



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.10

Kandidatnr.: 58

Antall ord: 8908

Sammendrag:

Bakgrunn: Jeg valgte å skrive om postoperativ smertelindring til ortopediske pasienter på bakgrunn av at jeg i praksis fikk erfare hvor viktig det er at pasientene får tilstrekkelig smertelindring. De siste årene har det blir mer fokus på postoperativ smertelindring.

Mål/Hensikt: Hensikten var å belyse viktigheten av å lindre postoperative smerter, og sette søkelyset på fordelene med god smertelindring og hva sykepleier kan gjøre for å behandle smertene. Målet var å øke kunnskapen på område.

Metode: Det er utført en litteraturstudie. Jeg har brukt teori og forskning som allerede foreligger som var relevant i forhold til problemstillingen.

Funn/oppsummering: Sykepleier har et stort ansvar innenfor smertelindringen. God smertelindring har fordeler for den postoperative pasienten. Smerter fører til at pasienten kommer senere i gang med mobilisering, som igjen gir økt fare for postoperative komplikasjoner. Kortvarige smerter kan gi angst, men den dempes med tilstrekkelig smertelindring. Smertelindring kan gis gjennom medikamentell – og ikke medikamentell behandling. Trygghet og informasjon har en positiv effekt i forhold til smertelindring.

Summery:

Background: I chose to write about postoperative pain management because I have experienced how important it is for the patient to gain optimal pain relive. In recent years there has been more focus on the subject.

Purpose/Aim: The purpose was to highlight the importance of relieving postoperative pain. Also to focus on the benefits of good pain management and what nurses can do to treat pain. The goal was to increase the knowledge on this area.

Methods: There has been a literature study. I have used existing theory and research that was relevant to the issue.

Findings/ Conclusion: I've found that nurses have a major responsibility in pain relief. Good pain management has large benefits for the postoperative patient. Pain can cause the patient an unnecessary delay to the process of mobilization. This increases the risk of postoperative complications. Short-term pain can cause anxiety, but it is muted with adequate pain relief. Pain relief can be granted through both medicational and non medicational treatment. Security and information has a positive effect in terms of pain relief.

Innhold

1. Innledning	5
1.1. Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2. Presentasjon av problemstilling	5
1.3. Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling	5
1.4. Oppgavens disposisjon	6
2. Teoretisk rammeverk	7
2.1. Teoretisk perspektiv	7
2.2. Postoperativ pasient.....	8
2.3. Smerter	9
2.4. Postoperativ smerte	11
2.5. Smertelindring	11
2.6. Konsekvenser av postoperativ smerte	12
3.0 Metode	14
3.1. Litteraturstudie som metode	14
3.2. Litteratursøk	15
3.3. Valg av litteratur og kildekritikk	15
4. Tidligere forskning	17
5. Drøfting.....	18
5.1. Smertelindring gjennom kompetent sykepleieomsorg.....	18
5.2. Medikamentell smertelindring.....	21
5.3. Ikke- medikamentell smertelindring	27
6. Avslutning	31
7.0 Litteraturliste:.....	32
Vedlegg 1	36
Vedlegg 2	37

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Jeg valgte å skrive om postoperativ smertebehandling da jeg fattet interesse for dette temaet i kirurgisk praksis. Jeg fikk erfare hvor viktig det er at pasienter som har utført store ortopediske inngrep får tilstrekkelig smertelindring postoperativt. Almås og Berntzen (2001), skriver at et viktig mål i den postoperative sykepleien er at pasienten skal være mest mulig smertefri og avslappet gjennom hele forløpet. Dersom pasientene ligger med smerter vil det føre til at de kommer senere i gang med mobilisering, og det er da økt fare for postoperative komplikasjoner. De siste årene har det blitt økt fokus på dette området. Likevel viser litteraturen og studier at den postoperative smertebehandlingen er utilstrekkelig. Dihle (2007), skriver i sin avhandling: "Postoperativ smertebehandling", at effektiv smertebehandling finnes, men at det fortsatt er studier som viser at pasientene får utilstrekkelig smertebehandling.

Jeg vil i denne oppgaven være med på å øke kunnskapen og belyse viktigheten av å behandle postoperative smerter. Jeg vil se på fordelene ved god smertelindring og hva sykepleier kan gjøre for at pasienten er minst mulig smertepåvirket postoperativt.

1.2. Presentasjon av problemstilling

Min problemstilling er:

Hvilke fordeler har god smertelindring og hvordan kan jeg som sykepleier gi god smertelindring postoperativt til ortopediske pasienter?

1.3. Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling

Pasientgruppen som presenteres i min problemstilling er ortopediske pasienter. Jeg vil skrive om generell postoperativ smertelindring til denne pasientgruppen. Sand, Sjaastad, Haug, Bjåli (2006), skriver at smerter kan være akutte eller kroniske. Det er sykepleie i forhold til akutt

smerte postoperativt jeg vil fokusere på. Jeg vil nevne forskjellen på akutt og kronisk smerte for å få bedre forståelse av begrepet. Jeg velger å fokusere på fordeler med god smertelindring og hva dette gir pasienten. Videre vil jeg se på viktigheten av mobilisering etter operasjon, da det er med på å hindre postoperative komplikasjoner. Jeg vil skrive litt om hvordan pasienten kan mestre smerteproblematikk og angsten det kan bringe med seg. Det er viktige fokusområde for sykepleien i denne fasen. Jeg vil fokusere på medikamentell og ikke medikamentell behandling postoperativt. Dette vil jeg gå mer i dybden på i drøftingsdelen.

Problemstillingen omhandler den tidsperioden der pasienten ligger på sengeposten. Ortopedi omhandler alle typer operasjoner innenfor område, både akutte og planlagte operasjoner.

Valg av tema finner jeg som relevant for sykepleiere som møter pasienter med smerter i ulike situasjoner.

1.4. Oppgavens disposisjon

Først i oppgaven har jeg et teoretisk rammeverk. Her har jeg skrevet om sykepleierens funksjon i forhold til smertelindring. Jeg har presentert Virginia Henderson og hennes behovsteori om menneskets grunnleggende behov. Videre i teoridelen har jeg skrevet om den postoperative pasienten, hva smerte er og smertefysiologi. Etter dette har jeg skrevet om postoperative smerter og smertelindring. Til slutt i teori delen har jeg skrevet om konsekvenser av postoperativ smerte. Etter teoridelen kommer metodedelen. Her står det hva en litteraturstudie er, hvordan jeg har utført litteratursøk og hvilke kriterier jeg har for valg av litteratur og kildekritikk. Etter dette blir forskningen som jeg har valgt å bruke i drøftingen presentert. Drøftedelen kommer etterpå. Denne har jeg delt opp i 3 deler. Først drøftet jeg fordelene med god smertelindring. I den neste delen drøftet jeg medikamentell behandling og i den siste delen den ikke-medikamentelle behandlingen. I drøftingen har jeg brukt teori, forskning og egne erfaringer. Etter drøfting har jeg en avslutning.

2. Teoretisk rammeverk

2.1. Teoretisk perspektiv

Teoretisk perspektiv dreier seg om å undersøke et fenomen fra en spesiell synsvinkel eller ut i fra en bestemt betraktningmåte. Å velge perspektiv betyr at oppmerksomheten rettes mot et spesielt område av fenomenet (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010). Hensikten med en teori er å komme frem til en enkel og treffende beskrivelse av virkeligheten.

Jeg har valgt å bruke Virginia Henderson behovsteori da hun legger vekt på å ivareta menneskets grunnleggende behov ved sykdom og helsesvikt. Behovsteoriene tar utgangspunkt i de allmenneskelige og grunnleggende behovene som er av betydning for at normal menneskelig funksjon, helse og velvære kan opprettholdes. Sykepleiefunksjonen knyttes til det å ivareta menneskets grunnleggende behov ved sykdom og helsesvikt Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2005). Henderson kommer 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 viss 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 (Henderson, 1998, s. 45).

Ut i fra definisjonen til Henderson kan vi se at sykepleieren skal legge vekt å hjelpe pasienten med de grunnleggende behovene når pasienten ikke er i stand til å opprettholde dem selv. Henderson har laget en liste med 14 punkter som er grunnleggende for pasienten. Som sykepleier skal vi på best mulig måte kompensere for de behovene pasienten ikke er i stand til å opprettholde. Nordtvedt og Nesse (1997), skriver at sykepleierens lindrende oppgaver ikke står sentralt og omtales ikke klart i Henderson teori, men ved å bruke Hendersons teori har vi fokus på følgetilstandene. Smerter må lindres fordi det fører til direkte konsekvenser for pasientens evne til egenomsorg og ivaretagelse av egen helse. Sykepleierne har dermed en viktig rolle i smertelindringen.

Å lindre smerte har trolig vært viktig for menneskeheten helt fra tidenes morgen. I helsevesenet har ikke smertelindringen blitt prioritert i klinisk arbeid eller forskning før inntil

nylig. Sykepleier har en enestående rolle i behandlingen av smerter på grunn av det er de som tilbringer mest tid sammen med pasienten. Selv om behandlingen er flerfaglig, er sykepleien hjørnesteinen i de fleste tilfeller. Sykepleierens observasjoner og handlinger er avgjørende for en god smertelindring (McCaffery og Beebe, 2001).

