

Bachelor i sykepleie

Våren 2009 - Høgskolen Stord / Haugesund

"Hvordan kan sykepleiere bidra til best mulig postoperativ smertelindring hos pasienter med lårhalsbrudd?"

Innlevert: 20-02-09

Antall ord: 7431

Kandidat nr: 55



På norsk:

Sammendrag

I denne oppgaven er problemstillingen ”hvordan kan sykepleiere bidra til en best mulig postoperativ smertelindring hos lårhalsbruddpasienter?”. Metoden jeg har benyttet for å finne svar på problemstillingen er et litteratursøk. Først i oppgaven presenterer jeg den teorien som jeg har valgt å bruke som den teoretiske plattformen. Deretter presenteres de artiklene som skal tas med i drøftningen. Etter den presentasjonen kommer en drøftningsedel. Den er inndelt i tre deler. Først drøftes sykepleierens lindrende rolle. Der ser jeg på hvilke roller sykepleieren har i forhold til smertelindring, og hva som er hennes oppgaver og ansvar. Videre kommer en del om medikamentell smertelindring der sykepleierens rolle i den medikamentelle smertelindringen drøftes. Sist kommer en drøftning av ikke-medikamentell smertelindring og sykepleierens rolle i forhold til bruk av denne typen tiltak. Oppgaven avsluttes med en oppsummering og konklusjon. I konklusjonen kommer det frem at sykepleieren har et stort ansvar innenfor smertelindring. Deres kunnskaper kan være med på å bidra til at pasienten får en tilstrekkelig smertelindring. Sykepleieren må både ha kunnskaper om medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring, og de må kunne sette sammen ulike tiltak fra begge grupper for å gi hver enkel pasient en optimal smertelindring. I tillegg er det viktig at sykepleiere som jobber med postoperativ smerte er klar over den positive effekten som informasjon har, og at hun benytter seg av dette i den daglige pleien.

In English:

Summery

In this assignment I ask the question “What can nurses do to contribute to the best possible postoperative pain relief fore hip fracture patients? ”. To find an answer to my question I studied literature. To start with in this assignment I present the theory witch is the platform in this assignment. Afterwards I present the articles that are used in the discussion. The discussion is divided in three parts. First the nurses relieving care is discussed. In this discussion I look at what the nurses role are in pain relive and what here responsibility is. Then I look at the responsibility the nurses have when it comes to medical pain relive, and here role in this type of medication. After that I do the same with the non – medical pain relive methods. The assignment brines to an end with a summary and a conclusion. In my conclusion I say that the nurses have a big responsibility when it comes to pain relive. Their knowledge is what may give the patient optimal pains relive. The nurse must therefore have knowledge in both medicament and non –medicament initiative. Besides this they also have to be able to put several initiatives together to make sure that every patient gets the best possible postoperative pain relive car. Additional to this the nurses must be averred of the positive effect of good informed patients. They must also learn to use that in the daily care.

Innhold

Innhold	4
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling	5
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	5
1.4 Presentasjon av oppgaven	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Literaturstudiet som metode.....	7
2.2 Literatursøk	8
2.3 Kriterier for valg av litteratur og kildekritikk	8
2.4 Etske overveielser	9
3.0 Teoretisk perspektiv	10
3.1 Lårhalsbrudd.....	10
3.2 Hva er smerter?	11
3.3 Postoperative smerter	12
3.3.1 Smertelindring	12
3.3.2 Konsekvenser av postoperativ smerte	13
3.6 Sykepleieteori.....	13
4.0 Funn.....	15
5.0 Drøftning	16
5.2 Sykepleierens rolle	16
5.3 Medikamentell smertelindring	18
5.4 Ikke medikamentell smertelindring.....	21
6.0 Avslutning	25
Konklusjon	26
7.0 Literaturliste	27
Vedlegg 1	30
Vedlegg 2	31

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Reiersdal m.fl. (2007) skriver i sin artikkel "Sykepleiere bruker ikke smerteskala" at et av problemene i dagen helsevesen er underbehandling av smerter. Videre skriver de også at smerteforskere mener at en stor del av årsaken til underbehandlingen er en manglende kompetanse hos helsepersonell. De senere årene har den postoperative smertebehandlingen utviklet seg fra "konservativ smertebehandling" til "multimodal smertebehandling", det vil si at den har gått fra å være generell til å bli spesialtilpasset hver enkelt pasient. Den utviklingen krever at sykepleieren kan vurdere pasientens smerte og at hun kan observere effekten av behandlingen. Almås m.fl. (2007) skriver at en god sykepleier er en sykepleier som både kan forebygge og behandle smerter. Etter å ha lest artikkelen til Reiersdal m.f (2007) om smertebehandling til nyopererte fikk jeg en interesse for dette temaet og søkte videre. Det finnes mye litteratur om emnet. Litteraturen forteller at det både finnes medikamentell og ikke medikamentell smertebehandling. Litteraturen ser ut til å være enig om at selv om sykepleier ikke er den yrkesgruppen som forordner medikamentene i smertebehandlingen er de allikevel en viktig brikke i behandlingen. Det er fordi det er sykepleierne som tilbringer mest tid sammen med pasientene. Jeg ønsker derfor gjennom min bacheloroppgave å tilegne meg kunnskap om hva sykepleiere kan gjøre for å hjelpe pasienter med postoperative smerter.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Min problemstilling er:

Hvordan kan sykepleiere bidra til best mulig postoperativ smertelindring hos pasienter med lårhalsbrudd?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Pasientgruppen som presenteres i min problemstilling er nyopererte pasienter med lårhalsbrudd. McCaffery og Beebe (2007) skriver at smerte kan deles inn i to kategorier, akutte og kroniske. Videre skriver de at postoperative smerter er smerter som betegnes som akutte. Det er altså sykepleie til akutte smerter jeg tar for meg i denne oppgaven, og jeg vil

derfor ikke ta med noe om sykepleie til pasienter med kronisk smerte eller noen teori omkring det.

Videre kommer jeg bare til å ta for meg den tidsperioden pasienten er innlagt på sykehuset. Unntagen de timene til et døgn pasienten ligger på overvåkingen etter operasjonen er. Da er pasienten nettopp kommet ut fra operasjon, og den umiddelbare postoperative fasen inneholder for mange faktorer å ta hensyn til. Denne oppgaven tar altså for seg smertebehandlingen i det postoperative tidsrommet som pasienten er oppe på sengeposten.

Karoliussen (2006) skiver at flertallet av de pasientene som opplever å få et lårhalsbrudd er eldre pasienter. Eldre er en egen gruppe i helsevesenet, og jeg har valgt å ikke inkludere den faktoren i min oppgave.

1.4 Presentasjon av oppgaven

Først i oppgaven har jeg en metodedel. Der har jeg skrevet hva et litteraturstudie er. Videre står det hvordan jeg har utført litteratursøket, hvilke kriterier jeg har for valg av kilder og kildekritikk. Til slutt i metoddelen har jeg skrevet om etiske overveielser. Etter metoddelen kommer teoridelen. Teoridelen er delt inn i fire avsnitt. Først kommer en kort presentasjon av diagnosen lårhalsbrudd. Deretter kommer en begrepsavklaring rundt begrepet smerte. Etter den generelle begrepsavklaringen kommer en del om postoperative smerter, lindring og konsekvenser av denne typen smerter. Sist i teoridelen presenteres Virginia Hendersons behovsteori. Etter teoridelen kommer en kort tekst om de funn jeg har gjort i litteratursøket. Deretter kommer drøftningen. Drøftningen er inndelt i tre deler. Først en del hvor jeg drøfter sykepleierens lindrende rolle i smertebehandlingen. Deretter drøftes medikamentell smertelindring og sykepleierens rolle. Til slutt drøftes sykepleierens rolle og tiltak hun kan gi i forhold til ikke medikamentell smertelindring. Etter drøftning har jeg en avslutning med en kort oppsummering og konklusjon.

2.0 Metode

Dalland (2008) skriver at Wilhelm Aubert har uttalt at metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap og etterprøve påstander som fremsettes. Videre har Dalland (2008) sitert Wilhelm Aubert på følgende definisjon av begrepet metode: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (s.83). Alle forskningsartikler benytter en metode for å komme frem til sitt resultat. Metoden kan enten være kvantitativ eller kvalitativ.

