



# HØGSKOLEN i **INNLANDET**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

Marthe Gimse og Kari Korsvold

Veileder: Liv Bekkeli

## Postoperativ smertelindring

## Postoperative pain relief

Bacheloroppgave i sykepleie

2017

Antall ord: 11538

BASY 2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

# **SAMMENDRAG**

## **TITTEL:**

Postoperativ smertelindring

Postoperative pain relief

## **PROBLEMSTILLING:**

«Hvordan kan sykepleiere ved ortopedisk avdeling bidra til god postoperativ smertelindring for elektive pasienter?»

## **FORMÅL:**

Formålet med oppgaven er å øke bevisstheten rundt hvor viktig den postoperative smertelindringen er, og hvilken kunnskap sykepleieren trenger for å møte denne typen problematikk.

## **VALG AV METODE:**

I oppgaven vår har vi anvendt en litteraturstudie som metode. Her anvendes pensumlitteratur, forskning og selvvalgt litteratur for å komme frem til en besvarelse av problemstillingen.

## **RESULTAT:**

For å kunne bedre den postoperative smertelindringen til ortopediske pasienter er det avgjørende for sykepleiere å øke den faglige kunnskapen rundt dette temaet. Det er også av stor betydning at arbeidet med smertelindring struktureres, det bør være klarere rutiner for både preoperativ informasjon og kartlegging av de postoperative smertene. For at pasienten skal kunne få den beste behandlingen postoperativt vil det også være av betydning å skape et godt tverrfaglig samarbeid.

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>SAMMENDRAG</b> .....	2
<b>INNHALDSFORTEGNELSE</b> .....	3
<b>1. INNLEDNING</b> .....	4
1.1 BEGRUNNELSE AV VALGT TEMA.....	4
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	4
1.3 BEGREPSAVKLARING .....	5
1.4 AVGRENSNING .....	5
<b>2. METODE</b> .....	6
2.1 KVANTITATIVE OG KVALITATIVE METODER .....	7
2.2 LITTERATURSØK OG KILDEKRITIKK .....	7
2.3 PRESENTASJON AV FORSKNING.....	9
<b>3. TEORI</b> .....	12
3.1 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI .....	12
<b>4. SMERTEFYSIOLOGI</b> .....	14
4.1 POSTOPERATIV SMERTE.....	16
<b>5. HVORDAN KAN SYKEPLEIERE VED ORTOPEDISK AVDELING BIDRA TIL GOD POSTOPERATIV SMERTELINDRING FOR ELEKTIVE PASIENTER?</b> .....	17
5.1 DATASAMLING .....	18
5.2 IDENTIFISERING AV BEHOV .....	23
5.3 SYKEPLEIETILTAK .....	24
5.4 EVALUERING .....	31
<b>6. KONKLUSJON</b> .....	33
<b>7. LITTERATURLISTE</b> .....	34
<b>8. VEDLEGG – SØKEHISTORIKK</b> .....	39

# 1. INNLEDNING

## 1.1 BEGRUNNELSE AV VALGT TEMA

I denne oppgaven har vi valgt å skrive om temaet postoperativ smertelindring. Dette på grunn av vår tidligere praksisperiode ved en ortopedisk avdeling, der smertelindringen spilte en stor rolle i en sykepleiers hverdag. I forbindelse med vår praksisperiode ble det søkt i forskning og faglitteratur. Funnene viste oss at den postoperative smertelindringen er mangelfull og ikke tilfredsstillende nok.

I følge en rapport fra nasjonalt register for leddproteser (2014) vises det til at antall kne- og hofteprotese operasjoner i året, har en stigning for hvert år (Nasjonalt register for leddproteser, 2014, s. 15 og 59). I følge nasjonalt register for leddproteser ble det i løpet av året 2015 gjennomført 8390 primæroperasjoner av hofteproteser og 6087 primæroperasjoner av kneproteser i Norge (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitets registre, 2017).

Selv om kunnskap om smerter og smertelindring har bedret seg de siste årene viser det seg at halvparten av pasientene ikke får den smertelindringen de behøver. Fortsatt angir en stor del av pasientene uakseptable smerter i den postoperative fasen. Sykepleieren har en viktig funksjon og ansvar i lindringen av pasientens smerter, til tross for sykepleierens kunnskaper om smerter og smertelindring, fungerer ikke smertelindringen alltid tilfredsstillende nok for pasientene (Berntzen, Danielsen & Almås, 2015, s.355).

Tidligere ble pasientene innlagt på sykehus i god tid før en operasjon, i dag møter de fleste opp dagen før eller på selve operasjonsdagen. Preoperative undersøkelser og informasjon må derfor koordineres, dette krever et godt samarbeid mellom helsepersonell. Det å gjennomgå et kirurgisk inngrep er en ny situasjon for de aller fleste. Noen tilpasser seg denne situasjonen lett, andre opplever den som en stor belastning (Berntzen et al. 2015, s.274).

## 1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Ut i fra temaet vårt, postoperativ smertelindring har vi utarbeidet denne problemstillingen for vår oppgave:

«Hvordan kan sykepleiere ved ortopedisk avdeling bidra til god postoperativ smertelindring for elektive pasienter?».

### 1.3 BEGREPSAVKLARING

I problemstillingen kan en finne noen sammensatte begreper. Disse begrepene har vi valgt å definere ved hjelp av en medisinsk ordbok (Jakobsen, 1996).

Ortopedisk avdeling: Avdeling for pasienter som har gjennomgått et kirurgisk inngrep eller har skade i skjelett eller muskler.

Postoperativ smertelindring: Smertelindring i etterkant av et kirurgisk inngrep.

Elektive pasienter: Pasienter som er planlagt til et inngrep eller en behandling

(Jakobsen, 1996).

### 1.4 AVGRENSNING

I oppgaven vil det være fokus på hvilken kunnskap sykepleiere trenger når det gjelder smerte, den preoperative informasjonen, observasjon, kartlegging, dokumentasjon og den medikamentelle behandlingen ved smerter. Alle disse tiltakene er avgjørende for smertelindringen av de postoperative pasientene (Wøien & Strand, 2008, s.271-285). Da temaet og problemstillingen for oppgaven er så stort, skal dette avgrenses. Da vi fra har praksiserfaring fra en ortopedisk avdeling er det disse pasientene oppgaven fokuserer på. De pasientene vi traff flest av i løpet av disse ukene var de elektive pasientene, som skulle få satt inn hofte eller kneprotese.

Pasientgruppen som oftest får operert inn hofte eller kneprotese er de eldre pasientene (Sjøveian & Leegaard, 2015). Med bakgrunn i dette er det eldre pasienter som blir prioritert i oppgaven. Eldre defineres ulikt i forskjellige kulturer, dette kan for eksempel være avhengig av den gjennomsnittlige levealderen i befolkningen. I Norge defineres eldre ifølge statistisk sentralbyrå (SSB) som personer over 66 år. I årene som kommer vil andelen av eldre kunne øke betraktelig i landet. Dette vil igjen kunne føre til en økning i kne og hofteoperasjoner (Torvik & Bjørø, 2008, s.105). I følge den tidligere nevnte rapporten fra nasjonalt register for leddproteser kunne vi se at antall kne- og hofteprotese operasjoner har en stigning for hvert år (NRL, 2014, s.15 og 59). Hos eldre pasienter vil det ha oppstått noen normale fysiologiske aldersendringer, disse endringene vil ha betydning for kartleggingen og behandlingen av smerten (Torvik & Bjørø, 2008, s.114).

Oppgaven fokuserer på elektive pasienter fremfor øyeblikkelig hjelp pasienter. Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp vil ha et annet preoperativt forløp enn de planlagte pasientene. Det er blant annet mindre tid til datasamling, det er mer uforutsigbarhet som fører til større utfordringer for sykepleierne (Holm & Kummeneje, 2009, s.43-44).

Kartlegging av smerte er en viktig oppgave for sykepleierne, dette gjør det enklere å kunne planlegge og gjennomføre en eventuell smertelindring. Kartleggingen gjør det også enklere for sykepleieren å kunne evaluere om behandlingen er god nok eller ikke (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). I denne oppgaven fokuseres det på smertekartleggingsverktøyet VAS, da det er denne vi fra tidligere har mest erfaring med. Alle sykepleiere som møter pasienten i perioden før en operasjon har et ansvar for å informere og forberede pasienten til det han skal gjennomgå (Berntzen et al. 2015, s.274). Derfor vil det også være fokus på betydningen av dette, og det vil bli tatt utgangspunkt i at informasjonen gis til eldre pasienter med en normal kognitiv funksjon.

Da den medikamentelle smertelindringen er av stor betydning for pasientene, og er den største og viktigste delen av smertelindringen ønsker vi å ta for oss dette i oppgaven. Det vil da nevnes ulike typer medikamenter, smertetrappen og smertelindring i form av epiduralkateter og blokader. Med tanke på oppgavens begrensninger går vi ikke inn på medikamentenes virkning og bivirkning.

## 2. METODE

Metoden forteller hvordan en går frem for å kunne samle informasjon og kunnskap som trengs for å finne svar på den aktuelle problemstillingen. Sosiologen Vilhelm Aubert beskriver metode slik: «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» (Dalland, 2012, s.111). Begrunnelsen for å velge en metode er at det er den vi mener kan gi oss godt fagstoff og belyser problemstillingen vår på en faglig og god måte (Dalland, 2012, s.111).

Vi har i denne oppgaven valgt å bruke en litteraturstudie som metode. En litteraturstudie går ut på å bruke andres teori og forskning som verktøy for å finne svar på vår problemstilling.

Ved hjelp av andres teori og forskning kan vi tilegne oss ny kunnskap. Metoden er verktøyet vårt i arbeidet med noe vi vil undersøke og finne en løsning på. Denne metoden hjelper oss å samle inn data vi trenger, altså informasjonen som behøves i jobben med denne oppgaven (Dalland, 2012, s.112).

Denne litteraturstudien baserer seg på pensumlitteratur, forskning og litteratur vi velger selv. «Litteraturstudie er en systematisering av kunnskap, det vil si å søke den, samle den, vurdere den og sammenfatte den» (Støren, 2010, s.39). Vi kommer også med eksempler fra egen praksis for å begrunne og underbygge de funnene vi har gjort fra bøker og artikler.

## 2.1 KVANTITATIVE OG KVALITATIVE METODER

Fordelen med å anvende en kvantitativ metode er at den kan gi data i form av målbare enheter. Disse tallene gir oss mulighet til for eksempel å finne gjennomsnittlig inntekt i en befolkning, eller hvor stor del av denne befolkningen som har gjennomgått et inngrep. De kvalitative metodene har som hensikt å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles. Forskjellen på disse to metodene er først og fremst knyttet til hvordan en samler inn data. Disse to metodene vil begge bidra på hver sin måte å få en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper eller institusjoner fungerer (Dalland, 2012, s.112).