Sykepleierens rolle i behandlingen av pasienter med smerte vil som oftest være:

- *å sette i verk smertelindrende tiltak med og for pasienten*
- *å påvise behov for endrede eller ytterligere tiltak, og å sette i verk disse*
- *å vurdere virkningen på pasienten.*

(McCaffery og Beebe, 2001, s. 13).

Et viktig mål i den postoperative sykepleien er at pasienten skal være mest mulig smertefri og avslappet gjennom hele forløpet. Smerter er en unødvendig tileggsbelastning i denne fasen (Almås et al., 2001). Pasienter med smerter kan oppleve en følelse av angst. Holm og Kummenje (2009), skriver at selv om postoperativ smerte er forventet kan det føre til angst og ubehag hos pasienten. Dette kan medføre til at en blir mindre aktiv i den postoperative fasen. Dermed er det viktig å behandle postoperative smerter i forkant. Mange pasienter vil da oppleve at de har behov for mindre smertelindring i tilhelingsperioden, og komplikasjonsfaren bli redusert. Preoperativ forberedelse angående smerte og smertelindring vil gi hjelp til å mestre smertene postoperativt.

God kunnskap om smerte og smertelindring er viktig og vil påvirke sykepleiernes holdninger til andres smerte på en positiv måte (Almås et al., 2001).

2.2. Postoperativ pasient

En pasient som er ny operert trenger kontinuerlig tilsyn, spesielt det første døgnet. Etter operasjon blir pasienten kjørt på en oppvåkingsavdeling de første timene, eller til en postoperativ avdeling der pasientene kan ligge så lenge det trengs. Transporten fra operasjonsstua til oppvåkingsavdelingen er risikofylt. Da har en liten kontroll over blodtrykk og hjerteaksjon. Pasienten blir vekket før de forlater operasjonsstua slik at en ser at han er i stand til å puste selv. Selv om anestesipersonalt har hatt kontakt med pasienten kan han være trett og vanskelig å vekke, og kan gli tilbake i narkose. Derfor er det viktig å observere og

overvåke pasienten (Almås et al., 2001). I de første timene etter operasjonen er komplikasjonsfaren størst. Da må sykepleier i særlig grad observere at pasienten har frie luftveier, god respirasjon, fin hudfarge og hud temperatur, og kroppstemperaturen. Hjerterytme og puls, blodtrykk, diurese, blod og væske tap er viktige og nødvendige observasjoner å gjøre. Sykepleier må også kontrollere at infusjoner og transfusjoner går med riktig hastighet og observere tilførselens virkning. Når pasienten er våken og stabil blir pasienten flyttet til kirurgisk sengepost (Jacobsen , Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund og Solheim 2001).

Postoperativ smerte er akutt smerte forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgi. Pasientens smerte kan i tillegg komme av immobilitet og å være utsatt for trykk over tid. De fleste som opereres forventer smerter postoperativt (Holm et al., 2009). Behandlingen av smerter må individualiseres både med hensyn til pasientens og inngrepets art (Tønnesen, 2003).

Emosjoner kan påvirke smerteopplevelsen. Angst, depresjon og fortvilelse kan forsterke smerten. Motsatt kan psykisk balanse og uthvilthet gjøre oss bedre i stand til å tåle smerte (Holm et al., 2009). Uansett hvordan pasienten forklarer sin smerte er den subjektiv og personlig. McCaffery (1968), har vektlagt dette i sin definisjon: ” *Smerte er det som personen sier den er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte*” (Bjørø og Torvik, 2008 s. 333). Kortvarige smerter fører til angst og er et vanlig symptom hos pasienter med smerter. Akutt angst kan være knyttet til behandling av underliggende tilstand, for eksempel ved kirurgisk inngrep (McCaffery et al., 2001).

2.3. Smerter

International Association for the Study of Pain (1979), definerte 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 s. 13).

Smerte er i følge Almås, Valand, Bilicz og Berntzen (2001), en svært sammensatt subjektiv opplevelse. Smerteopplevelsen vil påvirkes av en rekke faktorer i og omkring pasienten. Disse kan enten forsterke eller redusere smerteopplevelsen. Opplevelse og tolking av smerte er betinget av tidligere erfaring og den psykiske tilstanden en er i når smertene oppleves. Angst og depresjon er med på å forsterke smerten (Simonsen, Aarbakke og Lysaa, 2004). En kan

beskrive sine smerter for andre, men beskrivelsen rommer ofte mer smerte enn det som uttrykkes med ord (Almås et al., 2001).

Sand et al., (2006), sier at smerte er den viktigste sansen vi har. Smerte påvirker det autonome nervesystemet. Det fører til at pulsen og blodtrykket øker, samtidig som blodsirkulasjonen i huden reduseres ved smerte.

I kroppen er det ulike typer nerver. De sensoriske nevefibre er spesialiserte. Noen av disse oppfatter ulike kvaliteter av smerte. Noen sensoriske nevefibre er omgitt av et isolerende fettlag som blir kalt myelinkjede, andre mangler dette fettlaget. Myelinlaget har konsekvenser for ledningshastigheten. Smerteførende fibrer er tynne og noen mangler myelinlag. Det fører til at impulsoverføringen går saktere. Smertene blir deretter registrert i nocireseptorer. De går inn i ryggmargen og danner synapser med andre sensoriske nervefibrer, som leder impulsene videre til talamus. Videre går impulsene til hjernebarken. Her blir smertene lokalisert og analysert (Almås et al., 2001).

Simonsen et al., (2004), 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. Smerten kan oppleves som stikkende, skjærende, kriblende, verkende osv.

Smerter kan deles inn i to hovedkategorier, akutte og kroniske smerter. Et klassifiserings system av ulike typer smerte er nyttig når en skal vurdere pasientens smerter. Det skal gi hjelp til å forstå de viktigste forskjellene i pasientens smerteopplevelse, og for å finne frem til riktig smertelindring (McCaffery et al., 2001).

Akutt smerte er et begrep som blir brukt ved plutselig, alvorlig smerte. Smertene avtar når årsaken leges og smerten varighet er kort. Postoperative smerter er eksempel på akutt smerte (McCaffery et al., 2001). Kronisk smerte er langvarige, vanligvis tre måneder eller mer. Giktsmerter er eksempel på kronisk smerte (McCaffery et al., 2001). Simonsen et al., (2003), skriver at smerte over tid kan være årsaken til at smerten ikke opphører. En slik betraktning understreker hvor viktig det er å behandle smerter tidlig.

2.4. Postoperativ smerte

Postoperativ smerte defineres som akutt smerte forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgi. Smerter er en individuell opplevelse og påvirkes av flere faktorer, for eksempel tidligere erfarig, alder, angst, kultur osv. Det er kun pasienten som opplever eksistensen og intensiteten av smerten (Holm et al., 2009).

Holm et al., (2009), skriver videre at pasienten vil alltid ha smerter etter et kirurgisk inngrep. Smertene avhenger av inngrepets størrelse og pasientens smerteterskel. Smerter postoperativt forbinder en oftest med sårmerter i operasjonssåret. Smertene kan forekomme av hoste, dyp inndragning og hikke. Også dren og luft smerter kan virke ubehagelig for pasienten. De postoperative smertene vare vanligvis i tre til syv døgn.

Ubehandlet akutt postoperativ smerte kan gi kronisk smerte. Kronisk postoperativ smerte ses hos dem som har fått nerveskade under operasjon. Holm et al., (2009), sier videre at det er påvist sammenheng mellom intensiteten på postoperative smerte og risikoen for utvikling av kronisk postoperativ smerte. Optimal postoperativ smertelindring kan forebygge denne utviklingen.

2.5. Smertelindring

Smertelindring er en av faktorene som har innflytelse på utfallet av den kirurgiske behandlingen. Dersom pasienten er god nok smertelindret vil en komme tidligere i gang med mobilisering slik at naturlige funksjoner som respirasjon, sirkulasjon og tarmfunksjonen normaliseres (Tønnesen, 2003). Dette fører igjen til at en forebygger postoperative komplikasjoner. Et av de viktigste utgangspunktene for smertelindrende behandling er at smerte er en tilstand pasienten er i. Det skal ikke forstås ut fra konsekvensene smerte kan gi (Nortvedt et al, 1997).

Sykepleieren har både et selvstendig og delegert ansvar. Som tidligere nevnt er god smertelindring er avhenging av hvordan sykepleier ivaretar ansvaret om å lindre smerte. Det innebærer å identifisere smertetilstanden, planlegge tiltak og mål, og iverksette behandling, observere og vurdere effekten av behandlingen (Ljoså og Rustøen, 2007).

Reiersdal, Helland og Breland (2007), skriver i sin fagartikkel: ”Sykepleiere bruker ikke smerteskala”, at de siste årene har postoperativ smertebehandling utviklet seg fra å være ”konvensjonell” til å bli ”multimodal”. Det vil si at behandlingen har gått fra å være generell til å bli tilpasset hver enkelt pasient. Behandlingen må individualiseres med hensyn til pasienten og type inngrep. Hovedmålet med god smertelindring er at pasienten skal ha det så god som mulig uten unødvendige lidelser. Kunnskap hos behandleren er en forutsetning for god smertelindring. Å ivareta pasientens grunnleggende behov virker inn på effekten av smertelindringen (Almås et al., 2001).

