



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Postoperativa halsbesvär efter användandet av larynxmask

Enkätstudie

Författare: Magnus Gustafsson
Ulrika Gustafsson

Handledare: Anna Kristensson Ekwall

Magisteruppsats

Våren 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Postoperativa halsbesvär efter användandet av larynxmask

Enkätstudie

Författare: Magnus Gustafsson
Ulrika Gustafsson

Handledare: Anna Kristensson Ekwall

Magisteruppsats

Våren 2013

Abstrakt

Postoperativa halsbesvär är vanligt förekommande och orsakar stort obehag hos patienten. I denna kvantitativa enkätstudie jämfördes förekomst och uppfattning om postoperativa halsbesvär mellan män och kvinnor efter att larynxmask använts under operation. Förekomst och intensitet av halssmärta jämfördes mellan män och kvinnor och mellan två mättillfällen, 60 minuter efter operationslut samt dagen efter operation. Jämförelse gjordes även av halsbesvär mellan män och kvinnor vid ovanstående mättillfällen och de båda grupperna fick då beskriva sina halsbesvär. I den undersökta gruppen observerades att män har mer halssmärta och halsbesvär än kvinnor vid båda mättillfällena. Frekvensen av halssmärta och halsbesvär var högre dagen efter operation jämfört med 60 minuter efter operation bland både män och kvinnor i den undersökta gruppen. Intensiteten i upplevd halssmärta hade däremot ökat enbart hos kvinnorna. Inga av de observerade skillnaderna var signifikanta. Det halsbesvär som flest upplevde var torrhets känsla i halsen. Huruvida patienter får någon preoperativ information om att halssmärta/halsbesvär kan förekomma efter larynxmask eller om de anser det vara ett problem med utebliven information kvarstår obesvarat.

Nyckelord

Larynxmask, Halssmärta, Halsbesvär, Dagkirurgi, Patientens uppfattning, Preoperativ information

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	3
Larynxmaskens historik och utveckling	3
Larynxmasken och dess användningsområden	4
Styrdokument och teoretiska utgångspunkter	5
Patientens upplevelse av halsbesvär postoperativt	6
Upplevelser av halssmärta hos män och kvinnor	7
Syfte	8
Metod	8
Urval av undersökningsgrupp	8
Inklusions och exklusionskriterier	8
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	10
Enkätformulär	10
Genomförande av datainsamling	11
Genomförande av databearbetning	11
Etisk avvägning	12
Resultat	12
60 minuter efter operation	13
Uppföljning dagen efter operation	14
Öppna frågor	16
Diskussion	17
Diskussion av vald metod	17
Diskussion av framtaget resultat	20
Postoperativ halssmärta och halsbesvär	20
Upplevelser av halssmärta hos män och kvinnor	21
Dagkirurgisk verksamhet	22
Konklusion	23
Referenser	25
Bilaga 1	29

Problembeskrivning

Postoperativa halsbesvär såsom halsont och heshet är vanligt förekommande och orsakar stort obehag hos patienten. Det kan påverka patientens upplevelse av vårdförloppet och hindra det dagliga livets aktiviteter (McHardy & Chung, 1999; Higgins, Chung & Mezei, 2002).

Halsbesvär kan i vissa fall vara svårare för patienten att uthärda än smärtan från operationssåret (Lagerkranser, 2011). Ett flertal studier har visat att användandet av endotrakealtub och larynxmask kan ge halsbesvär i det postoperativa förloppet (Mizutamari et al., 2004; Rieger et al., 1997; Joe et al. 2012; Kiran, Goel, Singhal, Gupta & Bhardwaj, 2012; Yu & Beirne, 2010). Dock förekommer ett fåtal renodlade studier av halsont efter larynxmask. I ett flertal studier av halsbesvär efter endotrakeltub rapporteras att förekomsten är hög hos kvinnor (Higgins, Chung & Mezei, 2002; Jaensson, Gupta & Nilsson, 2012; Jaensson, Olowsson, Nilsson, 2010). Vi blev intresserade av att undersöka om kvinnor i högre utsträckning än män upplevde halssmärta/halsbesvär efter användandet av larynxmask.

Med tanke på de senaste årens expansion av dagkirurgisk verksamhet är det motiverat att undersöka patienters erfarenheter från denna verksamhet. Genom att ta del av deras erfarenheter kan kvaliteten höjas på såväl medicinska bedömningar, patienternas tillfredsställelse samt kliniska resultat (Macario, Weinger, Carney & Kim, 1999).

I och med utvecklingen av en alltmer slimmad vårdapparat ökar antalet polikliniska operationer och dagkirurgiska patienter (Berg, Kjellgren, Unosson & Årestedt, 2012). Tack vare de senaste årens ökning av dagkirurgioperationer har ett ökat intresse riktats mot mindre komplikationer hos den opererade patienten som t.ex halsbesvär (Higgins, Chung & Mezei, 2002; Joshi, 2001; Nott, Noble & Parmar, 1998). Hos dagkirurgipatienterna används idag larynxmask i stor utsträckning, då det visat sig att intubering som rutin till elektiva patienter kan orsaka postoperativa halsbesvär i större utsträckning än nödvändigt (McHardy & Chung, 1999; Yu & Beirne, 2010).

I den nationella litteraturen finns det rapporterat om postoperativ smärta, postoperativt illamående och oro/ångest hos dagkirurgipatienterna men kunskap om omfattningen av postoperativa halsbesvär efter larynxmask saknas (Rosén, Bergh, Odén & Mårtensson, 2011; Rosén, Bergh, Lundman & Mårtensson, 2010; Berg, Kjellgren, Unosson & Årestedt, 2012).

Bakgrund

Larynxmaskens historik och utveckling

Anestesiologen Archie Brain, började vid sin tid som universitetslärare på Royal London Hospital i början av 1980-talet, att undersöka hur man på ett bättre sätt än de två rådande kunde upprätthålla fri luftväg på patienten under operation. Vid denna tidpunkt kunde man hos patienten uppnå detta genom nasal eller oral intubation eller med hjälp av ansiktsmask och svalgtub alternativt näskantarell (Van Zundert, Brimacombe, Ferson, Bacon, Wilkinson, 2012). Enligt Brain fanns det nackdelar med båda metoderna. Intubation innebär att man skapar fri luftväg hos patienten genom att föra ner en plasttub, s.k. endotrakealtub i luftstrupen nedanför stämbandsnivå. Tuben hålls på plats genom en kuff som fylls med luft så att den ligger an mot luftstrupens slemhinna. Mot bakgrund av detta är det förstående att postoperativa halsbesvär är den vanligaste bieffekten (Lagerkranser, 2011). Intuberingen ger ett ökat sympatikuspåslag och lämpar sig därmed inte för patienter med myokardischemisk sjukdom, den utlöser svalg- och hostreflexer samt ger en ökad risk för skador på stämband och luftstrupe (Lagerkranser 2011; Brain, 1991). Andningsmaskens nackdel är enligt Brain att man blir bunden vid patienten, oförmögen att utföra andra uppgifter, som t.ex att dra upp läkemedel.

Larynxmaskens uppfinnare Brain kunde efter ett flertal studier, utförda av densamme, konstatera att larynxmasken var lätt att använda och få på plats samt tolererades väl av patienterna utan några betydande bieffekter (Brain, 1983). Sedan Brains studier i mitten av 1980-talet har det gjorts ett stort antal studier där larynxmaskens användbarhet och fördelar undersökts. Brimacombe publicerade 1995 en meta-analys över det rådande forskningsläget. I artikeln framförs att larynxmaskens fördelar gentemot endotrakealtuben omfattar användarvänligheten för ovan personal, snabbheten vid isättande för anestesipersonal, förbättrad hemodynamisk stabilitet vid induktion, lägre frekvens av hostande mot tuben samt lägre incidens av halsont hos vuxna. Enligt Yu och Beirne (2010) innebär larynxmasken ett minimalt trauma för luftstrupen.

