

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleier gjennom effektiv postoperativ smertelindring, bidra til god mobilisering for pasienter som har operert kneprotese?

Kandidatnr: Kristine Farestveit Helland

Kull: 51

Ord: 6993

How can a nurse through effective postoperative pain relief, contribute to good mobilization for patients after total knee replacement surgery?

Rettleier: Norunn Stavø

Emne 9: Bachelor oppgaven

Emnekode: SK152

23 April 2010



Sammendrag

Bakgrunn: I praksis har jeg sett hvordan pasienter som har operert kneprotese kan ha en smertefull opplevelse ved mobilisering, i tidlig stadium etter operasjonen. Dette kan påvirke pasientens evne til mobilisering. I følge litteraturen vil dette øke faren for postoperative komplikasjoner, og at funksjonen i kneleddet kan blir redusert. Derfor ønsker jeg med denne oppgaven å finne kunnskap om hvordan en kan gi best mulig postoperativ smertelindring, for pasienter som har operert kne protese, og hvordan dette kan føre til at pasienten oppnår god mobilisering.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleier gjennom effektiv postoperativ smertelindring, bidra til god mobilisering for pasienter som har operert kneprotese?*

Fremgangsmåte: Jeg brukte litteratur studium som metode for å finne kunnskap som var relevant for min problemstilling.

Oppsummering: For å oppnå effektiv mobilisering postoperativt er det viktig at pasienten er godt smertelindret. Pasienten må få god informasjon preoperativt, da det kan føre til mindre smerte postoperativt. Smerte må kartlegges nøye, og det kan være nyttig bruke et smertekartleggingsverktøy. For å kartlegge pasientens behov for smertelindring må man skape god kommunikasjon, og bygge opp en god relasjon mellom partene. Medikament administrering må planlegges i tråd med mobilisering. Sykepleiere må ha kunnskap, evne og resurser til å utøve disse aspektene i praksis.

Abstract

Background: In practice I have seen how patients with knee prostheses can have a painful experience, especially at the mobilization situations, in early stage after surgery. This can go beyond the ability of mobilization. According to the literature, this will increase the risk of complications postoperatively, and that function in the knee joint can get reduced. Therefore I with this study want to determine knowledge about how one can provide the best possible postoperative pain relief for patients with knee prosthesis. And how this can lead to that the patients achieves good functional status.

Problem: *How can a nurse through effective postoperative pain relief, contribute to good mobilization for patients after total knee replacement surgery?*

Method: I used literature as a method to find the information that was relevant to my problem.

Summary: In order to achieve good mobilization postoperatively, is it important that the patient has good pain relief. Patients must receive good information before surgery, because that can lead to less pain postoperatively. Pain must be considered accurate, and it can be useful to use a pain scale tools. To consider the patient's needs for pain relief there must be created a good communication, and build up a good relationship between patient and nurse. Medicine administration should be planned in line with the mobilization, and side effects must be prevented. Nurses must have the knowledge, ability and resources to pursue these aspects in practice.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Tema	1
1.1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.3 Problemstilling.....	2
1.3.1 Avgrensning av problemstilling.....	2
1.4 Oppgavens innhold	2
.....	2
2.0 Fremgangsmåte	3
2.1 Metode	3
2.2 Søkeprosess	3
2.2.1 Bøker.....	3
2.2.2 Forskningsartikler	4
3.0 Postoperativ smertelindring og mobilisering	5
3.1 Kneprotese kirurgi	5
3.2 Postoperative smerter	6
3.3 Kartlegging av smerte.....	7
3.4 Medikamentell smertelindring.....	8
3.5 Mobilisering ved kneprotese	9
3.6 Informasjon.....	10
3.7 Kommunikasjon og smerte	11
3.8 Sykepleieteori og grunnlagstenkning	12
4.0 Hvordan kan sykepleier gjennom effektiv postoperativ smertelindring bidra til god mobilisering for pasienter som har operert kneprotese?	13
4.1 Pasientsituasjon	13
4.2 Informasjon og kommunikasjon	14
4.3 Hvordan kartlegge smerte?	16
4.4 Mobilisering og medikamentell smertelindring	18
5.0 Svake og sterke sider ved oppgaven	20
6.0 Konklusjon	21

Litteraturliste

Vedlegg 1

1.0 Innledning

1.1 Tema

Postoperativt kan ulindrede sterke smerter forverre det postoperative forløpet, ved at mobilisering og opptrening blir mindre effektiv (Tønnesen, 2003, s.12). Dermed øker faren for en rekke komplikasjoner og pasienten kan få redusert funksjon i det opererte kneleddet. I verste fall kan det føre til langvarig kronisk smerte og nedsatt livskvalitet. Smerte i seg selv vil føre til nedsatt velvære for pasienten. Som følger av smerte, kan angst, kvalme og bivirkninger av smertelindrende medikamenter føre til ubehag. Dette vil også kunne medvirke til mindre effektiv mobilisering og opptrening postoperativt.

I følge Wøien og Strand (2007, s. 271) har forskning vist at pasienter som blir godt smertelindret postoperativt, får kortere sykehusopphold på grunn av god mobilisering. Idvall, Hamrin, Sjøstrøm og Unnoson (2002, s.2) har skrevet i sin studie at flere forfattere har rapportert at smertelindring postoperativt er utilstrekkelig for mange pasienter. Selv om det i dag er mye kunnskap om smerter og smertelindring, har en forsknings studie ved flere kirurgiske og ortopediske avdelinger ved et sykehus i Sverige, vist at sykepleiere undervurderer pasientens smerteopplevelse postoperativt (Idvall mfl, 2002, s. 5). I dag skjer det mye utvikling for å korte ned sykehusoppholdet for pasienter som har operert kneprotese. Det krever blant annet tidlig mobilisering og dermed effektiv smertelindring (Østenvik, 2008, s. 612). God postoperativ smertelindring vil bidra til økt velvære for pasienten og bedre det kirurgiske resultatet (Wøien og Strand, 2008, s. 271).

1.1.2 Bakgrunn for valg av tema

I min første sykehuspraksis var jeg på ortopedisk avdeling, der en del av jobben til sykepleierne var å smertelindre pasienter som hadde opererte kneprotese. Jeg opplevde da at noen av pasientene var preget av smerte, spesielt ved mobilisering de første postoperative dagene. Pasientene følte seg ofte uvel og svimmel ved mobilisering. Noen pasienter var preget av angst og utrygghet, da smerten gjorde dem engstelig for om noe kunne være galt. Samtidig hadde jeg kunnskaper om hvor viktig mobilisering og god opptrening var for å forebygge

komplikasjoner. Jeg så det derfor som et problem at smerte og følger av smerte, kunne være til hinder for god mobilisering. Derfor ønsket jeg å fordype meg i, og finne kunnskap om, hvordan en kan oppnå god smertelindring postoperativt.

1.3 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleier gjennom effektiv postoperativ smertelindring, bidra til god mobilisering for pasienter som har operert kneprotese”?