Olsson og Sørensen (2003) forklarer en kvantitativ forskningsmetode som en studie på noe konkret og tallfestet, mens en kvalitativ studie er en studie som tar for seg det ukonkrete og diffuse slikt som for eksempel følelser og opplevelser. Videre skriver Olsson og Sørensen (2003) at kvalitativ forskning står ”innenfor” mens kvantitativ forskning sees ”utenfra”, og at kvalitativ forskning ofte har få forsøkspersoner og mange variabler, mens kvantitativ forskning gjøres på et stort antall individer og har få variabler.

2.1 Litteraturstudiet som metode

Denne oppgaven skrives som et litteraturstudie. Det vil si at det er en studie gjort på allerede foreliggende materiale. Mulrow og Oxman har definert et litteraturstudium som resultatet av en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengstrøm, 2003). Videre skriver de at et litteraturstudie også inneholder en kritisk vurdering og analysering av resultatet. Denne oppgaven som du leser nå er en litteraturstudieoppgave som er inspirert av et systematisk litteraturstudie. Jeg har fremsatt en problemstilling, og skal ved hjelp av allerede eksisterende litteratur, fagbøker og forskningsartikler som omhandler mitt emne, forsøke å komme med et svar på problemstillingen. Litteraturstudie er min metode for å frembringe kunnskap. Det betyr at litteraturturen som finnes i litteraturbakgrunnen ikke kan være den samme som ”innsamlingslitteraturen”. Igjen betyr det at for å finne en løsning på problemstillingen min må jeg først presentere et teoretisk bakgrunnsmateriale, og deretter benytte resultatet i de vitenskaplige artiklene jeg har funnet til å drøfte meg frem til en løsning på problemstillingen.

2.2 Litteratursøk

For å finne frem til litteraturen som skal benyttes til å drøfte har jeg vært inn på en rekke databaser. SveMed+, ProQuest og Medline var de tre databasene som jeg tilslutt valgte å hente ut artikler fra. Når jeg begynte søket startet jeg med noen enkle søkeord, deriblant ”postoperativt” og ”lårhalsbrudd”. Etter hvert som jeg søkte fant jeg flere søkeord som viste seg å gi gode treff. Noen av de sammensetningene som gav flest relevante treff var kombinasjonen ”postoperative” and ”pain management” and ”nursing” og kombinasjonen ”postoperative periode” and ”pain” and ”Femoral neck fractures”. Etter hvert som jeg søkte noterte jeg meg ned hvilke søkeord som gav treff, hvor mange treff og hvor mange av treffene som tilslutt fikk være med i som litteratur i denne oppgaven. Hele søkeprosessen er fremstilt på et skjema (se vedlegg 1). Der kommer det frem hvilke søkeord som gav treff, og fra hvilke databaser, og med hvilke søkeord, jeg har valgt å bruke artikler fra.

2.3 Kriterier for valg av litteratur og kildekritikk

Den litteraturen jeg velger å ta med i oppgaven skal kunne drøftes og svaret på problemstillingen skal komme frem på grunnlag av innholdet. Jeg har kun valgt artikler som enten inneholder forskning om smerte eller om lårhalsbrudd, og i de fleste tilfellene begge deler. I tillegg skal artiklene enten utgis av et fagtidsskrift eller helst et vitenskapelig tidsskrift da dette gir de et kvalitetsstempel. Dalland (2008) skriver at før en artikkel kan gis ut i et vitenskapelig tidsskrift gjennomgår den strenge kvalitetssikring. Videre står det at kvalitetssikringen artiklene gjennomgår kalles fagfellevurdering. Det vil si at artiklene blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet.

Dalland (2003) skriver at det finnes anerkjente vitenskapelige metoderegler og kunnskapskrav. Videre skriver han at metoden skal sørge for troverdig kunnskap. Det betyr at krav til både validitet og reliabilitet må oppfylles. Validitet betyr relevans og gyldighet. Det som måles må være relevant, og være gyldig for det problemet som undersøkes. Reliabilitet derimot betyr pålitelighet. Reliabilitet handler om at målingene må utføres korrekt og at eventuelle feilmarginer angis. Generelt vil jeg si at både graden av reliabilitet og validitet er høy i de artiklene som brukes i denne oppgaven.

Årstall for utgivelse har også vært et kriterium. Jeg satte meg som mål da jeg startet artikkelsøket at de artiklene jeg ville ha med ikke skulle være eldre enn 10 år. Det målet er

oppnådd med en margin på ett år. Men, overvekten av artiklene er utgitt i 2003 og er derfor 6 år gamle.

I tillegg har jeg sett på hvem det er som har skrevet artiklene jeg har valgt ut. Hvilke yrkesgruppe forfatterne tilhører eller hvilke tittel de har, om de er spesialist på det området artikkelen handler om og eventuelt hva de har utgitt tidligere og hvor. Jeg har i første omgang sett etter artikler skrevet av fortrinnsvis sykepleiere eller leger, og de skal helst være spesialister på området smerte eller kirurgi. Videre har jeg også sett etter engelske artikler. Omtrent halvparten av artiklene som brukes er engelske.

2.4 Etiske overveielser

”Det å gjøre rede for sine kilder innebærer faktisk å takke for hjelpen, så det bør gjøres korrekt. Ingen liker å få navnet sitt stavet feil eller titler på sine egne arbeider unøyaktig gjengitt.” (s.281, Dalland, 2009). Videre skriver Dalland (2009) også at det å gjengi andres tanker som sine egne regnes for å være en uærlig handling. Vi må derfor gjøre rede for alle kildene vi bruker i skrivingen. Kildene som brukes i denne oppgaven er oppgitt etter Harvard- systemet. Denne oppgaven er skrevet etter gjeldene retlingslinjer for oppgaveskriving ved Høyskolen Stord/Haugesund.

3.0 Teoretisk perspektiv

3.1 Lårhalsbrudd

Jacobsen m.fl. (2006) skriver at lårhalsbrudd er et forholdsvis vanlig brudd, i første rekke blant eldre kvinner. Jacobsen m.fl. (2006) skriver videre at det hos yngre pasienter skal det et massivt traume til for å fremkalle et fractur i femur, men hos eldre pasienter er dette oftest ikke nødvendig da de pga osteoporose har et svekket beinvev. Karoliussen og Smedbye (2005) skriver at eldre kvinner rammes tre ganger så ofte av et brudd enn menn. Videre skriver de at dette settes i forbindelse med østrogenets innflytelse på osteoporose. Enkle fall, vridning, dunk eller støt kan hos enkelte eldre være nok til å medføre et fractur (Jacobsen m.fl., 2006).

Tegn som gir mistanke om lårhalsbrudd er i første omgang smerter i hofteregionen, tydelig forkortelse og utadrottert underekstremitet (Chaplin-stilling) og funksjonsfall (Jacobsen m.fl, 2006). Karoliussen og Smedbye (2005) skriver at en pasient som blir blek, kald, klam og har hurtig og overflatisk respirasjon er flere tegn som bør gi mistanke om et lårhalsbrudd.

Både ved behandling og prognostisk skiller vi mellom et medialt og et lateralt lårhalsbrudd og et brudd gjennom trokanterregionen (Jacobsen m.fl., 2006). Videre skriver Jacobsen m.fl. at ved et medialt lårhalsbrudd sitter bruddet innenfor kapselfestet mens ved et lateralt brudd eller et brudd gjennom trokanterregionen sitter bruddet utenfor. Den største forskjellen er at ved et medialt lårhalsbrudd mister lårbeinshode en vesentlig del av sin blodforsyning. Et brudd i øvre femurende blir selv hos gamle og skrøpelige så og si alltid operert. Bakgrunnen for dette er at uten en operasjon blir pasienten sengeliggende og hjelpesløs. Ved hjelp av moderne apparater for bla gjennomlysning er denne typen operasjoner i de fleste tilfeller en enkel og forholdsvis liten påkjenning. Operasjonen tar noen ganger ikke mer enn 15min. Ved et medialt lårhalsbrudd settes bruddet sammen med inntil tre skruer via et lite snitt øverst lateralt på låret. Dette gjøres under røntgengjennomlysning. Dersom det er brudd svært lateralt i lårhalsen, eller gjennom trokanterregionen festes bruddet med en plate på yttersiden av lårbeinsskafet til en stor skrue som går inn i lårhalshodet. Det er alltid en fordel at lårhalsbrudd opereres så snart som mulig etter innleggelse.

