en aktivering hos organismen, som er nødvendig for å gi organismen drivkraft i situasjonshåndteringen. Derfor er denne aktiveringen ikke farlig i seg selv (Ursin & Eriksen, 2004). Basert på tidligere lærdom vil mennesker oppleve denne alarmen ulikt. Tidligere erfaringer vil dermed gi mennesket en indikasjon på hvor sannsynlig det er at trusselen elimineres, og dette vil kunne påvirke og samtidig redusere både stressets intensitet og varighet (Harris & Ursin, 2012).

### 3.7 Trygghet

En god relasjon mellom pasient og sykepleier er essensielt i den preoperative veiledningen. Trygghet står sentralt i etablering av relasjoner og samhandling mellom sykepleieren og pasienten (Blix & Breivik, 2006, s. 78). I følge Segesten (Blix & Breivik, 2006) er trygghetsbegrepet inndelt i to dimensjoner; den indre og den ytre tryggheten. Den indre tryggheten er en opparbeidet trygghet, som kommer gjennom en trygg oppvekst og gode erfaringer. Den ytre tryggheten er situasjonsbetinget og er relatert til vår samhandling med omgivelsene. Det er situasjonstryggheten som får størst betydning for hvordan man opplever situasjonen når man er syk og har behov for kirurgi (Blix & Breivik, 2006, s. 77).

Den ytre tryggheten kan videre deles inn i; kunnskaps- og kontrolltryggheten, stole på andre-trygghet og relasjonstrygghet. Kunnskap- og kontrolltrygghet handler ifølge Blix og Breivik (2006) om å ha en forutsigbar fremtid, der man vet hva man har i vente. En kan opparbeide seg slik kunnskap gjennom informasjon, kunnskap, erfaring og bekreftelse. Ved å redusere frykten for det ukjente vil økt kunnskap kunne gi en følelse av kontroll, samtidig som det øker evnen til å forutsi hva som kommer til å skje (Blix & Breivik, 2006, s. 77).

Stole på andre-trygghet beskriver Blix og Breivik (2006) som en trygghet knyttet til forventningen om å få hjelp. Dersom pasienten i forkant av operasjonen vet at han vil få postoperativ oppfølging, samt smertelindring når det er nødvendig vil dette kunne påvirke denne trygghetsdimensjonen.

Den siste dimensjonen er relasjonstryggheten som er knyttet til sosialt nettverk, varme- og nære relasjoner, og handler hovedsakelig om å være tilgjengelig. For å klare å oppnå en relasjonstrygghet på sykehuset er det viktig med kontinuitet i sykepleier-pasient forholdet (Blix & Breivik, 2006, s. 77-78).

## 2 Metode

Metoden er i følge Dalland (2017, s. 51) redskapet i en undersøkelse, og denne forteller oss hvordan man skal finne nødvendig materiale for å belyse en problemstilling. Hvilken metode som velges styres av hva forfatteren mener vil gi det beste materialet for å svare på problemstillingen (Dalland, 2017). Med andre ord vil metoden fortelle hvordan man skal gå frem for å innhente informasjon, samt hvordan man skal bruke informasjonen for å svare på den valgte problemstillingen.

I denne oppgaven benyttes litteraturstudie som metode. I en litteraturstudie tas det utgangspunkt i skriftlige kilder til å systematisere kunnskap og belyse den valgte problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 79-80). For å legge det teoretiske grunnlaget for oppgaven er det brukt pensumlitteratur, samt annen selvvalgt litteratur. Selve problemstillingen belyses ved hjelp av forskningslitteratur.

For å svare på problemstillingen brukes både kvalitativ og kvantitativ forskning. Den kvalitative forskningen gir meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52). Slik fanges pasientenes opplevelse av å få informasjon om smerte, samt konsekvensene for pasientene dersom de ikke fikk det. For å se om informasjon og veiledning om smerte kan spille direkte inn på liggedøgn hos pasientgruppen, blir det nødvendig med kvantitativ forskning som gir oss data i form av målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52).

## 2.1 Litteratursøk og kildekritikk

Vi lagde en PICO med relevante søkeord i forhold til vår problemstilling. Blant søkeordene i vår PICO var: «colorectal surgery», «information», «length of stay». Etterpå ble søkeordene oversatt til norsk, for å kunne søke i flere databaser. Kunnskapspyramiden ble som utgangspunkt i søkene. Denne baseres på at ulike typer kunnskap kan ordnes hierarkisk i form av en pyramide. Øverst finner man systematiske oversikter og metaanalyser, deretter kommer klinisk erfaring, og nederst pasientenes egne verdier, preferanser og erfaringer (H. Bondevik & Engebretsen, 2018). Vi startet øverst i pyramiden og jobbet oss nedover. Det ble søkt i helserelaterte databaser som Medline og CINAHL, samt SveMed+ og Sykepleien for å finne nordiske studier. Dette for å kunne sette oppgaven inn i en norsk kontekst. Artikler som kunne være relevante ble undersøkt nærmere. PICO ble utvidet etterhvert som det ble funnet Mesh-termer i andre artikler som var relevante for vår problemstilling. Overlege ved kirurgisk klinikk, Håvard Mjørud Forsmo, skrev sin doktorgrad om nettopp det temaet vi har valgt. Dette var vi bevisst på forhånd og søkte dermed direkte på hans navn for å finne hans forskningsartikler.

Forskningen som er benyttet i oppgaven er kritisk vurdert ut ifra troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnethet (VIKO, 2015). Artikkelen er kvalitetssikret ved hjelp av sjekklister for vurdering av forskningsartikler, hentet fra Folkehelseinstituttet (2014) sine nettsider. Dette fordi det er nødvendig å forholde seg kritisk til kildematerialet som blir brukt i oppgaven, for å kunne gi et troverdig svar på problemstillingen (Dalland, 2017).

## 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Av hensyn til oppgavens problemstilling ble artikler som fokuserte på laparoskopisk kirurgi ekskludert. Artikler som fokuserte på anleggelse av stomi ble heller ikke inkludert i denne studien. Det var ønskelig med artikler som hadde likevekt av deltakende kvinner og menn, da problemstillingen ikke fokuserer på kjønnsulikheter. Artikler som fokuserte på pasienter med demenssykdom eller annen kognitiv svikt ble ekskludert. Alle typer operasjoner i kolon og endetarm som følge av kolorektal kreft, og som krevde åpen kirurgi ble inkludert. Artikler som omhandlet barn under 18 år ble ekskludert. Da vi ønsket et svar på problemstillingen som er dagsaktuelt, ekskludertes artikler som var mer enn 10 år gamle. Forskning endrer seg over tid og man bør derfor holde seg til de nyeste studiene for å holde seg oppdatert, og for at funnene skal være implementerbare.

Søkene etter forskningsartikler i databasene ga treff på flere relevante artikler som viste lignende resultat. Etter gjennomgang og kritisk vurdering av flere artikler, valgte vi ut seks til å svare på oppgaven. For utvelgelse av artiklene se vedlagt flytskjema ([Vedlegg 1](#)). Disse artiklene fikk alle god score i sjekklister (Folkehelseinstituttet, 2014). Det er hovedsakelig funnet kvantitative studier, med unntak av en studie som er kvalitativ. Aktuelle søkeord og antall treff vises i vedlagt PICO skjema ([Vedlegg 2](#)) og søkehistorikk skjema ([Vedlegg 3](#)). En systematisert gjennomgang av artiklene finnes i litteraturmatriksen ([Vedlegg 4](#)).

## 2.2 Kritisk vurdering av metode og etiske overveielser

I søkene våre fant vi ingen systematiske oversikter som kunne svare på vår problemstilling og vi ble derfor nødt til å søke lenger nede i kunnskapspyramiden. Det hadde vært fordelaktig å ha en systematisk oversikt, da det ville skapt et bredere perspektiv i studien. Med et utgangspunkt i enkeltstudier vil studien i stor grad preges av egne tolkninger. Dette til sammen utgjør også en utfordring i forhold til å generalisere funnene av studien. For å motvirke dette valgte vi å inkludere flest kvantitative artikler. Derfor kan det tenkes at funnene likevel kan generaliseres.

Vi ville i utgangspunktet ekskludere artikler som omhandlet laparoskopisk kirurgi. Blant de artiklene vi fant ble dette likevel vanskelig. Mange av artiklene som var relevante for problemstillingen inkluderte både laparoskopi og laparotomi. Etter nøye overveieelse valgte vi likevel å inkludere to artikler der en andel pasienter gjennomgikk laparoskopi. Dette fordi vi så at det var et stort nok skille i resultatene, samt i tabellene til at det er mulig å trekke ut det som bare omhandler laparotomi.