Innenfor smertelindring skiller det mellom medikamentell behandling og ikke medikamentell behandling. Ved medikamentell behandling får pasientene en kombinasjon av analgetika med forskjellig vikningsmekanisme. Alt etter inngrep og smerteintensitet velger man da en kombinasjon av analgetika som gir best smertelindring (Holm et al., 2009). Ikke- invaderende metoder for smertelindring er tiltak som ikke er medikamentelle og kan inngå som et supplement ved smertelindring. Disse metodene kan være avslapping, avledning, visualisering og hudstimulering (Nordtvedt et al., 1997).

2.6. Konsekvenser av postoperativ smerte

Målene for god smertebehandling er god smertelindring, reduksjon av postoperative komplikasjoner og raskere mobilisering. Han skriver videre at postoperative smerter kan føre til uheldige innvirkninger og kan forverre det postoperative forløpet (Tønnesen, 2003).

Komplikasjoner etter operative inngrep kan forekomme tidlig og sent i forløpet, og er en unødvendig tileggsbelastning for pasienten. Det kan føre til varige skader og i verste fall til døden, dersom ekstrabelastningen har vært for stor. Faren for at det kan oppstå komplikasjoner, er avhengig av sykepleierens evne til å vurdere risikomomenter, observere tidlige tegn på komplikasjoner og sette i verk nødvendige forebyggende tiltak. Forebygging og behandling er avhengig av tverrfaglig innsats (Almås et al., 2001).

Rotbøll (2006), har laget en oversiktlig tabell der en ser hvilke negative vikninger postoperative smerter har på kroppen (Holm et al., 2009 s. 149). I følge tabellen påvirker smertene lungefunksjonen slik at denne blir nedsatt. Det kan blant annet føre til atelekstasedannelse, sekretstagnasjon og pneumoni. Smerter fører til økt aktivitet i det

sympatiske nervesystemet. Det kan føre til takykardi og hypertensjon. Pasienter med iskemisk hjertesykdom eller hjertesvikt er en utsatt gruppe. Postoperative smerter gir endringer i koagulasjonssystemet, som kan føre til trombosedannelse og lungeemboli. Andre kjente bivirkninger er kvalme og oppkast. Sterke smerter kan påvirke tarmperistaltikken. Dersom ikke smertene direkte påvirker tarmperistaltikken vil pasienten bli immobil på grunn av smerter, noe som fører til dårligere peristaltikk i tarmen. Smertebetinget immobilitet kan føre til muskelspasmer. Psykisk kan smerter føre til angst og søvnløshet (Holm et al., 2009).

Tønnesen (2003), sier at det er allment akseptert av mobilisering er av avgjørende betydning for det postoperative forløpet. Sterke postoperative smerter som ikke er lindret vil uten tvil hemme mobiliseringen og bidrar derfor indirekte til komplikasjoner postoperativ.

3.0 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” (Aubert sitert i Dalland 2007 s. 81).

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Å velge en bestemt metode vil være med å gi gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland, 2007).

3.1. Litteraturstudie som metode

I følge Bjørk og Solhaug (2008), kan metodene som velges ved innsamling av data i et prosjekt være teoretiske og/eller empiriske. En teoretisk tilnærming betyr at metoden vil bestå av en litteraturgjennomgang. Det betyr at en formulerer en problemstilling eller stiller noen spørsmål som skal belyses ut fra eksisterende litteratur. Dersom en velger å bruke empirisk metode er det krav til å vise hvordan en vil analysere innsamlede data.

Dalland (2007), skriver at ordboka sier at metode er å følge en viss vei mot et mål. Gjennom en systematisk litteraturstudie skal jeg forske på foreliggende materiale som skal gi svar på min problemstilling. Jeg vil da bruke faglitteratur, fagartikler og vitenskapelige forskningsartikler. I forhold til tema har jeg tilegnet med erfaring fra praksis. Denne erfaringen vil jeg ta med i oppgaven. Kunnskap bygd på erfaring blir i følge Dalland (2007), kalt empiri.

En forutsetning for at man kan gjøre systematiske litteraturstudier er at det finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet. Mulrow og Oxman har definer en systematisk litteraturstudie som går ut fra et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengstrøm, 2003). Publisert forskning er hovedmaterialet for undersøkelsen (Befring, 2007). Noen forskere mener det er viktig å inkludere kvalitative studier, da det er det som beskriver pasientens opplevelse (Forsberg et al., 2003).

3.2. Litteratursøk

Når problemområdet har blitt avgrenset kan en formulere søkerord som kan brukes i litteratursøkingen. Litteratursøking kan skje manuelt eller gjennom å søke på data (Forsberg et al., 2003).

Jeg har benyttet meg av ulike databaser for å komme frem til forskning som ville være sentral i min oppgave. Jeg har brukt søkedatabaser som Svemed+, Ovid Medline, Ovid Nursing Database, Embase, British Nursing Index and archive, og sykepleien.no. Søkeordene jeg startet med var: "postoperativ", "postoperativ smertebehandling", "nursing postoperative", "pain", "postoperative complication", "orthopedic", "postoperativ mobilisering", "postoperative komplikasjoner". Deretter ble søkeordene kombinert sammen med hverandre for å få mer spesifikke søk. Jeg brukte da and som kombinasjons søkeord. Under søkeprosessen skrev jeg ned databasene, søkeord og antall treff. Søkeprosessen er fremstilt i skjema som vedlegg 1. Jeg fant også en avhandling skrevet av Alfhild Dihle hvor hun brukte flere forskningsartikler som hun selv hadde vært med på å skrive. Disse søkte jeg opp i tidsskrift og ble funnet som relevant i forhold til oppgaven.

På denne måten fant jeg vitenskapelig forskningsartikler som er relevant i forhold til tema og problemstilling. Flere av bøkene jeg har brukt i oppgaven er pensum bøker og eventuell litteratur jeg hadde fra før. På biblioteket fant jeg flere bøker som jeg fikk lånt.

3.3. Valg av litteratur og kildekritikk

Litteratur er et viktig grunnlag når en skal arbeide med oppgaver. Det er den kunnskapen oppgaven tar utgangspunkt i for å drøfte problemstillingen. Derfor må det gå tydelig frem hvorfor og hvordan den bestemte litteraturen er valgt. Kildekritikk er de metodene som brukes for å si om en kilde er sann. Det betyr at en må vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Hensikten er å gi leseren del i de refleksjonene du har gjort angående relevans og gyldighet litteraturen har i forhold til å belyse problemstillingen (Dalland, 2007).

Kildekritikk er grunnleggende i utøvelsen av yrket. En sykepleier må kunne svare pasienter og pårørende når de stiller spørsmål om sykdom og behandling. Da er det nødvendig å vise til

kunnskapen som gir bakgrunn for svaret eller hva en bør gjøre i en gitt situasjon (Dalland, 2007).

Før jeg hadde bestemt meg for å skrive om postoperativ smertelindring søkte jeg i ulike databaser for å se om det var relevant forskning. Med et hurtig søk så jeg at det var forskning på området. Den litteraturen jeg har valgt å bruke i oppgaven skal være med på å gi svar på problemstillingen. Jeg har valgt teoretisk litteratur som omhandler smertelindring postoperativ og er relevant i forhold til problemstilling og for sykepleiere og utøvelse i praksis. Et annet kriterium er at litteraturen skal være av nyere data siden den kommer stadig ny kunnskap og forskning. Jeg har valgt å bruke forskning som ikke er eldre enn 10 år. Når jeg har lest artikler, har jeg lagt vekt å bruke vitenskapelige artikler funnet i godkjent database. De skal helst ha rett oppbygning, være godkjent og pålitelig. Jeg har brukt både norske og engelske artikler. Flere av artiklene er skrevet av Alfild Dihle som er professor innen sykepleie faget og forsker på postoperativ smertebehandling.

Når jeg har lest litteratur har jeg forholdt meg kritisk til kildematerialtet. Jeg har gjort rede for litteraturen jeg har brukt, og jeg har gjengitt data og resultater riktig. Oppgaven er skrevet etter gjeldende retningslinjer for oppgaveskriving ved Høgskolen Stord/Haugesund.

4. Tidligere forskning

De forskningsartiklene jeg har funnet skal være med på å belyse problemstillingen. Artiklene jeg har funnet handler om smertelindring postoperativt og er relevant for sykepleiere.

Hovedfunnene i artiklene viser at pasientene rapporterte høye verdier på smerteintensitet og fikk for lave doser med smertestillende. Det viser seg også at det er et gap mellom hva sykepleierne sier de gjør og hvilke handlinger de faktisk utfører innenfor viktige områder av sykepleiernes rolle i smertelindringen. En av artiklene understreker også hvor viktig og sentral rolle sykepleierne har i forhold til postoperativ sykepleie, og at de har en nøkkelrolle i å forbedre kvaliteten. En artikkel sier noe om at smertelindring ikke bare handler medikamenter, men hvorvidt sykepleierne fulgte opp pasientene og viste interesse. Artiklene er presentert i vedlegg 2. Der har jeg presentert formålet og metoden, og funn ved forskningen.