Jacobsen m.fl. (2006) skriver at allerede første postoperative dag skal de fleste av lårhalsbruddpasientene ut av sengen. Videre skriver de at denne pasientgruppen oppfordres til å belaste beinet til smertegrensen og til å være i aktivitet. Det er svært ugunstig for denne pasientgruppen å holde sengen. Det kan føre til en rekke uheldige komplikasjoner som for eksempel manglende tilhelning, problemer med blodtilførselen som igjen kan føre til caputnekrose og blodpropp for å nevne noen.

3.2 Hva er smerter?

Simonsen m.fl. (2005) skriver at smerter er en subjektiv opplevelse. International Association for the Study of Pain (1979) definerer smerte som: ”en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som opptrer i forbindelse med vevsskade, truende vevsskade eller beskrives som en følelse av skade” (Werner og Strang, 2003). Tolkningen og opplevelsen av smerte er betinget av tidligere erfaringer med og opplevelse av smerte, samt den psykiske tilstanden pasienten er i ide smertene oppleves (Simonsen m.fl., 2005).

Simonsen m.fl. (2005) beskriver at det som skjer når en person opplever smerte er at nosiseptorer i hud, muskler, skjelett, indre organer eller annet vev fanger opp smerteimpulsene. Videre skriver de at impulsen deretter kobles opp til sekundærnevronet i bakre horn i ryggmargen, som krysser over til motsatt side før det løper over ryggmargen og opp til thalamus. Dette skjer ved at smerteimpulsene sendes via tynne nervefibre. Videre i thalamus fortsetter impulsen, via tertiærnevronet, opp til den somatosensoriske hjernebarken som oppfatter lokalisjon og intensitet av smerten.

Simonsen m.fl. (2005) skriver at smerte som skyldes truende eller reell vevsødeleggelse er betinget av en direkte stimulering av nosiseptorene. Dette, skriver Simonsen m.fl. (2005), kalles for nociseptive smerter. Videre skriver de at den type smerte oftest oppleves som skarp, stikkende, kriblende, dyp, verkende og ofte pulserende smerte. Siden de postoperative smertene er et resultat av en vevsødeleggelse er det nærliggende å tro at denne beskrivelsen av smerte er en passende forklaring av den type smerte de nyopererte lårhalsbruddpasientene kan oppleve.

Smerter kan som tidligere nevnt deles inn i to kategorier, akutte og kroniske. Videre skriver Simonsen m.fl. (2005) at akutte smerter oppleves som et faresignal av kroppen. Den går i

forsvar og svarer med å øke pulsen og blodtrykk, kaldsvette og å diltrahere pupillene. I tillegg får pasienten en følelse av uro og angst. Smerter i forbindelse med operasjon er smerter i kategorien akutte. Følelsen av angst og uro, samt fysiologiske reaksjoner på smerte er noe postoperative lårhalsbruddpasienter opplever (Simonsen m.fl., 2005).

3.3 Postoperative smerter

Holm og Hansen (1998) skriver at smerter postoperativt ofte forbindes med sårsmarter i operasjonssåret. Videre skriver de at pasienter alltid vil ha smerter etter et kirurgisk inngrep og at smerter i operasjonssåret kan komme av hoste, dype innåndninger, bevegelse som gjør at sårområdet får et drag og hikke. Pasienter kan også ha smerter og ubehag pga dren. Postoperative smerter varer vanligvis 3-4 døgn, men at det avhengige av inngrepets art og pasientens egen smerteterskel. Sterke postoperative smerter kan være med på å forsinke og forverre det postoperative forløpet. Likevel er det viktig å se dette i lys av at smertefrihet i seg selv ikke er med på å fremskyve det postoperative forløpet med mindre det benyttes til mobilisering av pasienten.

3.3.1 Smertelindring

Dysvik (2001) skriver at sykepleieren kan ha en lindrende funksjon i smertesammenheng. Sykepleieren er den som tilbringer mest tid sammen med pasienten, og er den som har ansvaret for at pasienten får den helhetlige pleien han eller hun har behov for. Dysvik (2001) skriver videre at det er mange faktorer som påvirker smertelindring. Med den riktige kombinasjonen av medikamentell og ikke invaderende smertelindrings-tiltak kan pasienten oppnå en tilfredsstillende smertelindring. Sykepleierens oppgave er å kontinuerlig jobbe for å finne denne kombinasjonen.

Dysvik (2001) skriver at sykepleierens rolle og ansvar i medikamentbehandling omfatter flere områder. Videre skriver hun at disse områdene er kartlegging, administrering, evaluering og å oppfordre til ev endringer. Innenfor medikamentell smertelindring er det av sentral betydning at en kommer smertene i forkjøpet.

Ikke invaderende metoder for smertelindring er tiltak som ikke er medikamentelle eller tiltak som bryter hud eller slimhinner (Dysvik, 2001). Dysvik (2001) skiver at eksempler på slike tiltak kan være avledning, avspenning eller hudstimulering.

3.3.2 Konsekvenser av postoperativ smerte

Tønnesen (2003) skriver at postoperativt kan smerte ha en rekke uheldige innvirkninger. Han skriver at bla påvirker smerter lungefunksjonen og nedsetter kapasiteten, som kan føre til pneumoni. Videre skriver Tønnesen (2003) at postoperative smerter setter i gang en adrenerg respons som igjen medfører takykardi og høyere blodtrykk. Dette påvirker hjertet, og det slår vesentlig raskere. Dersom pasienten har en normal hjertekapasitet tåler han eller hun dette bra, men dersom pasienten har iskemisk hjertesykdom og/eller hjertesvikt med takykardi og økt karmotstand kan dette få konsekvenser. For en pasient med artesklerose kan smerter i seg selv utløse iskemi. Andre kjente bivirkninger av postoperativ smerte er kvalme og oppkast. Det er også mulig at sterke smerter kan påvirke tarmperistaltikken selv om dette ikke enda er påvist. Men, om smertene ikke i seg selv er med på å påvirke tarmperistaltikken så gjør det pasienten immobil, og det fører igjen til en dårligere peristaltikk i tarmen. Smerter medfører også økt tensjon i muskulaturen, som igjen kan utvikle seg til triggerpunkter eller såkalte ”muskelspasmer”. Disse kan både være svært smertefulle og plagsomme i lang tid etter operasjonen. Sist men ikke minst kan sterke postoperative smerter føre til immobilitet. Det er allment akseptert at immobilisering har en avgjørende betydning for det postoperative forløpet. Dersom pasienten blir sengeliggende og står i fare for å få en rekke komplikasjoner som for eksempel trombose, emboli, muskelatrofi, atelektase og nedsatt tarmperistaltikk. Sterke postoperative smerter hemmer uten tvil mobiliseringen, og bidrar derfor indirekte til postoperative komplikasjoner.

3.6 Sykepleieteori

Virginia A. Henderson er en av nåtidens aller mest kjente sykepleieteoretikere. Hun har utgitt boken *Basic Principles of Nursing Care*, på norsk oversatt til *Sykepleiens natur*. Bakgrunnen for boken var at hun savnet en klarere definisjon av sykepleierens særegne funksjon (Virginia A. Henderson, 1998). ”Det sier seg selv at et yrke, og særlig en profesjon, som yter tjenester med innvirkning på menneskers liv, må definere sin funksjon.” (Virginia A. Henderson, 1998, s.29) Hun kommer derfor med en redegjørelse for hva sykepleie som fag inneholder:

Sykepleiens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp vist den hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper han til å bli selvstendig så raskt som mulig. (S.45.).