1.3.1 Avgrensning av problemstilling

Jeg vil ta utgangspunkt i voksne pasienter som har operert kne protese. En av de vanligste degenerative lidelsene i en ortopedisk avdeling er artrose i kne ledd (Østenvik, 2008, s. 610). Tidsaspektet vil være fra pasientene kommer til avdeling til tredje postoperative dag. Studier har vist at for dårlig kommunikasjon og lite tillit til sykepleier, er en årsak til smerter postoperativt. Derfor vil jeg blant annet fokusere på kommunikasjon og relasjon mellom pasient og sykepleier. Når det gjelder medikamentell smertelindring, vil jeg avgrense til vanelig medikamentell smertelindring.

1.4 Oppgavens innhold

For å belyse problemstillingen min vil jeg ta for meg teori om kne protese kirurgi og smerte fysiologi, som et utgangspunkt for videre oppbygning av oppgaven. Så vil jeg utdype teori om hvordan en kan kartlegge smerte. Videre vil jeg ta for meg vanlig medikamentell smertelindring ved denne type operasjoner. Etter dette vil jeg fokusere på hva god mobilisering kan bidra til, og hvordan det er vanlig at mobilisering foregår i tidlig stadium etter operasjonen. Jeg vil også beskrive hvordan preoperativ informasjon kan bidra til mindre smerte og bedre mobilisering postoperativt. Samtidig hvordan en kan skape en god samhandling mellom sykepleier og pasient gjennom god kommunikasjon og empati, for å kunne identifisere pasientens behov.

Deretter vil jeg drøfte teorien opp mot et pasienteksempel, erfaringer og egne synspunkt. Til slutt har jeg kommet frem til en konklusjon, der jeg oppsummerer hva jeg har kommet frem til for å løse min problemstilling.

2.0 Fremgangsmåte

2.1 Metode

Når jeg har valgt en bestemt metode er det fordi den metoden vil gi meg den informasjonen jeg trenger, for å belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2000, s. 71). Jeg har valgt å nytte litteratur om temaet mitt fra bøker, retningslinjer og forskningsartikler. Den meste av kunnskapen har jeg funnet i bøker. Jeg har altså en litteratur studie. Kunnskapen har jeg tolket, og prøvd å skape en selvforståelse for. Men en må da huske på at fortolkning ikke alltid er i samsvar med det budskapet informantene gir (Dalland, 2000, s. 113).

I vurdering av kilder er det viktig å ha et kritisk syn. Jeg var opptatt av å bruke sikre kilder, som for eksempel oppdaterte retningslinjer fra den norske legeförening, og ikke tilfeldige litteratur fra et nettsted. Jeg var også opptatt av å nytte primærkilder i utvalg av litteratur, da primærkilder er troverdig og henter sin informasjon fra forskning, sekundærkilder henter sin informasjon fra primærkilder. Det kan innebære at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg, ved at teksten kan ha blitt både oversatt og fortolket (Dalland, 2000, s. 69). Jeg har forsøkt å søke opp primærkilder fra sekundær litteratur, men ikke alltid oppnådd funn.

I utvalg av litteratur har jeg prøvd å bruke nyere litteratur, da det kan hende at eldre litteratur ikke er i samsvar med nyere teori og forskning. Jeg har i utgangspunktet satt en grense på å bruke litteratur som ikke er mer enn 10 år gammel. Foruten noen ganger der jeg har sett det som nødvendig å nytte litt eldre kilder, da kunnskapen har vært relevant for mitt tema. Da vurderte jeg kunnskapen kritisk.

2.2 Søkeprosess

2.2.1 Bøker

Jeg startet datasamlingen min ved å skaffe oversikt over temaet mitt i pensum litteratur. Siden problemstillingen min er noe spesialisert, har jeg søkt i BIBSYS etter bøker som omhandler temaet mitt utenfor pensum. Jeg forsøkte først å finne bøker som direkte omhandlet temaet mitt. Kunnskap som var spesifisert på smertelindring og mobilisering for pasienter som har

operert kne protese ga ikke resultat. Derfor brukte jeg bøker som bygget på generell smertelindring, pre og post operativ sykepleie, kommunikasjon og ortopedisk sykepleie. Mange av disse bøkene har egne kapitler om postoperativ smertelindring, smertekartlegging, mobilisering, preoperativ informasjon og kommunikasjon. Dette er litteratur som er relevant for mitt tema og som jeg har hatt nytte av å bruke. Pensumboken "Sykepleie 3" inneholdt eget kapittel om ortopedisk sykepleie, som jeg tok nytte av for å finne kunnskap som var direkte knyttet til pasienter som har operert kneprotese. Dette til sammen ga meg et godt utvalg av kunnskap fra bøker.

Når jeg søkte etter bøker i Bibsys brukte jeg søkeord som "smerte", "postoperativ smerte", "ortopedisk kirurgi" og "kirurgisk sykepleie". Jeg søkte også etter retningslinjer for smertelindring og yrkesetiske retningslinjer for sykepleie. Da disse retningslinjene er relevant for oppgaven min.

2.2.2 Forskningsartikler

Når jeg søkte etter forskning var jeg ute etter å finne hva som kan være årsak til utilstrekkelig postoperativ smertelindring og mobilisering. Samt sykepleietiltak som har effekt for å lindre eller kartlegge smerte. Jeg endte opp med å bruke tre artikler, to av di inneholder resultat om hva som kan være årsak til smerte og for dårlig smertelindring postoperativt. Dette har hjulpet meg til å finne fokus i oppgaven. Videre også som utgangspunkt for å komme frem til tiltak for å oppnå god smertelindring. En av artikkel av Blay og Donoghue (2005) handlet om hvordan informasjon kunne forebygge postoperative smerter, noe som var relevant for min problemstilling. Jeg skulle gjerne funnet mer forskning på tiltak for å lindre smerte.

Jeg brukte databaser på helsebiblioteket til å søke etter relevant forskning. For det meste har jeg brukt Pubmed, da jeg er kjent med denne databasen fra tidligere. I tillegg er denne databasen blitt anbefalt av lærer ved skolen. Andre databaser som Ovid og Medline søkte jeg også i.

Jeg brukte søkeord som: "postoperative pain management", "postoperative pain relief", "preoperativ education", "postoperative and functional status" og "postoperative pain and communication". Søkeordene kombinerte jeg gjerne med "knee replacement" og "nursing". For å spesialisere til mitt tema, og for å finne sykepleierelevante artikler. Jeg fant fort ut at for meg fungerte det best å bruke engelske søkeord i Pubmed, der jeg fikk mest treff.

3.0 Postoperativ smertelindring og mobilisering

I denne delen av oppgaven vil jeg ta for meg teori om kneprotese og smertefysiologi ved kirurgi. Der jeg vil ha fokus på hvordan, smerte kan påvirke pasientens mobiliseringsevne etter operasjonen, og negative konsekvenser av det. Så vil jeg få frem hvordan en kan oppnå god smertelindring for å fremme god mobilisering. Dette gjennom informasjon, kommunikasjon og god relasjon mellom sykepleier og pasient. Jeg vil også ta for meg hvordan en kan kartlegge smerte og hva som er vanlig medikamentell smertebehandling etter kne protese operasjon. Sykepleieteori og grunnlags tenkning har jeg tatt med helt til slutt.