Larynxmasken och dess användningsområden

Det var Brains studier i den övre luftvägens anatomi och fysiologi som ledde fram till utvecklingen av larynxmasken (Van Zundert, Brimacombe, Ferson, Bacon, Wilkinson, 2012). Larynxmasken tillhör kategorin supraglottiska luftvägar, vilket innebär att fri luftväg skapas ovanför struplocket och stämbandena. Larynxmasken består av två delar: en plasttub och en mask. Masken är formad likt en sked vars kanter utgörs av en uppblåsbar kuff. När larynxmasken satts i på ett korrekt sätt omsluter kuffen larynxingången och håller på så vis tätt mot omgivande mjukdelar och möjliggör fri passage genom larynx. Larynxmasken förs, då patienten är sövd, längs med gomtaket förbi tungbasen tills den distala mynningen bottenar i hypofarynx vid ingången till matstrupen (Lagerkranser, 2011).

Att etablera och upprätthålla fri luftväg på patienten är en av anestesijusköterskans huvudsakliga uppgifter under operation (Swenurse, 2013). Ett sätt att göra detta på är med hjälp av larynxmask. Larynxmaskens användningsområde har gått från att vara ett alternativt luftväghjälpmiddel vid spontanandning till att användas vid övertrycksventilation vid komplicerade operationer (Hernandez, 2012).

Vid planerad, kortvarig anestesi väljs ofta larynxmask för att hålla fri luftväg. Detta för att det uppfattas vara ett skonsammare alternativ till trakealtub (Hestnes & Espe, 2005).

Larynxmasken har inom den slutna vården sitt främsta användningsområde inom elektiv kirurgi då patienten är fastande. En kontraindikation till larynxmasken är en icke fastande patient, då det anses föreligga en ökad aspirationsrisk. Aspirationsrisken för den klassiska larynxmasken har uppskattats till att vara 1:5000 (Brimacombe & Berry, 1995). På senare år har det utvecklats ett flertal larynxmasker med en separat lumen där man kan avlasta magsäcken och därmed minska risken för regurgitation och aspiration (Hernandez, 2012; Luba & Cutter, 2010). Vid de ingrepp där man behöver säkerställa en säker luftväg pga aspirationsrisk används trakealtub (Lagerkranser, 2011).

Larynxmaskens användningsområde har genom åren utökats till ingrepp där intubering länge ansetts vara standard, såsom laparoskopier, käkkirurgi, tonsillektomier etc. Trots att det fortfarande är kontroversiellt används larynxmasken i ökande omfattning till patienter som förr ansågs olämpliga, t.ex patienter med refluxbesvär, överviktiga patienter samt vid ingrepp i bukåre (Joshi, 2001).

Utvecklingen inom den prehospitala sjukvården går mot en ökad användning av larynxmask i stället för endotrakealtub vid framför allt hjärtstopp samt då mindre erfaren personal ska säkra luftvägen (Benger, 2013; Timmermann & Russo, 2007).

Inom den dagkirurgiska verksamheten har larynxmasken fått en allt större genomslagskraft. Dess popularitet beror till stor del på användarvänligheten jämfört med ansiktsmasken och genom att man undviker flera av de problem som är associerade med endotrakealtuben, bl.a. halsont (Luba & Cutter 2010; Gupta, 2011). Dagkirurgisk verksamhet innebär elektiv kirurgi där patienten skrivs in och ut från sjukhuset samma dag. För att avgöra vilka patienter som passar för dagkirurgi, görs en bedömning av kirurgins omfattning, anestesiemetod, postoperativ smärtbehandling samt patientens lämplighet och samtycke till hemgång samma dag. Dagkirurgins ökning beror till största delen på utvecklingen av anesthesiologiska metoder och kirurgiska tekniker. Den innebär också stora samhällsekonomiska vinster och är fördelaktig för den enskilde patienten då det blir en minimal påverkan i det dagliga livet (Naalsund, Röed & Steen-Hansen, 2005).

Styrdokument och teoretiska utgångspunkter

Traditionellt har patienten inom sjukvården tilldelats en passiv roll, som mottagare av vård och omsorg vid dennes sjukdom eller skada. Dock har utvecklingen gått mot en mer aktiv patientroll, vilket innebär att patienten kräver information om sin sjukdom och sina behandlingsmöjligheter och vet sina rättigheter. Den aktiva rollen innebär ur sjukvårdens perspektiv att patienten förväntas ta ett större ansvar för sin hälsa samt i största möjliga mån utnyttja de egna resurserna för att nå ett tillfrisknande (Hanssen, 1997). En ökad befolkningens mängd och mindre ekonomiska resurser till sjukvården har också bidragit till denna utveckling. En förutsättning för att den dagkirurgiska verksamheten ska fungera optimalt är att patienten tar ett egenansvar för den postoperativa återhämtningen. Patienten förväntas kunna ta ansvar för och utföra den egenvård som krävs i sin hemmiljö (Gupta, 2011; Naalsund, Röed & Steen-Hansen, 2005).

Dorothea Orem har i sin teori om egenvård formulerat tankar kring egenvård hos patienter. Hon beskriver i den tre centrala begrepp: egenvård, egenvårdsbehov och egenvårdskrav. Egenvård menar Orem är de handlingar som individen själv tar initiativ till och utför för sin

egen skull, i syfte att främja hälsa och välbefinnande. Den är därmed förutsättningen för att upprätthålla eller återfå hälsa (Kirkevold, 2000). En mycket väsentlig del av människans förmåga att utföra egenvård är kunskapskomponenten. Förmågan att lära och att använda sig av kunskaper och färdigheter i utövandet av egenvård, är avgörande för att säkerställa hälsa och välbefinnande (Jahren Kristoffersen, 1997).

Enligt Orem finns det hos alla individer hälsorelaterade behov, vilket innebär att alla avvikelser och defekter från en persons normala funktion och välbefinnande medför ett behov hos personen att förebygga, reglera samt kontrollera dessa. Förändringar i funktionsförmåga eller i handlingsmönster och vanor i det dagliga livet, så som till exempel en operation, medför att individen upplever ett behov av att återfå sitt normala hälsotillstånd. Detta i sin tur genererar uppkomsten av en rad frågor gällande den förändrade situationen, i syfte att återta kontrollen (Kirkevold, 2000).

Information ges när patienten behöver lära sig nya färdigheter eller tillägna sig nya kunskaper för att klara sin egenvård. Sjuksköterskan behöver vara medveten om att patienten upplever sitt hälsotillstånd och sin situation utifrån sitt eget perspektiv. Patientens upplevelse av situationen och sina symptom påverkas av utbildningsgrad och bakgrundserfarenhet, värderingar och kunskap om och attityder till sjukvården. Såväl individuella vanor som den enskildes personlighet har stor betydelse för hur en person prioriterar sin egenvård. Det sätt som sjuksköterskan erbjuder vård, ska formas utifrån hänsyn till patientens personlighet och livssituation (Jahren Kristoffersen 1997; Kirkevold, 2000).

Patientens upplevelse av halsbesvär postoperativt

Undersökningar av patienters upplevelser från operation visar att kvaliteten på postoperativ smärt- och symtombehandling är av allra största vikt och är en tydlig indikator för hur man bedömer hela vårdförloppet (Bodelsson, 2011). Patientupplevda postoperativa besvär i form av smärta, illamående och kräkning är frekvent förekommande och kan vara mycket besvärande för patientens välbefinnande i det postoperativa förloppet (Bodelsson, 2011; Valeberg, 2005; Øvereng, 2005).

Enligt Tong, Chung och Wong (1997) är symptom som ont i halsen och heshet postoperativt associerade till ett ökat missnöje av anestesi som helhet. Författarna till studien menar att sjukvården därför bör utveckla effektiva strategier för att förebygga och behandla dessa symptom hos patienten för att därigenom öka välbefinnandet.

Higgins, Chung och Mezei (2002) menar att halsont är en vanlig komplikation till anestesi, som påverkar patientens tillfredsställelse efter kirurgi. Författarna till artikeln har under tre års tid undersökt postoperativt halsont hos dagkirurgipatienter. Av 5264 patienter hade 12,1 % halsont. Bland de som varit intuberade hade 45,4% halsont, 17,5 % av de med larynxmask och 3,3 % av de där ansiktsmask använts. Joshi et al. (1997) fann postoperativt halsont hos 22 % av dagkirurgipatienterna som varit intuberade och hos 9 % av de med larynxmask.

Upplevelser av halssmärta hos män och kvinnor

Smärta definieras enligt The International Association for Study of Pain (IASP), som en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse till följd av verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada. Varje individ lär sig innebörden av ordet smärta genom upplevelser tidigt i livet då man åsamkat sig vävnadsskada. Att smärta inte enbart är en sensorisk upplevelse utan också en subjektiv emotionell upplevelse betonas särskilt i definitionen (IASP, 2012).