5. Drøfting

5.1. Smertelindring gjennom kompetent sykepleieomsorg

Psykiske reaksjoner som depresjon, angst og forvirringstilstander kan utvikle seg dersom pasienten ikke får tilstrekkelig smertelindring. Det å ligge immobil over tid kan være en belastning på flere måter. Dersom smertelindringen ikke er tilstrekkelig vil smertene tærer på. Pasientene kan i tillegg til smertene ha bekymringer. Mismot, depresjon og søvnløshet kan ramme både unge og eldre (Almås og Engum, 2001). Effekten av de metodene som blir prøvd i smertelindringen bli forsterket dersom pasienter som opplever trygghet, tillitt og respekt (Almås et al., 2001).

Holm et al., (2009), skriver at tidlig aktivitet postoperativt er en avgjørende faktor for rask bedring og forebygging av komplikasjoner postoperativt. God smertelindring er en forutsetning for tidlig mobilitet. Almås et al., (2001), skriver at det som kjennetegner ortopediske pasienter er graden av immobilitet. Immobiliteten kan ha en sammenheng med skaden og smertene, eller at smertene er forårsaket av behandlingen. Videre skriver de at det lave aktivitetsnivået øker faren for sirkulatoriske og respiratoriske komplikasjoner, og obstipasjon og urinveisinfeksjon. Holm et al., (2009), skriver at faren for komplikasjoner fra respirasjons- og sirkulasjonssystemet er størst i den umiddelbare fasen postoperativt, men at komplikasjoner fra fordøyelsessystemet og nyrer/urinveier kan komme senere i forløpet.

Ved god smertelindring har pasientene mulighet til å forebygge trombose og emboli. Almås et al., (2001), skriver at den viktigste måten å forebygge dype venetromboser på er ved å være i bevegelse. Sykepleier må hjelpe pasienten både til å bevege seg i sengen og til å komme ut av senga å gå så tidlig som mulig. Min erfaring fra praksis er at pasientene skal mobiliseres opp 1. postoperative dag. Almås et al., (2001), skriver videre at øvelser i forhold til muskel-vene-pumpen er nyttig, da den venøse tilbakestrømmingen går lettere. Pasientens egeninnsats er viktig for forløpet videre.

Almås et al., (2001), skriver at flatt ryggeleie kan føre til sekretopphopning og det er fare for utvikling av atepektase og pneumoni. Dersom pasienten kan komme seg opp av sengen å være i aktivitet er det positivt. Almås et al. (2001), skriver at aktivitet automatisk medfører dypere respirasjon. Videre skriver de at gjevn tilførsel av smertestillende medikamenter er med på at

pasienten kan hoste og puste så uanstrengt som mulig. Det fører til at sekret ikke ligger i lungene, noe som kan gi komplikasjoner.

Holm et al., (2009), skriver at tidlig mobilisering postoperativt har gunstig effekt på tap av muskelmasse som følge av immobilitet. Videre skriver de at en nyere studie viser at tap av muskelmasse som følge av immobilisering er mer uttalt hos friske eldre enn hos friske yngre.

Bruun, Dørve og Nerdahl (2001), skriver at peroperativt vil anestesian påvirke kroppen og den normale muskeltonusen. Faren er at pasienten skal få trykkskade er stor, da kroppen ligger med hele sin vekt på operasjonsbordet. Også postoperativt er det viktig å ha fokus på decubitus. Smerter postoperativt hemmer mobiliseringen noe som fører til at pasienten er mer utsatt. For pasienter som er sengeliggende er det i følge Almås et al., (2001), viktig med leieendringer for å hindre trykk. Videre skriver de at pasienten bør ikke ligge i samme leie mer enn 2 timer før en må foreta endring av leie.

Nedsatt aktivitet kan gi plager i forbindelse med mage og tarm kanalen. Almås et al., (2001), skriver at nedsatt mobilitet kan gi treg mage. Analgetika virker også forstoppende, så problemet kan bli stort for pasienten. Flere ortopediske pasienter må ha bekken i sengen i begynnelsen, noe som gjør at de undertrykker defekasjonstrangen. For de fleste voksne er det pinlig å få hjelp til dette. Hvis pasienten kan komme opp av senga og gå på toalettet er det best. Det samme gjelder i forhold til urinveiene. En kjent postoperativ komplikasjon er urinveisinfeksjon. Når pasienten ligger på bekken er det vanskelig å få tømt blæren tilstrekkelig. Almås et al., (2001), skriver at vanskelighet med å få tømt blæren kan føre til at resturin ligger og blir grobunn for bakterier.

Holm et al., (2009), skriver at det er nødvendig for pasientene at de så raskt som mulig etter operasjon kan ivareta personlig hygiene og etter hvert påkledning og toalettbesøk. En forutsetning for det er at pasientene får tilstrekkelig smertestillende postoperativt. Ernæring har betydning for det postoperative forløpet. Holm et al., (2009), skriver at dårlig ernæring og ikke tilstrekkelig blodforsyning til operasjonsområdet kan føre til forlenget sårtilheling. Videre skriver de at aktivitet er et tiltak som fremmer sårtilheling. Kvalme kan være en konsekvens av smertestillende medikamenter.

Holm et al., (2009), skriver at postoperativ kvalme og oppkast kan gi fysisk ubehag og kan føre til komplikasjoner som immobilitet og økt fare for dyp venetrombose. Det kan gi økt belastning på sårflater som kan føre til sårruptur. Det kan forlenge tiden på sykehus.

Preoperativ medisinerer er viktig for å forebygge smerter postoperativt. Pasienter kan da oppleve å ha mindre behov for smertelindring i tilhelingsperioden og faren for komplikasjoner reduseres (Holm et al., 2009).

En siste fordel jeg vil nevne er at det er mindre risiko for å utvikle kroniske smerter postoperativt dersom en får tilstrekkelig smertelindring. Dihle (2007), skriver at de siste årene har forekomsten av kroniske smerter fått mer fokus og at det er påvist en sammenheng mellom intensiteten av akutt postoperativ smerte og risikoen for å utvikle kronisk postoperativ smerte. Videre skriver hun at overgangen fra akutt til kronisk smerte ikke er klarlagt. På bakgrunn av det mener hun at akutt smerte bør bli sett på som en første respons med muligheten for å utvikle kronisk smerte.

5.2. Medikamentell smertelindring

Utilstrekkelig behandlet smerte er vanlige innslag på postoperative avdelinger. Smerter er et symptom og det sentrale momentet i smertebehandlingen er å diagnostisere og fjerne årsaken (Werner et al., 2003). I den medikamentelle smertelindringen har sykepleieren en viktig rolle. Sykepleieren tilbringer mye tid sammen med pasienten og kan vurdere virkningen av smertebehandlingen fortløpende (McCaffery et al., 2001). Det er legen som forordner medikamenter i smertebehandlingen, men i følge McCaffery et al., (2001), kan sykepleieren spille en aktiv rolle ved å foreslå og velge egnet medikament, avgjøre hvorvidt det skal gis og når det skal gis, evaluere effekten og om nødvendig sørge for endring av medisineringsen. For å kunne bidra på denne måten må sykepleier bruke sin vurderingsevne og kunnskap om analgetika i forhold til hver enkel pasient.

Hvordan et medikament blir brukt er sannsynligvis viktigere enn hvilket medikament som brukes (McCaffery et al., 2001). Videre skriver de at forebygging av smerter anbefales også for akutte smerter postoperativt. Det er sentralt å komme smertene i forkjøpet. Det vil si å gi analgetika før smertene oppstår eller øker. Tønnesen (2003), skriver at å behandle smertene før de oppstår blir kalt "preemptiv analgesi". Videre skriver han at når smertene opptrer vedvarende og forutsigbart gjennom en periode på 24 timer er det hensiktsmessig og administrer medikamenter regelmessig. Det kan innebære å vekke pasienten om natten for å gi analgetika dersom smertene vekker pasienten om natten, eller at han våkner med smerter om morgenen.

Når sykepleier skal gi medikamenter ved uforutsigbare smerter krever det løpende vurdering. Medisineringsen skal hindre smertene i å oppstå eller å tilta. Da kan det være mest hensiktsmessig å gi smertestillende ved behov enn regelmessig tilførsel (Tønnesen, 2003). Det forebyggende prinsippet bør anvendes ved å gi medikamentet så snart smerten begynner og før smertene kommer ut av kontroll (McCaffery et al., 2001). Fordelene ved å tenke forebyggende ved bruk av smertestillende midler er i følge McCaffery et al., (2001), at pasienten har smerter i kortere tidsrom. Det fører til at en kan bruke energien på for eksempel fysioterapi. Videre skriver de at doseringen kan holdes lavere noe som gir færre bivirkninger.