3.1 Kneprotese kirurgi

Den vanligste årsaken til kneprotese operasjon er på grunn av gonartrose¹. Ved langt komme gonartrose vil smertene være mer eller mindre konstante, der smertene også vedvarer om natten. Dette igjen påvirker bevegeligheten, samtidig som det skyldes selve artrose forandringene i leddet (Østenvik, 2008, s. 609-610). Pasienten vil da trenge behandling på grunn av at smerte og nedsatt funksjonsevne, som fører til redusert livskvalitet. Kirurgisk behandling går ut på å skifte ut det ødelagte eller utslitte leddet med en protese. I kneleddet vil en totalprotese bestå av en femurdel², tibiadel³ og patella⁴. Ved delprotese i kneleddet vil det bestå av en eller to av disse delene. Det finnes usementerte og sementerte proteser. En sementert protese tåler vanligvis mer belastning av det opererte benet enn en usementert protese (Østenvik, 2008, s. 586 og 611).

¹ Slitasjegikt i kneleddet

² Lårbenet

³ Skinnebenet, leggpipen

⁴ Kneskålen

3.2 Postoperative smerter

Smerte kan ha en beskyttende funksjon ved at smerte kan være et signal for å bevisstgjøre veveskade. Men postoperativt kan smerte ha negative effekter ved at ulindrede sterke smerter kan forverre det postoperative forløpet og mobiliseringen kan bli mindre effektiv (Tønnesen, 2003, s.12).

I følge Stubhaug og Ljoså (2008, s. 25) definerer Merskey og Bogduk (1994) smerte slik:

”Smerte er en ubehagelig, sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell og potensiell veveskade, eller beskrevet som en slik skade”

Etter et kirurgisk inngrep oppstår smerte på grunn av vevsskade og nerveskade. Når vevsskadelig stimulus oppstår, aktiveres nerveceller som kalles nociseptorer⁵. Nociseptorene leder signaler fra det skadde vevet via perifere nervebaner til hjernen, slik at en får en ubehagelig opplevelse av smerte (Stubhaug og Ljoså, 2008, s. 26-27). Nevrogene smerter skyldes skade i det sentrale eller perifere nervesystemet, noe som kan oppstå ved kirurgi. Smertene oppleves da fra det området som de skadde nervestrukturene har oppstått (Simonsen, Aarbakke og Lysaa, 2007, s. 59).

Smerte er ikke bare avhengig av nociseptiv stimuli, i definisjonen over beskrives smerte som både sensorisk og emosjonell. Dette innebærer at psykiske, sosiale faktorer, tidligere opplevelse og eksistensielle faktorer er en del av smerten. Smerte er en personlig og subjektiv opplevelse (Tønnesen, 2003, s. 33).

⁵ Smertereseptor; smerteoppfattende mottaker

3.3 Kartlegging av smerte

God smertekartlegging er svært viktig for å oppnå god smertelindring, og dette er en sentral sykepleie oppgave. Det er utviklet flere redskaper for vurdering av smerteintensiteten.

Smertekartleggingsverktøy kan vise til presise forandringer i smerteintensiteten, der språk eller kultur ikke er avhengig faktorer (Torvik, Skauge og Rustøen, s. 55) En av de vanligste brukte smerteverktøyer er numerisk rang skala (NRS) (Jakobsen og Kehlet, 2005, s. 27). I følge Retningslinjer for smertelindring (2009, s.14) er målet at pasienten i postoperativ fase ikke skal overskride 3 på en numerisk rang skala.

NRS er en skala som viser nummereringer fra 0-10, der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte (Jakobsen og Kehlet, 2005, s. 28). Smerte må kartlegges i hvile og aktivitet. Ofte kan aktivitetsnivået til pasienten bli begrenset fordi mange har smerte hele tiden foruten om når de ligger i ro (Østenvik, 2008, s. 54).

I tillegg til å bruke skalaer for å kartlegge smerteintensiteten, er det viktig å observere fysiologiske tegn på smerte som økt puls og blodtrykk, respirasjonsfrekvens og svette (Østenvik, 2008, s.594). Sykepleier må også kartlegge faktorer som kan forsterke pasientens opplevelse. Disse kan være angst eller frykt (Jakobsen og Kehlet, 2005, s. 28).

I en studie av Idvall mfl. (2002, s. 7) ble det rapportert at pasientene hadde høyere smerteintensitetsnivå på ”verst tenkelige” smerte enn hva sykepleierne trodde pasientene hadde opplevd. Det tyder på at sykepleier undervurderer pasientens smerte. Det er pasienten sin oppfatning av smerte som skal ligge til grunn for smertekartleggingen Men det kan være vanskelig for pasienten å formidle grad av smerte. Derfor er nøyaktig kartlegging av pasientens smerteintensitet viktig, samtidig som god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er av betydning (Torvik mfl. 2008, s.53).

3.4 Medikamentell smertelindring

Sentral og perifer analgetika er en viktig del av smertelindring postoperativt. Sykepleiers funksjon når det gjelder smertestillende medikamenter er å administrere, observere effekt og bivirkninger, samt vite om virkningsmekanismer (Simonsen mfl, 2007, s. 18-19). Sykepleier skal informere pasienten om medikaments virkning og eventuelle bivirkninger.

Pasienten må få mulighet til å delta aktivt i smertelindringen postoperativt, da øker sjansen for at pasienten får smertestillende relatert til sine behov. Er pasienten godt smertelindret, vil det øke pasientens aktivitetsnivå og treningsmotivasjon (Østenvik, 2008, s. 615).

I følge Jakobsen og Kehlet (2005, s. 26) har flere undersøkelser vist at kombinasjon av perifert virkende analgetika og sentraltvirkende analgetika har god effekt på sårsmerte og dypere liggende smerter ved kirurgi. Opioider har en analgetisk effekt via opioid reseptorer i sentralnervesystemet (Simonsen mfl, 2007, s. 60). Men opioider har en rekke uønskede bivirkninger som kan påvirke pasientens evne til mobilisering. Som kvalme, tretthet, sviktende respirasjon og obstipasjon (Kaasa, 2008, s. 54). Paracetamol som sjelden gir bivirkninger, blir ofte brukt kombinert med sterke opioider, har perifert og sentralt virkende effekt.

Epidural analgesi (EDA) egner seg godt som smertelindring etter kirurgisk inngrep. EDA har en fordel ved at det gir mindre bivirkninger og har større smertelindrende effekt. Ved EDA hemmer opioider transmisjonen av smerteimpulser i ryggmargen. Noen bivirkninger som kan oppstå er lavt blodtrykk og nedsatt sensibilitet i underekstremitetene. Epiduralkateteret kan indusere epiduralt hematom⁶, som er en sjelden men alvorlig bivirkning (Jakobsen og Kehlet, 2005, s. 28- 29).