Grady et al. (2001) och Nott, Noble och Parmar (1998), menar att de anatomiska strukturerna i halsen påverkas i olika grad hos könen på grund av skillnader i larynx och hypofarynx utformning. Denna skillnad kan vara en orsak till att frekvensen av upplevd smärta i halsen efter användandet av larynxmask skiljer sig åt mellan könen. Nott, Noble och Parmar (a a) rapporterar att kvinnor i högre utsträckning upplever halsont efter larynxmask, 11,9 % jämfört med 3,7 % av männen. Dock sänktes frekvensen av halsont bland kvinnorna till likvärdig männen då kufftrycket sänktes till det minimala för en adekvat ventilation. Med det reducerade kufftrycket var det 3,9 % av kvinnorna och 3,2 % av männen som upplevde halssmärta.

De flesta studier om postoperativa halsbesvär efter larynxmask inriktar sig på att jämföra olika fabrikat, kufftryck, appliceringsteknik etc. Studier där man fokuserar på män och

kvinnors uppfattning om och beskrivning av halsont/halsbesvär i det postoperativa förloppet är inte lika frekvent förekommande. Det behövs därför ökad kunskap om patientens uppfattning om postoperativa halsbesvär efter larynxmask.

Syfte

Syftet var att jämföra förekomst och intensitet av postoperativa halsbesvär mellan män och kvinnor efter att larynxmask använts under operation, samt beskriva deras uppfattning om dessa besvär. Syftet var även att jämföra postoperativa halsbesvär hos män och kvinnor mellan två mättillfällen, 60 minuter efter respektive dagen efter operation.

Metod

Urval av undersökningsgrupp

Studien genomfördes under våren 2013 på två pre/postoperativa avdelningar i Skåne. Ett konsekutivt urvalsförfarande användes, vilket innebar att samtliga patienter som var inplanerade för operation under den tid datainsamlingen pågick och uppfyllde inklusionskriterierna tillfrågades om att delta. Samtliga patienter som var lämpliga för studien tillfrågades under den tid som datainsamlingen pågick.

Inklusions och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för deltagande i studien var män och kvinnor över 18 år med ASA-klassificering I-II (Strand Finstad & Valeberg, 2005), där anestesilog bedömt att larynxmask skulle användas för att upprätthålla fri luftväg under operation.

ASA-klassificering används av anestesologen för att på ett enkelt sätt indela patienterna efter kondition och sjukdomstillstånd inför operation. Klassificeringsskalan är indelad från 1-5. En normal frisk person bedöms som ASA 1 och ASA 5 avser en moribund patient som ej förväntas överleva utan operation (Strand Finstad & Valeberg, 2005).

Vidare skulle patienterna skulle förstå svenska i tal och skrift samt kunna förmedla sina upplevelser. Bedömning av denna förmåga gjordes då författarna till studien presenterade sig själva och studien för patienten. Vid detta tillfälle inhämtades informerat samtycke samt telefonnummer och patienten fick fylla i första delen av enkäten med bakgrundsvariabler. 60 minuter efter operation skulle patientens vakenhetsgrad skattas till minst 14 på GCS-skalan för att patienten skulle inkluderas i studien.

En bedömning av patientens vakenhet gjordes med hjälp av Glasgow coma scale (GCS). Patientens vakenhetsgrad graderas med hjälp av ett poängsystem där en fullt vaken patient ger 15 poäng. Genom GCS bedöms och poängsätts patientens förmåga att öppna ögonen samt dennes verbala och motoriska respons. I denna enkätstudie skulle patientens vakenhetsgrad skattas till minst 14 för att patienten skulle inkluderas i studien. Enligt Hagiwara och Wireklint Sundström (2009) är GCS den skala som är mest använd inom hälso- och sjukvården för att bedöma patientens vakenhetsgrad.

Exklusionskriterier var patienter med preoperativa halsbesvär och/eller pågående halsont/heshet. Av de 45 patienter som uppfyllde inklusionskriterierna valde en person att tacka nej till att delta i studien efter muntlig och skriftlig information. Hos en patient hade endotrakealtub använts istället för planerad larynxmask under operationen. Med andra ord var det 43 patienter som fullföljde enkäten och därmed ingick i studien.

Med tanke på att första delen av enkäten fylldes i på plats med undersökaren närvarande och uppföljningen gjordes via telefon av samma undersökare, ansågs risken för ett stort bortfall vara litet. Risken för bortfall samt det uppskattade antal operationer med larynxmask togs med vid beräkningen av urvalets storlek.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Detta är en deskriptiv och analytisk enkätstudie som genomförts med en kvantitativ metod. En statistisk analys har gjorts på materialet som har testats för signifikans.

Enkätformulär

Datainsamling genomfördes med hjälp av ett enkätformulär i tre delar (bilaga 1). Litteraturen rekommenderar ett befintligt, validerat undersökningsinstrument (Polit, Beck & Hungler, 2001; Hansagi & Allebeck, 1994), men då detta ej gick att finna utformade författarna ett eget formulär. Formuläret innehöll frågor av både öppen och sluten karaktär. Syftet var att förutom förekomsten också undersöka patientens uppfattning om postoperativa halsbesvär. Av denna anledning togs öppna frågor med i formuläret. De slutna frågorna i studiens frågeformulär hade två svarsalternativ, ja eller nej.

För att kunna mäta patientens subjektiva smärtupplevelse har Numeric Rating Scale (NRS-skalan) använts i enkätformuläret. NRS-skalan är en 0-10 gradig skala där patienten graderar sin smärtintensitet med en siffra mellan 0 och 10. Ingen smärta är 0 och värsta tänkbara smärta är 10 (Jensen Hjermsstad et al. 2011).

Första delen av enkätformuläret behandlar bakgrundsvariabler, såsom kön och ålder. Andra delen behandlar patientens uppfattning om postoperativa halsbesvär 60 minuter efter användandet av larynxmask. Tredje och sista delen behandlar patientens uppfattning om eventuella halsbesvär dagen efter operation. I uppföljningen dagen efter operation undersöks också om patienten fått någon preoperativ information att halsbesvär kan förekomma postoperativt samt om personal frågat om patienten upplevde halsbesvär.

Formuläret testades på tio personer innan det användes i undersökningen, fem personer i författarnas närhet samt fem patienter på tilltänkta studieorter. Efter testningen justerades ordningsföljden på frågorna så att frågorna följde samma ordning i enkätens tre delar. Inga av de svar som noterades i testenkäten har tagits med i resultatet.

I ett flertal studier använder man sig av begreppen postoperative sore throat, sore throat, hoarseness, och dysphagia för att beskriva de halsbesvär patienter kan uppleva efter operation (McHardy & Chung, 1999; Joshi et al., 1997; Higgins, Chung & Mezei, 2002; Joshi, 2001 & Abdi et al. 2010). Vi har valt att översätta postoperative sore throat och sore throat till postoperativa halsbesvär, halsont eller halssmärta, samt hoarseness till heshet. Dysphagia har översatts till sväljningssvårigheter, vilket i enkäten motsvaras av frågan: Upplevde du att halsbesvären hindrade dig att äta eller dricka?

Genomförande av datainsamling

Godkännande från berörda verksamhetschefer inhämtades innan datainsamlingen påbörjades. Datainsamlingen genomfördes på preoperativ och postoperativ avdelning på två operationsavdelningar i Skåne, samt via telefon under tre veckors tid. Insamlingen påbörjades på den postoperativa avdelningen där ansvarig sjuksköterska meddelade vilka patienter som skulle ha larynxmask under sin operation samt vilken tid de skulle komma till den preoperativa avdelningen för inskrivningssamtal. Vid ankomst till den preoperativa avdelningen, tillfrågades patienterna av författarna till studien, om att delta i studien. Deltagarna i studien blev informerade muntligt och skriftligt innan informerat samtycke och telefonnummer för uppföljning inhämtades. Första delen av enkäten, som innehöll bakgrundsvariabler besvarades vid detta tillfälle.

Två mättillfällen valdes för att undersöka förekomsten av postoperativa halsbesvär. Första mätningen utfördes 60 minuter efter avslutad operation på uppvakningsavdelningen. Författarna till studien delade ut enkäten till patienten och var också tillgängliga för att kunna svara på eventuella frågor. Det andra mättillfället var dagen efter operation då patienten ringdes upp av samma person som utfört den första mätningen. Vid uppföljningen dagen efter lästes frågorna i enkäten upp och svaren noterades i enkätens sista del.