I følge Norsk sykepleierforbund (2016) er det sykepleierens eget ansvar å sørge for at hennes praksis er etisk forsvarlig. I den inkluderte kvalitative studien la vi stor vekt på anonymitet og personvern. Dette fordi det i kvalitativ forskning kan være utfordrende å ivareta pasientenes anonymitet, da de inkluderer få deltakere, i tillegg til at deltakernes egne uttalelser brukes i artiklene. Vi forsikret oss også om at den er godkjent av etisk komité for forskning. Det er tatt utgangspunkt i Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (2016) for sykepleiere i arbeidet med oppgaven. Studiens grunnlag er forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (NSF, 2016). Gjennom denne studien ønskes det å utvide den faglige bakgrunnen som muliggjør god praksis for sykepleiere.



## 4 Resultat

Aarts, M.-A., Okrainec, A., Glicksman, A., Pearsall, E., Charles Victor, J. & McLeod, R. (2012). **Adoption of enhanced recovery after surgery (ERAS) strategies for colorectal surgery at academic teaching hospitals and impact on total length of hospital stay. And Other Interventional Techniques Official Journal of the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) and European Association for Endoscopic Surgery (EAES), 26(2), s. 442-450.**

Studiens hensikt var å fastsette hvilke tiltak i ERAS som bidrog til å redusere postoperative komplikasjoner og korte ned på sykehusoppholdet for pasienter som gjennomgår elektiv operasjon for kolorektal kreft. Studien finner at gjennomsnittlig liggedøgn er 6,5 dager ved bruk av ERAS. Det tiltaket i ERAS tilnærmingen som har betydelig sammenheng med kortere liggetid er preoperativ informasjon. Av pasientene som fikk preoperativ veiledning ble omtrent 60 % av de veiledede pasientene utskrevet etter mindre enn fem dager etter operasjon. Blant pasientene som ikke fikk veiledning preoperativt var det bare 30 % som ble skrevet ut før det var gått fem dager.

Artikkelen ble valgt ut for å belyse temaet i denne litteraturstudien på grunnlag av sitt retrospektive design som ser på *hvilke* faktorer i ERAS tilnærmingen som har hatt en betydning for å redusere liggedøgn.

Brown, C., Constance, K., Bédard, D. & Purden, M. (2013). **Colorectal Surgery Patients' Pain Status, Activities, Satisfaction, and Beliefs about Pain and Pain Management. Pain Management Nursing, 14(4), s. 184-192.**

Studien har som hensikt å kartlegge smertenivå og dets påvirkning på de postoperative aktivitetene hos pasienter innlagt for kolorektal kirurgi for kreft. Studiens resultater viser at pasientene som forventet postoperative smerter var mer fornøyde med den postoperative smertelindringen, samt at de postoperative smertene påvirket den generelle aktiviteten til pasientene. Forventninger til postoperative smerter påvirket ikke forholdet mellom verste

opplevde smerte og pasientenes «fornøydhet». Flere av deltakerne i studien oppga misoppfatninger om smerter og smertestillende.

Artikkelen tar for seg pasienters holdninger og forventninger til postoperative smerter som er sentrale elementer i litteraturstudien, men omtaler verken informasjon eller liggedøgn. Dette ville i utgangspunktet gjort den irrelevant for problemstillingen. Likevel tar den opp viktige faktorer som belyser hvilke følger informasjon kan ha, nemlig endrede forventninger og holdninger til smerte. Da det kan antas at dette vil påvirke pasientenes trygghetsfølelse og dermed også påvirke liggedøgn, er artikkelen likevel inkludert i studien.

Forsmo, H. M. (2017). **Enhanced recovery after colorectal surgery – a randomized study of optimized perioperative treatment with an emphasis on patient counselling**: The University of Bergen.

Dette er en avhandling som inkluderer 4 randomiserte, kontrollerte studier som alle ser på virkningen av ERAS behandling, og hvordan dette påvirker liggedøgn. En av studiene sammenligner pasienter som blir oppfulgt i ERAS programmet med pasienter som får standard pleie. En annen studie ser på et enkelt tiltak i ERAS programmet, tettere oppfølging i stomi-trening. Tredje studien ser om eldre pasienter oppnår de samme resultatene som yngre pasienter ved bruk av ERAS. Den siste studien i avhandlingen fokuserer på veiledning som enkelt tiltak. Studien vurderer ytterligere innsikt i effekten av perioperativ rådgivning og veiledning når pasientene ellers er like i forhold til ERAS-kriteriene. Resultatene viser at ERAS reduserer lengden på sykehusopphold både hos yngre og eldre pasienter, samt hos pasienter som får en planlagt stomi. Hovedårsaken til denne reduksjonen skyldes utvidet pre- og postoperativ pasientinformasjon, utdanning og veiledning

Avhandlingen gir litteraturstudien bredde, samtidig som alle studiene er utført på norske sykehus som gjør resultatene implementerbare i norsk kontekst.

Forsmo, H. M., Pfeffer, F., Rasdal, A., Østgaard, G., Mohn, A. C., Körner, H. & Erichsen, C. (2016). **Compliance with enhanced recovery after surgery criteria and preoperative and postoperative counselling reduces length of hospital stay in colorectal surgery: results of a randomized controlled trial.** *Colorectal Disease*, 18(6), s. 603-611.

Hensikten med studien var å sammenligne pasienter behandlet ved hjelp av ERAS med et særlig fokus på informasjon og veiledning, med pasienter behandlet med standard pleie. Studien målte i hovedsak total lengde på sykehusoppholdet målt i antall dager. Pasientene som tilfeldig ble valgt til å være i ERAS gruppen, hadde to konsultasjoner med ERAS-sykepleier før operasjonen. Her fikk de informasjon om prinsippene ved ERAS, samt forventet liggedøgn og utskrivelseskriterier.

Funnene viser at ERAS behandlingen var knyttet til en betydelig kortere lengde på sykehusoppholdet, median 5 dager (2-50 dager) for pasienter behandlet med ERAS vs. 8 dager (2-48 dager) behandlet med standard pleie. Det var ikke forskjell i kirurgiske eller generelle komplikasjoner, reoperasjoner, reinnleggelser og 30-dagers mortalitet mellom de to gruppene. Alle utskrivelseskriterier ble nådd raskere for pasientgruppen som var i ERAS gruppen enn pasientene som fikk standardisert tilnærming. Informasjon og veiledning for å sikre at pasientene overholdt ERAS-tilnærmingen, ser ut til å være viktige faktorer for å redusere antall liggedøgn på sykehus.

Gabrielsen, A. K. & Nord, R. (2012). **Kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon.** *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(01), s. 15-27.

Studiens hensikt var å beskrive en gruppe kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon om hendelser i tidlig postoperativ fasen. Pasientenes erfaringer var sentrert rundt hvor mye og hvilken informasjon de fikk før operasjonen og like etter operasjonen. Resultatene fra studien viste at pasientene fikk mye informasjon før operasjonen, men lite av informasjonen handlet om hva de kunne forvente seg når de våknet etter operasjonen.

Noen av pasientene var ikke forberedt på ubehag og smerter etter operasjonen, heller ikke at det var forventet med fysisk aktivitet tidlig etter operasjonen. Pasientene hadde også ulike informasjonsbehov ut ifra tidligere erfaringer og ønske om informasjon

Gräwe, J. S., Mirow, L., Bouchard, R., Lindig, M. & Hüppe, M. (2010). **Impact of preoperative patient education on postoperative pain in consideration of the individual coping style.**

*Organ der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, der Österreichischen Schmerzgesellschaft und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie, 24(6), s. 575-586.*

Hensikten med studien var å finne ut om pasienter mestrer postoperative smerter bedre dersom det blir gitt preoperativ informasjon om smerter. Studien resulterte i at pasientene som fikk preoperativ informasjon opplevde lavere nivå av postoperative smerter enn pasientene i kontrollgruppen som ikke fikk informasjon før den forestående operasjonen. Pasientgruppen som fikk et individualisert undervisningsprogram hadde en gjennomsnittlig høyere score i numerisk smerteskala (NRS) den første postoperative dagen. Resultatene viser likevel en betydelig større reduksjon i de postoperative smertene fra 1. postoperative dag til 3. postoperative dag hos pasientene som fikk preoperativ informasjon. Denne gruppen hadde en reduksjon på 44%, mens kontrollgruppen hadde til sammenligning en reduksjon på 11%. I tillegg ble risikoen for å få sterkere smerter (NRS >3) på den 3. postoperative dagen redusert for pasientene som mottok preoperativ informasjon.