⁶ Blodoppfylling mellom skalleben og dura mater, kan føre til farlig hjernetrykkstigning

3.5 Mobilisering ved kneprotese

I følge Drake, Ace og Maale (2002) i Østenvik (2008, s. 611) er målet med innsetting av kneprotese å få bedret leddfunksjon, fjerne eller redusere smerte, øke pasientens aktivitets og funksjonsnivå, som dermed bedrer pasientens livskvalitet. Muskelfunksjonen, balanse evnen og funksjonen i de øvrige leddene skal trenes opp etter operasjonen. Pasientens evne og motivasjon til trening er derfor en viktig faktor (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund og Solheim 2006, s.456). Smerte kan redusere bevegelse og påvirke den funksjonelle statusen negativt, ved å redusere motivasjon og evne til mobilisering. En naturlig respons på smerte vil være at pasienten reduserer aktiviteten og bevegelsen i leddet, for å unngå smerte. Det kan føre til muskelsvakhet og ytterligere smerter for pasienten (Dahlen, Zimmerman og Barron, 2006, s. 1).

For at kneet ikke skal stivne til, er det viktig for pasienten å starte med trening så tidlig som mulig. Tidlig mobilisering og aktive øvelser vil også forebygge postoperative komplikasjoner. Mangelfull kontroll av postoperativ smertelindring vil øke komplikasjonsfaren, først og fremst på grunn av forsinket mobilisering (Retningslinjer for smertelindring, 2009, s. 14). I følge Kearon (2003) i Østenvik (2008, s. 613) er det ved kneprotese operasjoner en dobling i risiko for å utvikle dyp venetrombose,⁷ sammenlignet med vanlig kirurgi.

Det er derfor viktig at pasienten forstår betydningen av tidlig mobilisering og øvelser i sengen (Kaasa, 2008, s. 33). Samt må sykepleier oppmuntre pasienten til å trene. Når pasienten skal mobiliseres er det behov for støtte og veiledning av sykepleier. Eventuelt svimmelhet, smerte eller engstelse må tas på alvor. Sykepleier må formidle trygghet og skape motivasjon (Jacobsen og Kelhet, 2005, s. 37).

⁷ Trombedannelse i dype vener på grunn av langsom blodstrøm, spesielt i lår, bekken eller legg. Lungeemboli kan forekomme i ca halvparten av tilfellene.

3.6 Informasjon

Pasienten har rett på å få nødvendig informasjon. I pasientrettighetsloven § 3-2 er det beskrevet: ”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen. Det skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger”. (Lovsamling for helse og sosial sektoren, 2007, s. 626-627). Dette innebærer da blant annet smertefølger og risiko for komplikasjoner i forbindelse med operasjonen.

Informasjon kan gis muntlig eller skriftlig, der det er viktig at informasjonen blir tilpasset pasientens behov. Ved å la pasienten stille spørsmål, kan en få et innblikk i hva som er pasientens behov for informasjon. I følge Hayward 1975 i Kaasa 2008, s. 27 vil undervisning og følelsesmessig støtte preoperativt kunne påvirke det kirurgiske stresset, og dermed påvirke smerteopplevelsen og behovet for analgesi etter det kirurgiske inngrepet. Preoperativ informasjon vil øke pasientens kunnskapsnivå og pasienten kan oppnå økt egenomsorgsaktivitet postoperativt (Blay og Donoghue, 2005, 1).

Pasienten kan ha bekymringer rundt inngrepet, som for eksempel redsel for smerte. Da er det viktig at sykepleier tar bekymringene på alvor, ved å bry seg om pasientens bekymringer, for å prøve å styrke pasientens velvære rundt det kirurgiske inngrepet (Jakobsen og Kehlet, 2005, s. 23-24). Sykepleier skal bidra til at pasienten mestrer situasjonen, både fysisk og psykisk. Dette innebærer å forebygge komplikasjoner som smerte og ved å legge til rette for en god rehabilitering. Derfor må pasienten være godt informert og føle seg trygg i situasjonen. Informasjon vil øke pasientens kunnskapsnivå, gi forutsigbarhet og dermed føre til at pasienten vil føle seg tryggere og får bedre kontroll over sin egen situasjon (Kaasa, 2008, s. 24-25).

På grunn av at sykehusoppholdet for pasienter som har operert kneprotese stadig blir kortere, vil det være mindre tid å informere på. Det stiller krav til at sykepleier har god kompetanse og evne til å formidle budskapet. En må bruke et språk som pasienten forstår og gi informasjon i små doser, slik at pasienten får mulighet til å ta det inn over seg (Jakobsen og Kehlet, 2005, s. 24).

Selv om formålet er å informere, er det relasjoner som skaper den nødvendige broen som budskapet trafikkerer over. Uten relasjoner kan det bli mye sendt informasjon som ikke nødvendigvis når frem til pasienten. Dermed blir ikke informasjonen effektiv (Ekeland, 2007, s. 30). En god relasjon ligger til grunn for å skape trygghet og tillit, som vil gi en opplevelse av troverdighet (Røknes, 2009, s. 22).

I følge Hanssen og Røknes (2009, s. 158- 168) er det tre forhold som er viktig for å utvikle en god relasjon; væremåte, empati og anerkjennelse. En god væremåte i møte med pasienten vil for eksempel si at vi er vennlige, interesserte og imøtekommende. Også at vi snakker tydelig, forståelig og flytende. Å utvikle en god relasjon handler om å forstå det pasienten opplever. En må prøve å forstå pasientens opplevelse innenfra empatisk. En må ha evne til å leve seg inn i pasientens indre, subjektive opplevelse både innholdsmessig og følelsesmessig. Det innebærer at man lytter, forstår og anerkjenner. Selv om en føler seg empatisk forstått er det ikke sikkert at pasienten føler seg anerkjent. Å ha en anerkjennende holdning innebærer at en bekrefter pasientens opplevelse, og at en får frem at pasientens opplevelse kan formidles til andre. En må ha respekt for pasientens egenart og ikke dømme.

Disse aspektene må sykepleier ha med seg i samarbeid med pasienten for å oppnå en god smertelindring.

3.7 Kommunikasjon og smerte

En god relasjon åpner opp for en god kommunikasjon mellom partene. Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske verbet *communicare* som betyr ”å gjøre felles”. Ved å kommunisere skaper vi et *opplevelses felleskap*. Å ha en god kommunikasjon med pasienten gjennom det pre og postoperative forløpet er viktig for å forstå pasienten, og for at pasienten skal forstå en. Da kan en oppnå et opplevelses felleskap (Røknes, 2009, s. 38).

Siden smerte er en subjektiv og personlig opplevelse, kan den være vanskelig å sette ord på. Det er individuelt hvordan smerten kommuniseres og hvordan evnen til å tåle smerte er. Derfor er det er en utfordring for sykepleier å kommunisere slik at pasienten føler seg hjulpet. Det innebærer å prøve å forstå pasientens formidling, gjennom empatisk innlevelse (Eide, 2007, s. 355). Samtidig må sykepleier observere non-verbal kommunikasjon, som tonefall i

stemmen, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser. Ordene vi formidler får styrke og kraft av våre kroppslige ledsageruttrykk (Hummelvoll, 2008, s. 385).