Pasienter som har angst og er bekymret over situasjonen kan i følge McCaffery et al., (2001), få mindre frykt for at smertene skal komme tilbake ved å forebygge smerter. Det visker ut minnet om smerte og reduserer frykten for nye smerter. Ved å forebygge smerter vil pasienten

få mindre bekymring om å ikke få lindring når det trengs. Videre skriver de at angst fører sjelden til smerter, men at kortvarige smerter fører til angst. Når angst er forårsaket av smerte skal det behandles ved å lindre smertene. Sorgendal, Kvernes og Kive (2003), er enige med McCaffery (2001). De skriver i sin studie: "Metodevalg ved postoperativ smertelindring", at usikkerhet og angst vil forverre smerteopplevelsen.

Tønnesen (2003), sier at valg av metode for å oppnå tilstrekkelig smertelindring postoperativt har stor betydning på utfallet av den kirurgiske behandlingen. Multimodal smertelindring brukes mer og mer. I følge Holm et al., (2009), er prinsippet ved bruk av multimodal smertelindring at pasienten får en kombinasjon av analgetika med forskjellige vikningsmekanismer. Alt etter inngrep og smerteintensitet velger man en kombinasjon av analgetika som skal gi pasienten best mulig smertelindring. I den umiddelbare tiden etter et inngrep er smertestillende begrenset til å gis parenteralt eller rektalt. For pasienter med forventet rask bedring av tarmfunksjonen kan behandlingen gis peroralt. Videre sier han at det er vanlig at perenteral behandling pågår i 1-3 døgn og at en deretter går over til peroral. Dette er ikke i samsvar med mine erfaringer fra kirurgisk sengepost. Her ble pasientene tilbudt medikamenter peroralt fra 1. postoperative dag. McCaffery et al., (2001), skriver at rektal administrering blir ofte oversett, kanskje fordi det er kan oppfattes som sosialt pinelig. Likevel vil pasientene foretrekke rektal administrering framfor intramuskulær tildeling.

I forhold til ortopediske inngrep er systematisk analgetika godt egnet. Tønnesen (2003), skriver at første valget er et ikke-opioid analgetikum, enten paracetamol eller et ikke-steroid antiinflammatorisk analgetikum (NSAID). Fordelen med paracetamol er at det ikke har negativ effekt på magesekken, trombocytter eller nyrer. Ulempen er at effekten av paracetamol er svakere enn nyere NSAIDs. Pasientene må dermed oftere få ny dose, ca. hver 4. time. I de fleste tilfeller velges NSAID. En velger da medikament ut fra effekt, virkningstid og bivirkninger. Andre egnede preparater er Ketorolak. Det er spesielt egnet for de som ikke kan ta medikamenter per os. Andre preparater er naproxen, ketoprofen og ibuprofen. Ved utilstrekkelig effekt legger en til et opioid analgetikum. Ved intravenøs behandling gis morfin, ketobemidon eller petidin. Flere av pasienten kan bruke opioider som for eksempel kodein som brukes per oral. Klinisk erfaring tilsier at god effekt oppnås ved å kombinere paracetamol og et NSAID. Ved operasjon i hofter og kne blir epidural lokalanestetika og/eller opioider brukt per- og postoperativ i behandling mot smerter. Holm et al., (2009), skriver at glukokortikoider gir god og rask innsettende lindring av akutte smerter.

Pasientkontrollert smertelindring kommer mer og mer. Pasientkontrollert analgesi (PCA), er i følge Tønnesen (2003), en relativt ny måte og dosere smertestillende på. Pasienten får intravenøst opioid som doseres ved en pumpe som kan aktiviseres av at pasienten selv trykker på en knapp. Dermed kan pasienten gi seg selv en dose når det trengs. Det forutsetter at pasienten har fått opplæring i hvordan pumpen skal brukes. Størrelsen på dosen og hvor ofte en dose kan gis programmeres inn i den elektriske pumpen etter legens forordning. Tønnesen (2003), skriver videre at de aller fleste pasientene er fornøyd med denne type behandling. Holm et al., (2009), er her enig med Tønnesen (2003). De sier at pasientene opplever mer selvstendighet og at de blir mer delaktige i egen smertebehandling, noe som kan gi økt følelse av kontroll. Også Sorgendal et al., (2003), er enige. De sier i sin studie at de fleste pasientene var tilfreds med å gi seg selv smertestillende. Videre sier de at PCA gjorde medikamentet lett tilgjengelig fordi pasientene kunne slippe å be personalet om smertestillende, og at de følte en trygghet ved å kunne medisiner seg selv. Administrasjonsformen gav i tillegg rask virkning. Holm et al., (2009), skriver at PCA gir bedre smertelindring sammenlignet med smertestillende gitt til faste tider. Dette stiller ikke Sorgendal et al., (2003), seg enige i. De skriver at pasientene som brukte PCA sammenlignet med de som brukte NCA (sykepleiekontrollert smertelindring) var like fornøyd med smertelindringsmetoden. Begge gruppene anga en gjennomsnitt score på 8. Et annet funn ved forskningen var at de som brukte PCA hadde et høyere forbruk av smertestillende medikamenter enn de som fikk NCA. Også Tønnesen (2003) støtter opp om det. Han skriver at det er stor enighet om at PCA ikke øker effektiviteten av smertelindringen, heller at det er fare for overdosering.

PCA metoden har flere ulemper. Rewal (2003), skriver at pumpen må innstilles individuelt og det er lett for sykepleier å trykke inn feil dose eller mengde ved programmering. Videre skrives det at pumpen kan ha en teknisk feil. Pasienten kan også være allergisk mot legemiddelt som gis, og reaksjonen kan oppdages for sent da sykepleier ikke er sammen med pasienten hver gang en ny dose gis. En annen risiko er at pasienten kan trykke på pumpen. Sorgendal et al., (2003), skriver at faren med å bruke PCA i forhold til NCA er at pasientene blir overlatt til seg selv og at det ble en sovepute for personalet. Noen pasienter var engstelige og stolte ikke på det tekniske utstyret. Sorgendal et al., (2003), konkluderer med at PCA sammenlignet med NCA ikke gir noen opplevelse av å mestre smertene bedre postoperativt. Det som var viktig var å få preoperativ informasjon, få tilbud om å benytte seg av PCA og bli fulgt opp av sykepleier med interesse for smertebehandlingen. På grunnlag av det var begge pasientgruppene like fornøyde med smertebehandlingen.

God smertelindring er en forutsetning for at pasienten tidlig kan mobiliseres. Holm et al., (2009), skriver at tidlig aktivitet postoperativt er en vesentlig faktor for rask bedring og forebygging av postoperative komplikasjoner. Sorgendal et al., (2003), er enige med Holm et al., (2009). Sorgendal et al., (2003), skriver at det er godt dokumentert at optimal smertelindring har betydning for det postoperative forløpet for pasienten. Opplegget for hvor mye pasienten skal være oppe fra og med operasjonsdagen varierer. Min erfaring i forhold til ortopediske pasienter, er at de skal mobiliseres opp fra 1. postoperative dag. Medikamenter som forebygger smerter må gis før pasienten skal mobiliseres slik at pasienten oppnår effekt av medisineren. I praksis ble pasienten tilbudt medikamenter en halv time før trening med fysioterapeut. Holm et al., (2009), sier at det er flere studier som viser at det er klar sammenheng mellom tidlig og mer intensiv mobilisering og/ eller fysioterapi og resultat. Videre skriver de at det er en vist sammenheng mellom forsinket mobilisering og utvikling av pneumoni, delirium og forlenget sykehusopphold.

Akutt postoperativ smerte varer vanligvis opp til 7 dager. Smertene reduseres i intensitet med 25-50 % i døgnet. Dermed må det daglig vurderes hvor mye smertestillende pasienten skal ha, hvilke medikamenter som skal brukes og eventuell overgang til ny administrasjonsmåte (Holm et al., 2009). En av sykepleierens ansvarsområde er å rapportere virkningen av medikamenter til legen. Dersom pasienten har for dårlig eller kortvarig virkning av medikamentene som er forordnet, er det i stor grad sykepleieren som observerer dette (Almås et al., 2001). Videre skriver de at mange pasienter tror at sykepleieren vet best når de trenger ny dose med medikamenter. I stedet for å spørre selv venter de til de får spørsmål om de har smerter. McCaffery et al., (2001), sier at sykepleierne må lære pasienten til å be om smertestillende så snart smertene dukker opp, og før de blir verre. Almås et al., (2001), skriver at pasienten må erfare at det å holde ut smertene ikke er et ønskelig eller riktig mål. Pasienten skal kunne si fra om smerter uten å føle seg mistrodd.

Rawal (2008), sier at når en skal vurdere smertene som påvirker pasienten, så bør sykepleier ta i betraktning "genetisk make-up", kulturell bakgrunn, alder og kjønn. Som sykepleier må en ha forståelse for kulturelle og individuelle forskjeller ved å hjelpe pasienten med smerter. Almås et al., (2001), skriver at enkelte tåler mindre og andre tåler mer smerte før de gir uttrykk for smerter. Nortvedt et al., (1997), skriver at i smertelindringen vil vi møte en rekke dilemmaer. Den medisinske etikkens prinsipper om velgjørenhet og ikke skade sammenlignet med ivaretagelsen av pasientens autonomi er et slikt dilemma. Sykepleiere kan stille seg spørsmål om pasienten virkelig har så mye smerter som han sier, hva og hvor mye hjelp som

kan tilbys? Videre skriver de at yrkesetikken gir ikke svar på spørsmålene, men at det må avgjøres av sykepleier med bakgrunn i kritisk refleksjon og diskusjon. Almås et al., (2001), skriver også at forskjellene i å uttrykke smerter kan gjøre det vanskelig for andre å oppfatte hvor sterke smerter pasienten har. Sykepleier har valget mellom å ha tillit til eller å tvile på pasientens opplevelse. Videre skriver de at god kunnskap om smerte og smertelindring er derfor viktig og vil påvirke sykepleierens holdning til andre med smerte på en positiv måte.