## 2.2 LITTERATURSØK OG KILDEKRITIKK

Kildekritikk er en metode som kan anvendes for å fastslå om en kilde er sann eller ikke. Metoden kan hjelpe oss å skille opplysninger fra spekulasjoner og gi oss svar på om kildene er relevante for oppgaven. Kildekritikk metoden inneholder to sider. Den ene siden omhandler hjelp til å finne frem til litteraturen som best kan belyse oppgavens problemstilling. Dette er delen som kalles litteratursøk. Den andre omhandler det å kunne gjøre rede for den anvendte litteraturen som er blitt brukt (Dalland, 2012, s.67-68). Kildekritikk skal kunne vise at vi er i stand til å forholde oss kritiske til kildematerialet som blir anvendt, og hvilke kriterier vi har forholdt oss til i utvelgelsen av disse. Kritikken skal ses i forhold til hva kildene vi har brukt skal belyse. En skal vurdere de teoriene og forskningsresultatene som er funnet og anvendt, og om de kan brukes til å beskrive vår problemstilling (Dalland, 2012, s.72-73).

I denne oppgaven har vi benyttet oss av pensumlitteratur, selvvalgt faglitteratur og forskningsartikler. Den selvvalgte litteraturen fant vi gjennom høgskolens søkemotor, Oria. Ved hjelp av denne søkemotoren kunne vi enkelt lete opp den litteraturen vi søkte etter, på høgskolens bibliotek. For å finne forskningsartiklene vi valgte å benytte oss av brukte vi søkemotorene Swemed og Cinahl.

Fagbøkene anvendt i oppgaven er fra 1994-2015. Tre av bøkene er fra 90-tallet, men er blitt brukt da de ses som relevante for oppgaven og ikke finnes i nyere utgaver. De andre bøkene er fra nyere tid, og blir sett på som god og oppdatert fagkunnskap som kan hjelpe i arbeidet med å finne metoder for å kunne håndtere oppgavens problemstilling. Bakgrunnen for valgene av pensum og selvvalgt litteratur er at de omhandler temaene postoperativ sykepleie, smerte og smertelindring.

Ved søk etter forskningsartikler ble det bukt mesh-termer som er relevant for vår problemstilling. De mesh-terminene som er blitt brukt er blant annet *pain management*, *nurses* og *postoperative pain*. Ved bruk av disse søkeordene har vi fått treff på under 10 artikler på de forskjellige søkene og kombinasjonen av ord (se vedlegg). Det er også blitt gjort avgrensninger i forbindelse med dette søket, der det er blitt haket av for peer reviewed som vil si at det er fagfellevurdert og det er avgrenset etter årstall da det ikke var ønskelig med artikler som er eldre enn ti år.

For å finne artikkelen «Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi» (Sjøveian & Leegaard, 2015) brukte vi databasen svemed+. Søkeordene vi benyttet oss av var orthopedic nursing og pain management. Vi avgrenset søket til peer reviewed og fikk da ett treff.

Artikkelen «Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne» (Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle, 2016) fant vi gjennom svemed+. Dette ved hjelp av søkeordene pain management og nurses. Dette søket ble også avgrenset til peer reviewed tidsskrifter og ga oss ni treff.

«Healthcare professionals descriptions of care experiences and actions when assesing post operativ pain – a critical incident technique analysis» (Wikström, Eriksson, Fridlund, Årestedt & Broström, 2015) ble funnet gjennom søkemotoren svemed+. Søkeordene vi benyttet oss av var postoperative pain og healthcare professionals. Vi avgrenset søket til peer reviewed tidsskrifter og fikk dermed fire treff.



Artikkelen «Patient satisfaction with postoperative pain management – effect of preoperative factors» (Niemi-Murola et al. 2007) ble funnet gjennom søkemotoren Cinahl. Søkeordene vi brukte var orthopedic surgery, preoperative information og pain. Vi avgrenset søket til nyere enn 2007 og fikk deretter fem treff.

«Akselrerte pasientforløp: Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling» fant vi i svemed (Sjøveian & Leegaard, 2014). Vi benyttet oss av søkeordene pasientmedvirkning og postoperativ smertebehandling. Søket ble avgrenset til peer reviewed tidsskrifter og ga oss tre treff.

Artikkelen «Effect of relaxation exercises on controlling postoperative pain» (Topcu & Findik, 2010) ble funnet gjennom søkemotoren Cinahl. Vi brukte søkeordene postoperative pain og relaxation exercise. Vi avgrenset søket til nyere enn 2007 og fikk da sju treff. Vi valgte så ut denne artikkelen.

Litteraturen benyttet i oppgaven har vi vurdert ut ifra dens relevans for oppgaven, holdbarhet og dens troverdighet. Artikkene som er brukt er ikke eldre enn ti år, dette med bakgrunn av at forskning endrer seg over tid og vi ønsker da å være noe oppdatert i forhold til dette. Vi har hovedsakelig valgt kvalitativ forskning, dette fordi vi tenker at dette er den forskningen som gir oss best innsikt og forståelse for hva som bør endres. Den kvalitative forskningen kan gi oss mer begrensede studier, da de ofte er gjennomført blant mindre pasientgrupper eller sykepleiere.

Det har blitt anvendt en IMRAD-modell i søket etter forskning. Denne modellen kan hjelpe oss slik at en kan forsikre seg om at artikkelen en finner er forskning. IMRAD-strukturen er ofte brukt i oppbyggingen og struktureringen av en forskningsartikkel. Denne forkortningen står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Strukturen skal sørge for at det blir enklere å orientere seg og forstå artikkelen bedre (Dalland, 2012, s.79-80).

## 2.3 PRESENTASJON AV FORSKNING

Ved søk etter litteratur har vi funnet seks forskningsartikler, tre norske og tre engelskspråklige.

En norsk studie som er gjort av Sjøveian & Leegaard (2015) var hensikten å beskrive hvordan pasienter selv erfarte å medvirke ved postoperativ smertebehandling hos pasienter som har

gjennomgått hofte- og kneprotesekirurgi. Akselererte pasientforløp er iverksatt ved flere norske helseforetak og det forventes da at pasientene deltar aktivt i den postoperative mobiliseringen og rapporteringen av smerter. Dette er en kvalitativ studie bestående av ti intervjuer som ble foretatt på den tredje postoperative dagen, av pasienter som har gjennomgått hofte- og kneprotesekirurgi. Studien viste at flere av pasientene som deltok ikke var optimalt smertelindret ved mobilisering, men de fleste deltakerne gjennomførte allikevel det opptreningsprogrammet som var satt opp. De hadde forskjellige oppfatninger av handlingsmønstre innenfor smerterapportering og opplevde uklare rutiner ved bruk av smertekartleggingsverktøy (Sjøveian & Leegaard, 2015).

I en norsk studie som er utført av Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle (2016), var hensikten å finne ut hva slags kunnskaper og holdninger sykepleiere og sykepleierstudenter har til smerter og smertelindring. Tidligere forskning viser at dette er mangelfullt, noe som resulterte i at pasienter ikke ble tilstrekkelig smertelindret. Denne studien er en tverrsnittstudie, der data ble samlet inn ved hjelp av NKAS-N, et kartleggingsverktøy med flere spørsmål. Studien inkluderte 200 sykepleiere og sykepleierstudenter. Resultatet viste at 71,1% sykepleiere og 58,5% av sykepleierstudentene hadde gjennomsnittlig riktige svar. Så tverrsnittstudien viste at både sykepleierne og studentene hadde god kunnskap på noen områder. Det viste seg imidlertid at flere var engstelige for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. Det var også et gap mellom den teoretiske kunnskapen og praktisk handling. Studien belyser behovet for å styrke kompetansen om smertehåndtering (Granheim et al. 2016).

En engelskspråklig forskningsartikkel tar for seg postoperative smerter og vurderingen av disse. Målet med studien de gjennomførte var å beskrive erfaring og tiltak helsepersonell igangsatte ved vurdering av de postoperative smertene. Bakgrunnen for dette var at postoperative smerter er svært vanlige, og tiden pasientene ligger inne på sykehus er blitt kortere. Dette gjør god smertelindring postoperativt spesielt viktig. Totalt 24 sykepleiere fra ortopediske avdelinger på fire forskjellige sykehus i Sverige deltok. Disse sykepleierne ble en og en intervjuet. Sykepleierne som ble valgt ut til å delta i denne studien hadde ulike erfaringer, antall år i yrket og begge kjønn ble inkludert. Studien viste blant annet at kommunikasjon og arbeidsmiljø hadde en innvirkning på smertevurderingen (Wikström et al. 2015).

I en annen studie har de hatt som hensikt å kartlegge ulike faktorer som kan påvirke pasientenes tilfredshet med håndtering av smerter, da pasienter ofte har mangelfull effekt av

postoperativ behandling. Sykepleierne kartla smertene til pasientene ved bruk av VAS (visuell analog skala). Fire avdelinger ved et sykehus i Helsinki ble valgt til å delta i studien, tre av disse avdelingene var ortopediske. Pasientene fikk utdelt spørsmålsskjema som skulle besvares anonymt. Disse ble utdelt tredje postoperative dag. Skjemaene ble forsegle i en konvolutt for å garantere anonymitet. Pasienter med demens eller annen type kognitiv svikt ble ekskludert fra studien. En til to uker etter pasientene hadde besvart spørsmål angående sin opplevelse av smertelindringen postoperativt, mottok sykepleierne spørsmål som omhandlet deres egne holdninger til smerter og smertelindring. Studien viser at en andel pasienter har sterke smerter den første postoperative dagen. Dårlig behandling av smerter kan noen ganger skyldes pasienter som ikke rapporterer om smertene sine. Det er også mangelfull vurderinger av sykepleierne, dårlig kommunikasjon og sykepleierne undervurderte til tider smertene til pasientene. Til tross for sterke smerter postoperativt er flertallet av pasientene fornøyd med behandlingen de får (Niemi-Murola et al. 2007).

I en engelskspråklig studie som er gjennomført av Topcu & Findik (2010) var hensikten å finne ut om avslapningsøvelser har en innvirkning på postoperativ smertelindring. De ikke – medikamentelle metodene som ble brukt som avslapningsøvelser var blant annet transkutan nervestimulering, bruk av varme og kalde kompresser, massasje og andre ulike øvelser. De målte smertene til pasientene både før og etter avslapningsøvelsene for å finne ut om det hadde noe effekt i forhold til de smertene som pasientene opplevde. Dette resulterte i at avslapningsøvelser hadde en innvirkning og var med på å redusere postoperativ smerte og angst. I tillegg er dette med på å forebygge komplikasjoner. Bruk av avslapningsøvelser i den postoperative fasen vil være med på å øke pasienttilfredsheten med pleien og gi effektiv smertekontroll. Både medikamentell og ikke-medikamentell behandling bør brukes sammen for å kunne få en mer effektiv smertelindring (Topcu & Findik, 2010).

Sjøveian og Leegaard (2014) har gjennomført en norsk studie med et kvalitativt design. Denne studien viser til akselererte pasientforløp hvor behandlingsmetoder slik som preoperativ informasjon, tverrfaglig samarbeid, pasientdeltakelse og effektiv smertevurdering blir inkludert. Dette vil kunne bidra til at pasientene raskere skal kunne gjenvinne sine normale funksjoner etter operasjon. Hensikten med studien var å finne ut hvordan sykepleierne samhandlet med pasientene om smertebehandlingen ved akselerert behandlingsforløp. Studien viser at pasientene som har gjennomgått en hofte- eller kneprotese operasjon blir mobilisert tidlig i sitt postoperative forløp, men mange av disse rapporterer sterke smerter ved mobiliseringen. Det er en usikkerhet om hvor gode kunnskaper pasientene

har ved bruk av en numerisk smerteskala som et kartleggingsverktøy. For at det skal bli mulig med optimal smertebehandling, bør det bli lagt vekt på endring av kunnskaper og holdninger knyttet til smertebehandling, både hos helsepersonell og pasientene.