Gjennom en studie ved tre forskjellige kirurgiske avdelinger i et sykehus i Sverige kom det frem at de pasienter som rapporterte mer smerte enn forventet, hadde lavere score på kommunikasjon og tillit til sykepleierne (Idvall mfl, 2002, s. 7). En studie av Manias mfl (2005) i Eide (2008, s. 357) viste det seg at de fleste pasientene var passive mottakere av smertelindring postoperativt. Pasienten har kanskje ikke erfaring med slike situasjoner og tar derfor i mot den smertebehandling som blir gitt. Da kan det oppstå forskjellige oppfatninger mellom sykepleier og pasient om hvordan smerte oppleves og hva som skal til for å lindre (Eide, 2008, s. 355). Når pasienten kommuniserer sin smerteopplevelse, øker sjansen for god smertelindring (Eide, 2008, s. 357). Da kan sykepleier administrere smertestillende i tråd med pasientens formidling. En må informere pasienten om at det er viktig å kommunisere sin smerte og ber om smertestillende ved behov (Østenvik, 2008, s 594).

3.8 Sykepleieteori og grunnlagstenkning

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007, s. 24) er det beskrevet fire ansvarsområder for sykepleiere. Det er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Videre bygger sykepleierens verdigrunnlag på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter.

Det finnes flere teorier som beskriver sykepleie. Dorthea Orem's teori bygger på behov. Omsorgsbehovene som alle mennesker har er sentralt i Orem's sykepleie sykepleieteori. I Kristoffersen (2005.s. 84) beskrives det at Dorthea Orem mener sykepleiers mål og hensikt er at mennesket skal få dekket sine terapeutiske egenomsorgskrav. Egenomsorg bidrar til å fremme normal funksjon, utvikling, helse og velvære. ”Sykepleier kompenserer for svikt i pasientens egenomsorgskapasitet der det er nødvendig, og utvikler den der det er mulig” (Kristoffersen, 2005, s. 23). Pasientens egenomsorgsbehov må være identifisert og bevisstgjort, før man kan avgjøre handlinger for å ivareta dem.

Sykepleier kan fremme egenomsorg enten ved utføre all egenomsorg for pasienten, eller delvis kompensere, der pasient og sykepleier deltar i pasientens egenomsorg. Det kan også

være ved å hjelpe pasienten å overvinne sine egenomsorgsbegrensinger, ved å støtte og undervise pasienten (Kristoffersen, 2005, s. 39).

4.0 Hvordan kan sykepleier gjennom effektiv postoperativ smertelindring bidra til god mobilisering for pasienter som har operert kneprotese?

Erfaring er at pasienter som har operert kneprotese kan ha en smertefull opplevelse ved mobilisering. Mobilisering er svært viktig for å forebygge komplikasjoner og for å få god funksjon i det opererte kneleddet. Men smerte postoperativt kan være til hinder for god mobilisering. Derfor er god smertelindring helt nødvendig. I følge Wøien og Strand (2007, s. 271) har forskning vist at god postoperativ smertelindring vil føre til mer effektiv mobilisering. Idvall mfl. (2002, s. 2) har skrevet i sin studie at flere forfattere har rapportert at smertelindring postoperativt er utilstrekkelig for mange pasienter. Fokuset i drøftingen vil derfor være, hvordan sykepleier gjennom effektiv postoperativ smertelindring kan bidra til god mobilisering for pasienter som har operert kneprotese.

4.1 Pasientsituasjon

Ved å trekke inn et pasienteksempel, vil det bli brukt som utgangspunkt for å drøfte teori. Eksempelen er en ikke så uvanlig situasjon for pasienter som skal mobiliseres i tidlig stadium etter operert kneprotese.

En middelaldret kvinne hadde operert kneprotese. Det var andre postoperative dager i avdeling, og det ble sagt at pasienten burde mobiliseres i løpet av vekten. Da det ble fortalt til pasienten

at hun skulle opp, ble det gitt uttrykk for at dette var noe hun gruet seg til. Pasienten hadde smerter og var engstelig for hvordan dette skulle gå. Pasienten ble da informert om viktigheten av å stå opp og at hun hadde fått smertestillende som skulle dempe smerten i forkant. Til tross for pasientens engstelse rundt situasjonen gikk hun med på å stå opp, for deretter å gå bort til en stol, for å sitte der en stund. Når pasienten skulle opp for å gå, ga hun uttrykk for smerte, non-verbalt, ved å lage grimaser. Pasienten sa det var vondt i kneet og følte seg litt svimmel. Ved hjelp av sykepleier og prekestol klarte pasienten å gå bort til stolen. Hun la minimalt med belastning på det opererte kneet. Etter kort tid i stolen, ga pasienten uttrykk for smerte i kneet og følte seg uvel. Like etter holdt pasienten på å besvime, og måtte støttes opp i sengen.

4.2 Informasjon og kommunikasjon

Dorthea Orem mener at en skal kompensere for, og utvikle pasientens egenomsorg der det er nødvendig og der det er mulig (Kristoffersen, 2005, s 25). Preoperativ informasjon kan bidra til at pasienten får mindre smerter og bedret egenomsorgs evne postoperativt (Blay og Donoghue, 2005, s. 1). Det er derfor en viktig sykepleieoppgave å gi god informasjon til pasienten.

På grunn av at preoperativt stress kan føre til økt smerte postoperativt, kunne kanskje situasjonen vært annerledes for pasienten, ved å gi god informasjon preoperativt. Gjennom informasjon får pasienten kunnskap og forutsigbarhet, noe som fører til trygghet og dermed mindre stress. Pasientens forventninger kan bli endret i tråd med den kunnskapen som blir tilegnet gjennom informasjon, og det som kan vente seg postoperativt. Informasjonen bør også blant annet inneholde hva pasienten kan vente seg av smerte, og hvordan en kan lindre smerten. En må informere om at pasienten skal starte tidlig med mobilisering, og hvorfor dette er av betydning.

Når sykepleier informerer er det viktig å skape en god relasjon med pasienten, informasjonen skal bygge på gjensidig kommunikasjon. Ekeland (2007, s. 30) vektlegger at uten relasjoner blir ikke informasjonen nødvendigvis mottatt, og at informasjonen da mister sin effekt. Erfaring er at preoperativ informasjon ofte baseres på praktiske rutiner rundt operasjonen som fasting, hygiene og premedikasjon, noe som er nødvendig. Men en gjør seg i mindre grad

kjent med pasientens forventinger, følelser og bekymringer rundt operasjonen. For så å bygge informasjon videre på det. En må vise at en har tid til pasienten, være imøtekommende og vennlig, være interessert i pasientens tanker rundt operasjonen. En slik væremåte åpner opp for å skape en god relasjon med pasienten, som videre er et utgangspunkt for god kommunikasjon (Hansen og Røknes, 2009, s. 158). Gjennom god kommunikasjon med pasienten kan en få bedre innsikt i hvilke forventinger pasienten har til smerte og mobilisering postoperativt. Dermed kan det bli gitt informasjon basert på pasientens behov, for å trygge henne i situasjonen.