For å få en forståelse av hvor store smerte pasienten har postoperativ kan en bruke ulike skalaer for å måle dette. I følge Holm et al., (2009), brukes verbal skala, VAS skala, numerisk skala og ansiktskala. Dihle, Paul og Miaskowski (2006), skriver i sin artikkel: ” The exploration of the establishment of cutpoints to categorize the severity of acute postoperative pain”, at grensen for når smerteintensiteten er så høy at den fungerer negativt for ulike funksjoner lå på 3, mellom mild og moderat smerte, og grensen lå på 5 mellom moderat og sterk smerte. Videre skriver de at gjennomsnittlig postoperativ smerte bør ligge på 3 eller mindre. Det betyr at dersom pasienten har sterkere smerte enn 3 på en skala fra 0 til 10, bør smerten behandles. Holm et al., (2009), skriver også at det er en del forskning når det gjelder bruk av skalaer. De skriver at det er en sammenheng mellom skår og opplevelse av smerte og at det gir et godt bilde på hvor mye smerter pasienten har. I undersøkelsen til Reiersdal, et al., (2007), er det gjort funn på at sykepleierne i liten grad bruker VAS skala. På bakgrunn av hva Holm et al., (2009), sier overfor omforskning som foreligger ved bruk av skaler, viser det seg likevel at nyttig redskap ikke blir brukt i praksis. Reiersdal et al., (2007), skriver at sykepleierne spør pasienten for å sjekke effekten av smertestillende. Sykepleierne viser her at det er hva pasienten sier som har betydning for vurdering av effekten.

Selv om en i dag har tilgang til effektiv analgetika er det fortsatt en vanlig erfaring at pasienter med smerter må tåle unødvendig mye lidelse på grunn av dårlig smertebehandling (Almås et al., 2001). Dihle, Helseth, Kongsgaard, Paul og Miaskowski (2006), skriver i sin artikkel: ”Using the American Pain Society`s Patient Outcome Questionnaire to evaluate the quality of postoperative pain management in a sample of Norwegian patient”, at resultatene viser at pasientens postoperative smerter etter store ortopediske inngrep ble underbehandlet de første fem postoperative dagene. Pasientene hadde høye verdier på smerteintensitet og fikk lave doser smertestillende. Pasientene rapporterte at de måtte vente inntil 20 minutt for å få smertestillende. Det kan se ut som at mye av årsaken til underbehandling av smerter må tilskrives sykepleier. Almås et al., (2001), skriver at en del av sykepleierne bruker ikke den muligheten de har til å vurdere pasientens behov for smertestillende medikamenter i forhold til

legens forordning. De holder seg i stedet til doser som ligger under maksimaldosen. Tønnesen (2003), sier at det er viktig å vite at man ikke gjør pasientene noen tjeneste ved å la være å gi tilstrekkelig smertelindring. Snarere kan komplikasjonsfrekvensen øke. Det er ønskelig at sykepleieren skal kunne bruke hele registeret som legen tillater overfor hver enkelt pasient, basert på kunnskap om medikamentene og virkningen av dem, og på opplysninger fra pasienten selv (Almås et al., 2001). Sorgedal et al., (2003), støtter opp om dette. De skriver at å velge riktig analgetika og riktig dose gitt med riktig tidsintervall kan gi effektiv smertelindring hos de fleste pasienter.

Blant helsepersonell og blant folk flest er frykt for vanedanning den viktigste årsaken til undermedisinering av smerte. Frykten for at en hensiktsmessig bruk av narkotiske stoffer kan føre til vanedanning er irrasjonell og udokumentert (McCaffery et al., 2001). Videre skriver de at det er lite sannsynlig å bli avhengig av narkotiske stoffer som et resultat av smertebehandling. De aller fleste slutter å ta narkotiske stoffer når smerten stopper. Almås et al., (2001), skriver at en annen viktig årsak til underbehandling av smerter er at ansvarsforholdet mellom lege og sykepleier kan være uklar når det gjelder å kontrollere effekten av gitt legemiddel. Dårlig kommunikasjon mellom dem gir negative konsekvenser for smertelindringen for pasienten. Almås et al., (2001), sier at en får håpe av utviklingen er i ferd med å snu. Leger og sykepleier får mer undervisning i dag om smertelindring og smerteproblemet må tas mer alvorlig i forhold til akutt smerte. Likevel er det langt igjen til at smertebehandlingen er god nok. For dårlig smertelindring postoperativt er et alvorlig problem. Dihle (2007), sier at det ser ut til å være et behov for å utarbeide nasjonale retningslinjer for postoperativ smertebehandling.

5.3. Ikke- medikamentell smertelindring

Ved hjelp av metoder som sender impulser fra perifere sensoriske nerver, kan en redusere smerter ved å hemme passasjen for smerteimpulsene. Det kan være i form av å massere, blåse eller presse på det smertefulle stedet. Kulde eller varme er også kjente tiltak for å redusere smerte (Almås et al., 2001). McCaffery et al., (2001), sier at det finnes metoder som innebærer å tilføre smerter for å lindre smerter. Men det som hjelper på noen mennesker og for noen typer smerter, trenger i hovedsak og ikke gi smertelindring til andre. McCaffery et al., (2001), sier videre at hudstimulering er stimulering av huden for å oppnå smertelindring. Virkningen varier, men generelt er forventningen redusert smerte eller at smerteintensiteten avtar under stimuleringen eller i periode etterpå. Jeg har sett hvor god effekt isbandasje har i forhold til smertelindringen og er positiv for å bruke slike metoder i smertelindringen. Pasientene som brukte det var også overrasket over effekten.

McCaffery et al., (2001), skriver at et annet ikke- invaderende tiltak på å lindre smerte er avledning. Da fokuserer en oppmerksomheten på andre stimuli enn selve følelsen av smerte. Oppmerksomheten kan rettes mot andre mindre plagsomme former for smerter. Det kan være gjennom trykk og varme. Pasienten skjermer seg fra smertefølelsen ved å øke sanseopplevelsen ved hørsel, syn, berøring og bevegelse. Eksempel på det kan være at pasienten får høre på musikk. Holm et al., (2009), skriver at forskning viser at musikk som pasienten lytter til via hodetelefoner, kan være med på å redusere angst og postoperativ smerte, og til en viss grad redusere behovet for smertestillende. McCaffery et al., (2001), skriver at andre metoder som brukes er avspenning ved hjelp av pusteteknikk og visualisering av smertefrihet. Holm et al., (2009), skriver at på dette området trengs det mer forskning, men at det er påvist i en studie at de som hadde lært avslapningsteknikker hadde mindre forbruk av opioider enn de som ikke hadde lært slike teknikker. McCaffery et al., (2001), sier at å bruke slike metoder passer ikke for alle pasientene. Videre skriver de at pasientene må forstå veiledning, har fysisk og psykisk styrke til å utføre aktivitetene, er i stand til å konsentrere seg om stimuli som blir tilbudt, være villig til å forsøke teknikken, og at en ønsker selvkontroll over en smertefull opplevelse. I praksis ble avledning brukt i kortere perioder. Det kunne være i forbindelse ved sårskift, eller i vente om effekt av gitt smertestillende medikament, eller for å avlede smertene i forhold til mobilisering.

Almås et al., (2001), skriver at god leie er viktig for at pasienten skal kunne ligge godt. Det er sykepleiernes ansvar. Noen pasienter liker å støtte opp med puter, andre ønsker å ligge flatt med foten. Ved hjelp av sengens ulike tekniske funksjoner er det muligheter for at pasienten finner et riktig leie. Når en skal hjelpe pasienten med å finne riktig leie må en lytte til hvordan pasienten ønsker. Med et enkelt blikk kan vi som sykepleiere også se om pasienten har et godt leie.

Gjensidig tillitt er en viktig basis i smertebehandlingen. Sykepleier og lege må ha tillitt til pasientens smerteopplevelse. Det er viktig at pasienten stoler på at sykepleier og lege ønsker å hjelpe. Det er sykepleier og lege som legger premissene for samarbeidet med pasienten. Pasienten må ha anledning til å delta aktivt i planleggingen og vurderingen av de metodene som blir valgt (Almås et al., 2001). Mine kunnskaper fra kirurgisk praksis tilsier det samme. Mange av pasientene ønsket å være aktive i smertebehandlingen. Pasientene hadde egne meninger om hva som best kunne lindre smerten basert på tidligere erfaringer. En del av pasientene hadde tidligere utført samme operasjon. Det gjaldt i de fleste tilfeller å få ny hofte- eller kne protese. Kunnskapene fra tidligere erfaring bør da være sentral og blitt tatt alvorlig. Sorgendal et al., (2003), skriver at hvis et menneske opplever å få mangelfull informasjon, samt å ha liten eller ingen innflytelse på det som skjer, vil en ha en følelse av hjelpeløshet og tap av kontroll. Almås et al., (2001), sier videre at pasientens metoder må bli forsøkt i smertelindringen fordi det er pasienten som har kjennskap til egen smerte og fordi han får en viss kontroll over situasjonen.