Genomförande av databearbetning

Materialet bearbetades med hjälp av SPSS (Wahlgren, 2008). Vid jämförelse av förekomst av halsbesvär hos män och kvinnor användes Chi-två test för att identifiera signifikanta

samband. Variabeln kön användes för att dela upp urvalet i grupper som sedan jämfördes. För att pröva signifikanta skillnader i män och kvinnors skattning av halssmärta med hjälp av NRS-skalan användes Mann-Whitneytest. Då jämförelse gjordes av intensitet i halssmärta mellan de två mättillfällena användes Wilcoxon-test. För att jämföra andelen män och kvinnor som upplevde halssmärta 60 minuter efter operation med dagen efter användes McNemartest. I resultatet har ett p-värde $\leq 0,05$ tolkats som statistiskt signifikant.

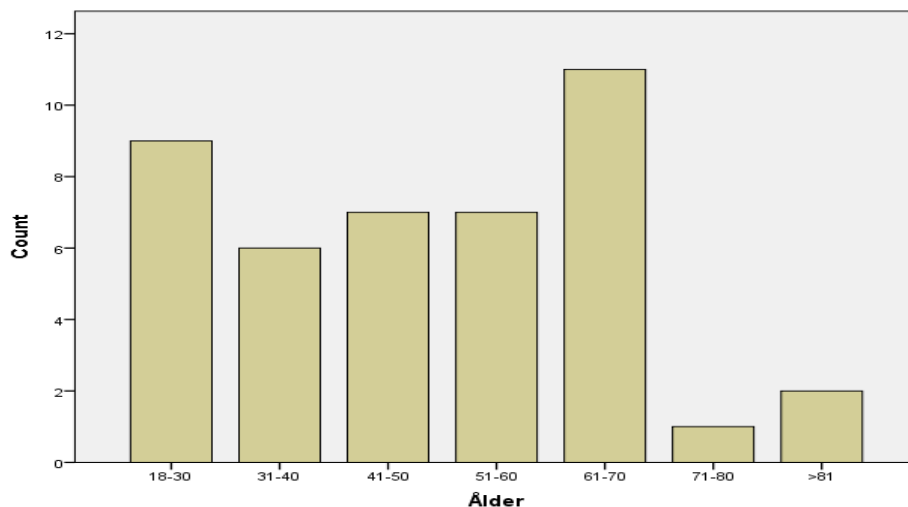
Etisk avvägning

Ett rådgivande erhöles från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Medicinska fakulteten, Lunds Universitet (Dnr 41-13) innan studien påbörjades. Deltagarna i studien blev informerade muntligt och skriftligt om att det var frivilligt att delta i studien och att de när som helst kunde avbryta undersökningen utan att ange någon orsak. De informerades också om att det inte skulle komma att påverka deras vård, huruvida de deltog eller ej. Informerat skriftligt samtycke att delta erhöles av samtliga patienter. De informerades om att uppgifterna endast skulle användas i avsedd studie och att allt datamaterial avidentifierades och förvarades på en säker plats så att ingen obehörig kunde ta del av den. Efter studiens avslut kommer datamaterialet att förstöras.

Resultat

Antalet deltagare i studien var 43 personer, varav 49 % (n=21) män och 51 % (n=22) kvinnor. Anestesilängden i undersökningsgruppen var i genomsnitt 78 minuter (min=30, max=155, SD=27,6). Åldersfördelningen bland patienterna indelat i åldersgrupper 18-30 (n=9), 31-40 (n=6), 41-50 (n=7), 51-60 (n=7), 61-70 (n=11), 71-80 (n=1), >81 (n=2), se figur 1.

Figur 1. Åldersfördelning



60 minuter efter operation

Totalt uppgav 18,6 % (n=8) att de upplevde halssmärta 60 minuter efter att larynxmask använts under operation, 13,6 % (n=3) av kvinnorna och 23,8 % (n=5) av männen. Vid Chi-tvåtest var resultatet ej signifikant. Halssmärta intensitet skattades hos båda könen mellan 1 och 3 på NRS-skalan (median 1,5). Medianen hos kvinnorna var 1 och hos männen 2. Av kvinnorna uppgav 9,1 % NRS 1 och 4,5 % NRS 3. Av männen uppgav 9,5 % NRS 1, 4,8 % NRS 2 samt 9,5 % NRS 3. Mann-Whitneytest på halssmärta intensitet gav ingen signifikans.

Vid samma mättillfälle var det totalt 25,6 % (n=11) av patienterna som upplevde heshet. 28,6 % (n=6) av männen och 22,7 % (n=5) av kvinnorna upplevde detta besvär. Ingen statistiskt signifikant skillnad mellan könen fanns vid Chi-tvåtest (tabell 1).

På frågan om patienten upplevde andra halsbesvär svarade 28,6 % (n=6) av männen och 27,3 % (n=6) av kvinnorna ja på denna fråga. Det sammanlagda antalet patienter som upplevde halsbesvär 60 minuter efter operation var 27,9 % (n=12). Skillnaden var ej signifikant vid Chi-tvåtest (tabell 1).

Sammanlagt upplevde 69,8 % (n=30) av patienterna smärta någon annanstans än i halsen. Vid jämförelse mellan könen var det 71,4 % (n=15) av männen som svarade ja på denna fråga

och 68,2 % (n=15) av kvinnorna. Chi-tvåtest visade inte någon statistisk signifikans mellan män och kvinnor (tabell 1).

Tabell 1. Män och kvinnors upplevelse av heshet, halsbesvär och smärta någon annanstans 60 min efter operation

	Män % (n)		Kvinnor % (n)		Totalt % (n)		P*
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	
Heshet	28,6 (6)	71,4 (15)	22,7 (5)	77,3 (17)	25,6 (11)	74,4 (32)	NS
Halsbesvär	28,6 (6)	71,4 (15)	27,3 (6)	72,7 (16)	27,9 (12)	72,1 (31)	NS
Smärta annanstans	71,4 (15)	28,6 (6)	68,2 (15)	31,8 (7)	69,8 (30)	30,2 (13)	NS

*p-värde = Chi-tvåtest skillnad mellan män och kvinnor

NS = Not significant

Uppföljning dagen efter operation

Vid skattning av halssmärta med hjälp av NRS-skala dagen efter användandet av larynxmask, upplevde totalt 37,2% (n=16) halssmärta, jämfört med efter 60 minuter, då 18,6 % (n=8) uppgav att de hade halssmärta. 42,9 % (n=9) av männen och 31,3 % (n=7) av kvinnorna upplevde smärta i halsen dagen efter operation. Med andra ord hade andelen män som upplevde halssmärta ökat från 23,8 % (n=5) till 42,9 % (n=9) och andelen kvinnor från 13,6 % (n=3) till 31,3 % (n=7) från första till andra mättillfället. Således sågs den största ökningen hos kvinnorna. McNemartest gav ingen signifikans.

Vid detta mättillfälle skattade männen sin upplevda halssmärta till mellan 1 och 3 på NRS-skalan (median 2,0) och kvinnorna till mellan 1 och 5 (median 3,0). Totalt hos båda könen var medianen 2,0. Mann-Whitneytest gav inte någon signifikans. Intensiteten i upplevd halssmärta hade ökat hos kvinnorna men ej hos männen jämfört med föregående mättillfälle. Wilcoxontest utfördes för att hitta signifikanta skillnader mellan de två mättillfällena men gav ingen signifikans.

Totalt upplevde 23,3 % (n=10) sig hesa dagen efter operation jämfört med 25,6 % (n=11) 60 minuter efter operation. Jämförelsen mellan män och kvinnor dagen efter operation visade att 19 % (n=4) av männen och 27,3 % (n=6) av kvinnorna upplevde sig hesa. Upplevelse av heshet hade inte förändrats nämnvärt från föregående mättillfälle då 28,6 % (n=6) av männen

och 22,7 % (n=5) av kvinnorna rapporterade heshet (tabell 2). McNemartest gav ingen signifikans.