Ut ifra definisjonen som presenteres ovenfor kan vi se at Virginia A. Henderson legge vekt på at sykepleieren skal komme inn å kompensere for de grunnleggende behovene pasienten selv ikke lenger er i stand til å opprettholde. Dette, skriver Kristoffersen (2006), er bakgrunnen for at Virginia A. Hendersons sykepleieteori kalles for ”Sykepleie med hovedvekt på pasientens grunnleggende behov”. Virginia A. Hendersons sykepleieteori er en behovsteori. Videre skriver Virginia A. Henderson (1998) at når sykepleieren hjelper pasienten med dens grunnleggende behov, så utfører hun grunnleggende sykepleie. Hun har utarbeide en liste på 14 punkter som hun mener er det en god sykepleier skal sørge for at pasienten kan. Dersom en ser disse punktene i lys av min problemstilling vi en kunne se at Virginia A. Hendersons 14 punkter i aller høyeste grad er aktuelle. Dersom en person har smerter er det avhengig av type smerte og intensitet til en hver tid noen av disse punktene pasienten trenger hjelp til.

De punktene jeg anser som punkter jeg som sykepleier må hjelpe pasienten med når han eller hun er smertepåvirket er:

- 1 Puste normalt
- 2 Spise og drikke tilstrekkelig
- 3 Kvitte seg med avfallsstoffer
- 4 Bevege seg og innta behagelige kropsstillinger
- 5 Sove og hvile
- 8 Holde kroppen ren og velpleid og beskytte hudoverflaten
- 13 Koble av å delta i ulike former for rekreasjon

Virginia A. Hendersons sykepleieteori sier at sykepleierens oppgaver er å kompensere for pasientens manglende ressurser, og hjelpe til selvstendighet så raskt som mulig.

4.0 Funn

Dette er en oppgave som er inspirert av den systematiske litteraturstudie metoden. Det vil si at jeg har satt meg en problemstilling som jeg søker svar etter i allerede eksisterende forskning. Jeg har funnet frem til seks artikler. Artikkelen, en presentasjon av metoden som er benyttet og resultat presenteres skjematisk på egen plansje (Se vedlegg 2). Artikkelen mine sier alle noe om smerte og sykepleie. En setter søkelyset på hvilke metoder sykepleiere benytter for å måle smerte. To tar opp temaet smertelindring i forhold til komplikasjoner og rask mobilisering. En sier at pasienter forventer smerter etter kirurgi. En skriver at smertelindring avhenger av om sykepleieren viser at hun bryr seg. Den siste artikkelen er en review av 1238 artikler som alle undersøker hvilke sykepleietiltak mot smerter som har best effekt. Disse artiklene vil jeg ta med meg videre i oppgaven og innholdet presenteres ytterligere fortløpende under drøftning.

5.0 Drøftning

5.2 Sykepleierens rolle

Henderson (1998) skriver at sykepleierens oppgave er å kompensere for de gjøremål pasienten ikke selv kan utføre som følge av sykdom. For pasienter med postoperative smerter er det flere av Hendersons punkter vi sykepleiere må hjelpe pasienten med. Og ved å gi pasienten den omsorgen som behøves i den enkelte situasjonen er vi som sykepleiere etter min mening med å bidra til at forholdene legges til rette for en best mulig postoperativ smertelindring. Men, utover å ha en omsorgsrolle i kraft av at vi går inn og overtar for pasienten der han eller hun ikke selv er i stand til å ivareta egenomsorgen på grunn av smerter har dagens sykepleiere også en rolle i selve den postoperative smertelindringen.

Mange ulike faggrupper er med i behandlingen av pasienter med smerter, og mange av yrkesgruppene overlapper hverandre (McCaffery og Beebe, 2007). Videre skriver de at sykepleieren likevel er i en unik rolle. Dette støttes opp av McCaffery og Beebe (2007) som skriver at det ofte er sykepleieren som gir pasientene den beste smertekontrollen. Ingen andre yrkesgrupper tilbringer mer tid sammen med pasienten. Dette gjør sykepleieren til en hjørnestein i smertebehandlingen, og hennes observasjoner og handlinger er avgjørende for en god smertebehandling. Hennes rolle i smertebehandlingen kan være å sette i verk smertestillende tiltak med og for pasienten. Det kan være å observere virkningen av allerede iverksatte tiltak eller å påvise behov for ytterligere medikasjon (McCaffery og Beebe, 2007). Sorgendal, Kvernes og Kive (2003) skriver at for at en smertelindring skal være effektivt må sykepleieren som tar del i den ha kunnskaper om emnet. Hun må vite noe om forbygging av smerte, kunne identifisere smerte, administrere medikamenter og å vurdere effekten av disse (Sorgendal, Kvernes og Kive (2003). Også Crowe m.fl. (2008) skriver i sin review at sykepleierne spiller en viktig rolle den postoperative smertelindringen til pasientene. Nettopp derfor, skriver Crowe m.fl. (2008), følte de et behov for å lage et review av emnet.

Hommel, Ulander og Thorgren (2003) skriver i sin artikkel "Improvements in pain relief, handling time and pressure ulcers through internal audits of hip fracture patients" at ved å smertelindre pasientene så snart som mulig, og ved at de får komme til operasjon innen

rimelig tid, 24 timer, etter innleggelse minskes risikoen for postoperative komplikasjoner som trykksår og nedsatt mobilitet betraktelig. Hommel, Ulander og Thorgren (2003) skriver i sin konklusjon at det er viktig at sykepleiere, sammen med annet personell legger opp til at tidlig operasjon og smertelindring tilstrebes. Videre skriver de ved å revidere utfallet av alle lårhalsbruddoperasjonene over et tidspunkt på 4 mnd og sammenligne med samme sammen tidsrom i senere år fører dette til at personellet på sykehuset hvor revisjonen utføres får et økt fokus på lårhalsbruddpasientene. Sykepleierne er noen av de første som møter pasientene etter innleggelse. Ved hjelp av revisjonen på sykehuset økes sykepleiernes fokus på smertelindring for disse pasientene. Dette har igjen ført til at pasientene nå har mindre postoperative komplikasjoner. Sykepleieren har altså en del av æren for at pasientene på det bestemte sykehuset nå generelt kommer bedre ut etter et lårhalsbrudd. Jeg syntes det er imponerende hvordan sykepleierne ved hjelp av å øke søkelyset på tidlig behandling og smertelindring av denne pasientgruppen nå har klart å oppnå en så god forbedring. Jeg mener også at det er en hver sykepleieres plikt å hjelpe pasientene ved å ha et økt fokus på at denne typen pasienter må ha en rask smertelindring for å unngå komplikasjoner.

Som jeg har skrevet tidligere er størstedelen av lårhalsbruddpasienter eldre personer. Ikke alle eldre er klare og orienterte. Noen har kanskje en kjent demens diagnose, eller opplever en akutt forvirringstilstand som følge av de sterke påkjenningene. Holm og Hansen (1998) skriver at noen ganger kan det være at pasienten ikke selv kan informere sykepleieren om at han eller hun har smerter. Videre skriver de at observasjoner av nonverbale tegn på postoperative smerter som sykepleieren kan gjøre er: Ansiktsgrimaser, knyttede never, generell uro, motvilje mot å bevege seg, blekhet, kaldsvette, stigende blodtrykk, tachykardi, fallende blodtrykk og sjokkutvikling.

Dersom sykepleieren har kunnskaper om farmakologisk smertekontroll i tillegg til ikke-medikamentelle metoder som for eksempel avslapning og nevestimulering via hudberøring har hun en unik mulighet for å tilpasse metoden til de behov den enkelte pasienten har (McCaffery og Beebe, 2007).