Et kirurgisk inngrep, enten det er planlagt eller øyeblikkelig hjelp, er en stressende kompleks handling. Det er en stressfylt erfaring psykisk fordi det er en trussel mot kroppens integritet. Sorgendal et al., (2003), understreker dette. De skriver at situasjonen ofte kan være angstfylt, truende og lite forutsigbart i forbindelse med operasjon. Opplevelsen av å ha liten kontroll over situasjonen og resultatet av den gjør at mange opplever angst, utrygghet og maktløshet. Frykt for smerter kan være realistisk eller urealistisk. Sykepleier kan veilede og hjelpe pasienten til å mestre situasjonen (Holm et al., 2009). Almås et al., (2001), er også enig i det Holm et al., (2009) skriver om å ha kontroll. Almås et al., (2001), skriver at det å ha en viss kontroll over det som skjer bidrar til å redusere smerteopplevelsen. Hjernens tolkning av smerteimpulsene med på å bestemme hvor vondt det gjør. Almås et al.,(2001), sier at pasienter har opplevd smertelindring av placebo, de vil si tabletter uten aktive stoffer. Dette sier noe om hvordan det psykiske spiller inn på pasientens smerteopplevelse. Videre skriver Almås et al., (2001), at dersom pasienten opplever trygghet, tillitt og respekt, vil det forsterke

effekten av de metodene for smertelindring som blir prøvd. Nortvedt et al., (1997), skriver at sykepleierens tilgjengelighet og regelmessighet i tilsyn og stell kan bidra til å gjøre døgnet forutsigbart. Dette er med på å øke pasientenes følelse av kontroll og trygghet. Videre skriver de at gjennom pasientens tiltro til behandling og behandler skapes det en positiv forventning knyttet til å få hjelp for smertene. Denne positive forventningen har i seg selv en smertestillende effekt.

Fagermoen (2001), skriver at sykepleieren må skape en god kommunikasjon mellom seg og pasienten. Undervisning og veiledning er forutsetninger for å skape et forhold mellom sykepleier og pasient som kan fremme smertelindring. Nortvedt et al., (1997), sier at gjennom undervisning og veiledning kan pasientens angst reduseres og en kan få mulighet til å kontrollere og mestre smertene. Pasienten kan også få motivasjon til delaktighet. Gjennom samtale med pasienten blir det ofte dannet et tillitsforhold (Holm et al., 2009). Som sykepleier er det viktig å bry seg om pasienten og få tak i situasjonen pasienten befinner seg i. Sorgendal et al., (2003), skriver at god kommunikasjon og samarbeid er en forutsetning for å gi pasienten en tilfredsstillende behandling.

God informasjon er med på å trygge situasjonen. Trygghet er i følge Almås et al.,(2001), det viktigste hjelpemidlet sykepleierne har for at pasienten skal føle seg trygg. Kombinasjon av faglig dyktighet, ro og menneskelig omsorg er faktorer som gjør pasienten mindre engstelig. Vi som sykepleiere må vise at vi er opptatt av å få tak i pasientens opplevelse, spesielt angående smerter. I pasientrettighetsloven (1999), er det bestemmelser som skal sikre at pasienten får tilstrekkelig informasjon. I følge Fagermoen (2001), kan dårlig informasjon virke angst skapende for pasienten. Almås et al., (2001), sier at pasientene må få informasjon preoperativt. Pasienter som er ventelistepasienter fikk etter min erfaring god informasjon preoperativt. De fikk både muntlig og skriftlig informasjon. Når de ankom post fikk pasientene innkomstsamtale med sykepleier. De pasientene som ble innlagt som øyeblikkelig hjelp, fikk sammenlignet lite informasjon. Sorgendal et al., (2003), skriver at det er forskning som viser at preoperativ informasjon om operasjon, forventet postoperativ smerte og kvalme fører til bedre postoperativt forløp. Selv skriver de at pasientene i studien har i ettertid gitt uttrykk for at informasjon var en viktig faktor for hvordan de taklet det postoperative forløpet.

Når sykepleier skal vurdere pasientens smerter er det nødvendig at det stilles konkrete spørsmål. Likevel trenger ikke pasientens svar være i samsvar med virkeligheten (Almås et al., 2001). Min erfaring tilsier det samme. Almås et al., (2001), skriver at smerter en

unødvendig tileggsbelastning, og at det hemmer rehabiliteringen og evnen til å hoste og puste tilstrekkelig. En fysisk, konkret årsak til hvorfor det er uheldig å ha smerter er for mange lettere å akseptere. Likevel kan sykepleier få oppriktige svar på sine spørsmål. Dermed kan sykepleier få nødvendige opplysninger om dosen er stor nok og om smertelindringen varer så lenge som forventet. Tillit mellom sykepleier og pasient er en grunnleggende forutsetning for at kunnskap om smerte og smertebehandling skal komme til sin rett (Almås et al., 2001). Dihle, Gjørseth og Helseth (2006), skriver i sin artikkel: "The gap between saying and doing in postoperativ painmanagement", at studien viser at det er et gap mellom hva sykepleierne sier de gjør og hvilke handlinger de faktisk utfører innenfor viktige områder i smertelindringen. Viktige områder i følge studien er preoperativ informasjon, smertevurdering, behandling og evaluering av tiltak. Videre sier de at når dette gapet blir for stort utgjør det en barriere for god smertelindring. Sykepleierne må ha en aktiv tilnærming ved å ha en åpen kommunikasjon, oppmerksomhet på pasientens signaler og forebygging av smerten.

Ikke-medikamentell behandling er ikke god nok smertelindring i seg selv, men det kan benyttes som et supplerings tiltak i tillegg til den medikamentelle behandlingen. Det støttes opp av Simonsen et al., (1998). De skriver at under alle forhold bør en sørge for å gi reell smertelindring med legemidler eller med en kombinasjon av legemidler og ikke-medikamentelle støttetiltak. Dihle et al., (2006), understreker at sykepleierne har en betydningsfull rolle innenfor postoperativ smertelindring og at de har en nøkkelrolle i forhold til å forbedre kvaliteten på den postoperative smertelindringen til postoperative pasienter. Sorgendal et al., (2003), skriver at det er viktig som sykepleier å holde seg oppdatert på nye metoder da det stadig kommer nye teknikker som kan brukes i smertelindringen.

6. Avslutning

God smertelindring har mange fordeler for den postoperative pasienten. Det fører til raskere mobilisering som er med på å forebygge komplikasjoner og gi raskere rehabilitering. God smertelindring er med på å redusere angst. Smerter som ikke blir behandlet kan utvikle seg å gi kroniske smerter.

Sykepleier kan gi god smertelindring postoperativt til pasienter gjennom medikamentell – og ikke medikamentell behandling. Som sykepleier er det viktig å bli kjent med pasienten, ha kunnskap om smertelindring og hvilket tidspunkt medikamenter skal gis. En må huske på at pasienter har ulik smertetoleranse og at smerten dermed oppleves forskjellig. Informasjon skaper trygghet og har effekt ved smertelindringen.

Sykepleier har et stort ansvar i sammenheng med smertelindringen postoperativt. Deres kunnskap er nødvendig slik at pasienten får tilstrekkelig smertelindring. Å sette sammen individuelle tiltak som trengs vil være avgjørende i smertelindringen.

7.0 Litteraturliste:

- Almås, H. & Berntzen, H. (2001). Generell postoperativ og posttraumatisk sykepleie. I: H. Almås. *Klinisik sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal.
- Almås, H. & Engum, L. D. (2001). Sykepleie til pasienter med skader i bevegelsesapparatet. I: H. Almås. *Klinisik sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal.
- Almås, H., Valand, E., Bilicz, J. A., & Berntzen, H. (2001). Sykepleie til pasienter med smerter. I: H. Almås. *Klinisik sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS.
- Bjørø, K. & Torvik, K. (2008). Smerte I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb, og A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bruun, A. M. G., Dørve, S. & Nerdahl, E. (2001). Peroperativ sykepleie. I: H. Almås. *Klinisik sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Dihle, A. (2007). *Postoperativ smertebehandling*. Hentet fra http://www.alnsf.no/images/Inspira/Inspira_2009-1.pdf, s. 25-27.
- Dihle, A., Bjølseth, G. & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing* (Elektronisk versjon). 15(4): 469-79.