## 5 Diskusjon

### 5.1 Forventningens påvirkningskraft

Pasienter som har gjennomgått åpen buk-kirurgi vil kunne oppleve store smerter i både aktivitet og i hvile i den postoperative fasen. Hvilke forventninger pasienten har til de postoperative smertene, samt hvordan pasienten forholder seg til smertene vil påvirke smertenivå postoperativt (Brown, Constance, Bédard & Purden, 2013). Pasientenes kultur vil være en relevant faktor i hva som forventes av smerter og hvordan smertene uttrykkes. I denne studien er det ikke tatt hensyn til kultur som faktor. Likevel er det sannsynlig at forskjellige kulturer innad i forskningsgruppene vil kunne påvirke studiens resultat. Selv om de valgte studiene er gjennomført i vestlige land er det antagelig inkludert pasienter av ulik kulturell bakgrunn. Det er tenkelig at dette har hatt en påvirkningskraft på hvilke og hvordan forventningene er uttrykt i pasientgruppen i forkant av operasjon. Det er trolig at noen forventninger kan motvirke effektiv smertelindring. I studien av Brown et al. (2013) var flere pasienter enige i at "flinke pasienter ikke snakker om smerte" og at "smertelindring bør spares til smertene blir verre". Det kan tenkes at dette vil føre til underrapportering av smerter, samt at pasientene unngår å be om smertelindring til tross for at de er betydelig påvirket av smerter.

Eksempelvis kan man dele pasientgruppen i to i henhold til forventninger til smerte. På den ene siden er pasientene som forventer sterke smerter postoperativt. I studien av Brown et al. (2013) finner man at disse er mer fornøyd med den postoperative smertelindringen enn de pasientene som forventet mindre smerter. Dette vil ikke nødvendigvis si at de postoperative smertene kan reduseres ved å forvente sterke smerter. Det betyr snarere at pasienter som forventer høy grad av smerte er mindre kritisk til suboptimal smertelindring, selv om smertenivåene deres faktisk er høye. Forventede smerter oppleves dermed mindre skremmende og ubehagelig enn uventede smerter. På den andre siden er pasientene som forventer lite smerter postoperativt. Det kan antas at disse pasientene kan overvurdere sin tilstand og dermed opptre ukritisk. Følgelig vil de kunne oppleve uventede smertetopper, samt være i risikogruppe for utvikling av brokk.

Forberedelser om hva som kan forventes av smerte, samt at pasienten vet hvilken smertelindring som tilbys, vil gjøre det lettere for pasienten å mestre de postoperative smertene (Holm & Kummeneje, 2009). Dette kan settes i sammenheng med Travelbee (2001) sin teori om at angstnivået reduseres når pasienten er klar over sin situasjon og hva som skal skje. Derfor er det viktig at forventninger inkluderes i den preoperative samtalen. Ved å spørre om pasientens forventninger om postoperative smerter og ubehag, vil sykepleieren kunne utforske disse områdene, samt oppdage de pasientene som har satt seg urealistiske forventninger. Sykepleier kan dermed samarbeide med pasientene for å sette realistiske mål for den postoperative smertelindringen (Brown et al., 2013). På denne måten vil den preoperative samtalen ha en effekt på pasientens smerter.

### Realitet skaper mestring

Pasienter som skal opereres lager seg gjerne et bilde av hvordan tiden etter operasjonen vil se ut. Det er ikke alltid at dette bilde stemmer overens med det som blir realiteten. I studien av Brown et al. (2013) står det at mange pasienter som gjennomgår operasjon for kolorektal kreft har villedede oppfatninger av smerteopplevelsen som venter dem etter operasjonen. I følge Holm og Kummeneje (2009) er det flere pasienter som frykter de postoperative smertene. Mangel på informasjon fører til at en supplerer med fantasier som avviker fra virkeligheten. Fantasier i forbindelse med smerte vil kunne føre til angst og redsel for de kommende postoperative smertene (Travelbee, 2001). Overdrevne antakelser og forestillinger skaper et behov for oppklaring (Travelbee, 2001). Dersom pasienten får fritt rom til å forestille seg hvordan tiden etter operasjonen vil bli, kan det lett oppstå verstefallstenkning og redsel. Dette skaper ett ugunstig utgangspunkt for de postoperative smertene, basert på angst og usikkerhet. Pasientene som har problemer med å mestre angsten preoperativ, har i følge Berntzen et al. (2016) større risiko for å få komplikasjoner postoperativt, som vil kunne forlenge sykehusoppholdet til pasienten.

Pasientens forventninger til de postoperative smertene kan også påvirke den postoperative rehabiliteringen. Det er viktig at pasientene har realistiske forventninger i forhold til smerter og mobilisering. Dette kan også påvirke pasientens motivasjon for opptrening. Pasienter som har realistiske forventninger om at det kommer til å gjøre vondt ved mobilisering, men som

er trygg på at det tilbys smertestillende, vil lettere kunne mobilisere seg på eget initiativ. Mobilisering vil i følge Forsmo et al. (2016) redusere risikoen for tromboemboliske og vaskulære komplikasjoner, motvirke muskelsvinn og stimulerer til gjenvinnelse av tarmfunksjon. Det forventes at pasientene mobiliseres allerede på operasjonsdagen (Håvard Mjørud Forsmo, 2017).

I studien til Brown et al. (2013). forventet pasientgruppen at det kom til å bli smertefullt etter operasjon. Til tross for dette var noen pasienter av den oppfattelse at man lett blir avhengig av smertestillende og at smertestillende bør spares på til smertene ble verre. Som sykepleier er det viktig å informere pasienten preoperativ om den postoperative smertelindringen. Det vil være gunstig å fortelle om smertetrappen, samt hvordan nedtrappingen av EDA vil foregå. Pasienten bør informeres om hvilke kartleggingsmetoder som benyttes, slik at han forstår at hans opplevelse legger grunnlaget for smertelindringen. Det er viktig at pasienten føler seg trygg på at han får smertestillende når han trenger det. Dersom pasienten har realistiske forventninger til inngrepet, samt den postoperative fasen, vil det ha en stor innvirkning på hvordan situasjonen oppleves (Berntzen et al., 2016). Realistiske forventninger til de postoperative smertene og de smertelindrings alternativer pasienten har, vil kunne føre til trygghet og økt mestringsfølelse.

## 5.2 Den enkeltes behov for individualisert informasjon

Pasienter opplever smerter ulikt og deres reaksjoner på smerte påvirkes av mange ulike faktorer. Dette vil også påvirke deres informasjonsbehov, samt evne til å ta til seg informasjon før og etter operasjon (Gabrielsen & Nord, 2012). Hvordan pasientene reagerer på smerte vil kunne påvirkes av i hvilken grad pasienten forstår sine smerter (Travelbee, 2001).

Den preoperative fasen er gjerne preget av usikkerhet, samtidig som at det er mye som skjer rundt pasienten. Prosedyrer skal gjennomføres, undersøkelser skal tas og informasjon skal mottas. Her kan det raskt bli overveldende for pasienten. I sykepleierens travle hverdag kan en lett glemme pasientens behov for informasjon, da dagene er preget av rutiner som skal følges. Informasjonsgivingen kan dermed bli firkantet og gi lite rom for individuelle forskjeller. Likevel ser man tydelige gevinster av å individualisere informasjonen som blir gitt. I studien av Gräwe et al. (2010) hadde pasientene som mottok et individuelt tilpasset undervisningsprogram en stor reduksjon i smerter fra første postoperative dag til tredje postoperative dag, og den gjennomsnittlige scoren i den numeriske smerteskalaen (NRS) falt med 44%. I kontrollgruppen falt den samme scoren bare med 11 % fra første til tredje postoperative dag. Dette underbygges av Gabrielsen og Nord (2012) som sier at informasjon som tiltak vil kunne redusere pasientenes smerter. Gruppen med det individuelle undervisningsprogrammet i studien av Gräwe et al. (2010) hadde høyere nivåer av smerte første postoperative dag enn kontrollgruppen. Siden denne gruppen hadde fått informasjon om de postoperative smertene i forkant, kan det tenkes at de også var mer observante på smertene første postoperative dag. Samtidig kan de ha hatt en forventning om at høy smertescore gir sterkere smertelindring. En feilmargin kan dermed være at pasientene overrapporterer smerte, på grunnlag av at de ønsker sterkere smertelindring. Samtidig skal pasientens subjektive opplevelse av smerte alltid aksepteres og legges til grunn for behandlingen (Travelbee, 2001).

En viktig faktor for utskrivelse er at EDA er trappet ned og seponert. I gruppen med det individuelle tilpassede undervisningsprogrammet var det en bratt nedgang i smertescore fra første til tredje dag, og tredje dag hadde denne gruppen signifikant lavere smertescore



enn kontrollgruppen (Gräwe et al., 2010). Lave nivåer av smerte er en indikasjon på at EDA kan trappes ned uten komplikasjoner, og gjør at EDA kan seponeres tidligere.

Kontrollgruppens kurve var mer avflatet, noe som tyder på at disse pasientene har behov for EDA i en lenger periode. Dette indikerer at disse pasientene gjerne har lenger liggetid.