5.3 Medikamentell smertelindring

På avdelingen er det legens oppgave å forordne smertestillende medikamenter, men det er sykepleieren som står for utdelingen. McCaffery og Beebe (2007) skriver at sykepleieren spiller en nøkkerolle for god smertebehandling. Videre skriver de at det er sykepleieren som tilbringer mest tid sammen med pasienten, og at det derfor hun er best egnet til å vurdere effekten av den medikamentelle smertebehandlingen som gis fortløpende. Det er også sykepleiers ansvar og observere effekt og eventuelle bivirkning av et gitt legemiddel. Sykepleier kan også spille en aktiv rolle i forbindelsen med medisinerings ved bla å foreslå/velge et egnet medikament, avgjøre om og eventuelt når det skal gis, evaluere effekten av det gitte medikamentet og ved å eventuelt sørge for en endring av medisinerings ved å påvirke legen. Almås m.fl. (2007) skriver at det kan se ut som om mye av grunnen underbehandlingen av smerte må tilskrives sykepleiere. Videre skriver de at mange sykepleiere holder seg til doser som ligger langt under den maksimaldosen som legen forordner. Det er et ønske at sykepleieren skal bli i stand til å bruke hele registeret som legen tillater på en hver pasient, basert på kunnskap om medikamentene og virkningen av dem, og på opplysninger fra pasienten selv.

Tønnesen (1998) sier at valg av metode for postoperativ smertelindring har stor betydning. Videre sier han at målet er en pasient som er godt nok smertelindret. Dersom dette målet oppnås vil det føre til en raskere mobilisering etter operasjonen, noe som gjør at naturlige funksjoner som respirasjon, sirkulasjon og gastrointestinaltraktus kommer raskere i gang. I tiden umiddelbart etter et inngrep er smertestillende begrenset til å gis parenteralt eller rektalt. For pasienter med en raskt forventet tarmfunksjon kan behandlingen gis peroralt etter at observasjonstiden på overvåkningsposten avsluttes. Mine egne erfaringer fra min praksis på kirurgisk er at lårhalspasientgruppen er en gruppe som raskt etter operasjon kan gå over til smertestillende peroralt. Det er svært vanlig at denne pasientgruppen kun gis smertestillende peroralt på post er min erfaring. Postoperativ smerte regnes som en akutt smerte (se kap "hva er smerte?"). Simonsen m.fl. (2005) skriver at ved streke akutte smerter kan en dersom brukstiden er kort, tillate seg å bruke smertestillende legemiddeler som kan gi tilvenning. Videre skriver de at nosiseptiske, som bla er postoperative, smerter er vanlig å behandle med perifert eller sentralt virkende analgetika. Analgesi betyr "uten smerte" og analgetika er smertestillende eller smertedempende medikamenter. De perifert virkende analgetika virker

dempende på smerten ved å redusere sensibiliteten til nosiseptorene. De sentralt virkende analgetikane virker smertestillende ved å blokkere impulstrafikken for smerte i synapser i sentralnervesystemet. Under betegnelsen sentralt virkende analgetika finner vi medikamentgruppen opioider, som er en samlebetegnelse for alle medikamenter som gir morfinlignende effekt. I gruppen perifert virkende analgetika finner vi NSAID`S og Paracetamol. NSAID`S (Non-Steoidal Antiinflammatory Drugs). Jacobsen m.fl. (2006) skriver at Paracetamol reduser behovet for opioidanalgetika og bør derfor alltid være basis i smertebehandling.

Det er ikke alltid sykepleieren som foretar evalueringen av om når pasienten skal få neste dose smertestillende. PCA pumpene er kommet inn som et alternativ. PCA betyr Patient Controlled Analgesia, eller pasientkontrollert analgesia på norsk (Tønnesen, 2003). Videre skriver Tønnesen (2003) at PCA vil si at pasienten selv styrer mengden med analgesia han eller hun får. Dette skjer ved at pasienten trykker på en knapp når han eller hun føler behov for smertestillende. Via en pumpe som doserer ut en gitt mengde gir pasienten seg selv den smertestillingen som behøves. Dosens størrelse og hvor ofte pasienten kan få en ny dose programmeres inn i den elektriske pumpen etter legens forordninger. Tønnessen (2003) mener at med PCA metoden er det kommet en revolusjon i helsevesenet. Tønnesen (2003) skriver også at ved bruk av PCA synker forbruket av analgesia postoperativt, samtidig som pasientene får et bedre postoperativt forløp som følge av at de nå selv er i førersetet av smertebehandlingen. Sorgendal, Kvernes og Kive (2003) er enig med Tønnessen (2003) i hans påstand om at de pasientene som benytter PCA opplever at smertene blir enklere å håndtere når de selv dosere mengden smertestillende. Men, Sorgendal, Kvernes og Kive (2003) er ikke enig med Tønnessen i hans påstand om at analgesiaforbruket reduseres dersom PCA benyttes. Derimot skriver de at i deres studie viser det seg at ved bruk av PCA økte forbruket av smertestillende medikamenter. Crowe m.fl. (2008) på sin side skriver at de ikke finner noen forskjell i forbruket av analgesia ved PCA sammenlignet med NCA. Studien til Sorgendal, Kvernes og Kive (2003) konkluderer likevel med at PCA oppveid mot NCA (nurse controlled analgesia) ikke nødvendigvis fører til at pasienten opplever å mestre de postoperative smertene bedre. Studien viser at det som er avgjørende om pasienten føler en akseptabel mestring av smertene er hvorvidt sykepleierene på avdelingen viser interesse for pasienten og hans eller hennes smerter. Sorgendal, Kvernes og Kive (2003) skriver at en sykepleier med kunnskaper om medikamentell smertelindring er nødvendig enten pasienten har PCA eller NCA smertelindring. Dette støttes også opp av Tønnessen (2003) som skriver at

selv om PCA pumper er et skritt i riktig retning innenfor smertebehandlingen er det likevel ikke en erstatning for sykepleierne. Denne uttalelsen sier jeg meg enig i. I tillegg vil jeg trekke inn noe av fra tidligere drøftning av informasjon. Selv om pasienter smertelindres ved hjelp av PCA pumper har de behov for sykepleiere som sitter inne med kunnskaper om smertestillende medikamenter, fordeler og ulemper. Når pasientene får god informasjon føler de seg tryggere. Jeg tror også at pasienter som får god informasjon om bruk av PCA pumpen, fra godt kvalifiserte sykepleiere, vil få et større utbytte av PCA pumpen. Jeg vil også ta med at det er ikke bare fordeler med denne nye metoden, Rawal (2003) påpeker også at metoden kan ha sine ulemper. Pumpen må innstilles individuelt, og sykepleieren kan trykke inn feil dose, mengde osv ved programmering (Rawal, 2003). Videre skriver hun at pumpen kan ha en teknisk feil. I tillegg kan pasienten være allergisk mot legemiddelet som gis. Fordi sykepleieren ikke er der hver gang pasienten får en ny dose av legemiddelet kan denne reaksjonen oppdages for seint. I tillegg er det en risiko for at andre enn pasient trykker på pumpen.

Feldt (2000) skriver i artikkelen "Pain and hip fracture outcomes for older adults" at tilstrekkelig postoperativ smertelindring har en bevislig positiv effekt på utfallet av en hofteoperasjon. Hun skriver også at sykepleieren har ansvar for at hver enkelt pasient får den smertelindringen de har krav på. Det er ikke sykepleieren som tar avgjørelser om preparater, doser og mengder, men hun er med og påvirker legens valg. For å kunne vite om pasienten er smertepåvirket må sykepleieren observere og samtale med pasienten. Dersom pasienten er i stand til å svare adekvat på spørsmål skal hun la pasientens egne vurderinger veie tyngst i evalueringen av smerteopplevelsen. Til hjelp med evalueringen finnes gode hjelpemidler. I sin artikkel "What pain scales nurses use in the postanesthesia care unit?" undersøker Aubrun, Paqueron, Langeron, Coriat og Riou (2003) hvilke metoder sykepleiere på kirurgiske poster benytter for å evaluere smertene til pasientene. De skriver at på kirurgiske avdelinger er smertemåling en obligatorisk sykepleieoppgave. På denne måten vurderes smertenens intensitet og effekten av medikamentene. Ved å benytte standardiserte smertemålings skalaer skal sykepleiernes vurderinger kvalitetssikres. Men, for å oppnå denne kvalitetssikringen er det en forutsetning at sykepleieren benytter hjelpemidlene. Ifølge Aubrun m.fl. (2003) er VAS skalaen den skalaen som benyttes av flest sykepleiere for å måle smerte. Aubrun m.fl. (2003) skriver at slik de ser det er også denne skalaen den mest hensiktsmessige å benytte. VAS skalaen, eller visual analogue scale, gir pasienten en mulighet til å plassere sin opplevelse av smerter på en skala fra 1 til 10. Forklaringen til hvorfor denne skalaen skal være den beste er

at den er konkret, i motssetning til enkelte andre skalaer der pasienten skal peke ut sin plassering på i en skisse, og i tillegg er det svært fordelaktig at valgmulighetene til pasienten ikke er for mange.