### 3. TEORI

Teori begrepet kommer fra det greske ordet *theoria*, som betyr betraktning. All teori innebærer å trekke frem de aspektene som er viktige i den aktuelle sammenhengen, og beskrive disse ved hjelp av begreper. Hensikten med teori vil være å beskrive et fenomen og sammenhengen mellom forskjellige fenomener (Kristoffersen, 2012, s.169). I dette kapittelet vil relevant teori for oppgaven presenteres, dette vil skape en større forståelse for komponentene i problemstillingen. Her beskrives Joyce Travelbees sykepleierteori, smertefysiologi og postoperativ smerte.

#### 3.1 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI

I denne oppgaven vil det bygges på Joyce Travelbees sykepleierteori. Denne sykepleieteoretikeren beskriver betydningen av et menneske til menneske forhold og tillitt for en god sykepleieutøvelse. Denne sykepleieteoretikeren ble valgt grunnet at hennes teorier står sentralt i sykepleieutøvelsen og vil være relevant også for vår oppgave (Travelbee, 2014, s.5).

Travelbee definerer sykepleie slik: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (2014, s.29).

Sykepleie kan ses på som en prosess som oppstår ved en erfaring, hendelse eller en serie av hendelser som oppstår mellom en sykepleier og individer som har behov som sykepleieren kan hjelpe å dekke (Travelbee, 2014, s.30).

Joyce Travelbee (1926-1973) er en sykepleieteoretiker som er sentral både for sykepleierstudenter og sykepleiere. Hennes teori omhandler blant annet å se pasienten som et enkeltmenneske med behov for omsorg og assistanse. Travelbee mente at forholdet mellom pasient og sykepleier skulle være et menneske til menneske forhold. Dette ville fungere som

et virkemiddel som vil gjøre det mulig for sykepleieren å hjelpe et individ å mestre sin sykdom eller lidelse. Det vil ta tid å kunne opparbeide et slikt forhold. Sykepleieren må bevisst gå inn for å lære den syke å kjenne, og å finne hans behov for å så kunne ivareta disse (Travelbee, 2014, s.171).

Travelbee (2014) definerer menneske-til-menneske-forholdet slik:

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt. Menneske-til-menneske-forholdet blir målrettet bygd opp og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren. (s.171)

Utviklingen av et menneske til menneske forhold innebærer å gå gjennom flere faser. Først når disse fasene er gjennomført av sykepleieren og hennes pasient vil forholdet oppstå. Disse fasene er; det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati, gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2014, s.186-211).

Det innledende møtet kan beskrives ved at pasienten og sykepleieren vurderer, observerer og tolker både hverandres holdninger, kommunikasjon, væremåte og hvordan de handler. I denne fasen vil sykepleierens rolle være å se mennesket bak sykdommen, ikke sykdommen i individet (Travelbee, 2014, s.186-187).

Fasen fremvekst av identiteter kjennetegnes ved at sykepleieren og pasienten ser hverandre som enkeltindivider, de setter pris på hverandre som unike personer og etablerer et kontaktforhold. I denne fasen vil sykepleier starte å oppfatte pasientens tanker, følelser og opplevelser. På denne måten vil det kunne oppstå en sterk tilknytning mellom dem. I empatifasen vil sykepleieren forsøke å sette seg inn i pasientens situasjon. Dette ved å ta del i og forstå hans psykiske tilstand i den nåværende situasjonen. Hun vil også forsøke å vise forståelse, dette kan komme frem i forskjellige øyeblikk og situasjoner som oppstår. I en sykepleiesammenheng vil det være en viktig del å vise en empatisk forståelse for å kunne forstå enkeltindividet. Travelbee mener at empati kan utvikles når som helst dersom sykepleieren bevisst arbeider med dette (Travelbee, 2014, s.188-189).

Etter denne fasen kommer sympati, hvor sykepleieren bruker seg selv terapeutisk i tillegg til å fungere problemløsende eller ved å sette i gang hjelpende tiltak. Travelbee sier at sympati kan ses på som en erfaring, der sykepleieren forstår pasientens lidelse og ønsker å lindre årsaken til dette. Den siste fasen i etableringen av et menneske til menneske forhold er forståelse og kontakt. I denne fasen mener Travelbee at sykepleieren bør inneha ferdigheter og kunnskap, det vil si sykepleietiltak som kan hjelpe pasienten med de helhetlige behovene han har. Det

som kan sies å være kjernen i dette menneske til menneske forholdet er å ha evne til å gi omsorg til andre. En skal kunne anvende denne omsorgen til å handle riktig i bestemte situasjoner. Ved å danne et slikt forhold vil en som sykepleier kunne skape trygghet både hos seg selv og pasienten (Travelbee, 2014, s.200-218).

Ved et menneske til menneske forhold skal en oppfatte pasienten som et unikt menneskelig individ. Dette forholdet vil være gjensidig idet sykepleieren og pasienten er sammen om det som skjer i prosessen mot et slikt forhold. Forholdet kjennetegnes ved at den enkeltes sykepleiebehov blir ivaretatt. Et slikt behov beskriver Travelbee som ethvert behov som kan oppfylles av sykepleieren. Blir et slikt behov oppfylt, vil det hjelpe pasienten til å forebygge eller mestre sin sykdom eller lidelse (Travelbee, 2014, s.178-179).

Sykepleiebehovene vil kunne endres eller økes over tid. Hver pasient er unik og det samme vil dens behov være. Sykepleierens oppgave er å kartlegge om disse behovene blir ivaretatt og på hvilken måte. Dette kan gjøres ved observasjon av og kommunikasjon med pasienten. Mangler sykepleieren relevant og viktig kunnskap, vil hun ikke kunne avdekke eller ivareta sykepleiebehovene på riktig måte (Travelbee, 2014, s.183-184).

Joyce Travelbee sier også noe om hvordan å hjelpe den som har smerte. Dette er en vanskelig å kompleks oppgave. Det vil være vanskelig for den som lider å kommunisere sin opplevelse av smerte til sykepleieren, slik at hun får en innsikt i hva han opplever (Travelbee, 2014, s.254). Smertereaksjoner er individuelle og påvirkes av flere faktorer. Kulturbakgrunn, frykt og angst er noen eksempler Travelbee viser til av påvirkende faktorer (Travelbee, 2014, s.113). Travelbee sier noe om smertens problem: «Smerte er et problem for den som utsettes for denne erfaringen, for legen som forsøker å lindre smerten, og for sykepleieren som arbeider med syke og lidende mennesker» (Travelbee, 2014, s. 112).

## 4. SMERTEFYSIOLOGI

Smerte er et uttrykk som blir brukt både ved å beskrive vanskelige følelser og den sanseopplevelsen som oppstår etter skade på kroppen. Begge disse smertebegrepene er viktig for å kunne forstå pasienter som opplever smerte (Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 22). For at kroppen skal kunne beskyttes mot skader, må en ha evnen til å kjenne vevsskadelig stimuli. Akutt smerte varsler om vevsskader. Smerte som varer over lengre tid etter en skade eller

smertes ved bevegelse, har en funksjon der det skadede området må holdes i ro og skaden har da mulighet til å heles (Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 27).

For å kunne forstå smertefysiologi er det viktig å ha kunnskaper om nocisepsjon. Nocisepsjon er et nevrofysiologisk begrep. Nociseptiv stimuli er en type vevsskadelig stimuli, og dette fører til aktivisering av nerveceller som kalles nociseptorer. Ved nocisepsjon er det en aktivitet i nociseptive nervebaner (Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 26). Ved nocisepsjon går det signaler fra det skadede vevet, gjennom perifere nerver som går via ryggmargen og opp til hjernen som da registrerer smerten (Stubhaug & Ljoså, 2008, s.27). Nociseptorene skiller transmittere ut i vevet, dette fører da til at inflammasjonen øker i det området vevet er skadet. Dette på grunn av at blodkar dilaterer, utvider seg. Blodkarene blir mer gjennomtrengelig. De hvite blodcellene frigjør stoffer som histamin og serotonin. Alt dette er med å bidrar til at det forekommer hevelse og inflammasjon der vevet er skadet. I ryggmargens bakhorn kan vi finne en koblingsstasjon for de smerteimpulsene som oppstår. Her skjer det en signaloverføring fra den perifere nociseptoren og videre til neste nervefiber i kjeden, som deretter sender signalet gjennom hjernestammen og talamus, videre til hjernen (Stubhaug & Ljoså, 2008, s.28). Når nevronene sender signaler til talamus, aktiverer de samtidig kroppens egne smertehemmende mekanismer i ryggmargen og i hjernestammen. Etter signalet passerer talamus går det videre til andre steder i hjernen, det er der smertene og styrken på disse blir oppfattet (Stubhaug & Ljoså, 2008, s.29).

Signaloverføringen av smerteimpulser som oppstår i ryggmargen kan hemmes av nedadgående baner som har utspring fra hjerne, hypothalamus og hjernestamme. Disse banene kan aktiviseres av smerteimpulser og signaler som kommer fra hjernen. Dette kan forklare at en kan redusere den opplevde smerten ved hjelp av blant annet placebo, hypnose eller andre typer psykologiske teknikker. I disse smertehemmende banene brukes det flere forskjellige signalmolekyler, blant annet noradrenalin og serotonin. Disse signalmolekylene fungerer som kroppens egne morfinlignende stoffer, altså endogene opioider. Dette forklarer at de smertehemmende mekanismene kroppen innehar kan aktiviseres ved hjelp av medikamenter slik som opioider eller trisykliske antidepressiva (Stubhaug & Ljoså, 2008, s.31).

Smerter kan deles inn på en rekke forskjellige måter. Noen av disse er å dele de inn etter akutt og kronisk, anatomisk lokalisasjon, årsak eller smertens intensitet. Smerte kan også klassifiseres med utgangspunkt i om den oppstår i somatisk eller visceralt kroppsvev. Den somatiske smerten kan oppstå i hud, muskler, ledd, skjelett, bindevev eller ved legg og fotsår med mer. Denne typen av smerte er enklere å lokalisere, den kan beskrives som skarp eller

verkende. Den viscerele smerten er en type smerte som er mer diffus og vanskeligere å lokalisere. Den kan oppstå i indre organer slik som tarmen og spiserør (Stubhaug & Ljoså, 2008, s.34).

#### 4.1 POSTOPERATIV SMERTE

Skal vi ha en forståelse for pasientens opplevelse må vi ha kunnskap om hva postoperativ smerte er. Hilde Wøien & Anne Cecilie Strand (2008) skriver at:

Postoperativ smerte kan inndeles i grunnsmerte og gjennombruddssmerte. Grunnsmerten er den konstante smerten som er resultatet av vevs- og nerveskade som oppstår etter all type kirurgi. Gjennombruddssmerte er smertetopper som oppstår som følge av bevegelse, hoste og lignende, der pasienten trenger ekstra smertelindring utover basisbehandlingen. En viktig egenskap med postoperative smerter er at de er forventet, og at de kan forebygges. (s.272)

De elektive pasientene som får utført store og små kirurgiske inngrep, vil ha behov for en individuell smertebehandling postoperativt (Wøien & Strand, 2008, s.271). Det er viktig for sykepleiere å huske at opplevelsen av smerte varierer fra pasient til pasient. Det kan være store forskjeller mellom pasienter med tanke på smerteterskel og smertetoleranse (Stubhaug & Ljoså, 2008, s.32). Vår individuelle reaksjon på smerte kan også være relatert til arvelige og sosiale faktorer. Hvordan vi gir uttrykk for smerte kan være knyttet til tidligere respons på vår smerteatferd. God smertelindring postoperativt kan sørge for at pasienten ved et senere inngrep vil ha mindre smerter og motsatt ved lite tilfredsstillende smertelindring. Dette kan komme av at pasienten da har opplevd at postoperative smerteproblemer kan behandles effektivt (Tønnesen, 1996, s.41).