Men hvordan kan sykepleieren finne ut hva hver enkelt pasient ønsker informasjon om?

Pasientene vil som regel lede sykepleieren til hva de ønsker å vite (Worster & Holmes, 2008).

Ved å gi rom i samtalen for at pasienten selv kan komme med spørsmål og bekymringer, vil man kunne oppdage hva som uroer pasienten og oppklare eventuelle uklarheter eller misforståelser. Det vil ikke være gjeldende for alle pasienter, da pasientene ikke alltid vet selv hva de ønsker informasjon om (Eide & Eide, 2007). Dermed kreves et samarbeid med pasienten for å individualisere informasjonen som blir gitt (Brown et al., 2013).

Informasjonen som gis bør være så fullstendig som mulig for å bidra til forutsigbarhet, samtidig som man forbereder pasienten på hva han kan forvente av smerter postoperativt (Eide & Eide, 2007; Holm & Kummeneje, 2009). I studiene blir dette tydelig der pasientene hadde ulike behov i forhold til mengde informasjon. I studien av Gabrielsen og Nord (2012) uttrykte noen av pasientene at de fikk mye informasjon og at de ikke greide å oppfatte alt. For mye informasjon gjør det vanskeligere for pasienten å oppfatte innholdet, og dermed mister den sin verdi (Eide & Eide, 2007). Følgelig er det også svært viktig at sykepleier vurderer mengden informasjon som gis.

Sykepleier og pasienten har ikke alltid lik oppfattelse av hvilke faktorer i den perioperative behandlingen som er mest stressende (Gabrielsen & Nord, 2012). Det kan være at pasientene opplever utmattelse som følge av kreftdiagnosen, samt er svært engstelige for operasjonen og det de har i vente etterpå. Slike element kan være barrierer for tilegnelse av informasjon (Gabrielsen & Nord, 2012). Pasientene blir mindre mottakelige for informasjon, da deres oppmerksomhet er splittet. Da blir det svært viktig at sykepleier er oppmerksom på pasientens tilstand og tilpasser informasjonen deretter (Eide & Eide, 2007). Informasjonen må gis på et tidspunkt som er passende for pasient og sykepleier, slik at alle forutsetninger ligger til rette for at informasjonen som gis blir tatt i mot og forstått av pasienten, samt at pasienten opplever at han blir ivaretatt på en god måte. Sykepleier bør gi rom for at

pasienten selv kan fortelle det han vet om det forestående inngrepet og hva han kan forvente etter operasjonen (Holm & Kummeneje, 2009). Slik kan hun få et bilde på hvordan informasjonen er tolket, og dermed få en mulighet til å korrigere eventuelle misforståelser som skaper usikkerhet og engstelse.

I vår praksis fikk vi hospitere ved kirurgisk mottak, der pasienter fikk informasjon en uke før operasjon. Her ble informasjon gitt med utgangspunkt i en brosjyre, som pasientene etterpå fikk med seg hjem. Brosjyren var tilpasset hver enkelt type operasjon, men ikke individuelt tilpasset pasienten. Underveis i samtalen var det rom for at pasienten kunne stille spørsmål. I et kirurgisk mottak er det mange pasienter inn og ut hver dag, og det er høy risiko for samlebandseffekt. Likevel har sykepleierne som arbeider der mye erfaring i forhold til hva pasientene ønsker informasjon om. Ved å hele tiden være åpen for spørsmål og at pasienten selv kan ytre hva han ønsker å vite mer om, kan sykepleierne likevel møte pasientens informasjonsbehov (Eide & Eide, 2007). Som følge av dette bidrar informasjonen til at det kirurgiske forløpet blir forutsigbart.

### **Informasjonens betydning**

Å bli diagnostisert med kolorektal kreft vil for mange vekke redsel, angst og usikkerhet, og mange vil utarbeide tanker om overlevelse og døden (Worster & Holmes, 2008). Mange har gjerne opplevd at slektninger eller bekjente har lidd av kreft og blir dermed svært redde for hva de nå skal gjennomgå. En pasient i studien av Worster og Holmes (2008) ble livredd når han fikk vite at han hadde fått kolorektal kreft, og var overbevist om at døden var nær. Det er nok ikke unaturlig å tenke i disse baner når man ikke aner hva man kan forvente. Antakeligvis vil pasienter som er engstelige i forkant av operasjon ta med seg denne engstelsen inn i det postoperative forløpet. Det er tenkelig at pasienter som kjenner på høy grad av angst vil få en økt smerteopplevelse (Holm & Kummeneje, 2009, s. 68). Dermed vil det dannes en ond sirkel der engstelsen forsterker de postoperative smertene, og smertene øker engstelsen. I følge Berntzen et al. (2016) påvirkes pasientens angst av hvilke tidligere erfaringer pasienten har, den forestående operasjonen, samt pasientens opplevelse av trygghet.

Erfaringer er basert på en persons egne opplevelser, og det er umulig for noen å overgi sin personlige erfaring til noen andre. Sykepleier kan derfor ikke overføre sine erfaringer til pasienten, men bør tilpasse informasjonen til pasientens tidligere erfaringer (Berntzen et al., 2016, s. 310). I de inkluderte studiene er det store ulikheter i henhold til om pasientene har tidligere erfaringer med kirurgi eller ikke, samt hvilken tidligere erfaring pasientene har med smerte. På den ene siden har man pasientene som tidligere har gjennomført kirurgi eller vært innlagt på sykehus. Allerede før innleggelse vil disse pasientene sitte på mye informasjon om hva det vil si å være innlagt på sykehus og hva som forventes av dem. Disse pasientene oppgir at de er forberedt på hvordan det er i den tidlige postoperative fasen (Gabrielsen & Nord, 2012). De føler ro i situasjonen, da de vet hva som venter dem. På den andre siden har man pasientene som ikke har noen tidligere erfaring med sykehusinnleggelse eller kirurgi. Eksempler på slike pasienter finner man i studien av Worster og Holmes (2008). De oppga en følelse av å ikke være forberedt til det de skulle gjennomgå og dette gjorde dem redde og engstelige. Disse eksemplene viser at pasienters erfaringer skaper ulike utgangspunkt for hvilken og hvor mye informasjon som bør gis.

Pasienter i studien av Gabrielsen og Nord (2012) var fornøyd med at de hadde fått mye informasjon om den forestående operasjonen og om det perioperative forløpet på sykehuset. Noen pasienter savnet likevel informasjon om mestringsstrategier og hvordan de skulle håndtere smertene som måtte oppstå postoperativt. Hvorvidt pasienter opplever de postoperative smertene som vanskelige å takle påvirkes av en rekke ulike faktorer som; smertenes årsak, varighet og intensitet, samt om det kan forventes lindring av smertene (Travelbee, 2001). Med andre ord kan dette settes i direkte sammenheng med CATS stressteori, der opplevelsen påvirkes av sannsynligheten for at trusselen elimineres (Ursin & Eriksen, 2004). Dersom pasienten har en forventning om at det finnes en måte å lindre smertene på, vil angsten kunne reduseres (Harris & Ursin, 2012). Ved å informere om postoperative smerter og smertelindring vil pasienten kunne kjenne igjen elementer som ble nevnt i den preoperative informasjonen, og oppleve mindre angst forbundet med smertene fordi han har forståelse for hva som skjer og hvorfor. Derfor blir det viktig at pasientene får informasjon om den postoperative smertelindringen preoperativt. Samtidig må sykepleier legge til rette for at pasienten føler han har kontroll i situasjonen, slik at han kan oppleve

mestring. For at dette i det hele tatt skal være oppnåelig må pasienten oppleve brukermedvirkning, forutsigbarhet og støtte (Harris & Ursin, 2012).

### **Sammenhengen mellom informasjon og liggedøgn**

Studien av Forsmo et al. (2017) viser at pålitelig perioperativ informasjon som tar hensyn til hver enkelt pasients forventninger er en viktig en faktor for å redusere liggedøgn. Sterke smerter i den postoperative fasen vil hindre pasienten i å mobilisere seg, og i å spise. Rask mobilisering og inntak av mat er viktige komponenter for rekonvalesenstiden og påvirker pasientens liggedøgn. Gjennom informasjon om smertelindring kan pasientens smerte reduseres (Gräwe et al., 2010). Lavere smertenivåer vil antagelig gjøre mobiliseringen lettere, samt øke matinntaket. Dermed vil man oppnå raskere fremgang i den postoperative rekonvalesensen (Wøien & Strand, 2008). Dette forsterkes av Lunn et al. (2013) som skriver at pasienter som er smertefri postoperativt vil ha forkortet rekonvalesens, og dermed også forkortet liggetid. Det er selvsagt flere faktorer som vil påvirke pasientens liggedøgn foruten om informasjon. Heller ikke alle som får god preoperativ informasjon om smerte, vil unngå utvikling av komplikasjoner som forlenger sykehusoppholdet. Likevel viser forskning at preoperativ rådgivning og kontinuerlig veiledning tydelig er assosiert med færre liggedøgn (Aarts et al., 2012; Håvard Mjørud Forsmo, 2017). Resultatene i studien til Forsmo et al. (2016) viste at gjennomsnittlig liggedøgn for pasienter med utvidet preoperativ informasjon var betydelig kortere, sammenlignet med pasientene som fikk standard behandlingsforløp.