Hvordan sykepleier kommuniserer non-verbalt er også av betydning når hun skal informere pasienten. Signaliserer sykepleier hastverk med kroppen, kan det være at pasienten kanskje ikke vil forstyrre sykepleier med sine bekymringer. Dermed kan pasienten sitte igjen med ubesvarte spørsmål og engstelse. Det er ikke helt ukjent at sykepleiere ofte er under tidspress i arbeidet. Dette kan være en årsak til at informasjonen ofte blir knapp og rettet mot de mest sentrale praktiske opplysninger. For å unngå å signalisere stress til pasienten, må det settes av tid, der sykepleier kan sette seg ned sammen med pasienten for å gå gjennom informasjonen sammen. Viss sykepleier setter seg ned og forteller pasienten, at nå kan de bruke tid på å snakke om operasjonen og det postoperative forløpet. Da signaliseres det en at en har tid og interesse for pasientens tanker og følelser rundt operasjonen. Det kan da være større mulighet for at pasienten for seg til å formidle sine tanker rundt situasjonen og stiller spørsmål til sykepleier.

Kommunikasjon og samhandling er kanskje det viktigste redskapet sykepleier har til å skape god kontakt med pasienten. Med en slik tilnæringsmåte, øker sjansen for at pasienten får informasjon relatert til sine behov, og at pasienten mottar informasjonen som blir gitt. Det kan bidra til at pasienten får mindre smerte postoperativt og utvikler bedre egenomsorgsevne.

I en studie ved flere forskjellige ortopediske og kirurgiske avdelinger i et sykehus i Sverige, kom det frem at de pasienter som rapporterte mer smerte enn forventet, hadde lavere score på kommunikasjon og tillit til sykepleierne (Idvall mfl. 2002, s. 7). Når pasienten formidler sin smerte, er god smertelindring avhengig av at sykepleier oppfatter pasientens smerteopplevelse (Eide, 2008, s. 355).

I situasjonen der pasienten skulle mobiliseres kan det virke som at sykepleier var opptatt av å informere om viktigheten av mobilisering, mens pasienten prøvde å formidle sin smerte og engstelse. Det kan virke som det å lytte, prøve å forstå pasientens situasjon, ble mindre viktig

enn å informere om mobilisering. Liggetiden i sykehus etter kne protese operasjoner blir stadig kortet ned, dette stiller krav til effektiv mobilisering. Da kan det hende at sykepleiere blir *for* opptatt av viktigheten av mobilisering, slik at pasientens opplevelse av smerte eller angst for smerte ved mobilisering kanskje kan bli litt oversett. Sykepleier ville ut ifra velgjørenhet, fremme mobilisering, for å bidra til å skape et godt kirurgisk resultat. Når pasientens engstelse og opplevelse av smerte ikke ble ivaretatt godt nok ved mobilisering, kan en stille spørsmål ved om pasientens autonomi ble ivaretatt. Videre kan dette også påvirke pasientens tillit til sykepleier. Når pasienten formidler sin smerte må det tas på alvor. Informasjon og mobilisering er viktig, men likeså viktig er det at man informerer pasienten om å kommunisere sin smerte (Eide, 357, 2008).

Man skal akseptere pasientens opplevelse av sin egen situasjon, ved å bekrefte opplevelsen pasienten formidler. En må ta innover seg det pasienten formidler, gjennom empatisk innlevelse og skape en gjensidig dialog. Da vil en i økt grad kunne forstå pasientens opplevelse (Hansen og Røknes, 2009, s. 162). Dermed kan en i samarbeid med pasienten komme frem til smertelindrende tiltak relatert til pasientens behov.

4.3 Hvordan kartlegge smerte?

For at pasienten skal få en god mobilisering postoperativt må pasienten være godt smertelindret. Dorthea Orem var opptatt av at sykepleier skal identifisere pasientens behov før man videre avgjør handlinger for å ivareta dem (Kristoffersen, 2005, s. 39). For å vurdere pasientens behov for smertelindring, er det nødvendig å kartlegge pasientens smerte tilstrekkelig.

Smertekartleggings instrumenter kan øke sjansen for at smerten ikke blir underkommunisert. Det kan derfor være nyttig å bruke når en skal vurdere pasientens smerteintensitet.

Smertekartleggingsverktøy, som for eksempel NRS er ikke språk eller kultur avhengig, og kan vise til presise forandringer i smerte intensiteten (Torvik mfl, 2007, s. 55).

I pasientsituasjon sa pasienten at hun hadde smerte, men sykepleier kartlagde ikke noe videre utover dette, for å vurdere intensiteten. Smerte etter kneprotese operasjon er normalt, og en kan ikke regne med en smertefri mobilisering andre postoperative dag. Men ved å bruke smertekartleggingsverktøy som NRS kan en lettere vurdere hvor sterke smertene er. I følge

Retningslinjer for smertelindring (2009) skal en ikke overskride 3 på NRS postoperativt. Tallet 3 ligger mellom mild og moderat smerte. Ved hjelp av NRS kan en også fange opp forskjeller i smerte intensitet over tid (Torvik mfl, 2007, s.55).

Ved å bruke kartleggingsverktøy, som NRS, kan sjansen øke for at sykepleier i større grad baserer smertelindringen på pasienten sin egen vurdering. Det er også grunn til å tro at denne metoden kan føles tryggere for sykepleier. Siden det i større grad baseres på pasienten sin vurdering, og i mindre grad bare på sykepleiers egen vurdering. Det kan også være lettere for pasienten å formidle smerte, og lettere for sykepleier å forstå smerte intensiteten til pasienten, ved å bruke en slik metode å kartlegge smerte på.

Smerte kan være vanskelig å vurdere, da smerte er en subjektiv opplevelse. Det er kun den personen som opplever smertene som vet hvordan det føles. I en studie av Idvall mfl (2002, s. 5) kom det frem at sykepleiere vurderte pasientens smerte lavere enn hva pasienten selv gjorde. Dette tyder på at sykepleier undervurderer pasientens smerteopplevelse. Forskerne tror årsaken kan være at sykepleierne vet de ikke har tid til å handle, eller hvordan de skal handle for å lindre. Men det kan også være at sykepleiere som jobber med smertepåvirkede pasienter daglig, kanskje kan bli for "vant til" å se pasienter med smerte, og derfor kanskje miste litt medfølelse for den smerten pasienten opplever. Da kan det hende at sykepleiers terskel for å vurdere pasientens smerte blir lavere. Siden det er pasientens oppfatning av smerte som skal ligge til grunn for smertekartleggingen, kan dette føre til utilstrekkelig smertelindring. (Torvik mfl, 2008, s.53) Da er da viktig at sykepleier tar pasientens smertebeskrivelse på alvor, og prøver å forstå smerteopplevelsen gjennom empatisk innlevelse.

Foruten å vurdere smertens intensitet må sykepleier også for å oppnå god smertekartlegging, kartlegge hva som kan være årsaken til smertene. Naturligvis er det smerte relatert til det kirurgiske inngrepet. Er det mye hevelse i kneet, må dette formidles til lege.

Men det kan være andre faktorer som forsterker smerteopplevelsen, som angst (Jakobsen og Kelhet, 2005, s. 28). Angst og smerte påvirker hverandre. En studie av Dhalen mfl. (2006, s. 2) viste sammenheng mellom angst og smerte postoperativt, når dette ble undersøkt tredje postoperative dag etter kneprotese operasjon.

Et ikke så uvanlig eksempel er at pasienten er engstelig for hvordan det skal gå ved hjemkomst. Pasienten har kanskje ikke tro på at hun vil klare seg selv, og har ikke noen som

kan hjelpe. Denne angsten kan forsterke smerteopplevelse. Da er det viktig at sykepleier tar seg tid til å snakke med pasienten om hvordan de kan finne en løsning på bekymringene.