Dersom sykepleieren klarer å lindre de postoperative smertene tilstrekkelig har hun samtidig hjulpet pasienten med samtlige av punktene som Henderson sier at sykepleiere skal kompensere for. Det kan hun klare dersom hun lyttet til og observerer pasienten godt og benytter hele spekteret av smertestillende som legen forordner til pasienten.

5.4 Ikke medikamentell smertelindring

McCaffery og Beebe (2007) sier at som tiltak for å lindre smerte er hudstimulering et godt alternativ. Videre skriver de at hudstimulering kan forstås som stimulering av huden for å oppnå smertelindring. Virkningen av hudstimuleringen er variabel, men, generelt forventes det at smerten reduseres eller at smerteintensiteten avtar under stimuleringen eller i perioden etter. Det er ikke i detalj kjent hvilke mekanisme som gjør at hudstimulering fører til smertelindring. Men, det antas at stimulering av huden aktiverer de tykke nervefibrene i huden. I sin tur aktiverer de tykke nervefibrene en hemming av smertemeldingene som sendes i de tynne nervefibrene (Som er nevnt i kap "Hva er smerte?"). Kort fortalt kan vi si at portene for overføring av impulser som føles smertefulle lukkes. Eksempler på hudstimulering kan være lett massasje, trykk, varmeputer eller is mot huden, massasje med kulde eller vibrasjon. Jeg har selv erfart at både massasje og is er gode metoder for smertelindring for pasientene. Men, for at pasienten skal få nytte godt av disse tiltakene må han eller hun være klar over at de finnes. Crowe m.fl. (2008) skriver at de har funnet ut at den gruppen pasienter som benyttet seg av tilbudet om hudstimulering ved hjelp av massasje ikke brukte mindre totalmengde av smertestillende medikamenter sammenlignet med den gruppen som ikke benyttet seg av tilbudet. Likevel, skriver de, viser det seg at hudstimulering har en positiv effekt. Studier viser at ved hudstimulering senkes stressnivået hos pasienten. Jeg mener at vi som sykepleiere må være flinke å gi informasjon om at denne typen tiltak finnes, og foreslå for pasienten at de kanskje kunne forsøke denne typen smertelindring.

McCaffery og Beebe (2007) skriver videre at en annen ikke medikamentell metode for smertelindring er å fokusere oppmerksomheten på andre stimuli enn selve smerten. Videre beskriver de at smerten kan stilles ved at pasienten skjermes for følelsen av smerte ved at

andre sanseopplevelser økes. Eksempler på det kan være at pasienten hører på musikk i Høretelefoner eller later som om han eller hun synger en sang inni seg. Avspenning ved hjelp av pusteteknikker og visualisering av smertefrihet er andre metoder som nevnes. Men, en viktig faktor for at disse tiltakene skal ha noen effekt er at pasienten er mottakelig for informasjon og veiledning, har fysiske evner og styrke til å gjennomføre, er i stand til og forholde seg til og konsentrere seg om de stimuliene som blir gitt, er villig og åpen for å forsøke teknikken og at pasienten selv har et ønske om å selv ha kontroll over den smertefulle opplevelsen. Igjen vil jeg tilføye at jeg selv i praksis har hatt god erfaring med flere av disse tiltakene, for eksempel som en smerteavledningsmanøver frem til de smertestillende medikamentene gir den ønskede effekten, eller som er supplement for å døyve smerter ved for eksempel aktivisering.

Sorgendal, Kvernes og Kive (2003) skriver i sin artikkel "Smertebehandling: Metodevalg ved postoperativ smertelindring" at god kommunikasjon og samarbeid med pasienten er en forutsetning for at pasienten skal få en tilfredsstillende smertebehandling. Videre skriver de at ved å øke pasientens kunnskaper gir sykepleieren pasienten trygghet. I deres undersøkelse viser det seg at det ikke er avgjørende for pasienten om han eller hun har PCA eller NCA, så lenge sykepleieren har informert pasienten godt om postoperative smerter og at hun etter operasjonen virker interessert i hvordan pasienten føler seg og om han eller hun opplever smerter. Ved å gi pasienten informasjon preoperativt om den forventede postoperative smerten og kvalmen er det bevist at pasienten får et bedre postoperativt forløp (Sorgendal, Kvernes og Kive, 2003). Videre skriver de at pasientene i studien i ettertid har gitt uttrykk for at informasjonen som ble gitt var en viktig faktor for hvordan de taklet det postoperative forløpet. Denne påstanden støttes også opp av Stormberg (2005). I sin artikkel "Postoperativ smærta – Specialistsjukskötterskans medverknan i smärthantering" gir Stormberg (2005) en oppsummering av sin doktorgard, en oppgave om postoperativ smertehåndtering. Der sier hun blant annet at kommunikasjon blant sykepleiere, faste rutiner og egne ansvarlige sykepleiere for smertebehandling kan være gode tiltak for å bedre smertebehandlingen. Hun skriver at de sykepleierne som er ansvarlige for smertebehandlingen må bruke mye av sin tid til å informere pasientene preoperativt. Godt informerte pasienter vet hva de kan forvente seg, er bedre forberedte og sier tidligere ifra om de føler et større behov for smertestillende. Crowe, Chang, Fraser, Gaskill, Nash og Wallace (2008) er de eneste som ikke kommer med en konklusjon som sier at godt informerte pasienter har mindre smerter enn mindre informerte pasienter. De har skrevet en review som oppsummerer resultatet fra tilsammen

1238 forskningsartikler som sier noe om sykepleietiltak mot postoperative smerte fra 1984 til 2004. I reviewet skriver de at de har funnet en artikkel som handler om temaet preoperativ informasjon og dets innvirkning på bruk av analgetika postoperativt. Den studien viser at det ikke er noen forskjell i mengden smertestillende medikamenter som brukes av pasientene, enten de er i den gruppen som har mottatt preoperativ informasjon eller ikke. Denne konklusjonen velger jeg å ikke vektlegger like mye som de to forestående konklusjonene. Begrunnelsen for det er at jeg mener at man ikke utelukkende kan måle smerter ved å se på mengden smertestillende medikamenter som benyttes i behandlingen. Jeg mener også at andre faktorer som trygghet, åpenhet, følelsen av å føle seg forstått, hørt og sett er faktorer som spiller inn. Jeg mener derfor at informasjon er et godt tiltak sykepleier kan utføre for å bidra til best mulig postoperativ smertelindring hos lårhalsbruddpasienter. Lårhalsbruddpasienter er en akutt pasientgruppe, og det er etter min mening derfor ekstra viktig for denne pasientgruppen at de får en god informasjon fordi de ikke har hatt noen mulighet til å forberede seg på denne situasjonen i forkant av sykehusinnleggelsen.

Virginia Henderson (1998) skriver at sykepleiere må komme inn og kompensere for det pasienten ikke selv klarer å utføre pga smertene. Når sykepleiere gir pasienten den pleien han eller hun trenger gir de ikke bare pleie til pasienten på det bestemte området. McCaffery og Beebe (2007) skriver at pasienter som får hjelp til å holde seg selv rene og stelte, og som har rene og rolige omgivelser rundt seg har lettere for å mestre smertene. Videre skriver de at dersom pasienten føler ubehag for eksempel i forbindelse med at han føler seg urein eller at omgivelsene er urolige og rotete kan dette være med på å forsterke smerteopplevelsen.