### 5.3 Kortere liggetid på bekostning av kvalitet?

For å sammenligne pasienter som får utvidet preoperativ informasjon med pasienter som får lite preoperativ informasjon, brukes antall liggedøgn som et utfallsmål i flere av studiene. Studien til Aarts et al. (2012) fant både positive og negative sider ved bruk av liggedøgn som utfallsmål. På den ene siden gir antall liggedøgn et sammenlignbart resultat, som er målbart og kan dokumenteres. På den andre siden kan liggedøgn som utfallsmål også by på utfordringer. Dette grunner i at ulike faktorer vil kunne påvirke resultatet. Ved bruk av liggedøgn som utfallsmål blir det vanskelig å skille ut hvilke komponenter i ERAS behandlingsforløpet som reduserer antall liggedøgn.

#### Ikke utskrivelse til tross for at utskrivelseskriteriene er nådd

I studien til Aarts et al. (2012) var noen av utfordringene i forhold til liggedøgn, at pasienter ikke ønsker å bli skrevet ut eller at hjemmet ikke var ordentlig tilrettelagt for at pasienten kan dra hjem. I studien av Forsmo et al. (2016) ble ikke alle pasientene skrevet ut så fort de nådde utskrivelseskriteriene. Det kunne være som følge av logistikk problemer eller av pasientens eget ønske. At pasienten ikke ønsker å reise hjem kan komme som en konsekvens av at de ikke føler seg trygg på at de mestrer sin situasjon hjemme. Som følge av dette får pasientene flere liggedøgn enn nødvendig, med tanke på oppfyllelse av utskrivelseskriteriene. I Forsmo et al.'s (2016) studie førte dette til at det gjennomsnittlige antallet liggedøgn ble høyere. Dette vil være en utfordring ved bruk av liggedøgn som utfallsmål.

Liggedøgn bør uansett sees i sammenheng med flere faktorer for å få et sammensatt resultat. Selv om liggedøgn ble brukt som utfallsmål i studien til Forsmo et al. (2016) var ikke målet å få pasienten ut tidligere. Målet var å se om de kunne korte ned på sykehusoppholdet uten at det førte til større dødelighet, flere komplikasjoner, reoperasjoner eller reinnleggelser. Det viktigste er at pasientene er tilfreds med den behandlingen de får og ikke føler seg presset til å reise hjem før de er klar. Pasientene i studien til Forsmo et al. (2016) var like fornøye om de ble skrevet ut 5 dager etter operasjon, som 7 dager etter operasjon. Det som betydde noe for pasientene var opplevelsen av et trygt

behandlingsforløp i tillegg til minimalt med komplikasjoner. I et godt ERAS forløp skal det vært gitt god nok informasjon, samt planlegges slik at pasienten føler seg trygg på å bli utskrevet etter kun noen dager (Aarts et al., 2012).

### Den uunnværlige tryggheten

Det er grunn til å tro at trygghet er essensielt for at reduksjonen i liggedøgn ikke gjør det perioperative forløpet forhastet og overveldende. For pasienter som skal gjennomgå kirurgi er det ikke uvanlig å oppleve ubehaget ved å ikke ha kontroll over sin egen situasjon (Worster & Holmes, 2008). I følge Gräwe et al. (2010) vil et høyt preoperativt angstnivå føre til at de postoperative smertene blir sterkere, og dette kan settes i sammenheng med ugunstige mestringsstrategier. Dette forsterkes av Wahl og Rustøen (2008) som sier at noen mestringsstrategier kan forverre situasjonen. Dersom pasientens hovedfokus ligger på de negative utfallene ved en situasjon, er det tenkelig at smerteopplevelsen forverres. Versteffallstenkningen bunner gjerne i en redsel for å ikke få hjelp og i en følelse av isolasjon. Dette kan komme av at det er vanskelig å formidle sin smerteopplevelse til andre slik at de forstår hvordan man har det (Travelbee, 2001). Dermed blir det spesielt ensomt å ha sterke smerter, og det kan tenkes at pasientene lett blir usikre. I slike tilfeller er det viktig at sykepleier forsikrer pasienten om at de ikke vil bli overlatt til seg selv og er tilstede som følelsesmessig støtte.

Et viktig hjelpemiddel for å sørge for kontinuerlig oppfølging av pasientens smerter kan være kartleggingen ved hjelp av vurderingsskjemaer eller skalaer. I følge Berntzen et al. (2016) vil en grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter danne grunnlaget for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling. Følgelig kan pasienten oppleve at han kan ta del i sin egen smertelindring, noe som bidrar til et godt samarbeid mellom pasienten og sykepleieren. Dersom pasienten opplever å få smertestillende medikament når han har behov for det vil stole på andre-tryggheten styrkes (Blix & Breivik, 2006). Likevel er det viktig at sykepleiere er kritiske i anvendelsen av slike skalaer, og forsikrer seg om at pasienten har forstått hvordan skalaen skal anvendes (Berntzen et al., 2016, s. 390).

God relasjon til pasienten, samt kontinuitet i sykepleier-pasient forholdet er essensielt for pasientens opplevelse av trygghet. Et viktig virkemiddel vil i dette tilfellet være å sette av tid til samtale med pasienten. Sykepleier bør være oppmerksom på at pasienten kan oppleve situasjonen som uoversiktlig og maktfordelingen som ubehagelig, og hun må være til stede for pasientens bekymringer så langt det lar seg gjøre. Worster og Holmes (2008) skriver at muligheten for samtale med sykepleier vil kunne føre til at pasientene opplever trygghet. Dette støttes av Gräwe et al. (2010) som sier at preoperativ informasjon kan gi pasienten en følelse av mestring og kontroll. På denne måten styrker man pasientens kunnskaps- og kontrolltrygghet (Blix & Breivik, 2006, s. 77).

### **Konsekvenser av fast-track for informasjon**

ERAS-metoden sikter mot å redusere liggedøgn, samt behovet for hospitalisering. Ved å bruke denne metoden sies det at rehabiliteringen blir både raskere og tryggere, da risikoen for komplikasjoner reduseres (Aarts et al., 2012). Dette kan både få positive og negative konsekvenser for pasienten. På den ene siden kan det tenkes at det perioperative forløpet blir så effektivt at pasienten ikke får muligheten til å ta inn over seg hva som skjer. Til tross for at det ofte er ventetid mellom diagnose og operasjon, kan pasientene oppleve hastigheten i forløpet som overveldende, uten tid til å reflektere over eller tilpasse seg diagnosen eller behovet for kirurgi. På den andre siden vil et hurtig forløp gi raskere behandling, og pasientene vil slippe å kvi seg i lang tid til det de har i vente. Dette viser at pasientenes behov for refleksjon og tilpasning er ulikt, og det krever fokus på individuell tilnærming.

Man kan spørre seg om det er rom for individuell tilnærming og trygghetskapende tiltak i ERAS-modellen. Som nevnt består ERAS-modellen av en mengde pre-, per- og postoperative tiltak, og samlet skal disse kunne optimalisere den perioperative behandlingen (Short et al., 2017). Pasientene følger dermed et ferdiglaget opplegg med faste elementer. Det finnes variasjoner ved hvert behandlingssted i forhold til hvilke elementer som inkluderes. I studien av Aarts et al. (2012) finner de at flere av disse elementene vil kunne redusere liggedøgn, men at preoperativ veiledning er blant de med tydeligst effekt. God preoperativ informasjon og veiledning, i tillegg til kontinuerlig oppfølging, vil også kunne betydelig redusere

sykehusets kostnader (Håvard Mjørud Forsmo, 2017). Studien av Forsmo et al. (2016) finner at presis perioperativ informasjon om hver enkelt pasients forventninger og kontinuerlig oppfølging er en viktig faktor for å redusere liggedøgn. Den preoperative informasjonen i ERAS bør inkludere pasientens forventninger til smerte og informasjon om den postoperative smertelindringen. Kontinuerlig veiledning og gjentakning av detaljer av erfarne helsepersonell gjennom hele behandlingsløpet er viktig for å motivere pasienten til å følge ERAS programmet, og det er tydelig at de pasientene som får god veiledning følger programområdene mer nøye (Håvard Mjørud Forsmo, 2017).