4.4 Mobilisering og medikamentell smertelindring

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007) beskriver fire ansvarsområder for sykepleiere: Fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Ved pasienter som har operert kneprotese er målet å fremme funksjon og bevegelse i kneleddet (Østenvik, 2008, s. 611). For å nå dette målet må en i tillegg til opptrening av kneleddet forebygge komplikasjoner, der mobilisering er en viktig faktor. Det innebærer at pasienten må bli tilstrekkelig smertelindret, slik at pasienten får motivasjon og evne til mobilisering.

I pasientsituasjon ville sykepleier forebygge komplikasjoner, gjenopprette og fremme funksjon, ved å hjelpe pasienten til å trene postoperativt. Men mobilisering ble svært belastende for pasienten, dermed mindre effektiv. En årsak til dette kan være at pasienten hadde smerte. Før mobilisering er det nyttig å tilby pasienten smertelindrende medikament som er forordnet av lege, for å så evaluere effekten. Ved å planlegge medikament administrering i forbindelse med mobilisering, kan pasienten få større utbytte av mobilisering og økt velvære. Det må også planlegges slik at medikamentet har virkning når pasienten skal mobiliseres. I en hektisk hverdag er det fare for at det kan gå for lang tid eller for kort tid etter det er gitt smertestillende. Dermed har ikke smertestillende nødvendig effekt. Dette kan være en mulig årsak til at pasienten i mitt eksempel hadde mye smerter, selv om smertestillende var gitt i forkant av mobilisering.

Ved sterke smerter som etter en kneprotese operasjon, vil pasienten trenge opioid analgetika. Men, opioider har en del uønskede bivirkninger som kan redusere pasientens motivasjon og evne til mobilisering (Kaasa, 2008, s. 54). Som oftest har pasienter etter kneprotese operasjon epidural smertelindring, som blir seponert andre postoperative dag i avdeling. EDA gir vanligvis god smertelindring, men mobilisering kan bli problematisk på grunn av at noen pasienter kan få nedsatt følelse i bena.

Som bivirkning av sterke opioider kan kvalme forekomme. (Simonsen mfl, 2007 s. 63). Det kan også være på grunn av selve smerten eller angst. Kvalme vil ofte forverres ved aktivitet, og kjennes minst ubehagelig når en ligger i ro. Pasienten vil derfor ikke være motivert til å

være i aktivitet, noe som kan øke faren for komplikasjoner og effektiv opptrening. Men kvalme kan forebygges ved å administrere kvalmestillende medikament som Afipran, det gis intravenøst med rask effekt, eller per oralt som forebyggende, samtidig som opioider blir administrert.

Er pasienten trøtt og svimmel kan dette være på grunn av bivirkninger av sterke opioider, som er lavt blodtrykk og sedasjon. Det kan også være relatert til lite nattesøvn, mye sengeleie eller lav blodprosent som følge av operasjonen. Trethet i seg selv kan påvirke smerteopplevelsen (Kaasa, 2008, s. 63). Er pasienten trøtt og svimmel må man gå forsiktig frem og ta seg god tid ved mobilisering. Reiser pasienten seg for brått opp kan det være fare for at pasienten besvimer på grunn av lavt blodtrykk.

Mobilisering i tidlig stadium etter operasjonen, kan være belastende og anstrengende. Pasienten i eksempelet ble svimmel og holdt på å besvime ved mobilisering. Dette kan være relatert til bivirkninger av sterke opioider, som lavt blodtrykk og sedasjon (Kaasa, 2008, s. 54). Smerte eller andre følger etter operasjonen, som foreksempel stort blodtap, kan også være medvirkende årsak. I en slik situasjon er det viktig at pasienten får støtte og hjelp av sykepleier for å dekke behov for egenomsorg.

Når det skal kompenseres for pasientens egenomsorgsbehov, kan det gjøres enten hel kompenserende, del kompenserende eller støttende og undervisende (Kristoffersen, 2005, s. 28). I dette tilfellet kan det være nødvendig å veilede pasienten i hvordan hun skal komme seg opp fra liggende til stående stilling. Det må formidles til pasienten at hun må ta seg god tid, med varsomme bevegelser. Det kan være smertefullt for pasienten å belaste det opererte kneet, å bøye leddet vil også være smertefullt. En må minne pasienten på å puste dypt inn og ut, da pasienten ofte er veldig anstrengt i en slik situasjon. I stående stilling må pasienten få tid til å finne balanse, og svimmelhet må tas hensyn til.

Sykepleier må fremtre rolig og sikker, slik at pasienten kjenner seg trygg i situasjonen. Samtidig er det viktig at sykepleier spør hvordan det går underveis og observerer om pasienten er svett, blek, slapp eller ustødig. I tillegg til å observere pasientens non- verbale kommunikasjon, som for eksempel grimaser i ansiktet som kan være utrykk for smerte og ubehag. På denne måten kan det hende at en kan forutse uheldige situasjoner, som pasienten i mitt eksempel holdt på å besvime.

5.0 Svake og sterke sider ved oppgaven

Jeg ser det som en styrke i min oppgave at jeg har funnet mye relevant litteratur som kan belyse min problemstilling. Forskningsartiklene jeg fant hadde viktige funn som jeg kunne benytte meg av. Jeg har fått frem flere viktige faktorer for å besvare min problemstilling, gjennom funn i litteraturen og egen refleksjon rundt disse. Syns jeg i stor grad har klart å holde fokus på det som var relevant for min problemstilling. Jeg ser det også som nyttig, og en styrke i oppgaven, at jeg har tatt utgangspunkt i en pasientsituasjon. Noe som jeg ser på som viktig ved å ta utgangspunkt i en pasientsituasjon, er at man kan få bedre frem hvordan kunnskapen kan brukes i praksis.

Jeg har brukt noen sekundærkilder med kritisk syn, da jeg ikke alltid kunne finne frem til primærkilden. Noe som kan medføre at kunnskapen er blitt fortolket. Det innebærer også at jeg ikke alltid vet noe om forfatterne av primærkilden, og hvordan de har kommet frem til den kunnskapen. Jeg ser på dette som en mindre pålitelig kilde og derfor en svakhet i oppgaven.

Når det gjelder det jeg har skrevet i kapitlene om smertelindring, har jeg valgt å fokusere på medikamentell smertelindring og det er rettet mot mobiliseringssituasjonen. Dette kan virke litt snevert, da jeg med fordel kunne fokusert mer på smertelindring generelt. Det vil si smertelindring gjennom hele forløpet, ikke bare ved mobilisering. Samt tatt med andre ikke medikamentelle tiltak, som blant annet kuldebehandling (cryocuff). Dette kunne gitt et mer helhetlig perspektiv.