En norsk studie viste at få av sykepleierne og studentene som deltok, tok hensyn til pasientens vurdering av egen smerte. Sykepleierne vurderte smerten hos pasienten forskjellig i forhold til pasientens egne vurdering. Pasientene vurderte smerten høyere enn hva sykepleieren gjorde. Dette viste at både en holdningsendring og kunnskapsøkning var nødvendig (Granheim et al. 2016).

Smerter er kroppens måte å signalisere sykdom, fare og bevisstgjøre en vevsskade. Smertene er nødvendige som beskyttelse for oss mennesker, for at vi skal kunne ta vare på vårt eget liv. Postoperative smerter kan likevel ha flere negative effekter, og for de fleste pasienter kan ulindret smerte forverre det postoperative forløpet (Tønnesen, 1996, s.12).



Ved økende alder vil nervesystemets evne til å normalisere seg svekkes. Dette fører til at eventuelle akutte smerter kan gå over til kroniske smerter. Postoperative smerter kan også vedvare lengre hos den eldre pasienten grunnet senere tilheling av sår og brudd. Ved høyere alder vil også lever- og nyrefunksjonen svekkes, dette fører til en forsinket nedbrytning og utskillelse av medikamenter. Derfor vil det ved noen medikamenter ta lengre tid før det virker, blant annet morfin. Spyttsekresjonen vil også minke ved økende alder, dette vil føre til forsinket absorpsjon av medikamenter som skal absorberes gjennom slimhinnen i munnen til pasienten (Torvik & Bjøro, 2008, s.115). Ved økt alder vil en også kunne få en økning i kroppsfett, minkende muskelmasse og en reduksjon av plasmaproteiner. Reduksjonen av plasmaproteiner fører til forhøyet konsentrasjon av fritt legemiddel i blodet, dette kan føre til overdosering av legemidler (Torvik & Bjøro, 2008, s.115).

## 5. HVORDAN KAN SYKEPLEIERE VED ORTOPEDISK AVDELING BIDRA TIL GOD POSTOPERATIV SMERTELINDRING FOR ELEKTIVE PASIENTER?

Hensikten med dette kapittelet er å drøfte problemstillingen i oppgaven. Ved å trekke frem sentrale temaer, belyse disse ut i fra valgt teori og forskning, sykepleieteori og egne erfaringer. I løpet av dette kapittelet ønsker vi å drøfte oss frem til hvordan problemstillingen kan håndteres på best mulig måte. Strukturen for dette kapittelet baseres på sykepleieprosessen, dette for å skape en bedre oversikt. Denne prosessen deles inn i forskjellige faser, hvor oppgaven bygges på datasamling, identifisering av behov, sykepleietiltak og evaluering (Skaug, 2016, s.340). Sykepleieprosessen kan ses på som en problemløsendeprosess, Peplau beskrev sykepleieprosessen som alt det som skjer mellom en pasient og hans sykepleier (Skaug, 2016, s.341). Den problemløsende metode kan i en sykepleiesammenheng ses på som ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov. Sykepleieren skal ved hjelp av sine grunnleggende verdier jobbe mot en problemløsning sammen med og ikke for pasienten. Skal en i denne prosessen oppnå en individuell sykepleie forutsetter dette at det føres en åpen og konkret dialog mellom pasient og sykepleier. Dette vil også forutsette at sykepleieren har som mål å ivareta pasientens autonomi (Skaug, 2016, s.342). Utgangspunktet for sykepleien vil være pasienten og den situasjonen han står i. Kunnskap om pasienten og hans situasjon vil sykepleieren oppnå gjennom fasen i sykepleieprosessen som kalles datasamling. I denne fasen innhenter sykepleier informasjon

om pasienten for å kunne kartlegge hvilke behov for sykepleie han har (Skaug, 2016, s.343). Datasamlingen vil utgjøre fundamentet i den problemløsende metoden, altså sykepleieprosessen (Skaug, 2016, s.346). Den neste fasen i sykepleieprosessen er identifisering av pasientens behov for sykepleie. Her vil dataene sykepleieren har innhentet vurderes og konklusjoner trekkes (Skaug, 2016, s.360). Når en ved hjelp av datasamlingen har kommet frem til en konklusjon hva angår pasientens behov vil en kunne identifisere en sykepleiediagnose. Dette er et begrep som kan ses som et synonym for et sykepleieproblem. Dette er et problem pasienten har, som vil ligge innenfor funksjonsområdet til sykepleieren. Dette problemet vil også være sykepleierens oppgave å jobbe for å løse (Skaug, 2016, s.362). Sykepleiediagnosen vil være grunnlaget for hvilke handlinger sykepleieren velger å iverksette (Skaug, 2016, s.370). Sykepleiehandlinger, tiltakene sykepleieren iverksetter vil ta utgangspunkt i dataene som er innhentet (Skaug, 2016, s.370). Disse tiltakene skal være målrettet, gjennomtenkte og være basert på både kunnskaper og tidligere erfaring. Tiltakene iverksettes for å styrke pasientens ressurser og pasientens totalsituasjon må tas i betraktning (Skaug, 2016, s.370). Det som kan ses på som den siste fasen i sykepleieprosessen er evalueringen, dette gjøres med tanke på kartlegging og bedømming av effekten ulike handlinger har hatt. Evalueringen vil ikke bare rette seg mot et resultat men også totalsituasjonen (Skaug, 2016, s.371).

## 5.1 DATASAMLING

Joyce Travelbee (2014) sier noe om at hvis sykepleieren mangler den kunnskapen en trenger, vil en ikke kunne avdekke eller ivareta pasientens behov for sykepleie. Innsikt og ferdigheter kan ikke bli erstattet av gode hensikter og vennlighet (Joyce Travelbee, 2014, s. 184). I forskningen til Granheim et al. (2015) vises det til at sykepleierne har gode kunnskaper om smertelindring på enkelte områder, men det var et gap mellom de praktiske handlingen som ble utført og den teoretiske kunnskapen. Videre viser de til at det er behov for å øke kompetanse og kunnskaper om smertelindringer blant sykepleiere og sykepleiestudenter (Granheim et al. 2015). Joyce Travelbee (2014) mener at det er påkrevd med en intellektuell tilnæringsmåte for at sykepleierne skal kunne skape et forhold til den syke pasienten, identifisere problemet og finne en løsning (Joyce Travelbee, 2014, s. 184).

Gjennom arbeidet med denne litteraturstudien har forskningen vist at den postoperative smertelindringen ikke er optimal. De som blant annet sier noe om dette er Sjøveian

&Leegaard (2015) og Niemi-Murola et al. (2007). I forskningen til Sjøveian & Leegaard (2015) viser de til at pasienten i denne undersøkelsen ikke var optimalt smertelindret. En av årsakene til dette var at rutiner for smertekartlegging måtte forbedres og at pasientene ikke var flinke nok til å rapportere smertene de opplevde (Sjøveian & Leegaard, 2015). I Studien til Niemi-Murola et al (2007) viser de også til at pasientene ikke rapporterte smertene sine, og dette har en medvirkning i forhold til at smertelindringen ikke blir optimal. De viser til at sykepleierne i studien undervurderte smertene som pasienten opplevde. Det var mangelfulle vurderinger av sykepleierne, som kan ha noe med at sykepleierne har for lite kunnskap i forhold til smerte og smertebehandling (Niemi-Murola et al., 2007). Ifølge denne artikkelen trenger sykepleierne mer kunnskap i forhold til smerte og smertebehandling, for å bedre smertelindringen postoperativt. Det er også viktig at pasientene får informasjon om postoperativ smertebehandling i den pre-operative fasen (Niemi-Murola et al. 2007).

Pleie og omsorgsyirket er et yrke med lang tradisjon. Så lenge mennesker har et behov for å motta pleie og hjelp fra andre, trengs det kompetente helsepersonell som kan yte nettopp en slik hjelp. Kunnskapene og ferdighetene sykepleieren innehar er først og fremst blitt utviklet i praksis, hvor yrket utfolder seg (Knutstad, 2010, s.399). Fagkunnskaper og handlingskompetansen blir utviklet ved å erfare og stå i ulike situasjoner, ofte sammensatte og komplekse og gjerne sammen med andre erfarne sykepleiere. I slike situasjoner må en drøfte og tenke seg frem til hva denne aktuelle situasjonen krever av faglig sykepleie. Der er ved å opparbeide seg slike erfaringer en kan oppnå en dypere innsikt og ekspertise (Knutstad, 2010, s.400).

Sykepleieprosessen er ofte preget av egne og andres erfaringer og utsagnet "Vi har alltid gjort det sånn" er ofte hørt. Den kunnskapsbaserte praksisen kombinerer klinisk erfaringskunnskap, oppdatert fag- og forskningskunnskap. Den forskningsbaserte kunnskapen vil være basisen for all utøvelse av helsehjelp. Den klinisk erfaringskunnskapen vil derimot være en viktig tilleggsdimensjon for sykepleieren. I tillegg til dette vil pasientens og pårørendes delaktighet være nyttig for å oppnå gode resultater. Kunnskapsbasert praksis kombinert med en tverrfaglig og velfungerende samhandling vil være viktig i denne prosessen (Mikkelsen & Hage, 2010, s.270-271). Det er i dag en utfordring i helsetjenesten å sørge for at praksisfeltet og dens sykepleiere holder seg oppdatert på ny kunnskap og bruker den i yrkesutøvelsen (Mikkelsen & Hage, 2010, s.271).

Skal sykepleieren kunne gi den beste postoperative smertelindringen bør pasientens smerter vurderes og beskrives kontinuerlig (Holm & Kummeneje, 2009, s.72). For å kunne kartlegge

pasientens smerter er det hensiktsmessig å kjenne til hvilken behandling som er gitt, effekten av medikamenter og eventuelle tidligere igangsatte smertetiltak (Wøien & Strand, 2008, s.275). Det er viktig å observere pasienten jevnlig og stille relevante og enkle spørsmål som kan gi oss en forståelse av pasientens opplevelse. Kartleggingen av den postoperative smerten skal dokumenteres på en tydelig og forståelig måte, dette for at andre sykepleiere og leger skal forstå hvilke tiltak som er igangsatt og hvilken effekt dette har hatt (Wøien & Strand, 2008, s.275).