Det kan tenkes at den preoperative informasjonen og veiledningen i ERAS vil gi pasienten den motivasjonen, tryggheten og kunnskapen de trenger for å bedre kunne ta kontroll over sin egen behandling. Studien av Aarts et al. (2012) skriver at dette vil øke pasientenes egen autonomi. Dette kan diskuteres, da pasientenes medbestemmelse ikke direkte økes ved å benytte ERAS-modellen. Pasientene råder ikke over hvilke elementer som skal inkluderes eller ikke, men de styrer i hvilken grad de selv ønsker å utføre dem. Forsmo et al. (2016) antar at graden av hvor dedikerte pasientene er påvirker rekonvalesensen og tiden det tar før utskrivelseskriteriene er nådd. Derfor er det viktig at sykepleier legger frem for pasienten at egeninnsats er viktig i den postoperative fasen, samt motiverer pasienten til å ta kontroll over sin egen behandling. Dette, sammen med individuell tilnærming og kontinuerlig oppfølging vil kunne bidra til at forløpet ikke føles så overveldende.



## 5.4 Implikasjoner for sykepleie

En av hovedoppgavene til sykepleiere er å veilede og gi informasjon. I veiledningen kan sykepleieren kartlegge pasientens forventninger og forhåpninger, og dermed blir det en essensiell del av behandlingen. Det legger grunnlaget for samarbeid, samt for et individuelt tilpasset behandlingsforløp. Dersom pasienten ikke får tilstrekkelig informasjon kan det føre til engstelse som kan forverre den postoperative smerteopplevelsen. Dette har vi sett at kan gi større risiko for komplikasjoner og lengre liggetid, og som en konsekvens av dette kommer større utgifter for helsevesenet. Informasjon og veiledning kan gagne alle ledd av helsesektoren dersom den blir gitt på en god måte. Derfor anbefaler vi at sykepleier skal fokusere mer på, samt avsette mer tid til den perioperative informasjonen og veiledningen. Det kan tenkes at informasjon som tiltak iverksettes i varierende grad på de forskjellige kirurgiske sengepostene. Det bør derfor analyseres, evalueres og kartlegges hvorvidt veiledning og informasjon gjennomføres på disse avdelingene, samt måles effekten av dem. Dette uttrykker et behov for mer forskning på området.

Artiklene som brukes i denne studien er alle hentet fra vestlige land og det er tenkelig at de kan implementeres i Norge. Det ble nødvendig å hente inn artikler utenfor Norge, da utvalget av norske artikler var magert. Dette synliggjør et behov for mer forskning fra norske sykehus, som setter informasjon og veiledning inn i den norske konteksten.

## Konklusjon

Informasjon og veiledning om postoperativ smerte kan redusere liggedøgn hos pasienter som gjennomgår laparotomisk kirurgi for kolorektal kreft. Gjennom et individuelt tilpasset undervisningsprogram som omhandler informasjon om de postoperative smertene og smertelindringen, vil man kunne øke pasientenes trygghetsfølelse i et ellers kaotisk perioperativt forløp. Denne trygghetsfølelsen gjør det mulig for pasientene å mobiliseres tidlig, som er essensielt i effektiviseringen, samt i kvalitetshevingen av den postoperative rehabiliteringen. Samtidig kan det tenkes at denne tryggheten skaper en visshet hos pasienten om at han vil klare seg hjemme, og dette reduserer engstelsen for hjemreisen. Slik er informasjon med på å redusere liggedøgn.

Som nevnt innledningsvis går utviklingen i helsesektoren stadig i retning effektivisering og kostnadsbesparelse. Til tross for det man gjerne skulle tro finner denne studien at denne utviklingen er gunstig for pasienten, såfremt for helseforetakene, men bare dersom tiltakene blir implementert på riktig måte. Informasjon og veiledning står sentralt både i ERAS-modellen og i sykepleierens ansvarsområde, men er tidkrevende i den hektiske hverdagen. Derfor er det nødvendig å analysere, evaluere og kartlegge hvorvidt veiledning og informasjon gjennomføres på alle kirurgiske avdelinger i Norge. Dette vil også gi oss et bredere utvalg av norsk forskning som setter informasjon og veiledning inn i den norske konteksten.

## Litteraturliste

- Aarts, M.-A., Okrainec, A., Glicksman, A., Pearsall, E., Charles Victor, J. & McLeod, R. (2012). Adoption of enhanced recovery after surgery (ERAS) strategies for colorectal surgery at academic teaching hospitals and impact on total length of hospital stay. *And Other Interventional Techniques Official Journal of the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) and European Association for Endoscopic Surgery (EAES)*, 26(2), s. 442-450. doi:10.1007/s00464-011-1897-5
- Baratta, L. J., Schwenk, S. E. & Viscusi, R. E. (2014). Clinical Consequences of Inadequate Pain Relief: Barriers to Optimal Pain Management. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(4S-2 Current Concepts in Pain Management in Plastic Surgery), s. 15S-21S. doi:10.1097/PRS.0000000000000681
- Bernstein, J. (1978). *Forandring og stress*. Oslo: Univ.forl.
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M., G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg., s. 309-373). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blix, E. S. & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie : om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bondevik, H. & Engebretsen, E. (2018). Kunnskapsbasert medisin. Hentet 29.04.19 fra [https://sml.snl.no/kunnskapsbasert\\_medisin](https://sml.snl.no/kunnskapsbasert_medisin)
- Bondevik, M. (2002). Mellom avhengighet og selvhjulpenhet. I I. T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brown, C., Constance, K., Bédard, D. & Purden, M. (2013). Colorectal Surgery Patients' Pain Status, Activities, Satisfaction, and Beliefs about Pain and Pain Management. *Pain Management Nursing*, 14(4), s. 184-192. doi:10.1016/j.pmn.2010.12.002
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

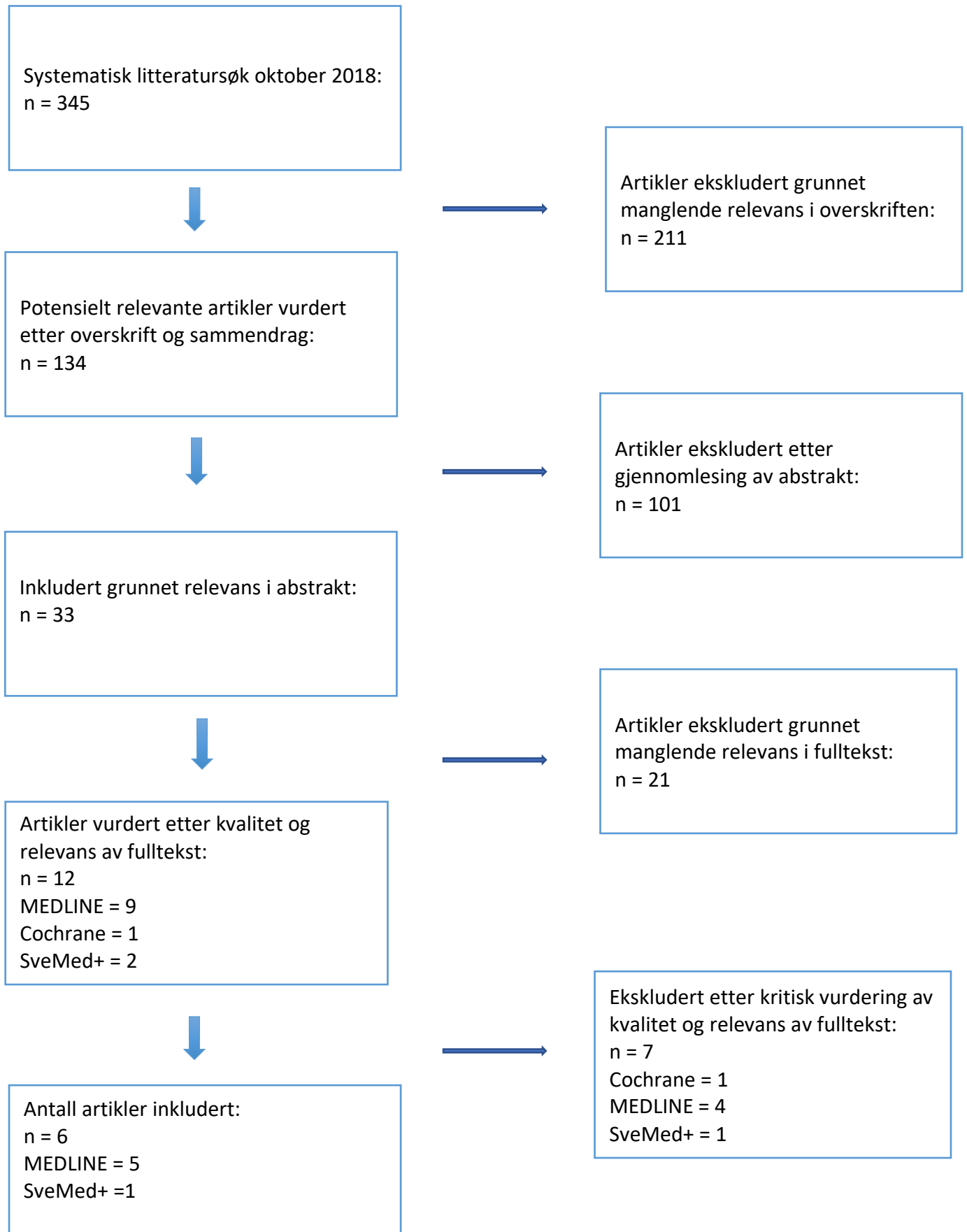
- Finmarkssykehuset. (2017). Ordforklaringer. Hentet fra <https://finmarkssykehuset.no/om-nettstedet/ordforklaringer#liggedøgn>
- Folkehelseinstituttet. (2014). Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forsmo, H. M. (2017). Enhanced recovery after colorectal surgery – a randomized study of optimized perioperative treatment with an emphasis on patient counselling: The University of Bergen.
- Forsmo, H. M., Pfeffer, F., Rasdal, A., Østgaard, G., Mohn, A. C., Körner, H. & Erichsen, C. (2016). Compliance with enhanced recovery after surgery criteria and preoperative and postoperative counselling reduces length of hospital stay in colorectal surgery: results of a randomized controlled trial. *Colorectal Disease*, 18(6), s. 603-611. doi:10.1111/codi.13253
- Gabrielsen, A. K. & Nord, R. (2012). Kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(01), s. 15-27.
- Gräwe, J. S., Mirow, L., Bouchard, R., Lindig, M. & Hüppe, M. (2010). Impact of preoperative patient education on postoperative pain in consideration of the individual coping style. *Organ der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, der Österreichischen Schmerzgesellschaft und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie*, 24(6), s. 575-586. doi:10.1007/s00482-010-0994-z
- Grønnestad, B. K. & Blystad, A. (2004). Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. — En kvalitativ studie. *Nordic Journal of Nursing Research*, 24(4), s. 4-8. doi:10.1177/010740830402400402
- Harris, A. & Ursin, H. (2012). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. utg., s. 159-171)Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2016). Brokk. Hentet 03.04.19 fra <https://helsenorge.no/sykdom/mage-og-tarm/brokk>
- Holm, S. G. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie : med dagkirurgi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.