Dagen efter operation upplevde totalt 37,2 % (n=16) någon form av halsbesvär, jämfört med efter 60 minuter då 27,9 % (n=12) rapporterade detta. Av männen var det 38,1 % (n=8) och av kvinnorna var det 36,4 % (n=8) som upplevde halsbesvär vid detta mättillfälle. Vid jämförelse med mätningen efter 60 minuter då 28,6 % (n=6) av männen och 27,3 % (n=6) av kvinnorna upplevde halsbesvär gav inte McNemartest någon statistisk signifikans (tabell 2). Frekvensen av halsbesvär hade ökat bland båda grupperna från första till andra mättillfället.

Vid mätningen dagen efter operation upplevde totalt 67,4 % (n=29) smärta någon annanstans än i halsen, jämfört med 69,8 % (n=30) 60 minuter efter operation. Andelen män som upplevde smärta någon annanstans än i halsen var vid detta mättillfälle 61,9 % (n=13) och andelen kvinnor var 72,7 % (n=16). Andelen som upplevde smärta någon annanstans hade inte ökat nämnvärt i någon av grupperna jämfört med första mätningen då 71,4 % (n=15) av männen och 68,2 % (n=15) av kvinnorna upplevde detta (tabell 2). McNemartest gav ingen signifikans.

Tabell 2. Män och kvinnors upplevelse av heshet, halsbesvär och smärta någon annanstans dagen efter operation

	Män % (n)		Kvinnor % (n)		Totalt % (n)		P*
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	
Heshet	19,0 (4)	81,0 (17)	27,3 (6)	72,7 (16)	23,3 (10)	76,7 (33)	NS
Halsbesvär	38,1 (8)	61,9 (13)	36,4 (8)	63,6 (14)	37,2 (16)	62,8 (27)	NS
Smärta annanstans	61,9 (13)	38,1 (8)	72,7 (16)	27,3 (6)	67,4 (29)	32,6 (14)	NS

*p-värde = Chi-tvåtest skillnad mellan män och kvinnor

NS = Not significant

På frågan om de förekomna halsbesvären hindrade patienterna att äta och dricka svarade samtliga män nej. Bland kvinnorna var det endast en patient som upplevde måttligt besvär när hon åt eller drack.

Vad gällde huruvida patienten fått någon preoperativ information att halsbesvär kunde förekomma var resultatet det omvända, ingen av kvinnorna uppfattade att de blivit

informerade om att dessa besvär existerade. Hos männen var det tre personer som ansåg att de blivit informerade.

På frågan om patienten upplevde att personal på uppvakningsavdelningen frågat om halsbesvär förekom, svarade en man ja.

Öppna frågor

Svaren på de öppna frågorna i enkäten är sammanställda för att skildra patienternas upplevelse av förekomna halsbesvär 60 min efter samt dagen efter larynxmask använts under operation (tabell 3 och tabell 4). Det besvär som framgår mest frekvent är att patienterna upplever torrhet i halsen. En del beskriver det som att något varit i halsen och känner sig retade och tjocka i halsen. Sammanlagt upplever 12 patienter besvär från halsen 60 minuter efter operation, sex kvinnor och sex män. Dagen efter är det totalt 15 patienter som klagar på halsbesvär, sju kvinnor och 8 män. Sju patienter som inte upplevde några besvär 60 minuter efter operation uppger besvär dagen efter.

Tabell 3. Kvinnors upplevelser av halsbesvär

	60 min	Dagen efter
1	<i>Lite torr och sträv</i>	
2	<i>Lite sårig i halsen, svullen, svårt att svälja</i>	<i>Hosta, svidningar</i>
3	<i>Torr, harklig</i>	<i>Torr i halsen</i>
4	<i>Torrhet i halsen</i>	<i>Brännande känsla, svullen i svalget</i>
5	<i>Torr i halsen</i>	<i>Känns som halsfluss, börjar gå över</i>
6	<i>Lite tjock i halsen</i>	<i>Inga direkta besvär men lite retad</i>
7		<i>Tjock i halsen igår och idag</i>
8		<i>Sträv i halsen</i>

Tabell 4. Mäns upplevelser av halsbesvär

	60 min	Dagen efter
1	<i>Stram i halsen</i>	
2	<i>Skrovlig i halsen</i>	
3	<i>Torr</i>	
4	<i>Känns som det varit något i halsen</i>	<i>Inga direkta besvär men haft något i halsen</i>
5	<i>Haft något i halsen</i>	<i>Obehag i halsen känns lite när jag dricker</i>
6	<i>Torr i halsen</i>	<i>Torr i halsen</i>
7		<i>Känns när jag sväljer</i>
8		<i>Lite tjock höger sida</i>
9		<i>Lite svårare att svälja, lite svullen</i>
10		<i>Torr och skrovlig, bättre efter måltid</i>
11		<i>Inga jättebesvär men känns att något varit i halsen</i>

Diskussion

Diskussion av vald metod

För att svara på uppställd frågeställning har en enkät konstruerats med utgångspunkt från tidigare studier som har undersökt postoperativa halsbesvär (Mizutamari et al. 2004; Rieger et al. 1997; Zegerman, Ezri och Weinbroum, 2008). Litteraturen rekommenderar ett befintligt undersökningsinstrument för att säkerställa undersökningens reliabilitet och validitet (Polit, Beck & Hungler, 2001). Då detta ej gick att finna utformades en egen enkät. Enligt Ejlertsson (2005) och Hansagi och Allebecks (1994) rekommendationer försökte författarna till studien att utforma enkäten med entydiga och klart formulerade frågor och svarsalternativ. Språket anpassades med tanke på målgruppen och ledande frågor undveks. Öppna frågor användes i enkäten då vi även ville undersöka patienternas känslor och åsikter. Att använda sig av öppna frågor ger den svarande möjligheten att svara fritt med egna ord (Ejlertsson, 2005).

Innan enkäten användes testades den på tio personer, fem personer i författarnas närhet samt fem patienter på tilltänkta studieorter. Vid denna testning kontrollerades huruvida frågorna var relevanta och lämpliga för studien, så kallad innehållsvaliditet (Olsson & Sörensen, 2011), samt om någon fråga uppfattades oklar eller mångtydig.

Vid undersökningen fick patienterna skatta sin smärta vid två tillfälle genom Numeric Rating Scale (NRS) vilket är en erkänd validerad skala för att mäta subjektiva smärtupplevelser (Jensen Hjermstad et al. 2011). I metoddelen nämns att skalan graderas mellan 0-10 och i enkäten får patienten sätta ett kryss på en skala mellan 1-10. Detta förklaras av att NRS-skalan i klinisk verksamhet används med en gradering mellan 1 och 10 (a.a.). I praktiken innebär detta att siffran 0 innebär ingen smärta. I enkätformuläret står ovanför NRS-skalan, Ingen smärta = 0. Författarnas avsikt var att patienten skulle fylla i enkätformuläret på egen hand, men i praktiken bad det största antalet patienter författarna att fylla i formuläret åt dem. Vid dessa tillfällen beskrevs NRS-skalan för patienten: Upplever du smärta i halsen? Säg en siffra mellan 1 och 10, där du skattar din halssmärta nu. 1 är minsta möjliga smärta och 10 är värsta tänkbara smärta. Ett fåtal patienter fyllde i enkäten själva och då beskrev författarna att patienten skulle sätta ett kryss till vänster om siffran ett på NRS-skalan, för att motsvara siffran noll om han/hon inte upplevde någon smärta i halsen vid mättillfället.

Även vid bedömningen av patienternas vakenhetsgrad vid första mätningen användes instrument i form av Glasgow Coma Scale (GSC). Globalt är GCS det instrument som används mest frekvent inom hälso- och sjukvården för att bedöma patientens vakenhetsgrad (Wireklint Sundström & Hagiwara 2009).

I enkäten har begreppen smärta i halsen, heshet samt halsbesvär inte definierats för patienten av författarna till studien utan patientens egna associationer har fått råda.

En svaghet i studien är undersökningsinstrumentets reliabilitet. Vid utformandet och användandet av enkäter föreligger det liten möjlighet att kontrollera tillförlitligheten i förväg (Patel & Davidson 1994). Hur frågor ställs till undersökningsspersonen är av stor betydelse för resultatet. Harding och McVey (1987) verifierar det i sin studie där det framgår att vid direkta frågor ökar incidenten av postoperativa halsbesvär jämfört med om frågan formulerats mer indirekt. De fann att 28 av 113 patienter klagade på postoperativa halsbesvär vid en direkt frågeställning jämfört med två av 129 vid en indirekt utformad fråga. Denna skillnad skulle

kunna bero på att patienten är fokuserad på smärtan från operationsområdet och inte direkt associerar halssmärta till operationen eller anestesi. Deras studie baseras på intervjuer där det framgår att intervjuer vid denna typ av upplevelser har låg reliabilitet och validitet. Enligt Harding och McVey (a.a.) ger stängda frågor i ett frågeformulär mer tillförlitlig och valid information.