Det vanligste kartleggingsverktøyet, som også vi er kjent med fra praksis er visuell analog skala (VAS). Det vil være en fordel og forklare pasienten hvordan denne fungerer preoperativt, så den kan tas i bruk umiddelbart etter det kirurgiske inngrepet (Wøien & Strand, 2008, s.276). Visuell analog skala er en ikke-gradert skala, her kan pasienten vurdere sin egen smerte fra «ingen smerte» til «verst tenkelige smerte». Skalaen viser tall fra null til ti. Ved hjelp av denne skalaen kan pasienten vise sykepleier hvilken smerte han har i forhold til skalaens inndeling (Holm & Kummeneje, 2009, s.73). VAS skalaen har vist seg å være veldig følsom for forandringer, noe som er en fordel for å enklere plukke opp pasientens smerteintensitet. En annen fordel med denne typen smertekartleggingsverktøy er at den ikke er avhengig av språk eller kultur. Den er også blitt testet på flere forskjellige pasientgrupper med ulike typer smerter, det viste seg da at dette verktøyet kan brukes til å måle både akutt og kronisk smerte (Torvik et al. 2008, s.55). Det er heller ikke funnet noen sammenheng mellom eldre pasienter og vanskelighet med å bruke VAS for å måle smerteintensitet (Torvik et al. 2008, s.56).

En norsk studie med fokus på utfordringer som kan oppstå ved akselererte pasientforløp og rapportering av smerte, viste at deltakerne opplevde ulike tilnærminger i egen rapportering av smerte (Sjøveian & Leegaard, 2015). Deltakerne formidlet også uklare rutiner i bruk av smertekartleggingsverktøy. Deltakerne i studien fortalte også at den preoperative informasjonen var nyttig. Her ble det blant annet presisert viktigheten av å rapportere smerte, før denne ble for sterk. Deltakerne ble da gitt ansvar for å rapportere smerter. Det som kom frem i studien var at smertekartleggingsverktøyet ikke ble anvendt regelmessig av sykepleierne. I tillegg til dette var noen av deltakerne usikker på hvordan dette skulle brukes og valgte derfor å beskrive smerten på en annen måte (Sjøveian & Leegaard, 2015).

Siden en så stor andel av pasienter opplever smerter, kan det også tyde på at pasientene finner det vanskelig å kommunisere sin smerte. Sykepleieren kan også ha vanskeligheter med å forstå eller oppfatte pasientens kommunikasjon av smerte, og behovene disse gir. Det kan

være utfordrende for sykepleieren både å delta og forstå pasientens erfaringer, formidle kunnskap, respekt og anerkjennelse. Kommunisere på en slik måte at den enkelte pasient føler seg hjulpet kan også være utfordrende. Den hjelpende kommunikasjonen forutsetter innlevelse, altså empati fra sykepleieren (Eide, 2008, s.354-355). En bør beherske nonverbal, verbal og bekræftende kommunikasjon. Anerkjennende kommunikasjon er viktig for å oppleve seg selv som et helt individ. Når selvopplevelsen blir påvirket, slik som ved smerter, er det av stor betydning og føle seg anerkjent. Når en pasient opplever smerter vil en som sykepleier ha flere oppgaver. Blant annet å informere, identifisere og kartlegge smerten. Med bakgrunn i dette kan vi se at sykepleierens evne til empati og kommunikasjon er avgjørende. Å støtte og bestyrke pasienten som har smerte er avgjørende for samhandlingen og for å kunne fungere som en hjelper (Eide, 2008, s.356-363).

De observasjonene og vurderingene sykepleierne gjør er en viktig oppgave, da dette er avgjørende for at pasientene skal kunne få en tilfredsstillende smertelindring (Berntzen et al. 2015, s. 362). Smerteopplevelsen er individuell, så smerteintensiteten og opplevelsen av smerter varierer fra pasient til pasient. Det er derfor viktig å høre på hva pasienten forteller om hvordan en opplever smertene sine. Ved å gjøre gode observasjoner og dokumentasjon angående pasientens smerter, kan dette brukes til å synliggjøre om smertene er bevegelsesutløst, om det er forskjellige tidspunkter i døgnet der det er sterkere smerter eller om pasienten har effekt av smertebehandlingen (Werner & Arendt-Nielsen, 2013, s. 47-49).

Sykepleieprosessen er en arbeidsmetode som er godt beskrevet og brukt i sykepleie. Her er det lagt en føring for dokumentasjon av helsehjelp. Dette er for å bidra til at planlegging og gjennomføring av helsehjelp blir strukturert og systematisert. Dokumentasjonsstrukturen er godt utarbeidet for sykepleie, der kravet om dokumentasjon av observasjoner, vurderinger, problemer, handlinger og resultater skal være oppfylt. Sykepleiere skal altså vurdere pasientens behov for helsehjelp og hva som er fokuset for sykepleie. Det trengs da sykepleiefaglig kompetanse for å kunne imøtekomme det som er behovet for sykepleie (Moen, Hellesø & Berge, 2008, s.112).

Dokumentasjon er et verktøy som gjør det mulig å bedømme virkningen og kvaliteten av den sykepleien som er utøvd. Det blir lettere å skape seg en oversikt over pasientsituasjonen og sykepleietiltakene som er utført. Dokumentasjonen fremmer også en individuell sykepleie, og skal være tilpasset hver enkelt pasient og hans behov (Heggdal, 2006, s.20).

Niemi-Murola et al. (2007) viser til i sin studie at grunnutdanningen til helsepersonell kan være utilstrekkelig i forbindelse med smerterelaterte problemer. Pasienter får mindre postoperativ smertelindring enn det behovet de har. Sykepleiere undervurderer hvor mye smertestillende som er nødvendig for at pasienten skal bli godt smertelindret. Sykepleierne som deltok i denne studien rapporterte at det var mindre sannsynlig at de økte dosen med smertestillende til en smilende pasient enn til pasienter som lagde grimaser, til tross for at pasientene fortalte at de var smertepåvirket (Niemi-Murola et al. 2007).

God smertevurdering er viktig og nødvendig i den postoperative fasen, dette vil innebære at sykepleier observerer pasienten med tanke på behov og effekt av smertestillende og andre sykepleietiltak som er blitt igangsatt (Wøien & Strand, 2008, s.274). Skal en vurdere smerte er det flere komponenter som bør tas hensyn til. Smertens karakter, atferdsmessige endringer som oppstår, konsekvenser smerten har for pasienten, nåværende eller tidligere administrert smertestillende, og hvilke forventninger pasienten har til smertelindringen. Sykepleieren bør også jevnlig observere pasientens blodtrykk og puls, respirasjon, pupillstørrelse, søvnmønster, obstipasjon og oppkast. Disse observasjonene er viktige i den postoperative fasen, de kan fortelle sykepleier om komplikasjoner som kan ha oppstått, og de kan si noe om pasientens smerter (Wøien & Strand, 2008, s.275). Smertene sykepleieren kartlegger bør dokumenteres skriftlig, her skal andre sykepleiere forstå hvilke sykepleietiltak som allerede er iverksatt, og hvilken effekt disse har gitt (Wøien & Strand, 2008, s.276).

Kartlegging av smerte gjennomføres for å undersøke om pasienten har smerte, kunne planlegge, gjennomføre og evaluere smertelindringen. Det er viktig å huske at smerte er en subjektiv opplevelse som vil oppleves ulikt hos hver enkelt pasient (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008, s.51-54). Travelbee (2014) nevner i sin bok at smerter kan skape både frykt og angst hos mennesker, og at denne er vanskelig å formidle. Det vil derfor ikke være lett å få en innsikt i hvordan pasienten opplever smerten. Til tross for dette skal sykepleier alltid se smerten som eksisterende når en pasient uttrykker den. Gjør ikke sykepleier dette, men legger egne antagelser til grunn vil dette kunne føre til en utilstrekkelig smertelindring hos pasienten (Travelbee, 2014, s.112-113).

Målet med smertekartleggingen er å sørge for at den enkelte pasient får en individuell og god smertelindring. Det fins i dag forskjellige verktøy sykepleiere kan ta i bruk for å kartlegge pasientens smerter systematisk. Disse verktøyene er ofte basert på selvrapporing (Torvik et al. 2008, s.52-54). Tidligere i oppgaven er kartleggingsverktøyet blitt nevnt og forklart, da det er dette vi tar utgangspunkt i.

Granheim et al. (2015) viser i sin studie at få av sykepleierne og studentene tok hensyn til pasientens egne smertevurdering. Dette til tross for at de tidligere hadde svart at det er pasienten selv som best bedømmer egen smerteintensitet. Dette kunne bety at sykepleierne og sykepleierstudentene ikke tok hensyn til pasientens subjektive utsagn i pasienthistorien som ble lagt frem i undersøkelsen. Skal effekten av smertelindring vurderes ut i fra pasientens egne vurdering og akseptable smertenivå, må sykepleieren lytte til pasienten (Granheim et al. 2015).

Vår egne erfaringer i fra praksistiden på ortopedisk avdeling er at ikke alle sykepleierne bruker VAS skalaen like systematisk, til tross for at dette kommer frem i pasientens behandlingsplan. Sykepleierne kartla og vurderte de postoperative smertene på forskjellige måter, noen sykepleierne stilte pasientene spørsmål og vurderte smertelindringen ut i fra dette. Andre sykepleiere kartla ikke pasientens smerter før de forordnede legemidlene ble gitt, og pasientens medvirkning i egen smertelindring ble ikke alltid tatt hensyn til.

## 5.2 IDENTIFISERING AV BEHOV

De elektive pasientene, altså de planlagte er en del av et akselerert behandlingsforløp. Dette forløpet betegnes også som et Fast-track prinsipp, hvor kunnskapsbaserte rutiner vil bli satt inn i et system. Disse prinsippene har som mål å sørge for at pasientene gjenvinner sine normale funksjoner raskere og å gi et kortere sykehusopphold. Fast-track prinsippet fokuserer på informasjon, reduisering av kirurgisk stress, smertebehandling, mobilisering og ernæring (Holm & Kummeneje, 2009, s.14).

Sykepleieren har en viktig rolle i dette forløpet, da sykepleiere følger pasienten tett underveis. Et kirurgisk behandlingsforløp vil kunne være en stressende og utfordrende situasjon for pasienten, flere kan føle på redsel og utrygghet. Ved at sykepleieren i samarbeid med resten av behandlingsteamet rundt pasienten, sørger for kunnskapsbaserte rutiner, vil dette kunne reduseres. Ansvarer til sykepleieren i dette akselererte forløpet er blant annet å informere og veilede pasienten underveis (Holm & Kummeneje, 2009, s.15).

Postoperativ kvalme og oppkast er kjente bivirkninger som kan oppstå ved anestesi og kirurgi. Disse bivirkningene kan føre til komplikasjoner slik som immobilisering, dehydrering og aspirasjonspneumoni. Kvalme og oppkast er kroppens måte å kvitte seg med giftstoffer. Dette kan også oppstå ved ulike sensoriske stimuli, eksempler på dette vil være smerte, syn eller lukt.

Når mengden av denne typen stimuli blir for høy, vil symptomer disse komplikasjonene utløses. Hvor mye av denne typen stimuli en pasient kan håndtere, før disse symptomene utløses er individuelt (Holm & Kummeneje, 2009, s.92-93).

Siden smerter er en faktor som kan føre til postoperativ kvalme, kan vi se at smertelindring er av stor betydning. Ved å gi smertelindrende medikamenter slik som paracetamol preoperativt, kan dette unngås. Den postoperative kvalmen kan oppstå umiddelbart etter det kirurgiske inngrepet, men også senere i forløpet. Dette bør sykepleiere være klare over med tanke på forebygging. Smerte er en faktor som kan utløse disse komplikasjon, medikamenter med opioider kan også føre til kvalmefølelse hos pasienten, da dette er en kjent bivirkning av dette medikamentet. Kvalme og oppkast kan føre til en følelse av ubehag hos pasienten og igjen påvirke smerteopplevelsen (Holm & Kummeneje, 2009, s.97-100).