- Kaasa, L. (2013). Sykepleie til pasienter som skal opereres. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken : 3 : Utøvelse av klinisk sykepleie* (2. utg., s. 36-103). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kehlet, H. & Wilmore, D. W. (2005). Fast-track surgery. *British Journal of Surgery*, 92(1), s. 3-4. doi:10.1002/bjs.4841
- Kreftlex. (2019). Informasjon til deg som er operert for sarkom i magen. Hentet 03.04.19 fra <http://kreftlex.no/Blotvevsarkom-i-buk-og-bekken/ProsedyreFolder/OPPFOLGING/sarkom-oppfolging-etter-opr-mage?lg=ks&CancerType=Sarkom%20Abdomen&containsFaq=False>
- Kreftregisteret. (2017). Cancer in Norway. Hentet 20.05.19 fra [www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no)
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A. & Nortvedt, F. (2011). *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lunn, T. H., Mathiesen, O. & Dahl, J. B. (2013). Postoperative smerter. I T. Staehelin Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter : baggrund, evidens, behandling* (3. utg., s. 177-200). København: FADL.
- Molven, O. (2015). Pasienters og brukeres rettigheter og plikter. I E. K. Grov, I. M. Holter & K. C. Toverud (Red.), *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 70-106). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Mæhre, E. (2018). WHO's smertetrapp. Hentet 29.04.19 fra [https://sml.snl.no/WHOs\\_smertetrapp](https://sml.snl.no/WHOs_smertetrapp)
- NSF. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Short, H. L., Heiss, K. F., Burch, K., Travers, C., Edney, J., Venable, C. & Raval, M. V. (2017). Implementation of an enhanced recovery protocol in pediatric colorectal surgery. *Journal of Pediatric Surgery*, 53(4)doi:10.1016/j.jpedsurg.2017.05.004
- SSB. (2018). Befolkning. Hentet 29.04.19 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/05810/chartViewLine/>
- Stubberud, D.-G. & Nilsen, C. (2010). Sykepleie ved sykdommer i mage-tarm-kanalen. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Ursin, H. & Eriksen, H. R. (2004). The cognitive theory of stress. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), s. 567-592. doi:10.1016/S0306-4530(03)00091-X Hentet fra [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00091-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00091-X)
- VIKO. (2015). Finne kilder - Hvordan være kildekritisk? Hentet 19.05.19 fra <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Finne+kilder#section-Finne+kilder-Hvordan+være+kildekritisk?>
- Wahl, A. K. & Rustøen, T. (2008). *Ulike tekster om smerte : fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Worster, B. & Holmes, S. (2008). The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: A phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(5), s. 418-424. doi:10.1016/j.ejon.2008.05.007
- Wøien, H. & Strand, A. C. (2008). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I A. K. Wahl & T. Rustøen (Red.), *Ulike tekster om smerte : fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Øverlie, A. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft i fordøyelsesorganene. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken : 3 : Utøvelse av klinisk sykepleie* (2. utg., s. 403-442). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Øverlie, A. (2019). Sykepleie til pasienter med kreft i fordøyelsesorganene. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie : sykepleieboken 3* (3. utg., s. 401-426). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Flytskjema



## Vedlegg 2: PICO

*Problemstilling:*

*Kan informasjon og veiledning om postoperativ smerte redusere liggedøgn hos pasienter som gjennomgår laparotomisk kirurgi for kolorektal kreft?*

<b>Population/patient/ problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison</b>	<b>Outcome</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colorectal surgery</li> <li>• Colorectal cancer</li> <li>• Laparotomy</li> <li>• Abdominal surgery</li> <li>• Elective surgical procedures</li> <li>• Colonic diseases/ Rectal diseases</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information/ Preoperative information</li> <li>• Counselling</li> <li>• Postoperative care</li> <li>• Pain management</li> <li>• Postoperative pain management</li> <li>• Digestive System Surgical rehabilitation</li> <li>• Enhanced recovery after surgery</li> <li>• Fast-track surgery</li> <li>• Patient education</li> <li>• Preoperative care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standard care vs. extended counselling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Length of stay</li> <li>• Total hospital stay</li> <li>• Shorter postoperative period</li> <li>• Recovery of function</li> <li>• Patient satisfaction</li> </ul>



### Vedlegg 3: Søkehistorikk

Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjonsord	Antall treff	Antall utvalgte artikler
13.09.18	MEDLINE	Colorectal surgery OR abdominal surgery AND length of stay OR total hospital stay AND ERAS	190	2
23.10.18	SveMed+	Preoperative care AND postoperative period OR postoperative pain AND patient satisfaction	4	1
23.10.18	MEDLINE	Colorectal surgery AND length of stay OR total hospital stay AND ERAS OR counselling	23	2
12.11.18	Cochrane	Colonic disease OR colorectal surgery AND length of stay AND pain postoperative AND recovery of function	39	0
12.11.18	MEDLINE	Colonic disease OR colonic diseases OR colorectal surgery AND length of stay AND recovery of function AND perioperative care	57	1

## Vedlegg 4: Litteratormatrise

Side 1 av 5

Forfatter Publiseringsår Tidsskrift Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater	Redegjort for etiske overveielser
Aarts, M., Okrainee, A., Glicksman, A., Pearsall, E., Victor, J. C., Mcleod, R. S.  2011  Springer Science+Business Media  Canada	<i>Adoption of enhanced recovery after surgery (ERAS) strategies for colorectal surgery at academic teaching hospitals and impact on total length of hospital stay</i>	Studiens hensikt var å fastsette hvilke tiltak i ERAS som bidrog til å redusere postoperative komplikasjoner, få en raskere rekonvalesenstid og et kortere sykehusopphold for pasienter som gjennomgår elektive operasjoner for kolorektal kreft.	Retrospektiv kohortstudie. Samlet inn 50 pasientjournaler fra hverta av de 7 sykehusene ved bruk av Canadian Classification of Interventions (CCI) kode systemet. Det ble uthentet anonymisert data brukt en multiregresjonsanalyse for å finne resultatene.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Over 18 år.</li> <li>- Elektiv operasjon for kolorektal kreft.</li> <li>- 336 inkluderte pasienter</li> <li>- Ekskluderte: pasienter med ikke-opererbar tumor/ palliative pasienter.</li> </ul>	<p>Veiledning angående tidlig utskrivelse ble implementert i 41% av tilfellene. Gjennomsnittlig lengde på sykehusopphold (LoS, Length of stay) var 6,5 dager. 40% lå inne i 5 dager eller mindre</p> <p><b>Bivariate analyse:</b> en av strategiene som hadde betydelig sammenheng med LoS var veiledning (p&lt;0.05).</p> <p><b>Multivariate analyse:</b> en av strategiene som hadde betydelig sammenheng med LoS var veiledning (OR 1.26; 95% CI, 1.15-1.37)</p> <p>Av pasientene som fikk preoperativ veiledning var det 80 pasienter som ble utskrevet før 5 dager, sammenlignet med 55 pasienter som ikke fikk veiledning preoperativt.</p>	Fikk "research ethics board approval" fra hvert av sykehusene før påbegynnelse av studien.