Kompletteras detta med öppna frågor belyses problemet på ett mer komplext sätt. Då vi saknade patienternas uppfattning om förekomna halsbesvär i befintligt genomgångna studier valdes att utforma en öppen fråga i enkäten som belyser patienternas beskrivning. Författarna anser att det är en styrka i studien.

Endast två patienter av 45 tillfrågade exkluderades vilket gör att studiens resultat inte borde påverkas. Samtliga undersökningspersoner som svarade på andra delen av enkäten var också tillgängliga via telefon för uppföljning dagen efter operation. Samtliga frågor i enkäten besvarades.

Två mättillfällen valdes för att undersöka förekomsten av postoperativa halsbesvär samt patientens beskrivning av dessa. I ett flertal studier som gjorts på postoperativa halsbesvär efter att endotrakealtub och larynxmask använts, har författarna till studierna använt sig av två eller fler mättillfällen. Mizutamari et al. (2004) och Rieger et al. (1997) har mätt förekomsten av halsbesvär hos patienter postoperativt på uppvakningsavdelningen samt dagen efter operation. I en studie av Zegerman, Ezri och Weinbroum, (2008) uppmättes halsbesvär vid fyra tillfällen, 15 minuter, 30 minuter, 120 minuter samt 24 timmar efter operationsslut. Två mättillfällen möjliggör en jämförande analys av resultatet av datainsamlingen.

En fråga rörande sväljningssvårigheter vid intag av mat och dryck valdes att ta med i enkäten då en studie av Rieger et al. (1997) visade att en stor andel av patienterna uppgav sväljningssvårigheter.

Diskussion av framtaget resultat

Denna enkätstudie har fokuserat på förekomsten av halsbesvär efter larynxmask hos män och kvinnor samt deras uppfattning om dessa. I studien undersöktes om halsbesvär förekom i större utsträckning hos något av könen samt om dessa påträffades i mindre eller större grad dagen efter operation jämfört med 60 minuter efter operation. Kufftryck, maskstorlek och fabrikat har inte beaktats, vilket undersökts i en del andra studier. Detta kan anses vara en svaghet i studien, då det är faktorer som påverkat frekvensen av halssmärter hos patienterna i andra studier.

Åsikterna går isär kring huruvida begränsat kufftryck i larynxmasken reducerar halsbesvär. I en studie av Rieger et al. (1997) där effekten av högt respektive lågt kufftryck jämfördes utgjorde inte kufftrycket någon skillnad för förekomsten av halsbesvär. Maskstorlek har även beaktats som en indikator för ökad risk för halsbesvär i flera studier. Här framkommer varierande resultat, men generellt kan sägas att större maskstorlek än nödvändigt för att uppnå adekvat ventilation, anses öka risken för halsont. En mängd studier jämför olika fabrikat i flera olika avseenden. Detta är också en beståndsdel som vi valt att inte titta närmare på. Som nämnts ovan var vi mer intresserade av att erhålla patienternas beskrivning av eventuella halsbesvär samt att undersöka förekomsten av halsbesvär efter larynxmask utan så många begränsande parametrar. I en del studier spekuleras det kring huruvida assisterad ventilation ger en högre incidens av halsont postoperativt jämfört med då patienten spontanandas. I denna studie undersöktes inte huruvida assisterad eller spontan andning skett under operation.

Resultatet i denna studie gav inte någon statistisk signifikans, förekomst och uppfattning om halsbesvär kan därför endast omfatta de patienter som ingick i denna studie. Detta påvisar dock behovet av liknande studier med ett större urval och statistisk power för att försäkra sig om huruvida statistiskt signifikanta skillnader mellan män och kvinnor föreligger.

Postoperativ halssmärta och halsbesvär

Enligt McHardy och Chung (1999) förekommer halsont hos patienter efter larynxmask hos mellan 5,8 % och 34 % i olika studier. Denna variation anses bero på varierande grad av skicklighet och teknik hos anestesipersonal vid nedsättande av larynxmasken, användande av

bedövningsgel på masken, lågt respektive högt kufftryck samt olika fabrikat. Andelen isättningsförsök har också visat sig ha betydelse för vilket resultat man får. Hur patienter definierar halsont kan också ge utslag för den rapporterade frekvensen i studierna. Av denna studies resultat framgår att totalt 19 % av patienterna upplevde smärta i halsen en timme efter operation. Det högst skattade smärtan på NRS-skalan, var hos båda könen 3 vid detta mättillfälle. Vid det andra mättillfället dagen efter operation uppgav 37 % av patienterna smärta i halsen. Smärtintensiteten hade dagen efter ökat till 5 på NRS-skalan.

Att fler patienter upplever halssmärta dagen efter operation bekräftas av Brimacombe et al. (1998) och Mizutamari et al. (2004). I dessa studier upplevde dubbelt så många patienter halssmärta dagen efter. Patienter som upplevde halsbesvär och sväljsvårigheter hade också ökat jämfört med operationsdagen. Detta bekräftar fynden i vår studie där halssmärta och halsbesvär efter larynxmask är mer frekvent dygnet efter operation. Jämförelser mellan studierna är svåra att göra på grund av att vi har ett förhållandevis litet urval patienter (n 43) samt att resultatet ej är statistiskt signifikant.

Av patienternas beskrivning av sina halsbesvär har vi kunnat utläsa att de flesta upplevde torrhet i halsen. En del upplevde sig lite tjocka i halsen, sträva och skrovliga. Några beskrev känslan av att ha haft något i halsen. Detta fynd bekräftas av Rieger et al. (1997) där 61 % av patienterna rapporterade torrhet i halsen. Patienternas beskrivning av sina halsbesvär ger en bild av variationen som patienter kan uppleva efter larynxmask och är värdefull information. Med hjälp av denna kunskap kan operationspersonalen bättre förbereda patienter på vad de eventuellt kan uppleva i den postoperativa perioden efter att de kommit hem från sjukhuset.

Upplevelser av halssmärta hos män och kvinnor

Jämförelsen mellan män och kvinnors upplevelse av halssmärta gav inte någon statistisk signifikans. I den undersökta gruppen var det dock fler män än kvinnor som upplevde smärta i halsen, vid båda mätningarna. Däremot hade kvinnornas halssmärta jämfört med mäns ökat i intensitet mellan de två mättillfällena och en procentuellt större ökning från första mättillfället hade även skett hos kvinnorna jämfört med hos männen. Higgins, Chung och Mezei (2002) rapporterar i sin studie att kvinnor i högre grad än männen besväras av halssmärta, dagen efter operation. Brimacombe et al. (2000) fann vid mätning dagen efter

operation ingen skillnad i intensitet eller förekomst mellan män och kvinnors halssmärta efter att larynxmask använts. I studien jämfördes halssmärta efter lågt respektive högt kufftryck i masken. Halsont och sväljsvårigheter ökade lika mycket i båda grupperna då man hade ett ökat kufftryck.

Myles, Hunt och Moloney (1997) menar att upplevelsen av halsont är en subjektivt. Det är alltså en utmaning inom den medicinska forskningen att utröna varför det finns skillnader mellan könen och hur vården kan förbättras och anpassas efter individen. Studien visade att kvinnor hade 92 % högre risk att dra på sig någon postoperativ komplikation. Kvinnorna hade dubbelt så stor risk som männen att drabbas av någon komplikation såsom illamående, halsont eller rygg- och nackvärk. Dock fann man inte någon högre incidens av halssmärta efter larynxmask hos kvinnorna.

Dagkirurgisk verksamhet

Larynxmask har nästintill blivit standard som hjälpmedel vid dagkirurgiska operationer för att den är lätt att använda och anses mer skonsam. All planering i den dagkirurgiska verksamheten riktas mot ett så snabbt återhämtande som möjligt för patienten för att därigenom möjliggöra hemgång från sjukhuset samma dag.