Dersom jeg skulle skrevet oppgaven på nytt, hadde jeg nok spesifisert problemstillingen min litt mer. Da jeg opplevde at jeg gjerne skulle ha fordypet meg mer i hvert av kapitlene mine. Det var flere temaer jeg måtte ha med for å belyse problemstillingen min, som kartlegging, informasjon, kommunikasjon, smertelindrende medikamenter og mobilisering. Tror nok at jeg med fordel kunne ha begrenset problemstillingen min litt, slik at jeg kunne ha fokusert og fordypet meg mer på noen områder, i stedet for å fordype meg litt i flere.

6.0 Konklusjon

For at pasienten skal få en god mobilisering må pasienten være godt smertelindret. Det er flere aspekter jeg har kommet frem til, i denne oppgaven som jeg mener kan gi effektiv smertelindring og dermed god mobilisering.

Sykepleier skal ha kunnskap om hvordan en kan kartlegge smerte. Vurdering av smerte skal bygge på pasientens opplevelse av smerte. Da kan en med fordel nytte smerteintensitets skalaer, som for eksempel NRS. Da dette kan vise til presise forandringer i smerteintensiteten og byger i større grad på pasientens egen vurdering av smerte. Det øker sjansen for at smerten ikke blir underkommunisert.

For å forebygge og kontrollere smerten må pasienten være tiltrekkelig informert. Pasienten må ha nødvendig kunnskap om smertefølger etter operasjonen, smertebehandlingen og viktigheten av god mobilisering. Informasjon og kunnskap vil øke pasient trygghet og dermed unødig stress preoperativt som kan føre til økt smerte postoperativ. For at informasjonen skal ha effekt kreves det gode kommunikasjonsevner som bygger på en mellommenneskelig relasjon.

Sykepleier har også et stort ansvar når det gjelder administrering av smertelindrende medikamenter. Medikament administrering må en planlegges i samband med mobilisering. En skal sørge for at pasienten for ta del i sitt individuelle behov for smertestillende. Evaluering av medikamentets effekt, observere og forebygge bivirkninger er av stor betydning. Bivirkninger kan i mange tilfeller være svært ubehagelige for pasienten, og kan forverre motivasjon og evne til mobilisering.

Sykepleiers holdninger må bygge på empati og anerkjennelse av pasientens opplevelse av smerte. En må kommunisere slik at en kan forstå pasientens opplevelse, gjennom empatisk innlevelse. Da kan man oppnå en god samhandling. Noe som er viktig for å identifisere pasientens behov for å videre sette i verk smertelindrende tiltak.

Det finnes mye kunnskap om postoperativ smertelindring og hvordan dette kan fremme god mobilisering. Men det er en forutsetning at kunnskapen blir praktisert. I praksis vil det derfor kunne være nødvendig med informasjon og undervisning om hvordan disse tiltakene kan iverksettes i praksis. Det krever at tid og nødvendige ressurser er tilstedet.

Litteraturliste

Blay, Nicole, Donoghue, Judith (2005) "The effect of pre- admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy" I: *Australian Journal of Advanced Nursing* (4)

Dahlen, Larry, Zimmerman, Lani, Barron, Cecilia (2006). "Pain perception and its relation to functional status post total knee arthroplasty" I: *Orthopaedic nursing, volume 25*.

Dalland, Olav (2000). "Metode og oppgaveskriving for studenter". Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Hilde (2008). "Kommunikasjon, relasjon og smerte" (Kapittel 19, s. 354- 369). I: Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl (red.). "Ulike tekster om smerte". Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekeland, Tor- Johan, Heggen, Kåre (2007). "Meistring og myndiggjering- Reform eller retorikk?" (Kapittel 1, s. 13-28). I: Ekeland, Tor- Johan, Heggen, Kåre (red.). "Meistring og myndiggjering". Oslo: Gyldendal akademisk.

Ekeland, Tor- Johan (2007). "Kommunikasjon som helseressurs" (Kapittel 2, s. 29- 52). I: Ekeland, Tor- Johan, Heggen, Kåre (red.). "Meistring og myndiggjering". Oslo: Gyldendal akademisk.

Hanssen, Per-Halvard, Røknes, Odd Harald (2009). "Å forstå den andre" (Kapittel 6, s. 155- 190). I: Hanssen, Per-Halvard, Røknes, Odd Harald (red.). "Bære eller briste". Bergen: Fagbokforlaget.

Hummelvoll, Jan Kåre (2006) "*HELT – ikke stykkevis og delt*". Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Idvall, E, Hamrin, E, Sjøstrøm, B, Unosson, M (2002). "Patient and nurses assesment of quality of care in postoperative pain management". I: *Qual Saf Healt Care 11*.

Jakobsen Hjort, Dorthe, Henrik, Kehlet (2005). "Kirurgisk sygepleje" (Almen del 1, s. 21-44). I: Christoffersen, Krogh, Jens, Scharff- Smith, Bente (red.). "Kirurgi". København: Dansk sygepleje råd.

Jacobsen, Dag, Kjeldsen, Sverre E, Ingvaldsen, Baard, Lund, Kristin, Solheim, Kaare (2006) "Sykdomslære". Oslo: Gyldendal Forlag.

Kaasa, Live (2008). "Sykepleie til pasienter som skal opereres" (Kapittel 2, s. 21-78). I: Knutstad, Unni (red.). "Sykepleieboken 3". Oslo: Akribe.

Kristoffersen, Nina Jahren (2005). "Teoretiske perspektiver på sykepleie" (Kapittel 23. s. 13-99). I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli- Anne Skaug, (red.). "Grunnleggende sykepleie" Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norges lover- lovsamling for helse og sosiasektoren (2007) I: Aslak Syse (red.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Norsk sykepleieforbund (2007), Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Retningslinjer for smertelindring (2009). "Akutt smerte". Den norske legeforening.

Røknes, Odd Harald (2009). "Relasjonskompetanse og kommunikasjon" (Kapittel 1, s. 7- 40) I: Hanssen, Per-Halvard, Røknes, Odd Harald (red.). "Bære eller briste". Bergen: Fagbokforlaget.

Simonsen, Terje, Aarbakke, Jarle, Lysaa, Roy (2004). "Illustrert farmakologi". Bergen: Fagbokforlaget.

Stubhaug, Audun, Ljoså, Tone Marte (2008). "Kva er smerte?" (Kapittel 1, s. 22-50). I: Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl (red.). "Ulike tekster om smerte". Oslo: Gyldendal Akademisk.

Torvik, Karin, Skage, Marta, Rustøen, Tone (2008). "Smertekartlegging" (Kapittel 2, s.51-74) I: Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl(red.)."Ulike tekster om smerte". Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tønnessen, Tor Inge (1998). "Postoperativ smertebehandling" Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Unstad, Marit E (2007). "Sykepleie, smerte og smertelindring" (Kapittel 9, s. 111-127). I: Aambø, Arild (red.). "Smerter". Oslo: Cappelens Forlag.

Wøien, Hilde, Strand, Anne Cecilie (2008). "Sykepleietiltak ved postoperativ smertebehandling" (Kapittel 14, s. 271- 286). I: Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl (red.)."Ulike tekster om smerte". Oslo: Gyldendal Akademisk.

Østensvik, Elisabeth (2008). "Sykepleie til pasienter med sykdom og skade i bevegelsesapparatet" (Kapittel 13, s. 567- 631). I: Knutstad, Unni (red.). "Sykepleieboken 3". Oslo: Akribe.