Side 2 av 5

<p>Brown, C., Constance, K., Bédard, D. &amp; Purden, M. 2013 The American society for Pain Management Nursing Canada</p>	<p><i>Colorectal surgery patient's pain status, activities, satisfaction and beliefs about pain and pain management</i></p>	<p>Den har som hensikt å kartlegge pasienters smertenivå og dets påvirkning på de postoperative aktivitetene hos pasienter innlagt for kirurgi for kolorektal kreft. Samtidig kartlegges pasientenes forventninger og holdninger, samt tilfredshet med smertelindringen.</p>	<p>Kvantitativ studie der det ble brukt et bekvemmelighetsutvalg bestående av pasienter som gjennomgikk colorectal kirurgi på et stort universitetssykehus.  Det ble brukt spørreskjema for å innhente informasjon; (APS-POQ) - 16 spm.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 deltakende.</li> <li>- Engelsk/fransktalende.</li> <li>- Fra 37-86 år.</li> <li>- 27 menn, 23 kvinner.</li> <li>- Pasienter som har gjennomgått kirurgi for kolorektal kreft.</li> </ul>	<p>Pasientene oppgir generelt lav score i smerte. Pasientene som forventet mye smerter og som hadde realistiske forventninger til smertene, var mer fornøyd med smertebehandlingen postoperativt. Verste smerte oppsto hos de fleste ved bevegelse, mens noen opplevde verste smerte i hvile.</p>	<p>Studien er godkjent av «the Research Ethics Committee».</p>
<p>Håvard Mjørud Forsmo. 2017 The University of Bergen Norway</p>	<p><i>Enhanced recovery after colorectal surgery - a randomized study of optimized perioperative treatment with an emphasis on patient counselling</i></p>	<p>Hensikten med avhandlingen var å sette resultatene fra 4 randomiserte, kontrollerte studier opp imot hverandre og se om det finnes sammenhenger i forhold til bruken av ERAS og hvilke elementer i ERAS som påvirker liggedøgn.</p>	<p>Avhandling fra 4 randomiserte, kontrollerte studier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle pasienter i studiene er over 18 år og er pasienter som har gjennomgått kirurgi for kolorektal kreft.</li> </ul> <p>Studie 1: 234 pas. Studie 2: 122 pas. Studie 3: 154 pas. Studie 4: 164 pas.</p>	<p>Resultatene viser at ERAS reduserer lengden på sykehusopphold både hos yngre og eldre pasienter, samt hos pasienter som får en planlagt stomi. Hovedårsaken til denne reduksjonen skyldes utvidet pre- og postoperativ pasientinformasjon, utdanning og veiledning</p>	<p>Godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Vest-Norge.</p>
<p>Forsmo, H. M., Pfeffer, F., Rasdal, A., Østgaard, G., Mohn, A. C., Körner, H., Erichsen, C. 2016</p>	<p><i>Compliance with enhanced recovery after surgery criteria and preoperative and postoperative counselling reduces</i></p>	<p>Hensikten med studien var å se om lengden på sykehusoppholdet for pasienter behandlet med ERAS med et spesielt fokus på veiledning og informasjon ble redusert</p>	<p>Randomisert, kontrollert studie.  Utfallsmålet i studien var lengde på sykehusopphold.  Utskrivelseskriterier er like for</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Over 18 år</li> <li>- Pasienter som har gjennomgått elektiv åpen eller laparoskopisk kolorektal</li> </ul>	<p>Total sykehusinnleggelse (THS) var betydelig kortere blant pasientene i ERAS-gruppen i forhold til pasientene som fikk standard behandling; median 5 dager (2-50 dager) vs. 8 dager (2-48 dager). Alle utskrivelses</p>	<p>Vurdert og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Vest-Norge.</p>

Side 3 av 5

<p>Colorectal disease  Norway</p>	<p><i>length of hospital stay in colorectal surgery: results of a randomized controlled trial</i></p>	<p>sammenlignet med pasienter behandlet med den standard postoperative pleien.</p>	<p>begge gruppene.  Alle parameter som sammenlignes i studien ble observert før operasjon, på operasjonsdagen og de påfølgende dagene før utskrivelse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- operasjon for malign eller benign tumor, med eller uten stomi</li> <li>- 324 pasienter</li> </ul>	<p>kriterier ble oppnådd tidligere for ERAS pasientene. -Postoperative CRP verdier var lavere dag 2 for de som fikk standard pleie enn ERAS-gruppen.  Like utfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Varierende grad av sykелighet</li> <li>- Reinnleggelses rate</li> <li>- 30-dagers mortalitet</li> <li>- Postoperative komplikasjoner</li> <li>- reoperasjoner</li> </ul> <p>Betydelig flere pasienter i ERAS-gruppen fikk fjernet EDA kateteret 2. postoperative dag.</p>	<p>Pasientene ble informert om studien muntlig og skriftlig 1-3 uker før operasjon. Skriftlig samtykke fra pasientene.</p>
<p>Gabrielsen, A. K. &amp; Nord, R.  2012  Nordisk Sygeplejeforskning  Norge</p>	<p><i>Kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon</i></p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive en gruppe kreftpasienters erfaringer med preoperativ informasjon om hendelser i tidlig postoperativ fase. I hvilken grad pasientene opplevde preoperativ informasjon som relevant og tilstrekkelig</p>	<p>Kvalitativ studie med et utforskende, beskrivende design. Det ble innhentet informasjon i form av intervju med temaguide og båndopptaker.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasienter innlagt til planlagt abdominal kirurgi</li> <li>- Opphold på kirurgisk avd. i minst 1 døgn</li> <li>- forventet forløp</li> <li>- klar og orientert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasientene i studien fikk mye informasjon før den forestående operasjonen.</li> <li>- Funnene viste at erfaringer var sentrert rundt: 1) informasjon før operasjonen, 2) informasjon like etter operasjonen samt 3)</li> </ul>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- kunne lese og snakke norsk</li> <li>- over 18 år</li> <li>- 9 pasienter, 4 kvinner, 5 menn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uventede opplevelser som kraftløshet, heshet og forvirring.</li> <li>- Noen av pasientene var ikke forberedt på ubehag og smerter, fysisk aktivitet tidlig etter operasjonen og opplevelser knyttet til miljøet ved postoperativ avdeling.</li> <li>- Pasientene fikk i hovedsak muntlig informasjon som oftest ble gitt dagen før operasjonen.</li> <li>- Noen hadde vanskeligheter med å oppfatte all informasjon.</li> <li>- De fleste opplevde god smertelindring postoperativt.</li> </ul>	<p>Fagfellevurdert.</p> <p>Intervjuet nærmest mulig utskrivelse - i best mulig form for intervju. Informert om anonymitet.</p> <p>Samtykkeerklært.</p> <p>Vurdert og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, samt sykehusets personvernombud</p>
<p>Gräve, J. S., Mirow, L., Bouchard, R., Lindig, M. &amp; Hüppe, M.</p> <p>2010.</p> <p>Deutsche Gesellschaft</p>	<p><i>Impact of preoperative patient education on postoperative pain in consideration of the individual coping</i></p>	<p>Hensikten med studien var å se om pasientene hadde utbytte av å få preoperativ informasjon. Dette ble også sett i sammenheng med pasientens stressmestringsstrategi-er.</p>	<p>Studien er basert på et "2x2 factorial design" der de eksperimentelle faktorene er behandlingen (informasjon vs. kontrolltilstand) og stressmestring (høy vs. lav).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 96 pasienter inkludert i studien.</li> <li>- 19-75 år.</li> <li>- Gjennomgått enten kar- eller</li> </ul>		<p>Gjennomgått av etisk kommisjon. Pasientene leverte samtykke.</p>

Side 5 av 5

zum Studium des Schmerzes.  Tyskland	<i>style.</i>			buk-operasjon	De som fikk preoperativ informasjon opplevde en større reduksjon i postoperative smerte enn de som ikke fikk informasjon. Risikoen for store smerter (NRS >3) på den 3. postoperative dagen er redusert ved preoperativ informasjon. Påvirkningen av dårlig stressmestring på smerter var minimal.	
---	---------------	--	--	---------------	--	--