Kirurgisk stressrespons forekommer hos noen pasienter etter et kirurgisk inngrep, denne responsen avhenger av størrelsen på operasjonen pasienten gjennomgår. Desto større inngrepet er, jo større vil den kirurgiske stressresponsen være. Ved en kirurgisk stressrespons vil det oppstå både endokrine, metabolske og inflammatoriske endringer. Dette vil føre til en del konsekvenser for det fysiologiske, blant annet så få vil det gi økt blodtrykk, puls, oksygenbehov, energibehov og koaguleringssevne (Berntzen et al, 2015, s. 274).

Det er viktig å redusere mengden stress som pasientene har i forhold til den postoperative behandlingen, da dette er med på å gi pasienten raskere rehabilitering og et kortere opphold på sykehuset. For å kunne redusere stress, er det viktig at pasienten er informert og godt forberedt, både til anestesi, det kirurgiske inngrepet og det som foregår postoperativt (Berntzen, 2015, s. 274). Ved å gi pasientene god smertelindring postoperativt vil dette blant annet ha betydning for den kirurgiske stressresponsen og hvor raskt pasienten begynner å mobilisere seg. For at det kirurgiske stressresponsen skal bli begrenset mest mulig er det viktig at sykepleierne bedrer smertelindringen til pasientene (Gögenur & Rosenberg, 2013, s. 66).

### 5.3 SYKEPLEIETILTAK

I pasientens postoperative forløp vil sykepleierens ansvar være å vurdere og beskrive pasientens smerter, for å sørge for best mulig smertelindring. Den gode smertelindringen innebærer også at sykepleieren har mulighet til å observere pasienten med tanke på behovet for smertelindring og for å vurdere effekten av igangsatte tiltak (Wøien & Strand, 2008,



s.274). Målet for den postoperative smertelindringen er å sørge for at pasienten får den best mulige smertelindringen, opplever smertefrihet ved hvile og mobilisering uten alt for mye ubehag (Holm & Kummeneje, 2009, s.72).

Skal sykepleiere forebygge og behandle postoperative smerter trenger de kunnskap om smertens fysiologi og hvilke konsekvenser dette vil ha for pasienten. Det er også viktig å forstå pasientens sykdom, inngrepet pasienten har gjennomgått og mulige konsekvenser dette kan føre til (Wøien & Strand, 2008, s.275). Under en sykehusinnleggelse vil pasienten møte flere forskjellige fagpersoner. Sykepleieren på sengepost vil møte pasienten og samle nødvendig informasjon. Det er også sykepleieren som skal forberede, informere og legge til rette for at pasienten vil mestre det kommende forløpet på sykehuset. Da pasienten vil møte flere forskjellige helsepersonell er det viktig å sørge for godt tverrfaglig samarbeid, slik at pasienten opplever trygghet og god oppfølging (Wøien & Strand, 2008, s.276).

En forskningsartikkel med fokus på helsepersonells iverksatte tiltak i jobben med postoperative smerter og vurderingen av disse, viste at pasientens uttrykk og beskrivelse av hans opplevelse var det som påvirket hvilke tiltak sykepleieren valgte å iverksette. Den viste også at sykepleierens observasjoner ikke alltid ble regnet med i vurderingen av smerten (Wikström et al, 2015).

Sykepleierne har ansvar for at pasientene er godt informert i forhold til den postoperative fase og hvordan smertelindringen foregår. Ved å gi pasientene god preoperativ informasjon er dette med på å redusere smerte og ubehag postoperativt, i tillegg kan det redusere stress og kvalme. Dette bidrar til at pasienten raskere kan mobilisere seg og vil kunne få et kortere sykehus opphold med mindre komplikasjoner (Berntzen et al. 2015, s.283).

Ved sykepleien til elektive pasienter vil en kunne informere pasienten sammen med behandlende lege i god tid før innleggelsen på sykehuset. Når pasienten blir innlagt kan dette grunnlaget bygges videre på. Informasjonen kan både gis skriftlig, over telefon eller eventuelt ved et møte med pasienten. Brosjyrer vil også i de fleste tilfeller deles ut i god tid før inngrepet, dette er vi selv kjent med fra vår praksis på ortopedisk avdeling. Ved planlegging av det forekommende forløpet er det viktig å involvere pasienten tidlig (Holm & Kummeneje, 2009, s.46).

Den preoperative informasjonen som skal gis må samordnes og koordineres, dette vil kreve et godt tverrfaglig samarbeid. Sykepleieren bør tilpasse informasjonen som gis med tanke på pasientens ønsker og behov (Berntzen et al, 2015, s. 274). Som pasient har en rett på

informasjon og sykepleieren er pliktig til å informere. Pasienten skal ha kunnskap om hvilke forberedelser og hvilken behandling han skal gjennomgå. Informasjon om risikoer og bivirkninger som kan følge med, skal også gis. Denne informasjonen vil være hensiktsmessig for å kunne begrense pasientens stress og uro med tanke på innleggelsen og inngrepet (Berntzen et al, 2015, s.283).

God preoperativ informasjon kan bidra til at behov for beroligende og kvalmestillende legemidler reduseres. Dette har en sammenheng med at pasienten opplever en større oversikt og kontroll over det som kommer. Dette kan igjen føre til at opplevelsen av smerter blir mindre og at sykehusoppholdet blir kortere. Ved hjelp av tidlig og god preoperativ informasjon vil det også kunne bli lettere å få pasienten til å delta i eget behandlingsforløp. Skal informasjonen som gis, forstås og huskes, bør den gis på riktig måte av sykepleieren. Informasjonen skal være kort, presis og gis i riktig sammenheng. Det bør også være rom for at pasienten kan stille egne spørsmål, om de har et behov for støtte fra pårørende skal dette tilrettelegges for (Bertzen et al, 2015, s.283-284).

Informasjon om de postoperative smertene og smertelindringen av disse er viktig å gi pasienten, om dette skal kunne begrenses. Har pasientene kunnskap om dette før det aktuelle inngrepet vil rapporteringen av smertene kunne bli enklere. Her kan pasienten også opplæres i bruk av smertekartleggingsverktøyet (Berntzen et al, 2015, s.285).

I studien til Niemi-Murola et al. (2007) viser de til at det er en sammenheng mellom preoperativ informasjon og postoperative smerter. De pasientene som fikk god preoperativ informasjon og var godt forberedt i forhold til den postoperative fasen, var bedre smertelindret (Niemi-Murola et al. 2007). I en annen studie som ble gjort av Sjøveian & Leegaard (2015) forteller de pasientene som deltok at de hadde stor nytte av den preoperative informasjonen som ble gitt. Dette var med på at pasienten fikk mer kunnskap, og de tok ansvar for å rapportere smertene sine før de ble for sterke. Da unngår pasientene å få smertetopper og de får mer nytte av smertelindringen og opptreningen (Sjøveian & Leegaard, 2015). Vi har selv erfart fra praksis at god preoperativ informasjon er av stor nytte for pasienten. Da vi fulgte en pasient i det pre- per og postoperative forløpet kunne pasienten selv fortelle at en følte en større trygghet og følte seg mer rustet for de utfordringene som skulle komme, etter å ha fått god informasjon både fra sykepleier og lege.

Pasienter som har gjennomgått et kirurgisk inngrep vil alltid ha smerter. Hvilket kirurgisk inngrep størrelsen på inngrepet og pasientens smerteterskel vil være et utgangspunkt, for hvor sterke smerter som vil oppleves for den enkelte pasienten. Et av målene ved postoperativ sykepleie er at pasienten skal være mest mulig smertefri (Holm & Kummeneje, 2009, s. 166). Ved smertelindring må sykepleiere ha kunnskaper om hvordan pasientene opplever smerter, hvor smertene er lokalisert, styrken på smertene og hva slags type smerte det er. Sykepleietiltak som kan utføres ved smertelindring er blant annet å observere og vurdere forskjellige nonverbale tegn som pasienten har. Dette kan blant annet innebære å observere om pasienten har en uro, se på ansiktsgrimaser og om pasienten ikke ønsker å bevege seg. Sykepleiere kan se på huden til pasienten, om den er blek eller kaldsvett. En kan også se på andre målinger, for eksempel så er tachykardi, både stigende og fallende blodtrykk tegn på smerter. Andre sykepleietiltak som kan utføres ved postoperativ smerter, er å skape et tillitsforhold ved å forsikre pasienten om at en kan få smertestillende når pasienten trenger det. Det er også viktig at sykepleiere ser på om smertestillende har noe effekt og eventuelt tar kontakt med lege dersom smertene øker. Smertestillende bør tas til faste tider og følger det som er forordnet av lege for at pasientene skal slippe å få smertetopper. Sykepleiere bør også ha kunnskaper om ikke-medikamentelle metoder ved smertelindring og bruke dette bevisst. Disse metodene kan blant annet være ulike avslapningsmetoder og mobilisering. Det er også lurt å unngå at det oppstår strekk eller drag på operasjonssåret, da kan sykepleier hjelpe pasienten til leie der dette unngås (Holm & Kummeneje, 2009, s. 168)

Som tidligere nevnt er nociseptive smerter, smerter vi kan oppleve når vi for eksempel stikker oss på noe skarpt eller opereres. Disse smertene kan reduseres ved bruk av analgetika, og de nociseptive nerveledningene er organisert på en slik måte at de smertene som oppstår kan påvirkes av både perifert og sentralt virkende analgetika. I behandlingen av de nociseptive smertene blir smertetrappen brukt som verktøy (Slørdal & Rygnestad, 2013, s.342-343).

Smertetrappen burde følges ved postoperative smerter og være utgangspunktet i forhold til behandlingen av postoperative smerter. Hvor en også tar utgangspunkt etter størrelsen av det kirurgiske inngrepet, de forventede smertene og pasientens egen følelse av smerte. Postoperativt følges smertetrappen og administrering av smertelindring økes etter denne (Lunn, Mathiesen & Dahl, 2013, s. 182)

Trinn 1 på smertetrappen er grunnsteinen for behandlingen av postoperative smerter medikamentene som blir brukt er paracetamol og NSAID. Dette burde administreres til faste

tidspunkter, da effekten av disse legemidlene har blitt godt dokumentert og bivirkningene er begrenset. Dersom trinn 1 på smertetrappen ikke er tilstrekkelig eller ved moderate smerter kan en gå videre til trinn 2, for å kunne oppnå tilfredsstillende smertelindring. Under trinn 2 på smertetrappen blir svake opioider anvendt og under trinn 3 blir det anvendt sterke opioider eller morfinpreparater. Trinn 1 burde være en del av behandlingen av smertene sammen med trinn 2 og 3 på smertetrappen (Lunn et al., 2013, s. 183).

Administreringen av legemidler postoperativt er en sykepleierkontrollert smertelindring. Pasientene skal få smertestillende regelmessig ved den postoperative behandlingen, ikke bare ved behov. Det vil være lettere å oppnå god smertelindring om en gir smertestillende før pasienten opplever for sterke smerter (Holm & Kummuneje, 2009, s.76). I det postoperative forløpet vil det være sykepleierens oppgave å vurdere pasientens smerter, for best mulig smertelindring. Det er også sykepleier som vurderer effekten av den forordnede analgetikaen (Holm & Kummuneje, 2009, s.72). Valg av analgetika vil baseres på hvilket inngrep pasienten har gjennomgått og hvilken smerteintensitet han har (Holm & Kummuneje, 2009, s.74). Den sykepleierkontrollerte smertelindringen kan administreres på flere måter, intravenøst, intramuskulært, subcutant, per os, rektalt og epiduralt (Holm & Kummuneje, 2009, s.76-78).