Holm og Hansen (1998) skriver at postoperative smerter ofte forbindes med smerter i sår. Leie er derfor et godt og viktig tiltak for å både forebygge og redusere smerte postoperativt. Henderson skriver også at sykepleier blant annet skal hjelpe pasienten med å puste normalt, bevege seg og innta behagelige kroppsstillinger og med å få søvn og hvile. Ved å hjelpe pasienten til et leie som gir mindre drag og smerter i operasjonssåret bidrar sykepleieren til å hjelpe pasienten med disse punktene. Et godt leie for lårhalsbruddpasienter har jeg erfart at er et ryggeleie med hjertebretter hevet ca 30-40 grader, og en pute under den opererte fot. Å spørre pasienten hvordan han eller hun ønsker å ligge er også noe jeg har erfart at gir et godt resultat.

Som oftest dannes det et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, og pasienten gir beskjed dersom han føler smerte. Noen ganger forteller pasienten av ulike årsaker ikke at han eller hun har smerter (Holm og Hansen, 1998). Stormberg (2005) skriver at omkring 50 % av pasienter innlagt på kirurgisk sengepost opplever å ha moderate til kraftige smerter. Denne påstanden støttes opp av Crowe m.fl. (2008) som i sin artikkel skriver at studier rapporterer at 50 – 75 % av kirurgiske pasienter opplever moderate til sterke postoperative smerter. Stormberg (2005) mener at hun kan forklare det høye antallet smertepåvirkede pasienter med at pasientene forventer smerte i etterkant av et kirurgisk inngrep. Hun skriver videre at mange ikke forteller sykepleieren at de har smerte fordi de tror at det er normalt, og at sykepleieren derfor er klar over at de har smerter. McCaffery og Beebe (2007) skriver at smertebehandling er et område som krever en ekstra innsats av sykepleiere. De skriver at fordi smerter er en subjektiv opplevelse må sykepleieren stole på pasientens forklaring om smerteopplevelsen, og likeledes at pasienten må stole på sykepleierens vurderinger. Dette krever et tillitsforhold sykepleieren og pasienten imellom. Pasientgruppen i denne oppgaven er en pasientgruppe med en konkret årsak til smertene. Men, som Simonsen m.fl. (2005) skriver har alle pasienter sin egen opplevelse av smertene. Sykepleiere som jobber med pasienter med lårhalsbrudd må være åpne for at noen pasienter har mer smerter enn andre. Som en brobygger for å danne et tillitsforhold kan gjerne samtaler sykepleier og pasient imellom om den endrede tilstanden, boforhold og ev familieforhold benyttes. Det har jeg selv erfart at er fine måter og starte en noe dypere samtale med lårhalsbruddspasienter på. Emnene foreslås fordi det er emner som etter min erfaring ofte er i lårhalsbruddspasientenes tanker.

6.0 Avslutning

Av drøftning kommer det frem at sykepleiere har en unik rolle i behandling av smertelindring. Det er fordi at det er hun som tilbringer mest tid sammen med pasienten. Men, det er også et stort ansvar. For å kunne gi en tilstrekkelig og nokk smertelindring må sykepleieren ha gode nokk kunnskaper innenfor emnet. Hun må ha kunnskap om både medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindring. I tillegg må hun klare å kombinere ulike typer smertelindrings tiltak for å klare å gi pasienten den beste smertelindringen.

Sykepleieren har ikke ansvar for å bestemme hvilke medikamenter pasienten skal få. Det er legens oppgave. Men, som vi har sett i drøftningen er hun allikevel en hjørnestein i den medikamentelle smertelindringen. Sykepleiere administrerer medikamentene og hun observere effekten. Fordi det er sykepleieren som tilbringer mest tid sammen med pasienten er det hun som har størst mulighet til å evaluere om det foreskrevne medikamentene har ønsket effekt. Sykepleieren har også en mulighet til å påvirke valget av medikament. I tillegg er det sykepleierens skjønn som brukes ved bruk av eventuelt medikamenter. Dersom pasienten ikke selv er i stand til å gjøre seg forstått er det sykepleiers oppgave å tolke de signaler pasienten gir. For å kunne gi en tilstrekkelig smertelindring må derfor sykepleiere ha kunnskaper om medikamenter, og smerte.

Det ikke alltid er sykepleieren som har hovedansvaret for smertevurderingen. Noen pasienter benytter PCA pumpe. Da styrer de selv, innenfor visse rammer, hvor mye og når de skal ha smertelindrende medikamenter. Av drøftningen kommer det frem at selv om pasienten har PCA pumpe, behøves sykepleierne i like stor grad. Om smertelindringen er tilstrekkelig avhenger ikke bare av om pasienten har tilgang til nokk smertestillende medikamenter, men også at pasienten har tilgang til en kunnskapsrik sykepleier og samtale med.

I drøftningen kommer det frem at ikke medikamentelle smertelindringstiltak både kan benyttes både uavhengig og som et supplement til den medikamentelle smertelindringen. Det finnes mange ulike tiltak. I drøftningen kommer avledning, hudstimulering og sansestimulering frem som alternative tiltak. I tillegg beskrives tiltak som endringsleie, rent og nyluftet rom, ryddige og rolig omgivelser som konkrete forslag. Men, for at pasienten skal kunne benyttes eg av disse ikkemedikamentelle tiltakene må han eller hun ha kunnskap til

dem. Det blir derfor sykepleiers oppgave å informere pasienten om de alternativene som finnes.

Til slutt i drøftningen har jeg sett på den effekten informasjon gir på smertene. Informasjon skaper trygghet. Trygge pasienter har mindre smerte enn de som ikke føler seg godt nok informert.

Konklusjon

Sykepleiere har et stort ansvar i sammenheng med smertelindring. Deres kunnskaper kan være med på å bidra til at pasienten får en tilstrekkelig smertelindring. Sykepleiere må både ha kunnskaper om medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindring. Videre må de ha nok kunnskaper til å individuelt kunne sette sammen de tiltakene som trengs hos den enkelte pasient for å kunne oppnå den beste smertelindringen. Videre må sykepleieren være klar over den positive effekten informasjon har på smertelindringen, og hun må ta det i bruk i den daglige pleien.

7.0 Literaturliste

Almås, H. m.fl. (2007). Sykepleie til pasienter med smerter i **Klinisk sykepleie 1**. Red:

Almås, H.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Aubrun, F. m.fl. (2003). What pain scales do nurses use in the postanesthesia care unit?

European Journal of Anaesthesiology nr 20/2003 s. 745-749. Tilgjengelig fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=53&sid=3&srchmode=1&vinst=PROD&fmt=6&startpage=->

[1&clientid=72807&vname=PQD&RQT=309&did=1495478041&scaling=FULL&ts=1233058152&vtype=PQD&rqt=309&TS=123305821&clientid=72802](http://proquest.umi.com/pqdweb?index=53&sid=3&srchmode=1&vinst=PROD&fmt=6&startpage=-1&clientid=72807&vname=PQD&RQT=309&did=1495478041&scaling=FULL&ts=1233058152&vtype=PQD&rqt=309&TS=123305821&clientid=72802) (lest 13/01 -09)

Crowe, L. m.fl. (2008). Systematic review of the effectiveness of nursing interventions in reducing post-operative pain. **Evid Based Helthc** Publisert: 6/2008 s. 396-430. Tilgjengelig fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=21&sid=1&srchmode=1&vinst=PROD&fmt=6&startpage=->

[1&clientid=72807&vname=PQD&RQT=309&did=1600969801&scaling=FULL&ts=1233057098&vtype=PQD&rqt=309&TS=1233057184&clientid=72807](http://proquest.umi.com/pqdweb?index=21&sid=1&srchmode=1&vinst=PROD&fmt=6&startpage=-1&clientid=72807&vname=PQD&RQT=309&did=1600969801&scaling=FULL&ts=1233057098&vtype=PQD&rqt=309&TS=1233057184&clientid=72807) (lest 27/01 -09)

Dalland, O. (2008). **Metode og oppgaveskriving for studenter**.

Oslo: Gyldendal akademisk

Dysvik, E. (2001). Kronisk smerte i **Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring**.

Red: Gjengedal, E., Hanestad, B.R.

Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Feldt, K.S. (2000). Pain and hip fracture outcomes for older adults. **Orthopaedic Nursing**.