- Dihle, A., Helseth, S., Kongsgaard, UE., Paul, SM. & Miaskowski, C. (2006). Using the American Pain Society`s Patient Outcome Questionnaire to evaluate the Quality of postoperative pain management in a sample of Norwegian patients (Elektronisk versjon). *Journal of Pain*, 7 (4): 272-80.
- Dihle, A., Helseth, S., Paul, SM. og Miaskowski, C. (2006). The exploration of the establishment of cutpoints to categorize the severity of acute postoperative pain (Elektronisk versjon). *Clinical Journal of Pain*, 22 (7): 617-24.
- Fagermoen, M. S. (2001). Samtale, undervisning og veiledning. I: H. Almås. *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal.
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & kultur.
- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie – med dagkirurgi*.(2. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K. (2001). *Sykdomslære – indrmedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal
- Johannessen, A, Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie I: N., J. Kristoffersen, F. Nortvedt, og E. A. Skaug., *Grunnleggende sykepleie*, bind 4. Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Ljoså, T. M. & Rustøen, T. (2007). *Kronisk smerte I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad. Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter av 7. februar nr. 63*. Hentet fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-001.html>.
- McCaffery, M. & Beebe, A. (2001). *Smertes- Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Nortvedt, F. & Nesse, O. (1997). *Smertelindring - utfordringer og muligheter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Rewal, N. (2003). Postoperativ smærta. I: M. Werner og P. Strand. *Smærta och smærtbehandling*. Stockholm: Författarna och Liber AB.
- Reiersdal, O., Helland, E. S. & Breland, H. P. (2007). Sykepleiere bruker ikke smerteskala. *Sykepleien* 95(7): 50-52. Hentet fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=117887.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppen*. Oslo: Gyldendal.
- Simonsen, T., Aarbakke, J. & Lysaa, R. (2004). *Illustrert farmakologi, bind 2*. (2.utg). Bergen: Bokforlaget.
- Sorgendal, T.F., Kvernes A. & Kvie, E. H. (2003). Metodevalg ved postoperativ smertelindring. *Sykepleien* 91(17):28-33. Hentet fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_dokument_id=119507.

- Tønnesen, T.I. (2003). *Postoperativ smertebehandling*. Oslo: Pensumtjenesten AS.
- Werner, M & Strang, P. (2003). Smärtans demografi I: M. Werner og P. Strand. *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Författarna och Liber AB.

Vedlegg 1

Swemed:

Postoperativ 721 treff

Postoperativ smertebehandling 29 treff

Nursing postoperativ 107 treff

Pain 4034 treff

Nursing postoperative + pain 31 treff

Smertelindring 26 treff

Postoperative mobilisering 27 treff

Postoperative komplikasjoner 14 treff

Ovid: British Nursing Index and Archive, Ambase, Ovid Medline, Ovid Nursing Database:

Postoperative painmanagement 1546 treff

Pain postoperative 16943 treff

CINAHL:

Postoperative complication 2014 treff **and**

Orthopedic 203 treff **and**

Pain management 7 treff

Sykepleien. no

Postoperativ smertelindring 4 treff

Postoperativ behandling 3 treff

Vedlegg 2

Using the American Pain Society`s Patient Outcome Questionnaire to evaluate the Quality of postoperative pain management in a sample of Norwegian patients

Av A. Dihle, S. Helseth, UE. Kongsgaard, SM. Paul og C. Miaskowski (2006). Publisert i Journal of Pain 4, 272-80

Formål og metode:

Målet var å beskrive forandringer i pasientens smerteintensitet, smertens påvirkning av funksjoner, bruk av analgetika over tid og beskrive pasientens tilfredshet med smertebehandlingen.

Funn:

Pasientens postoperative smerter etter store ortopediske operasjoner blir underbehandlet de første 5 dagene. Pasientene rapporterte høye verdier på smerteintensitet og fikk lave doser med smertestillende medisin de første 5 dagene etter operasjon. Den 5. postoperative dag hadde pasientene en gjennomsnittelig smerte på over 5. Nesten alle pasientene fikk den samme dosen med paracetamol, men de fleste fikk bare halvparten av anbefalt dose.

The exploration of the establishment of cutpoints to categorize the severity of acute postoperative pain

Av A. Dihle, S. Helseth, SM. Paul og C. Miaskowski (2006). Publisert i Clinical Journal of Pain 7, 617-24

Formål og metode:

Målet var å etablere skjæringspunktene (cutpoints) mellom mild, moderat og sterk postoperative smerte.

Funn:

Grensen for når smerteintensiteten er så høy at den fungerer negativt på ulike funksjoner lå på 3 mellom mild og moderat smerte, og grensen lå på 5 mellom moderat og sterk smerte. den gjennomsnittelige postoperative smerten hos pasienten bør ligge på 3 eller mindre.

The gap between saying and doing in postoperative pain management

Av Alfhild Dihle, Gunnar Bjølseth og Sølvi Helseth (2006). Publisert i Journal of Clinical Nursing 4, 469-479

Formål og metode:

Studien skulle beskrive hvordan sykepleiere oppfattet og utførte preoperativ informasjon, vurdering og evaluering av postoperativ smertebehandling og å avdekke noen barrierer for optimal postoperativ smertebehandling. Det ble utført observasjon av sykepleiere og dybdeintervju.

Funn:

Studien viste et gap mellom det sykepleierne sier de gjør og hvilke handlinger de faktisk utfører innenfor viktige områder i sykepleierens rolle i smertelindringen. Viktige områder er preoperativ informasjon, smertevurdering, behandling og evaluering av tiltak. Studien understreker den betydningsfulle rollen sykepleierne har innenfor postoperativ smertelindring, og at sykepleierne har en nøkkelrolle i forhold til å forbedre kvaliteten på den postoperative smertelindringen til kirurgiske pasienter.

Metodevalg ved postoperativ smertelindring

Av Tori Fossum Sorgendal, Astrid Kvernes og Ellen Henriksen Kive. Publisert i Sykepleien nr. 17/2003

Formål og metode:

Halvparten som var med i studien fikk PCA smertelindring og and andre halvparten fikk NCA. Formålet var å finne ut hvilke av de to metodene pasientene opplevde som gav best helhetsinntrykk av smertelindringen. Pasientene ble intervjuet 1. og 3. postoperative dag.

Funn:

Uavhengig av hvilken medikamentell smertelindring pasienten fikk postoperativt viste det seg at pasientene følte seg tilstrekkelig smertelindret. 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.

Sykepleiere bruker ikke smerteskala

Av Oddveig Reiersdal, Elin S. Helland og Hilde Pettersen Breland (2007). Publisert i sykepleien nr. 7/2007

Formål og metode:

En kvantitativ undersøkelse blant intensiv sykepleieres kompetanse i forhold til multimodal postoperativ smertebehandling.

Funn:

Sykepleierne sjekker effekten av smertelindingen de gir ved å spørre pasienten. VAS Skala ble lite brukt. Undersøkelsen viste at registrering av epiduralens effekt og bivirkninger ikke var i samsvar med anerkjente retningslinjer. Sykepleierne brukte i liten grad internett ved å holde seg faglig oppdatert innen ny kunnskap om postoperativ smertelindring. Flertallet hentet ny kunnskap fra leger og sykepleiere på avdelingen.

Postoperativ smertebehandling

Av Alfhild Dihle. Publisert 2007. Hentet fra:

http://www.alnsf.no/images/Inspira/Inspira_2009-1.pdf

Formål og metode:

Å evaluere kvaliteten av den postoperative smertebehandlingen. Videre var det to hovedmål: Det første var å få kunnskap om hvordan pasienter opplever postoperativ smertebehandling etter store ortopediske inngrep. Det andre var å få kunnskap om hvordan sykepleiere bidrar til postoperativ smertebehandling ved kirurgiske avdelinger.

Studien ble gjennomført ved 2 sykehus og 3 kirurgiske poster. Pasientstudien ble utført på et sykehus, mens sykepleiestudien ble gjennomført ved begge sykehus. I pasientstudien ble data samlet inn fra pasientene 1., 3., og 5. postoperative dag, samt type og mengde analgetika for disse dagene. 3 spørreskjema ble benyttet. Ett for bakgrunnsvariabler, ett for å måle smerteintensitet (0-10), og ett spørreskjema for å måle kvaliteten på den postoperative smertebehandlingen.

I sykepleiestudien ble hver enkelt sykepleier observert ved 5 vakter, samt intervju etter siste observasjon.

Funn:

Hovedfunnene er presentert i artikler.

Artikkel 1: Pasientens postoperative smerte etter store ortopediske operasjoner blir underbehandlet de først 5 dagene etter operasjon. Pasientene rapporterte høye verdier på smerteintensitet og fikk lave doser med smertestillende medisin.

Artikkel 2: Grensene for når smerteintensiteten er så høy at den fungerer negativt på ulike funksjoner lå på 3 (cotpoints), mild og moderat smerte. Smerteintensiteten lå i gjennomsnittet på 5 (cotpoints), mellom moderat og sterk smerte, hos pasientene. Gjennomsnittlig postoperativ smerte bør ligge på 3 eller mindre. Dersom pasienten har over 3 bør smerten behandles.

Artikkel 3:

Skjemaet som ble benyttet for å undersøke noen psykometriske egenskaper med spørreskjemaet ble ikke anbefalt benyttet som en kvalitetsindikator for postoperativ smerte.

Artikkel 4:

Det er et gap mellom hva sykepleierne sier de gjør og hvilke handlinger de faktisk utfører innenfor viktige områder av sykepleiernes rolle i smertelindringen.