Intravenøs administrering er den mest foretrukne metoden å gi analgetika postoperativt. Ved denne metoden kan pasienten få smertestillende ved en bolusinjeksjon, dette vil gi maksimal effekt etter ti til femten minutter. Denne typen legemidler kan gi en respirasjonsdpende effekt, derfor bør pasienten overvåkes jevnlig etter administreringen av dette. Pasienten kan også få smertestillende som en kontinuerlig infusjon intravenøst. Ved denne metoden vil pasienten få en bolusinjeksjon, før infusjonen stilles inn på den laveste dosen som sørger for en vedlikeholdelse av smertefriheten (Holm & Kummuneje, 2009, s.76).

Intravenøst pasientkontrollert analgesi (PCA) er et tilbud som sørger for at pasienten selv kan få være den som doserer smertelindringen. Dette er en pumpe som sørger for infusjon, bolus eller en kombinasjon. Denne pumpen gir pasienten mulighet til å gi seg selv en bolus av legemidlet når det er nødvendig. For å unngå overdosering kan det stilles inn en sperregrense på antall boluser pasienten kan få. Pumpen kan tilkobles direkte til en veneflon eller et sentralt venekateter. Medikamentet som brukes til en slik pumpe er et opioid, oftest morfin eller ketobemidon. Her kan det velges styrke på medikamenten, og pumpen stilles inn etter pasientens vekt og individuelle behov for smertelindring (Wøien & Strand, 2008, s.280-281). Fordelen med denne typen smertelindring er at det vil gi pasienten en trygghet, da pasienten

vet at smertelindringen er tilgjengelig med en gang om nødvendig. Det er også her viktig med god kunnskap hos sykepleierne, god oppfølging og observasjoner av pasienten (Wøien & Strand, 2008, s.280-281).

Intramuskulær administrering av analgetika kan være aktuelt hos pasienter som ikke kan få smertestillende per os eller som stikkpille. Denne metoden bør ikke brukes som et førstevalg, da noen ulemper medfølger. Metoden har lang anslagstid og varierende effekt.

Intramuskulære injeksjoner vil også være smertefullt og kan føre til komplikasjoner slik som utvikling av hematom (Holm & Kummeneje, 2009, s.76).

Hos noen pasienter kan smertestillende administreres subcutant. Legemiddelet vil da absorberes over lengre tid og vil derfor gi jevnere effekt. Om det er mulig kan pasienten få smertestillende per os. Analgetika kan også gis rektalt i form av en stikkpille. Dette kan være aktuelt blant annet hos pasienter som er plaget av kvalme og oppkast (Holm & Kummeneje, 2009, s.77-78).

Det er den pasientansvarlige legen som ordinerer hvilket medikament og dosen av dette, som skal gis pasienten ved den postoperative smertelindringen. Legens ordinasjon baserer seg på hva sykepleieren har observert og den informasjonen som er gitt. Det er da sykepleierens oppgave å administrere disse medikamentene etter hva som virker å være pasientens behov (Wøien & Strand, 2008, s.277). I noen tilfeller vil pasienten bli smertelindret ved hjelp av et epiduralkateter eller en perifer nerveblokkade. Denne behandlingen kan være nødvendig når den medikamentelle smertelindringen ikke er tilfredsstillende nok (Holm & Kummeneje, 2009, s.78). Epiduralkateteret vil ved anestesipersonell legges inn i epiduralrommet, her vil det gis smertelindring enten ved bolus, infusjon eller en kombinasjon av disse to metodene (Wøien & Strand, 2008, s.282). Den epidurale smertelindringen er en behandlingsform som sørger for god smertelindring der det forventes smerter, både under og etter det kirurgiske inngrepet. Dette kateteret kan hos noen pasienter ligge inne i flere dager. Smertelindringen vil fungere fra øvre del av toraks og helt ned til tærne. Denne typen smertelindring kan brukes ved flere typer inngrep, blant annet abdominale og ortopediske inngrep. Behandlingen kan medføre en hemning av den kirurgiske stressresponsen men kan også redusere pasientens behov for opioider. Skal smertelindringen med epiduralkateter være velfungerende, må sykepleieren ha kunnskap om hva som er optimal pasientbehandling i forbindelse med dette. Dette vil være kunnskaper om bruken og stellet av kateteret, observasjoner og bivirkninger av legemidlet som brukes. Pasienter med innlagt epiduralkateter skal også ha et perifer venekateter, dette kan brukes i behandling av eventuelle komplikasjoner eller overdosering

som kan oppstå ved behandlingen (Holm & Kummeneje, 2009, s.78-80). Perifere nerveblokader er en form for smertelindring som sørger for at lokalanestesimiddel kan gis direkte til den aktuelle nerven (Wøien & Strand, 2008, s.284).

En mulig årsak til at eldre pasienter ofte mottar for lite smertestillende kan være bekymring for bivirkninger. Dette siden bivirkninger av smertestillende medikamenter oppstår hyppigere hos eldre enn hos yngre pasienter. Sykepleieren som skal dosere og administrere smertestillende og må da huske at forholdet mellom dosen og effekten hos de eldre er mer avhengig av den biologiske alderen enn den kronologiske. De eldre pasientene kan også ha sykdommer fra tidligere som alle vil kreve medikamentell behandling (Holm & Kummeneje, 2009, s.89-90).

En metode for smertelindring som ikke må undervurderes, er den ikke-medikamentelle smertelindringen. Denne typen smertelindring kan omhandle metoder slik som å sørge for et godt sengeleie, mest mulig ro, tilpasset informasjon eller avslappingsmetoder (Wøien & Strand, 2008, s.279). Her kan også fysioterapi nevnes, dette er en viktig del av den postoperative smertelindringen og mobiliseringen. Fysioterapi er også, som nevnt tidligere en del av det tverrfaglige samarbeidet som bør være til stede i pasientens sykehusforløp. Pasientens smerteopplevelser kan føre til inaktivitet, uhensiktsmessige bevegelsesmønstre og en frykt for å bevege seg. Inaktivitet kan i seg selv føre til økt smerte hos pasientene. Med bakgrunn i dette er nettopp fysioterapi en viktig tverrfaglig behandling. Innenfor dette fagfeltet finnes det flere forskjellige behandlingsmetoder, både treningsteknikker og passive metoder slik som varme og massasje (Stubhaug & Ljoså, 2008, s.44).

Stress og angst har en forbindelse med smerteopplevelsen. Ved å bruke ulike teknikker og øvelser er det med på å redusere pasientenes opplevelse av smerter. De teknikkene og øvelsene som kan være med på å lindre smertene er blant annet avslapping og andre relaterte metoder, og kognitive strategier (Bruehl & Chung, 2004, s.246). I forskningsartikkelen til Topcu & Findik (2010) viser til at avslapningsteknikker er med på å redusere postoperative smerter. I forbindelse med postoperativ smertelindring burde både ikke medikamentell behandling og medikamentell behandling brukes sammen for å oppnå en god smertelindring (Topcu & Findik, 2010).

En variasjon av avslappingsmetoder kan ha en positiv innvirkning på smerteopplevelsen. Selv om denne metodene i hovedsak er rettet for å redusere stress og angst, er det med på å redusere opplevelsen av smertene. For at avslappingsmetodene skal ha nytte av seg er det

viktig at det gjøres riktig ved smerte stimuli. De enkleste avslapningsmetodene er pusteøvelser, de går ut på å puste dypt og rolig. Ved å utføre pusteøvelser er det med på å senke respirasjonsfrekvensen og dette er vist til å redusere stress og angst (Bruehl & Chung, 2004, s.248). I forskningsartikkelen til Topcu & Findik (2010) var det også blitt brukt pusteøvelser som en av avslapningsmetode. Og det ble kartlagt hvordan opplevelsen av smerten var både før og etter øvelsene, det ble vist at metodene hadde en god effekt da de spurte hvordan opplevelsen av smertene var etter øvelsene (Topcu & Findik, 2010).

Avspenning kan gi en positiv reaksjon ved å redusere stress, og har en del fordeler for mennesker med smerter. Avspenning er en tilstand der en kan føle en form for frihet fra engstelse og ansenthet i skjelettmuskulaturen (McCaffery & Beebe, 2005, s.166). Noen avspenningsteknikker som kan gjennomføres er blant annet meditasjon, autogen trening, yoga, religion og musikk. Fysiologiske responser på ulike avspenningsteknikker er blant annet redusert forbruk av oksygen og hastighet på respirasjonen, og redusert muskelspenning. Muskelspenning, stress og smerter kan utvikle seg til en ond sirkel, da disse tilstandene påvirker hverandre. Så ved å bruke avspenningsteknikker er dette med på å bryte denne syklusen og hindrer at situasjonen til pasientene blir verre (McCaffery & Beebe, 2005, s.167-168).

## 5.4 EVALUERING

Sykepleiere bør ha kunnskap om de ulike faktorene som vil påvirke den postoperative smerten. Dette vil være kunnskap om hvordan den aktuelle pasienten vil håndtere smerte og den smertelindringen han får. I vår oppgave vil dette si den eldre pasienten, da det er flest eldre pasienter som i dag får hoft eller kneprotese. Den kirurgiske stressresponsen og smertetrappen vil også være viktige kunnskaper for sykepleieren (Wøien & Strand, 2008). I denne oppgaven fokuseres det på de postoperative smertene. Den postoperative perioden starter i tiden etter en operasjon er avsluttet. Pasienter som har gjennomgått en større operasjon i enten generell eller lokalanestesi, overføres som oftest til en overvåkingenhet, altså en postoperativ avdeling. De nyopererte pasientene må observeres kontinuerlig de første timene, dette vil være avhengig av arten av inngrepet og anestesimetoden. Pasientene vil bli liggende på den postoperative avdelingen i noen døgn eller timer, dette er avhengig av hva som er gjort, observasjoner som må gjøres eller komplikasjoner som kan oppstå (Holm & Kummeneje, 2009, s. 134).

Tverrfaglighet brukes i litteraturen som en betegnelse på en arbeidsform som foregår på forskjellige nivåer og i forhold til forskjellige arbeidsoppgaver (Lauvås & Lauvås, 1994, s.17). Det tverrfaglige samarbeidet kan også utvides til å omfatte pasientene, de kan integreres som aktive aktører i det faglige samarbeidet helsepersonell i mellom. Noe av hensikten med å skape et tverrfaglig samarbeid er nettopp å kunne skape en felles forståelse for hvilke problem eller utfordringer pasienten har, og hvilke tiltak som bør iverksettes. I et slikt samarbeid kan faglig kompetanse og forståelse understrekes. Selv om det tverrfaglige samarbeidet først og fremst omhandler fagpersonell, vil det være nyttig å vie oppmerksomhet til pasientens egen kunnskap om sin situasjon (Lauvås & Lauvås, 1994, s.61).