Publisert 6/2000 s. 35-45. Tilgjengelig fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=2&did=65030591&SrchMode=2&sid=7&Fmt=4>

(lest 12/01-09)

Fosberg, C., Wengstrøm, Y. (2003). **Att göra systematiska litteraturstudier.**

Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur

Holm, S., Hansen, E. (1998). **Pre- og postoperativ sykepleie.**

Bergen: Fagbokforlaget.

Hummel, A., Ulander, K., Thorngren, K-G. (2003). Improvements in pain relief, handling time and pressure ulcers through internal audits of hip fracture patients. **Scand J Caring Sci**

Publisert: 17/2003. Tilgjengelig fra: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118839155/PDFSTART> (lest: 29/01 - 09)

Jacobsen, D. m.fl. (2006). **Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi.**

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Karoliussen, M. (2006). Aktivitet og hvile i **Eldre, aldring og sykepleie.**

Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie i **Grunnleggende sykepleie,**

bind 4. Red: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A.

Oslo: Gyldendal Akademisk

McCaffery, M., Beebe, A. (2007). **Smerter – lærebok for helsepersonell.**

Oslo: Gyldendal Akademisk

Olsen, H., Sørensen, S. (2003). **Forskningsprosessen – kvalitativ og kvantitative perspektiver.**

Oslo: Gyldendal akademisk

Rawal, N. (2003). Postoperativ smærta i **Smærta och smærtebehandling.** Red: Werner, M., Strang, P.

Stockholm: Författarna och Liber AB

Reiersdal, O., Helland, E. S., Breland, H.P. (2007). Sykepleiere bruker ikke smerteskala. **Sykepleien.no – fagbibliotek**. Publisert 11.04. 2007.

Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=14813&categoryID=18>
(lest 12/01-09)

Simonsen, T., Aarbakke, J., Lysaa, R. (2005). **Illustrert farmakologi bind 2**.

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Sorgendal, T.F., Kvernes, A., Kive, E. H. (2003). Smertebehandling: Metodevalg ved postoperativ smertelindning. **Sykepleien** nr 17/2003.

Tilgjengelig på: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=274> (lest 12/01-09)

Stormberg, M.W. (2005). Postoperativ smærta – specialistsjukskoterskans medverkan I smærthantering. **Incitament** nr 3/2005 s. 211-213.

Tønnesen, T. I. (2003). **Postoperativ smertebehandling**.

Oslo: Pensumtjeneste A/S

Henderson, V. A. (1998). **Sykepleiens natur**.

Oslo: Universitetsforlaget AS

Vedlegg 1

Søkedatabase:	Søkeord:	Antall treff:	Antall artikler som brukes i oppgaven:
ProQuest	"postoperativ pain" AND "nursing"	163	1
ProQuest	"postoperativ periode" AND "nursing" AND "pain"	69	1
SweMed+	"nursing" AND "pain"	16	1
SweMed+	"postoperative vård" AND "smertlindring"	20	1
Medline	"postoperative" AND "hip fracture" AND "nursing"	24	2

Vedlegg 2

Tittel på artikkel, forfatter og utgivelsesår	Undersøkelsens formål og Metode	Funn
<p>Smertelindring: Metodevalg ved postoperativ smertelindring</p> <p>Av Tori Fossum Sogendal, Astrid Kvernes og Ellen Henriksen Kvie.</p> <p>Publisert i Sykepleien nr 17/2003</p>	<p>En kvantitativ studie hvor et randomisert utvalg på 80 kvinner . Halvparten fikk PCA smertelindring og den andre halvparten NCA . Formålet var å finne ut hvilket av de to metodene pasientene opplevde som den som gav best helhetsinntrykk av smertelindring. Pasientene ble intervjuet 1. og 3. postoperative dag ved hjelp av spørreskjemaer de selv skulle fylle ut.</p>	<p>Uavhengig av hvilke medikamentell smertelindring pasienten fikk postoperativt viser denne studien at det som gjorde at pasienten følte seg tilstrekkelig smertelindret ikke bare handlet om medikamenter, men også om hvorvidt sykepleierne fulgte opp pasienten og viste interesse.</p>
<p>Improvements in pain relief, handling time and pressure ulcers through internal audits of hip patients</p> <p>Av Ami Hommel, Kerstin Ulander og Karl-Göran Thomgren.</p> <p>Publisert i Scand J Caring Sci nr 17/2003 s. 78-83</p>	<p>Formålet med denne studien er ved hjelp av et økt fokus på hurtigere operasjoner og forbedret smertebehandling å se om det kan lykkes å minske komplikasjoner og fremskyve helningen etter lårhalsbrudd.</p> <p>Forfatterne sammenligner utfallet til alle hoftebruddspasienter operert de fire siste mnd i 1998 med de som ble operert de fire siste mnd i 1999 og 2000.</p>	<p>Ved å øke fokuset på å gi en tidlig og god smertelindring samt at pasienten får stabilisert hoftebruddet ved å bli operert så tidlig som mulig etter innleggelse har antallet pasienter som opplever komplikasjoner som for eksempel trykksår pga sykehusinnleggelsen sunket.</p>
<p>What pain scales do nurses use in the postanesthesia care unit?</p> <p>Av F. Aubrun, X. Paqueron, O. Langeron, P. Coriat og B. Riou.</p> <p>Publisert i European Journal of Anaesthesiology nr 20/2003 s.745-749</p>	<p>Formålet var å undersøke hvilke metoder sykepleiere benyttet for å måle smerten til pasientene. Sykepleieren ble spurt om hvilke metode de benyttet for å undersøke hvor store smerter pasienten hadde.</p>	<p>Over halvparten av pasientene ble vurdert ved hjelp av VAS skala, deretter kom bruk av en skala med tall, verbal formulering av smerten og sist kom sykepleierens observasjoner.</p>
<p>Systematic review of the effectiveness of nursing interventions in reducing or relieving post-operative pain.</p> <p>Av Linda Crow, Anne Chang, Jennifer A Fraser, Deanne Gaskill, Robyn Nash og Karen Wallace</p> <p>Publisert i Evid Based Healthc nr 6/2008 s.396-430</p>	<p>Et systematisk review som vurderer effekten av sykepleietiltak for å lindre eller redusere postoperativ smerte.</p> <p>Forfatterne har samlet alle forskningsartikler basert på randomiserte undersøkelser av effekten av sykepleietiltak for å redusere eller lindre postoperativ smerte fra 1985 til 2004.</p>	<p>Alle tiltak som foreslås i artikkelen er tiltak som gjør pasienten godt, forfatterne har ikke funnet noe tiltak som viser seg å forværre situasjonen for pasienten. Det betyr igjen at dersom pasienten opplever at sykepleieren bryr seg og at hun igangsetter tiltak for å lindre de postoperative smertene så har dette alltid en god effekt for smertelindringen.</p>

<p>Pain and hip fracture outcomes for older adults</p> <p>Av Karen s. Feldt</p> <p>Publisert i Orthopaedic Nursing nr 6/2000 s. 35-46</p>	<p>Formålet med undersøkelsen er å se om smertelindringen pasienten fikk postoperativt etter lårhalsbruddoperasjonen kan ha noe å si for mobiliteten pasienten har 2 mnd etter utskrivelse.</p> <p>85 pasienter intervjues 2.-5. postoperative dag, og deretter 2 mnd etter utskrivelse.</p>	<p>Studien viser at de pasientene som var tilstrekkelig smertelindret til å få et godt utbytte av den fysioterapien de fikk de første postoperative dagene ser ut til å ha klart seg bedre i ettertid.</p>
<p>Postoperativ smårta - specialistsjukskoterskans medverkan i smårthantering</p> <p>Av Marareta Warr'en Stormberg</p> <p>Publisert i Incitament nr 3/2005 s.211-213</p>	<p>En oversiktsartikkel basert på en doktorgardsavhandling på emnet "Postoperative pain management: Nurse perspectives on acute pain services."</p>	<p>50 % av alle nyopererte pasienten opplever en moderat til sterk smerte etter operasjonen. Som et tiltak foreslår forfatteren å opprette en 24 timers service der et team med anestesilege, spesialsykepleier og farmasøyt kan kontaktes for vurdering dersom pasienten skulle trenge det.</p>