Dagkirurgisk operationsverksamhet utvecklas och reformeras alltså vad gäller operationsteknik och ingrepp som möjliggörs. Därmed behöver även det perioperativa vårdandet kontinuerligt utvecklas och förbättras. Genom att undersöka och försöka beskriva de postoperativa problem som dagkirurgiska patienter upplever, efter att de skrivits ut från sjukhuset, såsom t.ex illamående och halsont, kan de yrkeskategorier som patienten kommer i kontakt med få en ökad förståelse för patientens upplevelse av och erfarenhet från en dagkirurgisk operation (Macario, Weinger, Carney, & Kim, 1999). Därigenom ges vi möjlighet att förbättra den preoperativa informationen och det perioperativa mottagandet av patienten.

I enkäten ställdes frågan om patienten fått någon preoperativ information angående att halsbesvär kunde förekomma efter operation. Endast tre patienter av 43 uppfattade att de blivit informerade om detta. Vi vet inte om patienterna informerats om att halsbesvär kunde

förekomma eller hur de informerats. I dagsläget pappersbedöms många dagkirurgiska patienter och får därmed inte en preoperativ bedömning på sjukhuset, där sådan information kunde ha givits. Enligt Holm Hansen (2000) är operationen i sig eller anledningen till denna ett stressmoment för flertalet patienter. Detta skulle kunna leda till att information som givits patienten faller bort. Författarna uppfattade att många patienter inte kände till att halsbesvär kunde förekomma, då samtal fördes kring ämnet.

Forskning har tydligt visat att den preoperativa informationen är av vikt för hur patienter upplever hela operationsförloppet samt hur väl återhämtningen sker postoperativt. Patientens stress, ångest och smärta minskar med god information (Holm, Hansen, 2000). Vårt ansvar som vårdpersonal på operationsavdelningen har i takt med dagkirurgins expansion riktats mot att stödja patienten i dess egenvårdsarbete, genom t.ex preoperativ information eller postoperativ uppföljning (Kirkevold, 2000). Enligt Orem innebär detta att vid t.ex den preoperativa bedömningen eller första kontakten med patienten inför operation görs en bedömning av patientens egenvårdskapacitet. Graden av brist på egenvårdskapacitet avgör hur mycket stöd patienten behöver (Jahren, Kristoffersen, 1997). Dagkirurgipatienten anses ha en hög grad av egenvårdskapacitet och antas enbart behöva stöd och vägledning för att kunna ta tillvara sina egna resurser (Naalsund, Röed & Steen-Hansen, 2005). För de här patienterna kan det innebära information om vad de kan förvänta sig för eventuella postoperativa komplikationer.

Konklusion

Med tanke på dagkirurgins expansion och därmed också larynxmaskens användningsgrad är det av vikt att dagkirurgiska patienter får beskriva sina erfarenheter inom detta område. Ur den enskilda patientens perspektiv är resultatet att de postoperativa besvären ökade viktiga. På gruppnivå är resultaten inte generaliserbara på grund av urvalets storlek, men resultatet ger ändå indikationer för att sjuksköterskor bör uppmärksamma och informera patienterna om att detta kan förekomma.

Syftet med denna studie var att jämföra förekomst och intensitet i upplevd halssmärta och halsbesvär mellan män och kvinnor samt beskriva deras uppfattning om dessa besvär. Syftet var även att undersöka om det fanns skillnader hos dessa grupper i upplevd halssmärta och

halsbesvär mellan två mättillfällen, 60 minuter efter operation och nästföljande dag. Vårt resultat visade att männen i den undersökta gruppen hade högre frekvens av upplevd halssmärta och halsbesvär än kvinnor vid båda mättillfällena. Däremot rapporterade kvinnorna jämfört med männen i den undersökta gruppen högre intensitet i upplevd halssmärta dagen efter operation. En större ökning av upplevd smärta i halsen hade också skett hos kvinnorna jämfört med männen i den undersökta gruppen från första till andra mättillfället. Inga av de observerade skillnaderna var signifikanta. Av patienternas beskrivning av sina halsbesvär kunde vi utläsa att torrhets känsla var den mest frekvent beskrivna känslan efter att larynxmask använts.

Denna studie visar att halsbesvär förekommer efter användandet av larynxmask bland både män och kvinnor i den undersökta gruppen. Enbart tre av 43 uppfattade att de fått preoperativ information om att dessa besvär kunde förekomma. Vi vet dock inte om patienterna upplevde det som ett problem att de inte fått denna information.

I och med att patienten i den dagkirurgiska verksamheten förväntas inneha de resurser, eller som Orem benämner det; egenvårdskapacitet, som krävs för att hantera eventuella postoperativa komplikationer anser författarna till denna studie att preoperativ information är av vikt. Dock anser vi att informationen till dessa patienter bör fokusera på vad de kan förvänta sig och hur de kan hantera postoperativa komplikationer såsom halsbesvär.

Referenser

Abdi, W., Amathieu, R., Adhoum, A., Poncelet C., Slavov V., Kamoun, W., Combes, X., & Dhonneur, G. (2010) Sparing the larynx during gynecological laparoscopy: a randomized trial comparing the LMA Supreme and the ETT. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 54, 141-146.

Benger, J. R., Voss, S., Coates, D., Greenwood, R., Nolan, J., Rawstorne, S., Rhys, M. Thomas, M. (2013). Randomised comparison of the effectiveness of the laryngeal mask airway supreme, i-gel and current practice in the initial airway management of prehospital cardiac arrest (REVIVE-airways): a feasibility study research protocol. *BMJ Open* 13, 3,(2).

Berg, K., Kjellgren, K., Unosson, M., Årestedt, K. (2012). Postoperative recovery and its association with health-related quality of life among day surgery patients. *BMC Nursing* 11, 24.

Bodelsson, M. (Red.). (2011). *Anestesiologi*. Författaren och Studentlitteratur.

Brain, A. I. J. (1983). The laryngeal mask – a new concept in airway management. *British Journal of Anaesthesia* 55, 801.

Brain, A. I. J. (1991). The development of the Laryngeal mask – a brief history of the invention, early clinical studies and experimental work from which the Laryngeal Mask evolved. *European Journal of Anaesthesiology, supplement* 4, 5-17.

Brimacombe, J. R., & Berry, A. (1995). The incidence of aspiration associated with the laryngeal mask airway: a meta-analysis of published literature *Journal of clinical anaesthesia* 7, 297-305.

Brimacombe, J. R., Brimacombe, J. C., Berry, A. M., Morris, R., Mecklem, D., Clarke, G., Barry, J., & Kirk, T. (1998). A comparison of the laryngeal mask airway and cuffed oropharyngeal airway in anesthetized adult patients. *Anesthesia & Analgesia*, 87, 147-52.

Brimacombe, J., Holyoake, L., Keller, C., Brimacombe, N., Scully, M., Barry, J., Talbutt, P., Sartain, J. & McMahon, P. (2000). Pharyngolaryngeal, neck and jaw discomfort after anesthesia with the face mask and laryngeal mask airway at high and low cuff volumes in males and females. *Anesthesiology*, 93, 26-31.

Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken, en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Grady, D. M., McHardy, F., Wong, J., Jin, F., Tong, D. & Chung, F. (2001). Pharyngolaryngeal morbidity with the laryngeal mask airway in spontaneously breathing patients. *Anesthesiology*, 94, 760-6.

Gupta, A. (2011). Anestesi vid dagkirurgi. I M. Halldin & S. Lindahl (Red.), *Anestesi* (s. 505-516). Stockholm: Liber.