Selv under et normalt forløp hos elektive pasienter, vil de møte flere forskjellige fagpersonell. Det vil være sykepleieren som vil kunne spille størst rolle for pasienten underveis. Under pasientens sykehusopphold vil også operasjons og anestesisykepleiere, kirurg, anestesilege og fysioterapeut spille en viktig rolle. For å kunne skape trygghet og forutsigbarhet for pasienten, vil det tverrfaglige samarbeidet være viktig. Skal dette samarbeidet fungere, kreves det god kommunikasjon og dokumentasjon mellom de ulike fagpersonene (Wøien & Strand, 2008, s.276).

Tverrfaglig samarbeid vil være en fordel for pasienten, så som for sykepleieren. I dette samarbeidet er det av stor betydning at alle viser respekt for hverandres oppgaver. Det er også viktig å huske at pasienten skal stå i sentrum og at pasientens situasjon er overordnet alle andre hensyn (Mathisen, 2010, s.84).

Sjøveian og Leegaard (2014) skriver i sin artikkel at et tett samarbeid mellom lege, fysioterapeuter, anestesipersonell og sykepleiere er avgjørende for god smertelindring. Denne erfaringen gjorde også vi oss i løpet av praksistiden. Rapporteringen av virkning av forskrevet medikament og pasientens tilstand var spesielt viktig i samarbeidet med lege. I forhold til å mobilisere pasientene var det tverrfaglige samarbeidet med fysioterapeuten viktig. Skulle opptreningen være optimal måtte smertelindringen være tilstrekkelig i forkant av fysioterapeutens besøk. Pasientens smertenivå spilte stor rolle for om fysioterapeutens øvelser ble gjennomført. Under praksistiden vår på ortopedisk erfarte vi at ikke alle sykepleiere hadde gode rutiner når det gjaldt å sørge for god smertelindring før mobilisering og eventuelle treningsøvelser. Dette kan vi også lese om i artikkelen til Sjøveian og Leegaard (2014), hvor de forteller at under deres studie måtte sykepleier ofte gi smertestillende medikamenter midt under øvelsene. Dette kunne skyldes uklare rutiner og manglende samarbeid og dialog med fysioterapeutene.



## 6. KONKLUSJON

I denne litteraturstudien har temaet postoperativ smertelindring blitt jobbet med. Fokuset har vært å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til god postoperativ smertelindring for elektive pasienter ved en ortopedisk avdeling. Ved hjelp av forskningsartikler og faglitteratur har det blitt belyst i oppgaven at smertelindringen ikke er tilfredsstillende nok.

Granheim et al. (2015) viser i sin studie til at kunnskapsmangel er en medvirkende årsak til at smertelindringen ikke er tilfredsstillende. I en annen norsk studie kommer det frem at sykepleiere har gode kunnskaper på noen områder, men det viser et tydelig gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. Det ble også i denne studien nevnt at pasientene ikke ble optimalt smertelindret (Sjøveian & Leegaard, 2015). Ut ifra den valgte forskningen brukt i denne oppgaven, kan vi tydelig se at mangelfull kunnskap er en av de viktigste årsakene til at postoperativ smertelindring ikke er optimal. Skal pasientene få en tilfredsstillende smertelindring bør sykepleiernes kunnskap økes.

Smertekartlegging, observasjon og pasienters egenrapportering av smerte vil også spille en viktig rolle i jobben med smertelindring. Dette vil kunne være til hjelp for å kunne planlegge, gjennomføre og evaluere pasientenes behandling. Her kan også dokumentasjon nevnes, dette fremmer en individuell sykepleie og vil gjøre det lettere for sykepleiere å skape seg en oversikt. Tverrfaglig samarbeid bør stå i fokus, da dette vil være av nytte både for pasienten så som for sykepleieren.

Gjennom erfaring fra praksis og funn i faglitteratur ser vi stor betydning av den pre-operative informasjonen som blir gitt. Denne vil gi pasienten større forutsigbarhet og trygghet, som igjen vil kunne føre til en positiv innvirkning på smerteopplevelsen postoperativt. I studien til Niemi-Murola et al. (2007) viser de til en sammenheng mellom preoperativ informasjon og postoperative smerter. De pasientene som mottok god preoperativ informasjon var bedre forberedt og deltok i større grad i den postoperative behandlingen.

Vi ser at for å bedre den postoperative smertelindringen må sykepleiere tilegne seg større kunnskap, jobbe kunnskapsbasert. De må også formidle kunnskapen videre til pasienten gjennom god preoperativ informasjon. Kartlegging av smerter, planlegging og evaluering av sykepleietiltak bør utøves systematisk. Det er viktig å skape en struktur i smertelindringen og sørge for gode rutiner og samarbeid. Skal smertelindringen optimaliseres er det også viktig å ha et pasientfokus og la pasienten medvirke i sin behandling.

## 7. LITTERATURLISTE

- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., Grønseth, R. (2015). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (4.utg., s.273-338). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2015). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (4.utg., s.355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \* Bruehl, S. & Chung, O. Y. (2004). Psychological interventions for acute pain. T. Hadjistavropoulos & K. D. Craig (Red.), *Pain psychological perspectives* (s. 246-269). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- \* Dahl, T. & Aas, E. (2011). Kaptein på egen skute. T. Dahl (Red.), *Brukeren som veileder* (1.utg., s.23-34) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk
- \* Eide, H. (2008) Kommunikasjon, relasjon og smerte. T. Rustøen & A.K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte – Fra nocisepsjon til livskvalitet* (1.utg., s.354-369). Oslo: Gyldendal Akademisk
- \* Granheim, H.T., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2016). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien forskning*, 10 (4), 326-334. DOI: <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- \* Gögenur, I. & Rosenberg, J. (2013). Smerte og kirurgisk stress-respons. T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter* (3. utg., s. 57-68). Danmark: FADL`s forlag.

Heggdal, K. (2006). *Sykepleie-dokumentasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk

\* Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre og postoperativ sykepleie: Med dagkirurgi*. Bergen: Fagbokforlaget

Jahren Kristoffersen, N. (2012) Sykepleie - kunnskap og kompetanse. N. J. Kristoffersen, E A. Skaug & F. Nordvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1 – sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s.161- 206). Oslo: Gyldendal akademisk

\* Jakobsen, A. (1996). *Norsk medisinsk ordbok* (13.utg.). Oslo: Sem & Stenersen

\* Knutstad, U. (Red). (2010). *Sykepleieboken 2 – Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3.utg.). Oslo: Akribe

\* Lauvås, K. & Lauvås, P. (1994). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget

\* Lunn, T. H., Mathiesen, O. & Dahl, J. B. (2013). Postoperative smerter. T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter – Baggrund, Evidens, Behandling* (3. utg., s. 177-200). Danmark: FADL`'s forlag.

\* Mathisen, J. (2010). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. T E. Mekki & S. Pedersen (Red.), *Sykepleieboken 1, grunnleggende sykepleie*. (3.utg., s.67-86). Oslo: Akribe AS

\* McCaffery, M. & Beebe, A. (2005). *Smerter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Mikkelsen, J. & Hage. I. (2010). Prosesskunnskap i sykepleie. T.E. Mekki & S. Pedersen (Red.), *Sykepleieboken 1, grunnleggende sykepleie*. (3.utg., s.257-275). Oslo: Akribe AS

- \* Moen, A. Hellesø, R. & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe
- \* Nasjonalt register for leddproteser. (2014). *Nasjonal kompetansetjeneste for leddproteser og hoftebrudd*. Helse Bergen HF, Ortopedisk klinikk Haukeland universitetssykehus (Rapport juni 2014). Hentet fra <http://nrlweb.ihelse.net/Rapporter/Rapport2014.pdf>
- \* Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitets registre. (2017) *Nasjonalt register for leddproteser*, 2016. Hentet fra <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/522/resultater>
- \* Niemi-Murola, L., Poyhia, R., Onkinen, K., Rhen, B., Makela, A. & Niemi, T. T. (2007). Patient Satisfaction with Postoperative Pain Management—Effect of Preoperative Factors. *Pain management nursing*, 8 (3), 122-129. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2007.05.003>
- Slørdal, L. & Rygnestad, T. (2013). Legemidler ved smerter. H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2.utg., s.341-352). Oslo: Gyldendal Akademisk
- \* Sjøveian, A.K. & Leegaard, M. (2015). Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi. *Sykepleien forskning*, 10 (2), 168-174. DOI: <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.54454>
- \* Sjøveian, A. K. & Leegaard, M. (2014). Akselererte pasientforløp: Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling? *Sykepleien forskning* 7 (4), 380-387. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/11/hvordan-kan-sykepleieren-fremme-pasientmedvirkning-i-postoperativ-smertebehandling>
- Skaug, E.-A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (Red.),

*Grunnleggende sykepleie, sykepleie – fag og funksjon* (3.utg., s.337-372). Oslo: Gyldendal Akademisk

- \* Stubhaug, A. & Ljoså, T M. (2008). Hva er smerte? En oversikt over smertebegrepet, smertefysiologi og smertebehandling. T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s.22-50). Oslo: Gyldendal Akademisk
  
- \* Støren, I. (2014). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm
  
- \* Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorists and their work*. Missouri: Mosby, Inc.
  
- \* Topcu, S. Y. & Findik, U. Y. (2010). Effect of relaxation exercises on controlling postoperative pain. *Pain management nursing*, 13 (1), 11-17. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.07.006>
  
- \*Torvik, K. & Bjøro, K. (2008) Smerte hos eldre. T. Rustøen & A. K..Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte fra nocisepsjon til livskvalitet* (s.105-127). Oslo: Gyldendal Akademisk
  
- \* Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging: Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler. T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s.51-76). Oslo: Gyldendal Akademisk
  
- \* Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
  
- \* Travelbee, J. (Med Jensen, K. O. (2014) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- \* Tønnesen, T. I. (1996). *Postoperativ smertebehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- \* Werner, M. U. & Arendt-Nielsen, L. (2013). Vurdering av smerter. T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter: baggrund, evidens, behandling* (3. utg., s. 47-56). Denmark: FADL` s forlag.
- \* Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K. & Broström, A. (2015). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30 (4), 802-812. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12308>
- \* Wøien, H. & Strand, A-C. (2008) Sykepleietiltak ved postoperative smertelindring. T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s.271-289). Oslo: Gyldendal akademisk

## 8. VEDLEGG – SØKEHISTORIKK

Artikkel	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall artikler brukt
«Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotese kirurgi»	Svemed +	Orthopedic nursing, Pain management	Peer reviewed tidsskrifter	1	1
«Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne»	Svemed +	Pain management, Nurses	Peer reviewed tidsskrifter	9	1
«Healthcare professionals descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis»	Svemed +	Postoperative pain, Healthcare professionals	Peer reviewed tidsskrifter	4	1
«Patient satisfaction with postoperative pain management – effect of preoperative factors»	Cinahl	Orthopedic surgery, Preoperative information, Pain	Nyere enn 2007	5	1

<p><b>Akselrerte pasientforløp: Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning I postoperativ smertebehandling?</b></p>	<p><b>Swemed</b></p>	<p><b>Pasientmedvirkning, postoperativ smertebehandling</b></p>	<p><b>Peer reviewed tidsskrifter</b></p>	<p><b>3</b></p>	<p><b>1</b></p>
<p><b>«Effect of relaxation exercies on controlling postoperativ pain»</b></p>	<p><b>Cinahl</b></p>	<p><b>Postoperativ pain, Relaxation exercise</b></p>	<p><b>Nyere enn 2007 Academic journals Full text</b></p>	<p><b>7</b></p>	<p><b>1</b></p>