- Hagiwara, M. & Wireklint Sundström, B. (2009). Vård och bedömning. Suserud, B-O., Svensson, L. (Red.), *Prehospital akutsjukvård* (s. 117-144). Stockholm: Liber.
- Hansagi, H. & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård: handbok för forsknings och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Hanssen, I. (1997). Att vara sjuk och hjälpbehövande. I N. Jahren Kristoffersen (Red.), *Allmän omvårdnad 2* (s. 109-134). Stockholm: Författarna och Liber.
- Harding, C. J. & McVey, F. K. (1987). Interview method affect incidence of postoperative sore throat. *Anaesthesia*, 42, 1104-1107.
- Hernandez, M. R., Klock, P. A., & Ovassapian, A. (2012) Evolution of the Extraglottic airway: a review of its history, application and practical tips for success. *Anesthesia and analgesia*, 114, 2.
- Hestnes, M., & Espe, K. (2005). Luftvägar och ventilation. I I.L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 127-148). Lund: Studentlitteratur.
- Higgins, P. P., Chung, F. & Mezei, G. (2002). Postoperative sore throat after ambulatory surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 88, (4), 582-584.
- Holm, S. & Hansen, E. (2000). *Pre och postoperativ omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- IASP (2012). IASP Taxonomy. Hämtad 1 april, 2013 från: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
- Jaensson, M., Gupta, A., Nilsson, U. G. (2012). Riskfactors for development of postoperative sore throat and hoarseness after endotracheal intubation in women. A secondary analysis. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, vol 80, nr 4.
- Jaensson, M., Olowsson, L.L. & Nilsson, U. (2010). Endotracheal tube size and sore throat following surgery: a randomized-controlled study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 54, (2), 147-153.
- Jahren Kristoffersen, N. (1997). Teoretiska modeller i omvårdnad. I N. Jahren Kristoffersen (Red.), *Allmän omvårdnad 1* (s. 333-430). Stockholm: Författarna och Liber.
- Jensen Hjermstad, M., Fayers, P.M., Haugen, D.F., Caracemi, A., Hanks, G.W, Loge, J.H., Fainsinger, R., Aass, N. & Kaasa, S. (2011). Studies comparing numeric rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review. *Journal of pain and symptom management*, 41, 1073-1093.
- Joe, H. B., Kim, D. H., Chae, Y. J., Kim, J. Y., Kang, M., & Park, K. S. (2012). The effect of cuff pressure on postoperative sore throat after Cobra perilaryngeal airway. *Journal of Anesthesia*, 26, 225-229.
- Joshi, G. P., Inagaki, Y., White, P. F., Taylor-Kennedy, L., Wat, L. I., Gevirtz, C., McCraney, J. M., McCulloch, D. A. (1997). Use of the laryngeal mask airway as an alternative to the tracheal tube during ambulatory anesthesia. *Anesthesia and Analgetica*, 85, 573-577.

- Joshi, G. P. (2001). The use of Laryngeal mask airway devices in ambulatory anesthesia. *Perioperative Medicine and Pain*, 20, (4), 257-263.
- Kiran, S., Goel, M., Singhal, P., Gupta, N., & Bhardwaj, M. (2012). Postoperative sore throat with 0.05% betamethasone gel and 2% lignocaine jelly used as a lubricant for ProSeal LMA (PLMA) insertion. *Egyptian Journal of Anaesthesia*, 28, 139–142.
- Kirkevold M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur
- Lagerkranser, M. (2011). Den fria luftvägen. I M. Halldin & S. Lindahl (Red), *Anestesi* (s. 223-250). Stockholm: Liber.
- Luba, K., Cutter T. W. (2010). Supraglottic airway devices in the ambulatory setting. *Anesthesiology Clinics*, 28, (2), 295-314.
- Macario, A., Weinger, M., Carney, S. & Kim, A. (1999). Which clinical anesthesia outcomes are important to avoid? The perspective of patients. *Anesthesia and Analgesia*, 89, 652-658.
- McHardy, F. E., Chung, F. (1999). Postoperative sore throat: cause, prevention and treatment. *Anaesthesia*, 54, 444–453.
- Mizutamari, E., Yano, T., Ushijima, K., Ito A., Anraku, S., Tanimoto, H. & Terasaki, H. (2004). A comparison of postoperative sore throat after use of laryngeal mask airway and tracheal tube. *Journal of Anesthesia*, 18, 151-157.
- Myles, P. S., Hunt, J. O. & Moloney, J. T. (1997). Postoperative minor complications: comparison between men and women. *Anaesthesia*, 52, (4), 300-306.
- Naalsund, U., Röed B. & Steen-Hansen E. (2005). Anestesi vid dagkirurgi. I I.L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 423-428). Lund: Studentlitteratur.
- Nott, M. R., Noble, P. D. & Parmar, M. (1998). Reducing the incidence of sore throat with the laryngeal mask airway. *European Journal of Anaesthesiology*, 15, 153-157.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Forskningsprocessen*. Stockholm: Författarna och Liber AB
- Patel, R. & Davidsson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler B. P. (2001). *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization* (5th ed.). Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins.
- Rieger, A., Brunne, B., Hass, I., Brumm, G., Spies, C., Striebel, H. W. & Eyrich, K. (1997). Laryngo-pharyngeal complaints following laryneal mask airway and endotracheal intubation. *Journal of clinical anesthesia*, 9, 42-47.
- Rosén, H. I., Bergh, I. HE., Lundman, B. M. & Mårtensson, L. B. (2010) Patients experiences and perceived causes of persisting discomfort following day surgery. *BMC Nursing* 9, 16.

Rosén, H. I., Bergh, I. H., Odén, A., & Mårtensson, L. B. (2011). Patients experience of pain following day surgery - at 48 hours, seven days and three months. *The open nursing journal*, 5, 52-59.

Strand Finstad, A. & Valeberg, B. T. (2005). Preoperativ information och bedömning. I.L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 27-39). Lund: Studentlitteratur.

Swenurse (2013). Kompetensbeskrivning leg sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård. Hämtad 15 januari, 2013 från: <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/kompanestesiWEBB.pdf>

Timmermann, A., Russo, S. G. (2007). Which airway should I use? *Current Opinion in Anaesthesiology*, 2, 595-599.

Tong, D., Chung, F. & Wong, D. (1997). Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *Anesthesiology*, 87, 856-864.

Valeberg, B. T. (2005). Illamående och kräkningar postoperativt. I.L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 233-260). Lund: Studentlitteratur.

Van Zundert T.C.R.V., Brimacombe J.R., Ferson D. Z., Bacon D. R., Wilkinson D. J. (2012) Archie Brain: celebrating 30 years of development in laryngeal mask airways, *Anaesthesia*, 67, 1375-1385

Wahlgren, L. (2008). *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.

Wireklint Sundström, B. & Hagiwara, M. (2009). Vård och bedömning. B-O. Suserud & L. Svensson (Red), *Prehospital akutsjukvård*. (s. 117-144). Stockholm: Liber.

Yu S. H., Beirne R. O. (2010) Laryngeal mask airways have a lower risk of airway complications compared with endotracheal intubation: a systematic review. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 68, (10), 2359-76.

Zegerman, A., Ezri, T. & Weinbroum, A. A. (2008). Postoperative discomfort (other than pain) – A neglected feature of postanesthesia patient care. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, 22, 279-284.

Øvereng, E. B. (2005). Postoperativ smärtlindring. I.L. Hovind (Red.), *Anestesiologisk omvårdnad* (s. 260-268). Lund: Studentlitteratur.

Enkät: ”Postoperativa halsbesvär efter användandet av larynxmask”

Ifylles av undersökare

ASA

Anestesi

Start _____

Slut _____

Ifylles av informant innan operation

1. Preoperativ info

Man Kvinna

2. Ålder

18-30

31-40

41-50

51-60

61-70

71-80

>81

3. Pågående halsont

Ja Nej

4. Upplever du heshet

Ja Nej

(Ifylles av undersökare)

Uppföljning 60 min

GCS

5. Upplever du smärta i halsen? (sätt ett x i rutan där du uppskattar din smärta).

Ingen smärta = 0

Värsta tänkbara smärta = 10

Lätt till måttlig			Medelsvår			Svår till outhärdlig			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Upplever du heshet

Ja Nej

7. Upplever du andra halsbesvär?

Ja Nej

Om Ja, beskriv hur det upplevs:

8. Upplever du smärta någon annanstans?

Ja Nej

Om Ja, beskriv hur det upplevs:

Uppföljning 24 tim

9. Upplever du smärta i halsen? (sätt ett x i rutan där du uppskattar din smärta).

Ingen smärta = 0

Värsta tänkbara smärta = 10

Lätt till måttlig			Medelsvår			Svår till outhärdlig			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. Upplever du heshet

Ja Nej

11. Upplever du andra halsbesvär?

Ja Nej

Om Ja, beskriv hur det upplevs:

12. Om halsbesvär, upplevde du att det hindrade dig att äta/dricka

Inget Måttligt Mycket

13. Fick du någon information inför operation att halsbesvär kunde förekomma efter operation

Ja Nej

14. Upplevde du att personal frågade dig om halsbesvär efter operation

Ja Nej

15. Upplever du smärta någon annanstans?

Ja Nej

Om Ja, beskriv hur det upplevs:
