



Høgskolen i **Hedmark**
Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

Ann Merethe Køien Slåtten og Rita Simensen
Veileder: Marianne Carlsson

POSTOPERATIV SMERTEBEHANDLING

POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 12155

Bachelor sykepleie, kull 123

4BACH 2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

SAMMENDRAG

TITTEL:

Postoperativ smertebehandling

PROBLEMSTILLING:

«Hvordan kan sykepleiere i ortopedisk avdeling bidra til å bedre postoperativ smertebehandling for elektive pasienter?»

FORMÅL:

Formålet med oppgaven er å øke bevisstheten rundt postoperativ smertebehandling å se på sykepleierens rolle i denne. Samtidig fokuserer vi på hvilken betydning god postoperativ smertebehandling har for pasienten.

VALG AV METODE:

I oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. Vi har basert besvarelsen på pensumlitteratur, forskning og selvvalgt litteratur. Forskingen som er anvendt i oppgaven bygger hovedsakelig på kvalitative metoder og er ikke eldre enn ti år.

RESULTAT:

Ortopedisk kirurgi blir i dag ofte utført i et akselerert behandlingsforløp. Dette innebærer tett tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning og forutsetter optimal smertebehandling. For å bedre den postoperative smertebehandlingen er det avgjørende med økt faglig kunnskap, pasientfokus gjennom brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Det er også av stor betydningen at arbeidet struktureres med systematisk pre-operativ informasjon, smertekartlegging og dokumentasjon. Vi har sett at i det akselererte behandlingsforløpet er smertebehandlingen blitt satt i system og dermed forbedret.

INNHOLD

SAMMENDRAG	2
INNHOLD.....	3
1 INNLEDNING.....	4
1.1 BEGRUNNELSE AV VALGT TEMA	4
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	4
1.3 BEGREPSAVKLARING	5
1.4 AVGRENSNING.....	5
2 METODE	7
2.1 PRESENTASJON AV FORSKNING	7
2.2 LITTERATURSOEK OG KILDEKRITIKK	8
3 SYKEPLEIETEORI.....	10
4 POSTOPERATIV SMERTE.....	12
5 SYKEPLEIEKUNNSKAPER VED POSTOPERATIV SMERTEBEHANDLING	14
5.1 KIRURGISK STRESSRESPONS OG PSYKISKE STRESSFAKTORER.....	14
5.2 POSTOPERATIV KVALME.....	17
5.3 SMERTETRAPP	18
6 SYKEPLEIEOPPGAVER VED POSTOPERATIV SMERTEBEHANDLING	19
6.1 SYKEPLEIEOBSERVASJONER OG DOKUMENTASJON.....	20
6.2 SMERTEKARTLEGGING OG SMERTEKARTLEGGINGSVERKTØY	21
7 SYKEPLEIE I ET AKSELERERT BEHANDLINGSFORLØP	23
7.1 BRUKERMEDVIRKNING.....	23
7.2 TVERRFAGLIG SAMARBEID	24
7.3 PASIENT SKOLE OG ANNEN SYSTEMATISK PRE-OPERATIV INFORMASJON.....	25
8 DRØFTING	27
8.1 BETYDNINGEN AV SYKEPLEIERENS FAGKUNNSKAP FOR GOD POSTOPERATIV SMERTEBEHANDLING	27
8.2 PASIENTFOKUS OG SYKEPLEIERANSVAR	30
8.3 VIKTIGHETEN AV TVERRFAGLIG SAMARBEID I SMERTEBEHANDLINGEN	36
9 KONKLUSJON.....	39
10 LITTERATURLISTE	41
11 VEDLEGG	44
11.1 PICOSKJEMA	44
11.2 SØKEHISTORIKK	45

1 INNLEDNING

1.1 BEGRUNNELSE AV VALGT TEMA

Vi har valgt temaet postoperativ smertebehandling. Dette med bakgrunn i vår praksiserfaring fra perioden i ortopedisk avdeling, der smertebehandling er en stor del av sykepleierens hverdag. Etter å ha søkt etter faglitteratur og forskning i forbindelse med oppgaveskriving i praksisperioden, la vi spesielt merke til at det ofte ble referert til at den postoperative smertebehandlingen ikke er tilfredsstillende (Dihle, Bjølseth & Helseth, 2006; Holm og Kummeneje, 2009).

I dagens samfunn er akselererte behandlingsforløp som innebærer tidlig mobilisering og få liggedøgn, blitt mer vanlig. Dette vektlegger gode rutiner, et tett tverrfaglig samarbeid, god pre- operativ informasjon og optimal smertebehandling. Akselererte behandlingsforløp har også større fokus på brukermedvirkning og at pasienten er mer aktivt i forhold til egen behandling (Berntzen, et al., 2011a).

I denne litteraturstudien belyser vi hva sykepleiere kan bidra med for å bedre postoperativ smertebehandling. Sykepleieren må inneha fagkunnskap og ha en aktiv holdning i forhold til kartlegging av pasientens smerter. Dette sammen med tett tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning er av betydning for pasientbehandlingen (Dihle et. al., 2006a).

Hensikten med valg av tema er å øke bevisstheten rundt viktigheten av postoperativ smertebehandling. På denne måten vil man kunne bidra til at den postoperative pasienten ivaretas på en best mulig måte. Denne litteraturstudien vil kunne være til stor nytte for oss som sykepleiere i fremtiden, da vi i arbeidslivet vil møte pasienter med smerteproblematikk på mange ulike arenaer.

1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

Ut fra valgt tema har vi kommet fram til følgende problemstilling for oppgaven:

«Hvordan kan sykepleiere i ortopedisk avdeling bidra til å bedre postoperativ smertebehandling for elektive pasienter?»

1.3 BEGREPSAVKLARING

Problemstillingen inneholder noen sammensatte begreper. Disse har vi ved hjelp av medisinsk ordbok gjort begrepsavklaringer på:

Ortopedisk avdeling: Avdeling for pasienter etter kirurgiske inngrep eller skader i skjelett og muskler.

Postoperativ smertebehandling: Smertebehandling i etterkant av kirurgiske inngrep, i oppgaven med fokus på medikamentell smertebehandling.

Elektive pasienter: Pasienter som skal inn til planlagte inngrep eller behandling.

(Nylenna, 2009)

I oppgaven har vi i noen tilfeller omtalt sykepleieren som hun. Dette for å få best mulig flyt i teksten og på grunn av at det er mest nærliggende å skrive hun, da vi selv er to jenter.

Pasienten omtales tidvis som han. Dette brukes konsekvent for enkelt å skille disse to i teksten.

1.4 AVGRENSNING

Problemstillingen vi har valgt omfatter et stort tema, og vi har derfor avgrenset på flere områder.

Vi har valgt å fokusere på ortopediske pasienter som skal til elektive inngrep for å sette inn kne- eller hofte protese. Dette fordi det er denne gruppen vi har erfaring med fra praksis, og kan vise til i besvarelsen. Ortopediske pasienter som skal inn til denne type kirurgi er gjerne eldre pasienter med sammensatte sykdomsbilder. Dette kan gi store utfordringer for både sykepleiere og andre utøvere i det tverrfaglige samarbeidet (Holm & Kummeneje, 2009). På grunn av oppgavens begrensning i antall ord går vi ikke inn på hvordan ulike sykdomsbilder vil påvirke smertebehandlingen til den enkelte pasient, men fokuserer på viktigheten av brukermedvirkning for individuelt tilpasset smertebehandling.

I oppgaven har vi fokus på hva vi som sykepleiere trenger av generell kunnskap om postoperative smerter, grunnleggende medikamentell smertebehandling, pre-operativ informasjon, observasjon og dokumentasjon, da dette vil være avgjørende for pasientens smertebehandling og opplevelse rundt dette (Berntzen, et al., 2011a).

I praksis har vi sett betydningen av at sykepleiere gir pre-operativ informasjon, og at pasienter blant annet får kunnskaper om bruk av smertekartleggingsverktøy. I oppgaven har vi tatt utgangspunkt i at pasientene er voksne personer med normal kognitiv funksjon og med god evne til kommunikasjon. Dette fordi det har stor betydning for forståelse av informasjonen som blir gitt. Pasienter med kognitiv svikt eller manglende evne til kommunikasjon vil skape større og andre utfordringer som vi ikke kommer inn på her (Holm & Kummeneje, 2009).

Det finnes flere typer smertekartleggings verktøy som det er viktig at sykepleiere har kunnskaper om (Torvik, Skauge, & Rustøen, 2008). I oppgaven velger vi å ha fokus på VAS som smertekartleggingsverktøy, da det er denne vi har erfaring med fra praksis.

Smertebehandling er et omfattende tema, og består av ulike former for lindring av smerte. Vi velger å ta for oss medikamentell smertebehandling, da det er dette som legger grunnlaget for smertebehandling i det akselererte behandlingsforløpet (Holm & Kummeneje, 2009).

Medikamentell smertebehandling omfatter mange ulike medikamenter. Vi vil i oppgaven nevne medikamenter som omtales i WHO's smertetrapp og smertebehandling i form av epiduralt kateter og blokader. Vi kommer ikke inn på alternative former for smertebehandling, selv om vi også ser viktigheten av disse (Slørdal & Rygnestad, 2008). På grunn av oppgavens omfang vil vi ikke gå inn på virkning og bivirkning av de enkelte medikamentene. Vi ser allikevel viktigheten av at sykepleiere har kunnskaper om denne og generell oversikt over virkning og bivirkning i de ulike trinnene, og når de ulike trinnene i smertetrappen brukes.

Postoperative smerter omhandler alt fra de først akutte smertene etter inngrepet, til langvarige og kroniske smerter. Fokuset i oppgaven vil være på de akutte postoperative smertene. Dette fordi det er viktig med god smertebehandling de første dagene, for å redusere faren for komplikasjoner og dermed antall liggedøgn (Holm & Kummeneje, 2009). Langvarige og kroniske smerter vil likevel bli nevnt i teksten som en komplikasjon, men ikke videre utdypet.

2 METODE

En metode defineres av Vilhelm Aubert som: «...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» (sitert i Dalland, 2013, s. 111).

Metoden forteller med andre ord hvordan man går frem for å skaffe kunnskap og hvordan denne brukes for å finne svar på et problem. Valg av metode styres av hva vi mener gir oss de beste data for å svare på problemstillingen (Dalland, 2013).

Vi har i oppgaven brukt litteraturstudie som metode. En litteraturstudie innebærer at man bruker andres teori og forskning til å tilegne seg kunnskap for å finne svar på en problemstilling. For å kunne skrive en god litteraturstudie er man avhengig av at det finnes tilstrekkelig med tilgjengelig litteratur og forskning. En litteraturstudie vil gi oss muligheten til å danne et bredt teoretisk grunnlag som vil være av betydning for vår yrkesutøvelse som sykepleiere (Dalland, 2013).

Denne litteraturstudien er basert på litteratur fra pensum, forskning og selvvalgt litteratur. Forskningen vi har benyttet bygger hovedsakelig på kvalitative metoder. Kvalitative metoder har til hensikt å vise til meninger og opplevelser som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2013). I sykepleiesammenheng har det stor betydning å se på enkeltmenneskers opplevelse av sykdom og behandling for å kunne gi et bedre behandlingstilbud (Travelbee, 2011). For oppgaven vår er dette sentralt i forhold til pasientens opplevelse av smerte og smertebehandlingstilbudet som gis postoperativt.

2.1 PRESENTASJON AV FORSKNING

Gjennom søk etter litteratur har vi funnet og brukt tre engelskspråklige og to norske forskningsartikler.

Dihle et al. (2006a) har i en studie observert sykepleiere kontinuerlig dag og natt. De har sett på hvordan sykepleierne utførte pre-operativ informasjon, observasjoner, behandling og evaluering. Studien viste at det var stor forskjell på hva sykepleierne sa de gjorde, og hva de gjorde i den postoperative smertebehandlingen. Den ser på sykepleiernes rolle i forhold til postoperativ smertebehandling, smertevurdering og evalueringen av utførte tiltak.

En annen studie har sett på forandringer i pasientenes smerteintensitet, hvordan smerte

påvirker kroppens funksjoner og om pasientene er tilfreds med smertebehandlingen. Studien viser at postoperativ smerte etter store ortopediske inngrep ofte er underbehandlet. Til tross for dette er pasientene fornøyd med behandlingen (Dihle, Helseth, Kongsgaard, Paul, & Miaskowski, 2006).

Annen forskningen viser betydningen av pre-operativ informasjon gitt i pasientskole i forhold til andre former for informasjon. Det vises til at informasjonen pasientene fikk ved å delta på pasientskole påvirket pasientopplevelsen på en positiv måte. Pasienten følte seg bedre forberedt til operasjonen og til å håndtere den postoperative smerten i forhold til de som fikk annen form for pre-operativ informasjon (Kearney, Jennrich, Lyons, Robinson, & Berger, 2011).

En norsk studie tar for seg det akselererte behandlingsforløpet og betydningen av pre-operativ informasjon, tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning og effektiv smertelindring. Resultatet av studien var at mange pasienter rapporterte om sterke smerter, spesielt ved mobilisering. Sykepleierne var usikre på om pasientene forsto bruken av smertekartleggingsverktøy. Konklusjonen av studien er at man trenger bedre kunnskaper om smertebehandling, og at sykepleieres holdninger er viktige (Sjøveian & Leegaard, 2012).

Den andre norske studien tar for seg viktigheten av postoperativ smertebehandling og at dette har betydning for pasientens velbefinnende, mobilisering, liggetid, eventuelle komplikasjoner og utvikling av kroniske smerter. Studien viser at dokumentasjon av postoperative smerter ikke var tilfredsstillende. Den belyser viktigheten av regelmessig kartlegging, evaluering og dokumentasjon ved ekstra behov for smertestillende medikamenter. Studien tar også for seg betydningen av manglende pre-operativ informasjon i forhold til faren for utvikling av kroniske smerte (Fredheim et al. 2011).

2.2 LITTERATURSØK OG KILDEKRITIKK

I oppgaven har vi benyttet pensumlitteratur, selvvalgt faglitteratur og forskning. Selvvalgt faglitteratur og forskning er funnet gjennom søk i høyskolens søketjeneste, Oria. Vi har også utført søk direkte i databaser tilgjengelig fra bibliotekets sider, som SveMed og EbscoHost. I praksis perioden i ortopedisk avdeling ble vi tipset om at Alfhild Dilhe hadde mye god forskning i forhold til temaet postoperativ smertelindring. Vi har derfor søkt direkte på hennes navn for å finne forskningsartikler skrevet av henne. Ellers har vi brukt søkeord som

postoperative pain, pain management, preoperative education og nurse. Treffene er avgrenset etter årstall, oversiktsartikler og om de er fagfellevurdert.

Litteraturen som er benyttet i oppgaven er kritisk vurdert ut fra relevans, holdbarhet og troverdighet. Artiklene vi har valgt er ikke eldre enn ti år da vi ser at forskning endrer seg over tid, og at man bør forholde seg til det nyeste for å være oppdatert. Til tross for at vi ikke har valgt forskning som er eldre enn ti år, ser vi at noe av forskningen kan være utdatert. Både i forhold til utviklingen og bruken av akselererte behandlingsforløp. Vi har sett på relevans i forhold til oppgaven og vurdert betydningen ut fra oppgavens tema og problemstilling. Hovedsakelig har vi valgt kvalitativ forskning, da det er denne typen forskning vi føler gir oss best innsikt i hvordan pasientene opplever smertebehandlingen. Dette føler vi gir oss best forståelse av hva som bør gjøres for at denne skal kunne bli bedre.

Selv om litteraturstudien vår hovedsakelig er basert på forskning fra kvalitative metoder, ser vi i etterkant at disse studiene kan være noe begrenset. Dette fordi de er mindre studier gjort blant et lite utvalg pasienter eller sykepleiere, ofte på ett sykehus eller et fåtall avdelinger. Kvantitativ forskning har større tilnærming og kunne gitt oss et bredere utvalg. Gjennom bruk av kvantitative studier ville vi kunne fått et større sammenligningsgrunnlag. Da ville vi sett om det vi har funnet i den kvalitative forskningen eventuell har overføringsverdi, eller kan bekreftes av kvantitative studier gjort blant et større utvalg av pasienter med større geografisk tilknytning (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Vi ser derfor behovet for videre forskning i form av kvantitative metoder, dette belyses også av Sjøveian og Leegaard (2012).

Litteratursøket førte til treff på flere relevante forskningsartikler som viste noenlunde samme resultat. Etter gjennomgang og kritisk vurdering av disse ble fem artikler plukket ut og aktivt brukt i oppgaven. Mye av forskningen vi fant var litteraturstudier basert på eldre forskning. Disse ble ekskludert. Søkehistorikk med aktuelle søkeord og antall treff vises i vedlagt Pico skjema (Vedlegg 1) og søkehistorikk skjema (Vedlegg 2).

3 SYKEPLEIETEORI

Det å se enkeltindividet, skape mellommenneskelige forhold og tillit, er vesentlig for å hjelpe pasienter med smerte. Vi har derfor valgt å bygge vår oppgave rundt Joyce Travelbee's sykepleieteori.

Joyce Travelbee (1926-1973) er en sykepleieteoretiker av nyere tid som er sentral for sykepleiere og sykepleierstudenter. Hennes sykepleieteori går ut på å se mennesket som enkelt individ, og at hvert menneske er unikt. Hun hadde også en mellommenneskelig måte å se forholdet mellom pasient og pleier på som er viktig for å skape gode relasjoner.

Mellommenneskelige forhold skapes gjennom god kommunikasjon med pasienten, man lærer hverandre å kjenne og skaper tillit. Denne tilliten mellom pasient og pleier er viktig for at sykepleieren skal kunne ivareta pasientens behov for lindring og pleie. I møte med smertepåvirkede mennesker er den gode relasjonen ekstra viktig for at pasienten skal føle seg sett og hørt i sin opplevelse av smerte (Travelbee, 2011).

Joyce Travelbee (2011) definerer sykepleie som: *«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»* (s. 29).

Hovedtesen til Travelbee (2011) går ut på at man som sykepleier skal hjelpe den syke til å utholde og mestre. Som sykepleier kan man gjøre dette gjennom å lindre smerte, og forberede pasienten på smerten, slik at han enklere kan mestre den da den oppstår.

Travelbee (2011) sier at det er en overveldende oppgave å skulle «hjelpet et menneske med å finne mening i smerte» (s. 254), men at støttetiltak som oppmuntring og informasjon har betydning for pasientens evne til å takle smerten. Mange pasienter er preget av angst før kirurgiske inngrep. En angst som ofte grunner i frykt for smerte og ubehag. Sykepleierens rolle vil være å gi pasienten den informasjonen han har krav på, vise interesse og skape trygghet for at pasienten skal føle mest mulig velvære. Hun nevner også viktigheten av tverrfaglig samarbeid som viktig for å tilfredsstille flest mulig av pasientens behov (Travelbee, 2011).

Det å gjennomgå et kirurgisk inngrep er en individuell opplevelse, og pasienter kan ofte føle angst og frykt. Travelbee (2011) skriver at det som er felles for disse pasientene er behovet for informasjon og behovet for sikkerhet. Ved å få pre-operativ informasjon får pasienten

kunnskap og blir forberedt på hva som skal skje. Eventuelle misoppfatninger pasienten har om inngrepet og situasjonen blir avklart. Dette dekker noe av behovet for sikkerhet da det er ensbetydende med trygghet. Det er viktig å huske på at kunnskap alene ikke gjør at pasienten blir kvitt all angst og frykt. Sykepleierens oppgave er å ivareta pasientens behov for informasjon og sikkerhet, samt gi god omsorg basert på faglig kunnskap gjennom hele forløpet.

Travelbee (2011) sier om smertens problem: «smerte er menneskelige erfaringer som alle før eller senere vi møte i livet. Smerte er et problem for den som utsettes for denne erfaringen, for legen som prøver å lindre smerten og for sykepleieren som arbeider med syke og lidende mennesker» (s. 112).

4 POSTOPERATIV SMERTE

For at sykepleiere skal ha forståelse av pasientens opplevelse av smerte må de ha kunnskaper om smerte, hvordan de oppstår, hva de forårsakes av og hvordan de lindres på best mulig måte (Dihle et al. 2006a).

Smerte er en ubehagelig opplevelse som oppstår etter kirurgiske inngrep eller skader. Ubehandlet smerte skaper negative konsekvenser for pasienten, og stiller derfor store krav til sykepleiere og annet helsepersonell i form av behandling og oppfølging (Rustøen & Stubhaug, 2010).

Smerte defineres av The International Association for the Study of Pain (IASP) som: «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som en slik skade» (referert i Rustøen & Stubhaug, 2010, s. 138). Denne definisjonen finner vi igjen i flere faktabøker om smerte (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2011; Holm & Kummeneje, 2009). Definisjonen viser at smerte omfatter både selve vevsskaden og pasientens emosjonelle opplevelse av situasjonen. Smerteopplevelsen er også individuell og subjektiv (Rustøen & Stubhaug, 2010).

Den individuelle smerteopplevelsen defineres av Merskey og Bogduk (1994) som: «en individuell opplevelse og er under innflytelse av flere faktorer, for eksempel tidligere erfaringer, alder, angst, kultur, sykdom og prognose. Den eneste riktige indikator for eksistensen og intensiteten av smerten er pasientens egen opplevelse av smerten» (sitert i Holm & Kummeneje, 2009, s. 68). Dette innebærer at sykepleierne må fokusere på pasientens individuelle opplevelse av smerte, og at smerten må anses som eksisterende når pasienten gir uttrykk for den (Rustøen & Stubhaug, 2010). Sykepleierens ansvar i forhold til postoperative smerter består i vurdering, evaluering og dokumentasjon (Holm & Kummeneje, 2009).

Postoperative smerter defineres som: «Akutt smerte forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgi» (Holm & Kummeneje, 2009, s 68). Disse smertene kommer hovedsakelig inn under gruppen nociseptiske smerter (Slørdal & Rygnestad, 2008). Vevsskade kan også forårsake nevropatiske smerter dersom nrefibre eller nervebaner er direkte påvirket av skaden (Holm & Kummeneje, 2009).

Kirurgiske inngrep vil føre til nociseptiske smerter på grunn av vevsskade. Smerten oppstår når smertereseptorer i perifert vev stimuleres. Nociseptiske smerter lindres både perifert og sentralt av ulike former for analgetika (Slørdal & Rygnestad, 2008).

Postoperative smerter består hovedsakelig av grunnsmerter og gjennombruddssmerter. Grunnsmertene er en følge av selve vevs- og nerveskaden som er oppstått etter for eksempel et kirurgisk inngrep. Denne smerten er konstant. Gjennombruddssmerter derimot oppstår ved mobilisering, bevegelse, hoste og lignende, og er variabel i styrke. I disse situasjonene vil pasienten derfor kunne trenge smertestillende medikamenter ut over standard forordningen (Wøien & Strand, 2008). Dihle et al. (2006a) viser til at det er forskjeller mellom hva sykepleierne mener de gir av smertelindrende medikamenter postoperativt og hva pasienten faktisk får. Den postoperative smertebehandlingen ble bedre når sykepleierne ble bevisste denne problemstillingen.

De akutte postoperative smertene etter kirurgiske inngrep er vanligvis sterkest de første 48 timene (Kaasa, 2008). Smertene avtar gradvis og varer vanligvis opp mot syv dager. Sykepleieren må derfor vurdere smerten daglig og tilpasse smertebehandlingen ut i fra dette (Holm & Kummeneje, 2009). Pasientenes opplevelse av smertene er individuell, og oppleves ulikt selv om inngrepet er det samme. Hvordan pasientene reagerer på smertebehandlingen som gis er også individuell. Sykepleierne trenger derfor mye kunnskaper på dette området for at smertebehandlingen skal bli så god som mulig (Kaasa, 2008).

Forskning vi har funnet tyder på at kunnskapene til sykepleiere og leger i forhold til postoperativ smerter og smertebehandling er for dårlig, og at mange pasienter opplever sterke postoperative smerter de første døgnene etter kirurgiske inngrep (Fredheim et al., 2011).

5 SYKEPLEIEKUNNSKAPER VED POSTOPERATIV SMERTEBEHANDLING

Sykepleiere må ha kunnskap om og ta hensyn til flere faktorer som påvirker pasientens postoperative smerte og behandlingen av denne. De viktigste faktorene vil være kirurgisk stressrespons, psykiske faktorer og kvalme (Holm & Kummeneje, 2009). Sykepleiere må også kjenne til smertetrappen og de vanligste medikamenten i denne (Lunn, Mathiesen, & Dahl, 2013).

Pasientgruppen som får operert inn protese i hofte eller kne er ofte i aldersgruppen eldre. Eldre defineres som personer over 65 år (Torvik & Bjøro, 2008). Sykepleierne må ha kunnskap om utfordringene høy alder fører med seg. Eldre har generelt større fare for utvikling av komplikasjoner enn yngre. Dette uavhengig av om de har underliggende sykdommer eller ikke. Kunnskaper om fysiologiske forandringer hos eldre er også viktig å kjenne til. Disse har innvirkning på hvordan pasienten takler den kirurgiske stressresponsen, og påvirker hele det kirurgiske forløpet. Det er stor individuell forskjell i aldersfysiologiske forandringer og det er disse forandringene som må legges til grunn for behandlingen, framfor pasientens alder. De vanlige stressfaktorene som oppstår blant alle pasienter, kan gi utslag på andre måter hos eldre, og føre til for eksempel forvirring. Forvirring kan også oppstå av for eksempel infeksjon, dehydrering, medikamenter eller det å komme i ukjente omgivelser. Pasientene har ofte hjelpemidler som briller og høreapparat som sykepleier må sørge for at er tilgjengelig for pasienten (Holm & Kummeneje, 2009).

5.1 KIRURGISK STRESSRESPONS OG PSYKISKE STRESSFAKTORER

Et kirurgisk inngrep er et traume for pasienten og fører til store påkjenninger som medfører psykisk og fysisk stress. Disse påkjenningene omtales som kirurgisk stressrespons og har betydning for det postoperative forløpet. Pasientens evne til å takle stress vil også være avgjørende (Kaasa, 2008). Kirurgisk stressrespons påvirker pre- og postoperativ forløp og gir pasienten belastninger og komplikasjoner i form av økt belastning på hjertet, nedsatt lungefunksjon og tarmfunksjon. Den gir forstyrrelse i væskebalansen, øker katabolismen, skaper koagulasjonsforstyrrelser, kan gi pasienten kvalme og oppkast, smerter og utmattelse, samt forstyrrelser i søvnmønsteret. Alle disse faktorene virker stressende på pasienten.

Dersom stressfaktorene rundt kirurgiske inngrep kan reduseres vil det ha god effekt på pasientens rehabilitering og lengde på sykehusopphold (Berntzen, et al., 2011a).

Kirurgisk stressrespons inndeles etter lokal respons i form av inflammatorisk reaksjon ved selve operasjonssåret, og generell respons som går på endokrine og metabolske forandringer i organene. Alle disse endringene har fysiologiske konsekvenser for pasienten og påvirker det postoperative forløpet (Gögenur & Rosenberg, 2013).

Lokal respons i form av inflammatorisk reaksjon oppstår på grunn av skade i selve vevet og etter overskjæring av nerver eller trykk på disse. Denne inflammatoriske reaksjonen har betydning for både sår tilhelningen, motstanden mot sårinfeksjoner og pasientens smertefølsomhet i operasjonsområdet. Varigheten av denne formen for kirurgisk stressrespons har sammenheng med hvilket kirurgisk inngrep som gjøres og omfanget av dette. Ortopediske inngrep er store inngrep som vil medføre kraftig og langvarig stressrespons og som derfor vil ha stor betydning for pasientens opplevelse av postoperativ smerte (Gögenur & Rosenberg, 2013).

Den generelle responsen går ut på fysiologiske endringer i puls, blodtrykk, nivå av blodglukose, økt oksygen- og energi behov på grunn av økt metabolisme, økt koagulasjonsevne og endringer i natriumnivå og væskebalanse. Disse faktorene kan bidra til postoperative komplikasjoner som påvirker det postoperative forløpet og pasientens opplevelse av smerte (Gögenur & Rosenberg, 2013).

Riktig og god postoperativ smertebehandling har betydningen for den kirurgiske stressresponsen og påvirker dermed rekonvalesenstiden og antall liggedøgn for pasientene. For å begrense den kirurgiske stressresponsen best mulig bør sykepleiere tilstrebe og optimere smertebehandlingen (Gögenur & Rosenberg, 2013). Kirurgisk stressrespons reduseres også ved god pre-operativ informasjon til pasienten som forbereder han til det planlagte inngrepet. Akselererte behandlingsforløp bidrar også til mindre stressrespons hos pasienten (Berntzen, et al., 2011a).

Andre faktorer som påvirker den kirurgiske stressresponsen vil være hvordan det postoperative forløpet utarter seg. Tidlig inntak av ernæring, tidlig mobilisering, begrenset bruk av kateter, dren og sonder har stor betydning og reduserer stressresponsen. Også her vil god smertebehandling være avgjørende (Sjøveian & Leegaard, 2012).

I tillegg til den kirurgiske stressresponsen i form av lokal og generell respons vil alle pasienter som skal inn til kirurgiske inngrep i større eller mindre grad oppleve engstelse og stress i

forhold til inngrepet som skal utføres. Denne opplevelsen er individuell, men jo sterkere intensiteten av angstfølelsen er jo mere vil den virke inn på smertefølelsen. Mange pasienter reagerer på alt det nye og ukjente som foregår på sykehus. Det er mange forberedelser og mye uro som kan virke stressende, angstfylt, forvirrende og i tillegg påvirke søvnmønsteret. Pasienten vil kunne føle seg maktesløs og eller hjelpeløs. Sykepleiere må kjenne til at dette er faktorer som vil påvirke pasienten gjennom hele forløpet og som påvirker smerteopplevelsen postoperativt (Wall, 2003).

Pasienter med mye frykt og angst for det kirurgiske inngrepet og selve sykehusoppholdet har en sterkere opplevelse av den postoperative smerten. Disse pasientene frykter smerten og overdriver gjerne hvor vondt det vil gjøre i forkant. Dette påvirker deres evne og motivasjon til blant annet mobilisering, da de på forhånd frykter smertene og dermed ikke ønsker å gjennomføre mobiliseringsøvelser. Som sykepleiere må vi ha kunnskaper om hvordan dette påvirker pasientens selvfølelse, mestringsfølelse og at det kan føre til depresjon. Pasienter som opplever denne formen for angst knyttet til kirurgiske inngrep, føler at smerten er noe negativ og at det ikke er noen muligheter for bedring av situasjonene. De føler seg hjelpeløse (Valeberg & Wahl, 2008).

Kulturelle forhold har betydning for pasientens psykiske stressreaksjon pre- og postoperativt. Ulike kulturer har forskjellige måter å forstå sykdom, lidelse og behandling. De uttrykker også smerte og angst på forskjellige måter. Dette er aspekter sykepleiere må ha med seg i møte med pasienter fra andre kulturer (Kaasa, 2008). Pasientens tidligere erfaringer i form av opplevelser rundt smerte vil også ha betydning for de psykiske stressreaksjonene før kirurgiske inngrep (Berntzen, et al., 2011a).

Fredheim et al. (2011) viser til at pre-operativ informasjon er viktig for å redusere pasientens opplevelse av angst, frykt og hjelpeløshet. Det refereres til at det er av stor betydning for pasientens opplevelse av det postoperative forløpet både med tanke på smerter, men også pasientenes generelle velbefinnende under sykehusopphold.

5.2 POSTOPERATIV KVALME

Postoperativ kvalme er en kjent bivirkning etter kirurgiske inngrep (Slørdal & Rygnestad, 2007). Smerte er ofte en utløsende faktor for kvalme samtidig som smertestillende medikamenter med opioider kan være en direkte årsak til kvalmefølelsen, da opioider har kvalme som bivirkning. Kvalme i seg selv kan gi en forsterket følelse av ubehag og dermed påvirke smerteopplevelsen (Holm & Kummeneje, 2009). Selv om smerter og bruk av opioider ofte er årsaken til kvalme postoperativt, må man som sykepleier utelukke andre årsaker før man iverksetter tiltak mot kvalmen. Hypoksi, hypotensjon, dehydrering, hypoglykemi, angst, full blære, obstipasjon eller andre faktorer kan være mulige årsaker til kvalme. Behandling av kvalme skal alltid rettes mot årsaken til kvalmen først, og fjerne eller redusere denne (Schølberg, 2008). Dersom kvalmen er utløst av smerter eller bruk av smertestillende medikamenter med opioider, må behandlingen vurderes og tilrettelegges for den enkelte pasienten for best mulig lindring av både kvalme og smerte (Holm & Kummeneje, 2009). I noen tilfeller er kvalmen så intens at pasienten ikke registrerer smertefølelsen. De kan i slike tilfeller bli kvitt kvalmen ved god smertebehandling. Kvalme kan også forebygges dersom smertestillende gis før smertene blir intense. Sykepleiere vil her ha en viktig funksjon i form av observering og kartlegging av pasientens smerte. Forebygging av kvalme starter ofte preoperativt da man ser at dette kan ha betydning for det postoperative forløpet. Dersom pasienten opplever kvalme på grunn av smertebehandlingen er det viktig å tilby legemidler som demper kvalmefølelsen (Berntzen et al., 2011b).

Kvalme har betydning for pasientens postoperative forløp både med tanke på mobilisering og ernæringstilførsel. Pasienten kan ved vedvarende kvalme bli utslått av energimangel og få væske og elektrolyttforstyrrelser dersom næringsinntaket påvirkes. Det er derfor av avgjørende betydning for pasienten at kvalme forebygges og reduseres (Schølberg, 2008). Forebygging eller lindring av kvalme er derfor like viktig for pasientens velbefinnende som god smertebehandling og er en viktig postoperativ sykepleieoppgave (Nesse, 2011).

5.3 SMERTETRAPP

All medikamentell postoperativ smertebehandling bør ta utgangspunkt i smertetrappen (Lunn et al., 2013). Smertetrappen inndeles etter intensiteten på smerten og styrken på de smertestillende medikamentene øker i takt med trinnene (Slørdal & Rygnestad, 2008).



FIGUR 1: Smertens intensitet øker i takt med trinnene (Slørdal & Rygnestad, 2008).

Trinn 1 i smertetrappen består av paracetamol eller NSAID's produkter. På andre trinn kombineres Paracetamol eller NSAID's med et svakt opiat, vanligvis Kodein eller Tramadol, mens man på siste trinn kombinerer med et sterkere opiat, morfin eller en form for morfinpreparat (Slørdal & Rygnestad, 2008).

Smertebehandling med utgangspunkt i smertetrappen bør inneholde basisbehandling med faste intervaller av medikamenter fra trinn 1 som suppleres med medikamenter fra trinn 2 og 3 ved økt smerteintensitet. Smertebehandlingen må i tillegg til basisbehandlingen tilpasses hver enkelt pasient og dens behov da smerteopplevelsen er individuell (Lunn et al., 2013).

6 SYKEPLEIEOPPGAVER VED POSTOPERATIV SMERTEBEHANDLING

Tverrfaglig samarbeid er viktig for å oppnå optimal smertebehandling. Sykepleier må systematisk kartlegge pasientens smerteopplevelse, intensitet og i tillegg vurdere og evaluere behandling (Wøien & Strand).

Pasienten skal ha en sentral rolle i behandlingen og må få delt sine meninger og tidligere erfaringer med smerter og smertebehandling. Det er sykepleierens og legens ansvar å opprette en god relasjon til pasienten. Gjensidig tillit mellom sykepleier, lege og pasienten er viktig for å oppnå optimal smertebehandling (Berntzen et al., 2011b).

En individuelt tilpasset smertebehandling vil være nødvendig for alle pasienter som får utført et kirurgisk inngrep. Fordelen med elektive pasienter er at man er klar over smerten som kommer og dermed kan forebygge den (Wøien & Strand). Til tross for dette viser forskning at pasientenes postoperative smerte ofte er underbehandlet de første døgn. Pasientene rapporterte om høy smerteintensitet, men fikk lavere doser smertestillende medikamenter enn de hadde behov for (Dilhe et al., 2006b).

Målet for den postoperative smertebehandlingen er å lindre smerte, redusere lidelse, ubehag, angst og komplikasjoner (Holm & Kummeneje, 2009). Pasienten bør ha minimalt med bivirkninger av smertebehandlingen og være mobil, noe som bidrar til rask restitusjon (Lunn et al., 2013). Det er også viktig at smertebehandlingen er tilfredsstillende slik at pasienten får tilstrekkelig søvn og hvile (Bernzen, et al., 2011a). Sykepleieren må ha oppdatert fagkunnskap om smertefysiologi, ulike typer smerte, forskjellige medikamenter og virkning og bivirkning av disse (Wøien & Strand, 2008).

All smertebehandling bør være forebyggende. For at pasienten ikke skal starte den postoperative fasen med sterke smerter starter smertebehandlingen allerede pre-operativt. Det blir også gitt smertelindrende medikamenter mot slutten av inngrepet (Bernzen, et al., 2011a). I den postoperative smertebehandlingen benyttes WHO's smertetrapp som et utgangspunkt. Basis medikamentene som har blitt ordinert og danner grunnlaget i behandlingen gis til faste tider. Hvis en pasient får sterkere smerter er det da enklere å lindre disse (Holm & Kummeneje, 2009).

I tilfeller hvor den medikamentelle behandlingen ikke er tilfredsstillende, kan man ved hjelp av anestesipersonell ta i bruk andre metoder i form av perifere nerveblokader og epidural kateter. Ved blokader brukes det lokalanestesi som bedøver den aktuelle nerven (Lunn et al.,

2013). Epiduralkateter brukes for å sette smertelindrende medikamenter direkte inn i epiduralrommet, når det forventes sterke smerter per- og postoperativt (Holm & Kummeneje, 2009). Det er ved begge metodene mulig å sette inn kateter slik at man kan gi dette kontinuerlig (Lunn et al., 2013). I praksis har vi også opplevd at det ble lagt inn kateter i operasjonsområdet, der det ble gitt lokalanalgetika til faste tider.

6.1 SYKEPLEIEOBSERVASJONER OG DOKUMENTASJON

Studien til Fredheim et al. (2011) viser at dokumentasjon av postoperativ smerte er mangelfull og kun ble systematisk dokumentert i 22 % av pasientjournalene.

Dokumentasjon er avgjørende for å ivareta pasientens sikkerhet og sikre kvalitet og kontinuitet på pleien som gis. Sykepleiere har i følge helsepersonelloven (1999) dokumentasjonsplikt. Dokumentasjon gjøres ut fra de observasjoner sykepleieren har gjort og bidrar til å kvalitetssikre arbeidet. God sykepleiedokumentasjon synliggjør de faglige vurderingene og er et godt hjelpemiddel til å formidle opplysninger i det tverrfaglige samarbeidet. Dokumentasjonen sykepleiere gjør er et juridisk dokument og kan for eksempel brukes som bevis i rettssaker. Det er derfor viktig at dokumentasjonen som føres er nøyaktig, at det dokumenteres tilstrekkelig og at dokumentasjonen gjøres kontinuerlig (Heggdal, 2012).

Pasientens opplevelse av smerte er individuell selv om de har gjennomgått samme inngrep, uttrykker og tolererer de smerte forskjellig. Den individuelle smerteopplevelsen bør legges til grunn for behandlingen (Berntzen et al., 2011b). I smertebehandlingen må sykepleieren observere og dokumentere pasientens behov for smertelindrende medikamenter samt effekten av behandlingen som blir gitt (Wøien & Strand, 2008). For å kunne gjøre de rette observasjoner er det viktig at sykepleier har fagkunnskap. Sykepleier vil da ha forutsetningene til å gjenkjenne de symptomer kroppen gir ved sterke smerter (Berntzen et al., 2011b). Sykepleier må observere pasientens vitale parameter å se etter infeksjonstegn. Det er også viktig å observere pasientens psykiske tilstand, om han får nok søvn og om magen har kommet i gang. (Wøien & Strand, 2008). Det er viktig at alle observasjoner dokumenteres nøye, tilstrekkelig og kontinuerlig, for å ivareta pasientens sikkerhet, sikre kontinuitet og kvalitet på pleien (Heggdal, 2012).

For at optimal smertebehandling skal oppnås må behandlingen evalueres kontinuerlig. Hvis den ikke er tilfredsstillende må eventuelt nye tiltak settes i gang. Det er viktig at evalueringen

også dokumenteres i pasientens journal (Berntzen et al., 2011b). Denne informasjonen kan med fordel være lett tilgjengelig på lik linje med vitale parameter (Lunn et al., 2013). Viktigheten av å strukturere arbeidet med den post-operative smertebehandlingen og dokumentasjon av dette belyses av Fredheim et al. (2011).

6.2 SMERTEKARTLEGGING OG SMERTEKARTLEGGINGSVERKTØY

For at pasientene skal få individuell og optimal postoperativ smertebehandling er det viktig at sykepleier kartlegger pasientens opplevelse av smerte. I tillegg til pasientens opplevde smerteintensitet bør vitale parameter og andre objektive tegn som ansiktsuttrykk, hudfarge, og psykiske tilstand registreres (Berntzen et al. 2011b).

Arbeidet bør settes i system. Dette kan gjøres ved å benytte smertekartleggingsverktøy som hjelpemiddel og dokumentere av pasientens smerteopplevelse både i hvile og aktivitet (Østensvik, 2008). Det er også viktig at smertens intensitet før og etter behandling kartlegges og dokumenteres (Kaasa, 2008). Denne informasjonen kan med fordel dokumenteres i pasientens journal, og da være lett tilgjengelig på lik linje med vitale parameter (Lunn et al., 2013).

Dilhe et al. (2006a) trekker frem sykepleiernes betydningsfulle rolle i smertebehandlingen og viktigheten av at sykepleierne inntar en aktiv tilnærming i forhold til pasientenes smerteopplevelse. Ved å kommunisere med pasienten på en åpen, direkte måte og ved hjelp av smertekartleggingsverktøy, vil man kunne bedre smertebehandlingen og pasienten vil føle seg godt ivaretatt.

I avdelingen på praksisstedet erfarte vi at det alltid ble foretatt en grundig kartlegging av pasienten ved innleggelse. Ved kartlegging er det viktig å innhente informasjon om pasientens tidligere erfaringer med smerte og smertebehandling (Wøien & Strand, 2008).

Når sykepleieren skal kartlegge pasientens smerteopplevelse er smertekartleggingsverktøy et nyttig hjelpemiddel. Det finnes mange ulike smertekartleggingsverktøy og en av de mest brukte er VAS (Torvik et al., 2008). VAS er en forkortelse for Visuel Analog Scale og er et enkelt hjelpemiddel som brukes for å gradere smerteintensiteten (Berntzen et al., 2011b). Skalaen er inndelt fra 0 til 10, der man anser en VAS score mellom 0 og 3 til å være lav smerte og at den ikke skal overstige dette i hvile. I aktivitet bør pasientene ikke ha en smerteintensitet på mer enn 4 til 6 som anses som moderat smerte (Østensvik, 2008).

Smertekartleggingsverktøyet VAS er et nødvendig hjelpemiddel i ortopedisk avdeling. Det er flere fordeler ved å bruke dette aktivt. Pasientens smerteopplevelse blir satt i system, man kan enkelt evaluere, dokumentere behandlingen og effekten av denne. Det blir også enklere å rapportere dette til legen og behandlingen kan lettere evalueres og eventuelt endres (Berntzen et al., 2011b).

I forskningsartikkelen til Sjøveian og Leegaard (2012) refereres det til at sykepleiernes erfaring var at pasientenes kunnskaper om bruk av smertekartleggingsverktøy var varierende. Fredheim et al, (2011) viser til at kun halvparten av pasientene ble spurt om å angi smerte på en skala fra 0 til 10. Ved at arbeidet med smertekartlegging ikke blir strukturert med grundig pre- og postoperativ informasjon og dokumentasjon, er det en risiko for at pasienter med sterke smerter blir oversett.

Det er viktig at sykepleier er kritisk til bruk av VAS og forsikrer seg om at pasienten har forstått bruken av den. Det kan være vanskelig å uttrykke smerte på denne måten. Når pasienter uttrykker en VAS opptil 8, og samtidig virker helt upåvirket bør sykepleier samtale med pasienten for å avklare om det kan være noen misforståelser i forhold til bruken av kartleggingsverktøy (Sjøveian & Leegaard, 2012).

7 SYKEPLEIE I ET AKSELERERT BEHANDLINGSFORLØP

Akselerert behandlingsforløp betegnes som Fast-track prinsippet (Holm & Kummeneje, 2009). Denne typen kirurgi brukes ved hofte- og kneprotesekirurgi og betegnes også som Joint Care. Det legges vekt på effektivitet og kvalitet i et nært tverrfaglig samarbeid (Sjøveian & Leegaard, 2012).

Et akselerert behandlingsforløp kan man si er kunnskapsbaserte rutiner satt i system. Dette innebærer å gi rutinemessig systematisk pre-operativ informasjon, at pasientene får optimal smertebehandling, brukermidvirkning, redusert kirurgiske stressrespons, tidlig mobilisering og ernæring. Det er en forutsetning med et tett tverrfaglig samarbeid mellom kirurg, anestesipersonell, fysioterapeut og sykepleier (Holm & Kummeneje, 2009)).

Pre-operativ informasjon og -ernæring i det akselererte behandlingsforløpet minsker den kirurgiske stressrespons. Tidlig mobilisering forebygger komplikasjoner og forhindrer at pasienten utsettes for unødig ubehag. Kroppens naturlige funksjoner vil raskere normaliseres og pasienten vil få en kortere rehabilitering (Holm & Kummeneje, 2009). Sjøveian og Leegaard (2012) viser til at det også gir økonomiske besparelser på grunn av færre liggedøgn.

7.1 BRUKERMEDVIRKNING

Det bør legges til rette for at pasienten skal kunne delta i sin egen behandling ved å bidra med egne erfaringer og meninger. Pasienten vil dermed føle seg ivaretatt, føle trygghet og mestring i situasjonen. For å oppnå en optimal smertebehandling er det viktig, at pasienten har tillit til lege, sykepleier og motsatt (Berntzen et al., 2011b). Pasientenes rett til medvirkning står skrevet i pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999). Dette inkluderer brukermidvirkning som beskrives som en prosess der man drar nytte av pasientens ressurser, og der han er aktivt med i sin egen behandling (Heggdal, 2012). Dette er en viktig del av det akselererte behandlingsforløpet (Sjøveian & Leegaard, 2012).

Som sykepleier skal man arbeide kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis består av sykepleierens tilegnede erfaringsbaserte og forskningsbaserte kunnskap sammen med brukerkunnskap og brukermidvirkning. Det å inkludere pasienten i egen behandling er spesielt viktig med tanke på at pasientene i dagens informasjonssamfunn ofte innhenter kunnskap om situasjonen de befinner seg i (Mikkelsen & Hage, 2011)

En forutsetning for brukermedvirkning er at sykepleier legger til rette for, og tillater at pasientens ressurser og danner grunnlaget for gjennomføring av behandlingen (Heggdal, 2012).

Ved postoperativ smertebehandling i det akselererte behandlingsforløpet er det en forutsetning at sykepleier gjennom pre-operativ informasjon formidler kunnskap til pasienten. For å ivareta pasientens autonomi, som er pasientens rett til selvbestemmelse, må sykepleier gi informasjon som er individuelt tilpasset (Sjøveian & Leegaard, 2012). I pasient og brukerrettighetsloven (1999) står det at brukermedvirkningen og informasjon må tilpasses hver enkelt pasient.

Det viser seg at pasienten deltar mere aktivt i behandlingsforløpet etter pre-operativ informasjon fra tverrfaglig team. (Berntzen, et al., 2011a).

7.2 TVERRFAGLIG SAMARBEID

Tverrfaglig arbeid er en del av det akselererte behandlingsforløpet. Sykepleier har stor betydning i det tverrfaglige teamet, da det er hun som er tettest på pasienten og fungerer som pasientens talsmann. Selv om det er lege som ordinerer de smertelindrende medikamentene så er dette ofte på grunnlag av de observasjoner og den informasjonen som sykepleier formidler. Det er sykepleierens ansvar å kartlegge smerte, behov for smertelindring, administrering av medikamentene innenfor det legen har ordinert, og dokumentere effekt av disse (Wøien & Strand, 2008).

En studie gjort av Sjøveian og Leegaard (2012) viser at pasienter som har gjennomgått kne- og hofteprotesekirurgi i et akselerert behandlingsforløp rapporterer om sterke smerter spesielt andre postoperative dag. For å oppnå optimal smertebehandling legges det vekt på betydningen av et tett tverrfaglig samarbeid mellom kirurg, anestesipersonell, fysioterapeuter og sykepleiere.

I løpet av innleggelsesperioden er det mange forskjellige fagpersoner som er involvert i behandlingen. Det er derfor viktig med et tett tverrfaglig samarbeid med grundig muntlig kommunikasjon og skriftlig dokumentasjon. Dette slik at alle involverte parter til enhver tid har oppdatert informasjon om pasienten (Wøien & Strand, 2008).

Viktigheten av et tett tverrfaglig samarbeid belyses også i studien til Sjøveian og Leegaard

(2012). Fysioterapeuter rapporterte om at de ofte måtte avbryte trening på grunn av at pasienten hadde sterke smerter under trening. Sykepleiere på sin side trakk frem at de ikke fikk forebygget smerte før mobilisering, da de ikke viste tidspunktet for når treningen skulle foregå.

7.3 PASIENT SKOLE OG ANNEN SYSTEMATISK PRE-OPERATIV INFORMASJON

Som pasient har man et stort behov for å få informasjon som kan gi kunnskap om forberedelser, selve inngrepet og hvilken risiko det er for komplikasjoner og bivirkninger (Berntzen et al., 2011a).

Retten til å få informasjon er lovfestet i pasient og brukerrettighetsloven (1999). I § 3-2 står det: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger». Det er en viktig sykepleieoppgave å formidle tilpasset informasjon som gir pasienten kunnskap (Eide & Eide, 2011). Helsepersonelloven (1999) tar for seg helsepersonells plikt til å gi informasjon til de som har krav på det.

Sykepleiere som deltok i undersøkelsen til Dilhe et al. (2006a) gav uttrykk for at de rutinemessig gav pre-operativ informasjon til pasientene, men observasjoner som ble gjort viste at informasjonen ofte var mangelfull eller ble glemt. Det var ingen av sykepleierne i studien som informerte pasientene om postoperativ smerte og smertebehandling hvis ikke pasienten etterspurte det.

Det er som regel smerte pasientene frykter mest i forbindelse med et kirurgisk inngrep. Ved å bli forberedt med systematisk informasjon vil pasienten være i stand til å mestre smerten på en bedre måte (Holm & Kummeneje, 2009). Det er viktig å informere pasienten om hvilken smertebehandling de vil få, og hvordan de skal forholde seg til denne. De må få informasjon om bruk av smertekartleggingsverktøy, hva som er akseptabel smerteintensitet, viktigheten av å be om ekstra smertestillende ved behov, og av å ta smertestillende medikamenter før smertene blir for sterke (Berntzen et al., 2011b).

Til elektive pasienter i ortopedisk avdeling er det mulig å få gitt informasjon i forkant av inngrepet. Det er en fordel at informasjon blir gitt i god tid før den planlagte innleggelsen. Ved at informasjonen repeteres ved innleggelse har det vist seg at den gir best effekt (Holm &

Kummeneje 2009). Pasientene får pre-operativ informasjon på flere måter. For eksempel muntlig gjennomgang av behandlingsforløpet fra sykepleier da de møter til pre-operativ undersøkelse noen uker før innleggelsen. Det sendes også ut brosjyre med informasjon sammen med tidspunkt for innleggelsen (Kearney et al., 2011). Nettbasert informasjon er også mye brukt, ofte via sykehusets nettside. Det er viktig å huske på at pasienter med funksjonshemminger, for eksempel blinde også har rett på den samme tilrettelagte informasjonen (Holm & Kummeneje 2009). Sykepleieren må være forberedt på eventuelle spørsmål pasienten måtte ha om tidligere gitt informasjon. Dette krever at sykepleier kjenner til informasjonen som er gitt fra andre involverte parter og hva som står i de ulike informasjonsskriv (Berntzen et al., 2011a).

Ved å formidle kunnskap til pasientene via pre-operativ informasjon reduseres pasientenes følelse av angst, utrygghet og maktesløshet (Holm & Kummeneje, 2009). I det akselererte behandlingsforløpet blir dette gjort ved å tilby pasientene undervisning i form av pasientskole (Kearney et al., 2011).

I praksis erfarte vi nytten av pre-operativ informasjon i form av pasientskole. Dette var et tilbud til alle elektive kne- og hofteprotesepasienter og deres pårørende.

Et tverrfaglig team ga informasjon om hvert sitt fagfelt. Kirurgen informerte om inngrepet, forberedelser, mulige komplikasjoner som kan oppstå etter inngrepet, og om risikofaktorer. Han tok for seg hvilke resultat pasienten kan forvente seg etter inngrepet, viktigheten av tidlig mobilisering og opptrening.

Anestesilegen tok seg av informasjon om hvordan pasienten blir ivaretatt under inngrepet, pre- og postoperativ smerte og smertebehandling. Han viste til viktigheten av å ta de faste smertelindrende medikamentene. Pasientene ble også informert om betydningen av å ta ekstra smertestillende ved behov for å dempe gjennombruddssmertene. Videre informerte fysioterapeut om opptrening, restriksjoner og bruk av hjelpemidler. Sykepleier fra avdelingen informerte om smertekartlegging og bruk av VAS skala samt diverse rutiner på avdelingen (Berntzen et al., 2011a).

I en amerikansk forskningsartikkel vi har funnet, ble det undersøkt effekten av å gi elektive kne- og hofteprotesepasienter pasientundervisning i form av pasientskole i forhold til annen type informasjon. Dette viste at pasientene som deltok på pasientskole følte seg bedre forberedt til operasjonen og til å håndtere smerten som de hadde fått informasjon om vil komme postoperativt (Kearney et al., 2011).

8 DRØFTING

I denne delen vil vi drøfte problemstillingen for oppgaven:

«Hvordan kan sykepleiere i ortopedisk avdeling bidra til å bedre postoperativ smertebehandling for elektive pasienter?»

Ved å trekke frem sentrale emner fra oppgaven, belyse disse ut fra valgt teori, forskning, sykepleierteori og egne erfaringer, vil vi komme fram til en konklusjon som gir oss svar på problemstillingen.

8.1 BETYDNINGEN AV SYKEPLEIERENS FAGKUNNSKAP FOR GOD POSTOPERATIV SMERTEBEHANDLING

Gjennom denne litteraturstudien har vi funnet forskning som viser til at den postoperative smertebehandlingen ikke er tilfredsstillende. Spesielt Dihle et al. (2006a) og Sjøveian og Leegaard (2012) trekker frem kunnskapsmangel blant sykepleiere og pasienter som en medvirkende årsak til dette. For å bedre smertebehandlingen må sykepleieren tilegne seg bedre kunnskaper på området, og aktivt gå inn for å informere pasienten om det postoperative forløpet. Det må også informeres om hva som kan forventes av smerter og betydningen av at pasientene får god nok smertebehandling.

Vi ser viktigheten av at sykepleiere trenger bedre kunnskaper om smerter, den postoperative smerten, smertefysiologi og faktorer som påvirker smerte. Først da sykepleieren har en grundig forståelse av dette vil hun ha et bedre utgangspunkt for å gi optimal smertebehandling, redusere faren for komplikasjoner og dermed bidra til kortere liggetid (Holm & Kummeneje, 2009). På den andre siden ser vi at manglende kunnskap og forståelse av hvordan postoperative smerter utarter seg og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasienten, påvirker pasientens postoperative forløp på en negativ måte. Dette kan innebære økt fare for postoperative komplikasjoner og en lengere sykehusinnleggelse. Pasienten vil dermed utsettes for belastende lidelser og samfunnet før unødige økonomiske utgifter. Dette belyses av Fredheim et al. (2011) som drar frem viktigheten av god postoperativ smertebehandling for å øke pasienten velbefinnende og redusere farene for komplikasjoner og dermed antall liggedøgn.

Sykepleieren må ha kunnskaper om hvordan psykiske stressfaktorer påvirker pasientens smerteopplevelse. Hvor sterkt påvirket pasienten blir av disse er individuelt. Pasienter med mye angst og frykt i forkant av operasjonen vil oppleve den postoperative smerten sterkere. Det vil derfor være av stor betydning for pasienten med god pre-operativ informasjon slik at det psykiske stresset minskes. Dette sammen med sykepleierens kunnskaper vil ha positiv innvirkning på den kirurgiske stressresponsen. Om sykepleieren derimot ikke tar pasientens engstelse og frykt på alvor samt gir god informasjon, kan dette forverre situasjonen ytterligere for pasienten. Sterk angst i forkant av kirurgiske inngrep kan medføre at pasienten blir deprimert, får lav selvfølelse og mestringsfølelse. Dette kan påvirke pasientens motivasjon negativt i opptreningen. Noe som kan føre til immobilisering og dermed øke faren for komplikasjoner (Valeberg & Wahl, 2008). Fredheim et al. (2011) hevder pre-operativ informasjon har stor betydning for å redusere pasientens angstopplevelse i forkant av operasjon og dermed bidra til et bedre postoperativt forløp. I løpet av vår praksis har vi flere ganger erfart at pasienter med mye angst trengte gjentagende repetisjon av informasjon for å bli trygge i situasjonene. Det er viktig at sykepleierne tar seg ekstra tid til disse pasientene slik at de beroliges mest mulig før inngrepet (Holm & Kummeneje, 2009).

Dagens akselererte behandlingsforløp innebærer kortere sykehusinnleggelser og stiller derfor store krav til god smertebehandling. Det akselererte behandlingsforløpet skal være preget av effektivitet og kvalitet. For å få gjennomført dette må smertebehandlingen være god. God smertebehandling bidrar til at den kirurgiske stressresponsen begrenses og tidlig mobilisering fremmes. Dette medfører redusert fare for komplikasjoner (Sjøveian & Leegaard, 2012). Underveis i sykepleier studiet har vi sett betydningen av å jobbe kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis vil si at man tar sykepleiefaglige avgjørelser ut ifra forskning, erfaring og brukerkunnskap (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholdt, & Reinart, 2011). Dette ser vi vil være av stor betydning i det akselererte behandlingsforløpet. Gjennom å innhente de nyeste kunnskapene fra forskning, knytte disse til egne erfaringer og pasientens tidligere opplevelser, vil sykepleieren bidra til å bedre behandlingen som gis. Dersom sykepleieren ikke holder seg faglig oppdatert vil det kunne ha uheldige effekter for pasienten i form av utdaterte behandlingsopplegg, i dette tilfelle i form av for dårlig smertebehandling (Sjøveian & Leegaard, 2012). Fredheim et al. (2011) mener at egne smerteteam vil kunne være et godt alternativ for å kunne gi bedre og oppdatert smertebehandling.

Formålet med å jobbe kunnskapsbasert kan ses på som en del av sykepleierens forebyggende funksjon, der målet er å redusere pasientens risiko for komplikasjoner eller helsesvikt. Sykepleieren har et faglig ansvar for å innhente kunnskaper om pasientens situasjon. Dette kan ses i sammenheng med sykepleiernes terapeutiske ansvar og omfatter forebyggende, behandlende, og lindrende funksjon, samt rehabilitering. Dette er grunnleggende funksjoner sykepleieren trenger for å kunne vurdere pasientsituasjonen og være i stand til å sette i verk tiltak ved behov. Når sykepleieren innehar gode og oppdaterte kunnskaper vil det øke kvaliteten på behandlingen som gis. De vil ha en bedre forståelse av pasientens smerteopplevelse og gjennom god dokumentasjon av sine observasjoner og tiltak, legge grunnlaget for videreføring av god pleie (Mikkelsen & Hage, 2011). På den andre siden ser vi at om sykepleieren mangler erfaring og kunnskap, og dermed ikke ser behovet for dokumentasjon, vil det kunne skape utrygghet hos pasienten. For det første ved at smertebehandlingen gjøres på forskjellige måter blant sykepleierne, men også ved at manglende kunnskap kan sette pasienten i direkte fare. Dette kan blant annet føre til at man ikke oppdager eventuelle komplikasjoner tidlig. Om observasjonene ikke dokumenteres, kan komplikasjoner utvikle seg og bli alvorlige for pasienten. Manglende dokumentasjon er i følge Fredheim et al. (2011) en viktig årsak til for dårlig postoperativ smertebehandling. Deres studie viste at det kun ble utført systematisk dokumentasjon hos 22 % av pasientene og at dette var en medvirkende årsak til at pasienten ble liggende med unødige smerter. Vi mener på bakgrunn av dette at god dokumentasjon er avgjørende for å kunne bedre den postoperative smertebehandlingen.

I helsevesenet og ved sykehusinnleggelse kommer pasienten i kontakt med mange profesjoner som alle tilstreber å gjøre det beste for pasienten. Joyce Travelbee (2011) undrer seg over hva som gjør sykepleieren unik i dette samspillet. Slik hun fremstiller det vil alle grupper av helsearbeidere være tilstede for pasienten, ha evner til å yte god pleie, observere og ta seg av pasientens behov, men at ingen yrkesgrupper alene klarer å tilfredsstille alle disse behovene. Hva er det da som gjør sykepleieren unik? I følge Travelbee (2011) har det sammenheng med at det er den profesjonelle sykepleierens utdanningsbakgrunn, ferdigheter og innsikt som har betydning for utøvelsen av pleien. De har en bredere utdanningsbakgrunn som gir dem en dypere og bedre innsikt, økt ferdighetsnivå og bedre evner til bedømmelse. Når forskningen til Dilhe et al. (2006a) og Sjøveian og Leegaard (2009) viser til at vi som sykepleiere innehar for dårlig kunnskaper for å yte god nok smertelindring setter det søkelyset på at sykepleiere bør tilstrebe seg å optimalisere sine kunnskaper for å yte bedre pleie. Ser man dette i

sammenheng med Travelbee's (2011) uttalelser vil det ha stor betydning for vår videre yrkesutøvelse og profesjon at kunnskapene bedres. Dette for faglig å kunne forsvare sykepleierens profesjonelle stilling. Slik vi ser det vil det derimot være negativt for sykepleierne som yrkesgruppe å vise for dårlig kunnskapsgrunnlag. Vi antar at pasientene vil miste tilliten til sykepleierne om de innehar for dårlig fagkunnskap.

I praksis opplevde vi at sykepleierne ble sett opp til av pasientene og at de hadde tiltro til at de hadde gode fagkunnskaper og visste best. Pasientene stolte på at det vi sa var riktig. Selv om andre yrkesgrupper kunne ha gode erfaringer og kunnskap på visse områder, forlangte noen pasienter sykepleiere til å få utført stell og pleie. Som studenter opplevde vi i noen tilfeller at pasientene hadde større tiltro til oss enn for eksempel hjelpepleiere med mange års erfaring. Dette er å sette det litt på spissen for vi har erfart at hjelpepleiere og andre yrkesgrupper sitter på mye god kunnskap og er til uvurderlig hjelp i avdelingen. Det har heller ikke direkte sammenheng med smertebehandlingen, men viser at pasienter har en stor tiltro til sykepleieren og at det derfor er viktig at vi har oppdaterte kunnskaper.

Med bakgrunn i disse erfaringene og funn fra forskning ser vi derfor stor betydning av at kunnskapene blant sykepleierne styrker den postoperative smertebehandlingen. Uten gode fagkunnskaper vil vi utsette pasienten for unødig lidelser og komplikasjoner.

8.2 PASIENTFOKUS OG SYKEPLEIERANSVAR

I dagens akselererte behandlingsforløp er det en forutsetning at pasientene får en optimal smertebehandling, slik at de kan mobiliseres kort tid etter inngrepet (Kaasa, 2008). Sykepleier har en viktig rolle i det tverrfaglige teamet og for gjennomføringen av det akselererte behandlingsforløpet. Dette innebærer blant annet pre-operativ informasjon og ernæring som med fordel gis for å forebygge kirurgisk stressrespons. Akselererte behandlingsforløp har fokus på optimal smertebehandling og tidlig mobilisering, slik at pasienten får færre liggedøgn i sykehus. Sammen med tett tverrfaglig samarbeid legges grunnlaget for en optimal smertebehandling for pasienten (Holm & Kummeneje, 2009). Konsekvensene av utilstrekkelig smertebehandling kan være at pasienten blir mindre mobil. Noe som kan føre til komplikasjoner som dyp venetrombose, pneumoni, lungeemboli eller obstipasjon. Smerter vil også påvirke pasientens evne til å utføre ADL-funksjonene. Pasienten vil da kunne føle seg hjelpeløs og det vil påvirke selvfølelsen (Lunn et al., 2013). Hvis pasienten har sterke smerter

kan rehabilitering forsinkes ettersom smertene gjør at pasienten ikke klarer å være i aktivitet. Pasienten kan også miste motivasjon til å følge det nødvendige opptreningsløpet (Østensvik, 2008). På den andre siden vil optimal smertebehandling bedre resultatet av operasjonen, pasientenes følelse av velvære økes og redusere sjansen for at det oppstår komplikasjoner. Videre vil det gi færre bivirkninger og minske risikoen for kroniske smerter (Wøien & Strand, 2008). Kroppens normale funksjoner blir raskere normalisert og de fysiologiske følgene som oppstår på grunn av skaden etter inngrepet reduseres (Kaasa, 2008).

Travelbee (2011) trekker frem at sterke smerter kan skape frykt hos pasienten og at smerte er vanskelig å formidle. Det er derfor ikke lett å få innsikt i hvordan smerten oppleves og sykepleier må anse den som eksisterende når pasienten uttrykker den. Om sykepleieren ikke oppfatter pasientens smerte som eksisterende og legger sine egne vurderinger og antagelser til grunn for smertekartleggingen kan dette føre til at pasienten ikke får tilstrekkelig smertebehandling.

For å få gjennomført et akselerert behandlingsforløp med optimal smertebehandling er brukermedvirkning en forutsetning. Det innebærer at sykepleier kartlegger pasientens ressurser og erfaringer, og legger disse til grunn for behandlingen (Sjøveian & Leegaard, 2012). Brukermedvirkning er en viktig del av kunnskapsbasert praksis. En fordel med dette er at pasienten ved å inkluderes i egen behandling vil føle mestring i situasjonen han er i (Mikkelsen & Hage, 2011). Det er nødvendig at sykepleier i tillegg til bred faglig kunnskap, har evne til å skape en god relasjon samt lytte til pasientens opplevelse av situasjonen (Holm & Kummeneje, 2009).

Om sykepleieren derimot unngår å inkludere pasienten, vil konsekvensen kunne bli at han vil føle tap av kontroll i situasjonen. Dette vil kunne påvirke utfallet av behandlingen negativt (Holm og Kummeneje 2009).

De fleste pasienter som legges inn i ortopedisk avdeling for å få utført et elektivt kirurgisk inngrep har et spenningsforhold til det de skal igjennom. Hvor mye avhenger av hvor forberedt pasienten er og hvilke opplevelser de har fra tidligere. Hvis pasienten ikke blir sett og forberedt til det som skal skje vil det kunne føre til at pasienten føler han mister kontrollen over situasjonen. Dette vil kunne gi større belastning i form av høyere stressnivå og dermed økt risiko for komplikasjoner (Berntzen, et al., 2011a).

I forskning gjort av Sjøveian og Leegaard (2012) ble det sett på pasientens rett til å delta i egen behandling. Det ble også sett på hvilke erfaringer sykepleier hadde med brukermedvirkning og om denne ble ivaretatt. De viste til at hvis pasienten ikke er deltagende

i egen behandlingen vil det kunne gi uheldige konsekvenser. Det kan være at smertebehandlingen ikke blir tilfredsstillende noe som kan føre til at pasienten ikke blir utskrivningsklar etter planen. Vi ser at større fokus på brukermedvirkning bidrar til at pasienten føler seg ivaretatt og respektert. Dette bidrar også til økt effekt av smertebehandlingen (Berntzen et al., 2011b).

Sjøveian og Leegaard (2012) viser til at det hjelper å ha en aktiv tilnærming til pasienten i smertebehandlingen. Noen av sykepleierne fortalte at de hadde erfaringer med at dette var ekstra viktig i forhold til de eldste pasientene. Studien viser videre til at de eldre pasientene er mindre aktive ved formidling av smerte enn andre pasienter. Dette med bakgrunn i at eldre ser på smerten som noe naturlig i forbindelse med alderdommen og at de ikke ønsker å bruke så mange medikamenter. Den eldre pasienten har ofte også et noe ydmykt forhold til helsepersonell. Dette kan medføre at pasienten blir liggende med unødige smerter over lenger tid. Sykepleier må ha kunnskaper om den eldre pasienten og om de fysiologiske forandringer som oppstår. Disse pasientene har oftere underliggende sykdommer som påvirker hele det kirurgiske forløpet. Hos eldre oppstår stressfaktorer på andre måter en hos yngre pasienter og kan gi utslag i forvirringstilstander.

Pasientene har ofte hjelpemidler som briller og høreapparat. Sykepleier må sørge for at disse er tilgjengelig for pasienten da det motsatte kan skape ytterligere angst. Dette forsterkes også av at pasienten er i ukjente omgivelser (Holm & Kummeneje, 2009).

Det er en fordel å gi systematisk pre-operativ informasjon til eldre. Dette gjør at de raskere gjenvinner ADL-funksjonene. For at dette skal oppnås må sykepleier forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen (Holm & Kummeneje, 2009).

Hvordan pasienten reagerer på smerte er individuelt og påvirkes av mange faktorer. For eksempel årsak, intensitet og hvor lenge den varer. Kultur, religion og egne erfaringer er også av betydning for hvordan pasienten takler smerte (Travelbee, 2011). Det er en fordel når pasienten vet årsaken til smerten, at den er forbigående, og at de vil få smertestillende medikamenter som lindrer den. Dette gjør at pasientene lettere akseptere smerten (Grov, 2011). For at pasientene selv skal kunne ta ansvaret for å be om ekstra smertestillende medikamenter er det en forutsetning at de har fått informasjon om hva som er akseptabel smerteintensitet. Om derimot pasienten ikke har denne kunnskapen vil han ikke kunne ta riktige avgjørelser og valg (Sjøveian & Leegaard, 2012). Dette vil medføre at pasienten ikke får tilfredsstillende smertebehandling og dermed bidra til økt kirurgisk stressrespons samt medfølgende komplikasjoner (Holm & Kummeneje, 2009).

Gjennom pasientskole og pre-operativ informasjon blir pasientene forberedt på det som skal skje ved å få kunnskaper om hele det kirurgiske forløpet (Berntzen, et al., 2011a). Med dette blir pasientens rett til å få informasjon og sykepleier plikt til å gi informasjon ivaretatt (pasient og brukerrettighetsloven (1999); helsepersonelloven (1999)).

Travelbee (2011) omtaler det å få informasjon som et grunnleggende behov. Det trekkes frem at det er sykepleierens ansvar å gi den individuelt tilpassede informasjonen som pasienten har krav på. Dermed viser man interesse og skaper trygghet for pasienten. Hun mener at hovedgrunnen til at sykepleiere gir informasjon er å få i gang et samarbeid med pasienten. At dette også demper angst og uro er en heldig sideeffekt.

Det er en fordel at man har mulighet til å forberede de elektive pasienter i god tid før inngrepet. I motsatt fall kan pasienten føle at han mangler oversikt og kontroll. Dette igjen vil kunne føre til økt stress og mer angst (Berntzen, et al., 2011a).

Pre-operativ informasjon kan gis på flere måter. Pasient skole er en form for pre-operativ informasjon som gis i det akselererte behandlingsforløpet. Andre former er muntlig informasjon som gis av sykepleier ved pre-operativ undersøkelse, skriftlig tilsendt brosjyre eller nettbasert informasjon. Vi erfarte i praksisperioden at pasientene fikk tilsendt informasjonsbrosjyre en stund før inngrepet for så å få tilbud om å delta på pasient skole rett før innleggelsen. Dette er en fordel da pasientene får repetert informasjonen. Under forutsetning av at pasienten leser den (Holm & Kummeneje, 2009).

Kearney et al., (2011) har undersøkt forskjeller mellom å få pre-operativ informasjon i pasientskole mot å få informasjon på andre måter. Undersøkelsen viste at pasientene som deltok på pasientskole følte seg bedre forberedt til det kirurgiske inngrepet. I tillegg viste den at disse pasientene følte seg bedre forberedt til å møte den postoperative smerten.

Det kan være en ulempe at informasjonen som blir gitt ikke er individuelt tilpasset. Det blir gitt store mengder informasjon på kort tid og det kan virke forvirrende (Berntzen et al., 2011a).

Et ansvar sykepleier har er å tilse at pasientene oppfatter informasjonen som blir gitt i pasientskole. Det er også viktig å være klar over at ikke alle pasientgrupper er mottagelig for å få informasjon i gruppe (Berntzen et al., 2011a). Vi har i praksis selv erfart at det kan skape angst og utrygghet for pasientene å måtte forholde seg til mange fremmede mennesker. Noen pasienter ga uttrykk for at det var skremmende å stille spørsmål i større forsamlinger. I slike tilfeller må sykepleieren sørge for tilrettelagt opplegg for disse pasientene. Det er viktig at alle sykepleierne innehar samme kunnskap som blir formidlet til pasienten på pasientskolen. Dette

for å kunne svare på spørsmål som pasientene har i etterkant. Dersom sykepleieren ikke kan svare på disse spørsmål er det viktig å være behjelpelig med å videreformidle til eventuelt lege eller andre, slik at pasienten får svar på det han lurer på (Berntzen et al., 2011a).

Ikke alle pasientene takker ja til å delta på pasientskole og vi ser viktigheten av at disse også blir ivaretatt. I en forskningsartikkel av Dihle et al. (2006a) trekkes det frem at ingen av sykepleierne i studien gav pre-operativ informasjon om smertebehandling, uten at pasientene spurte selv. Med dette ser vi viktigheten av at arbeidet struktureres.

Det er en fordel at pasienter som har tilegnet seg kunnskap vil være forberedt på at man får smerter etter inngrepet. De vet at disse ikke skal være uutholdelige og er klar over betydningen av å be om ekstra smertelindrende medikamenter. Pasientene er informert om hvilke alternativer som finnes og resultatet kan bli en lavere terskel for å be om ekstra smertelindring (Sjøveian & Leegaard, 2012). God pre-operativ informasjon bidrar også til mindre behov for kvalmestillende og beroligende medikamenter (Berntzen et al., 2011a). Forskningen til Sjøveian og Leegaard (2012) viser til at pasientene opplevde større velvære og at de alt i alt hadde en bedre helhetlig opplevelse av behandlingen etter å ha mottatt god pre-operativ informasjon.

I motsatt fall ser vi at manglende kunnskaper vil kunne føre til at pasientene ligger med sterke smerter uten å rapportere det. Pasienter som legges inn for å få operert inn en protese i hofte eller kne har ofte hatt sterke smerter i lang tid før innleggelsen. De er derfor vant til å ha smerter og kan for eksempel tenke «såpass må vi tåle» om de postoperative smertene. Vi erfarte at mange gav uttrykk for å akseptere disse smertene. Dette kunne resultere i at de ikke ba om ekstra smertestillende medikamenter fordi de visste at smertene var forbigående (Sjøveian & Leegaard, 2012).

For å gi pasienten en optimal postoperativ smertebehandling er det en viktig sykepleieoppgave å kartlegge og vurdere pasientens smerteintensitet. Sykepleier må observere, vurdere behov for smertelindring og administrere medikamentene innenfor det legen har ordinert. I tillegg må det evalueres og dokumenteres effekten av disse. (Berntzen et al., 2011b). Gjennom en studie gjort av Dihle et al. (2006a) ble det funnet avvik mellom hva sykepleierne sa de utførte og hva de faktisk gjorde i den postoperative smertebehandlingen. Dette gjaldt viktige sykepleieoppgaver som pre-operativ informasjon, behandling, vurdering og evaluering. For å bedre dette vises det til at sykepleier med fordel bør innta en aktiv rolle når man skal kartlegge og vurdere smerte. Dette kan gjøres ved å stille åpne, direkte spørsmål

og være oppmerksom på pasientens signaler. Avviket blir da blir mindre og smertebehandlingen bedres.

En av fordelene med å kartlegge smerte er at pasienten blir mere bevisst og klar over hva som lindrer smertene og hva som bidrar til at smertene forsterkes (Berntzen et al., 2011b).

Det er viktig å kartlegge pasientenes smerteintensitet systematisk både i hvile og i aktivitet. Dersom dette ikke gjøres kan det føre til at pasientene ligger unødige lenge med sterke smerter. Konsekvensen av dette kan igjen bli økt risiko for å få kroniske smerter og at det hindrer mobilisering (Fredheim et al., 2011).

En annen artikkel av Dihle et al. (2006b) viser til at postoperative smerter ofte er underbehandlet i forhold til den smerteintensiteten pasienten rapporterte. Høy smerteintensitet har en negativ innvirkning på pasientenes funksjoner som blant annet humør, mobilisering og søvn.

Bruk av smertekartleggingsverktøy, som VAS vil være et nyttig hjelpemiddel i den postoperative smertebehandlingen. Det er pasientens opplevelse av smerten som registreres. Ved systematisk kartlegging og dokumentasjon av smerteintensitet blir det enklere å vurdere effekten av smertebehandlingen. Når dette dokumenteres er informasjonen lettere tilgjengelig for alle i det tverrfaglige teamet. Det blir enklere å vurdere og evaluere behandlingen til hver enkelt pasient. Derimot kan det være en ulempe hvis pasienten ikke har fått grundig preoperativ informasjon om bruken av VAS. (Berntzen et al., 2011b).

Noen pasienter kvier seg for å si ifra hvis de har store smerter fordi de føler at de er til bry. Dette kan igjen føre til at sykepleier overser signaler fra pasienten. På bakgrunn av dette ser vi viktigheten av å observere pasientens vitale parameter og andre tegn på smerte i tillegg til bruk av VAS (Rustøen & Stubhaug, 2010).

Fredheim et al. (2011) trekker frem at kartleggingen av pasientenes opplevelse av smerteintensitet bør gjøres minst tre ganger i døgnet. Det bør tilbys ekstra smertelindring hvis VAS er over 3 og deretter evaluere smerteintensiteten på nytt etter behandlingen. I praksis erfarte vi at det ikke var noen form for rutine på å evaluere og dokumentere smerte etter det ble gitt ekstra smertestillende medikamenter. Vi ser behovet for at dette settes i system.

Vi ser viktigheten av å være kritisk ved bruk av VAS. Pasientene kan misforstå bruken av den og for eksempel rapportere for høy smerteintensitet. Andre kan ha vansker med å konsentrere seg ved sterke smerter. Det er da viktig at sykepleier på nytt forklarer pasienten om bruken av skalaen og da gjerne med eksempler (Sjøveian & Leergaard, 2012). Man bør også være kritisk

til bruk av VAS i tidlig postoperativ fase, da pasienten fortsatt er påvirket av anestesen (Holm & Kummeneje, 2009).

Etter praksisperioden i ortopedisk avdeling satt vi igjen med erfaringen av at VAS ble benyttet rutinemessig. Dette ble gjort fire ganger pr. dag i forbindelse med utdeling av de faste medikamentene. Resultatene ble dokumentert på eget skjema i pasientens perm. Selv om noen av pasientene gav uttrykk for at det var vanskelig å uttrykke smerte på en skala fra 0-10 sitter ser vi at bruk av VAS uansett er nyttig da det starter en dialog med pasienten om smerteopplevelsen.

8.3 VIKTIGHETEN AV TVERRFAGLIG SAMARBEID I SMERTEBEHANDLINGEN

For å kunne bedre den postoperative smertebehandlingen er det avgjørende at sykepleieren har gode evner til å samarbeide med andre yrkesgrupper. Samhandlingen mellom profesjonene vil styrke pasientens behandlingstilbud. Selv om det er sykepleieren som ser pasienten store deler av døgnet, vil for eksempel leger og fysioterapeuter komme innom ved blant annet visitt samt for å lære pasienten øvelser for riktig mobilisering og gjenopptrening. Samarbeidet med disse profesjonene vil være av betydning for behandlingen som pasienten får (Wøien & Strand, 2008).

I et tverrfaglig samarbeid der mange profesjoner er involvert er det viktig at alle er gode på kommunikasjon og dokumentasjon. Ved at partene er gode på dette området vil det skjerme pasienten for mye unødig repetering av opplysninger. Det vil skape trygghet hos pasienten at alle er oppdatert. Ved at alle innehar de samme opplysningene vil det kunne gi en følelse av forutsigbarhet (Wøien & Strand, 2008). Ved manglende evne til kommunikasjon eller dokumentasjon kan det ha uheldige effekter på pasientens postoperative fase. Om personale gjentatte ganger ber om den samme informasjonen kan det skape usikkerhet og stress hos pasienten da dette vil gi inntrykk av uenighet blant de ansatte. Pasienten vil da føle et større ansvar i forhold til å holde seg oppdatert og bruke mye energi på dette som kunne vært brukt til rehabilitering. Slik vi ser det er det et ansvar pasienten ikke skal trenge å forholde seg til. Det bør være en selvfølge at opplysninger rapporteres videre for å sikre et godttverrfaglig samarbeid, slik at pasienten får best mulig pleie og følelse av trygg ivaretagelse. For at

pasienten skal få best mulig pleie er det viktig at partene i et tverrfaglig samarbeid har gjensidig respekt for hverandre (Mathisen, 2011).

Skjøveian og Leegaard (2012) mener det er avgjørende for god smertebehandling at det er et tett og godt samarbeid mellom lege, fysioterapeuter, anestesi og sykepleiere. I praksis opplevde vi at tverrfaglig samarbeid med lege og fysioterapeut hadde stor betydning. Samarbeidet med lege var spesielt viktig for å rapportere om virkning eller bivirkning av medikamentene som ble gitt. Sykepleieren hadde i dette samarbeidet en viktig rolle med å bidra til at individuelle tilpasninger ble gjort og for å optimalisere behandlingen. I forhold til mobilisering og opptrening var det viktig at sykepleiere og fysioterapeuter hadde en god dialog. Det var viktig at det ble avtalt på forhånd når treningen skulle skje, slik at pasienten hadde fått tilstrekkelig med smertestillende medikamenter i forkant av mobilisering. Dette hadde stor betydning på om pasienten klarte å gjennomføre øvelsene. Dersom pasientene ikke hadde fått tilfredsstillende smertebehandling i forkant av slik trening kunne det skje at fysioterapeuten måtte avbryte treningsopplegget på grunn av for store smerter hos pasienten. Dette viser også Skjøveian og Leegaard (2012) til i sin artikkel, der det oppgis at sykepleieren ofte måtte gi ekstra smertestillende medikamenter midt under trening, eller at de ikke ble informert om manglende smertelindring før i etterkant. Det oppgis i artikkelen at det ikke var noen klare rutiner for å gi smertestillende medikamenter i forkant av trening og at de manglet en god dialog med fysioterapeutene. På bakgrunn av erfaringer fra praksis og hva forskning viser ser vi viktigheten av at det samarbeides godt med fysioterapeut for å redusere faren for at pasienten opplever sterke smerter under mobilisering. Med tanke på at tidlig mobilisering er viktig for å redusere faren for komplikasjoner er dette av stor betydning for pasienten. Manglende mobilisering på grunn av for dårlig smertebehandling kan for pasienten medføre store komplikasjoner og unødige lidelser (Holm & Kummeneje, 2009). I praksisperioden erfarte vi at pasientene, med fordel fikk utdelt smertestillende medikamenter tidlig på morgenen av nattevaktene. Dette hadde stor betydning for mobilisering i forbindelse med morgenstell.

I et tverrfaglig samarbeid er det av betydning å inkludere pasienten. Pasienten må få mulighet til å komme med sine erfaringer og man må se på hva som har hjulpet eller ikke hjulpet i tidligere forløp. For å fremme pasientmedvirkning blir det også viktig at pasienten har fått tilstrekkelig og tilpasset informasjon. Gjennom å inkludere pasienten vil han føle seg sett og hørt. Det vil ha betydning for tilliten som opparbeides mellom pasient og pleier. Travelbee (2011) omtaler dette som menneske til menneske forhold og å se pasienten som enkeltindivid.

For å skape tillit må sykepleieren se pasienten som et enestående individ. Pasienten må vises respekt og tidligere erfaringer må vektlegges. Dette for på best mulig måte til passe og tilrettelegge behandlingsopplegget. Om sykepleieren derimot ikke inkluderer pasienten i behandlingsforløpet kan det medføre utilfredshet hos pasienten, noe som kan medføre mindre delaktighet i behandlingsforløpet og dermed større fare for komplikasjoner (Berntzen et al., 2011a).

I praksis erfarte vi nytten av pasientskole i forkant av akselererte behandlingsforløp. Pasientskole er et tverrfaglig tilbud pasientene gis i forkant av et inngrep for å sikre at pasienten får god informasjon fra alle hold i forkant av inngrepet. På slike pasientskoler deltok både kirurg, anestesilege, fysioterapeut og sykepleier fra avdelingen, slik at de sammen kunne gi pasienten informasjon. Dette samarbeidet mellom yrkesgruppene bidro til at pasienten følte større tilfredshet og økte pasientens deltagelse i det postoperative forløpet. Forskning vi har funnet tyder på at pasienter som deltok på slike pasientskoler ofte følte seg bedre forberedt til operasjon og at de taklet smertene bedre (Kearney et al., 2011). Dette tyder på at det tverrfaglige samarbeidet under slike pasientskoler har stor betydning for pasientens totale opplevelse av forløpet, samt smerteopplevelsen. Forskning viser også at pasienter som har deltatt på pasientskoler blir støttespillere for hverandre ettersom de følger hverandre gjennom hele løpet og ofte deler rom (Sjøveian & Leegaard, 2012).

9 KONKLUSJON

Vi har i denne litteraturstudien jobbet med temaet postoperativ smertebehandling. Fokuset har vært på hvordan sykepleierne kan bedre den postoperative smertebehandlingen for elektive pasienter i ortopedisk avdeling. I forskning og faglitteratur fra tidsperioden år 2000 til 2013, belyses det at smertebehandlingen ikke er tilfredsstillende.

Dihle et al. (2006a) og Sjøveian og Leegaard (2012) viser til kunnskapsmangel som en medvirkende årsak til ikke tilfredsstillende smertebehandling. Vi ser at økt fagkunnskap hos sykepleierne vil bidra til færre komplikasjoner og redusert kirurgisk stressrespons. Dette vil kunne øke pasientens velbefinnende, bedre smertebehandlingen og redusere antall liggedøgn. Gjennom brukermedvirkning og pasientfokus tar sykepleieren hensyn til pasientens ressurser og tidligere erfaringer. Disse legges til grunn for behandlingen. På denne måten ser vi at pasienten blir deltagende i egen behandling og får økt mestringsfølelse. Dette vil ha positiv effekt på behandlingsforløpet.

Det tverrfaglige samarbeidet, hvor sykepleieren har en viktig rolle, styrker pasientens behandlingstilbud. Tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å få gjennomført det akselererte behandlingsforløpet, og har stor betydning for smertebehandlingen.

Gjennom erfaring fra praksis og funn i forskning ser vi stor betydning av pre-operativ informasjon. Pre-operativ informasjon gir pasienten trygghet og forutsigbarhet, samt en positiv innvirkning på smerteopplevelsen. Kearney et al. (2011) viser til at det å gi informasjon i form av pasient skole, gjør pasienten bedre forberedt til å møte den postoperative smerten, enn de som fikk annen informasjon. For å gi pasienten en optimal smertebehandling, har sykepleieren en viktig oppgave i å kartlegge, evaluere og dokumentere. Ved at disse er strukturert vil behandling til hver enkelt pasient enklere kunne vurderes og evalueres.

Vi ser at for å bedre den postoperative smertebehandlingen må sykepleiere arbeide kunnskapsbasert og i et tett tverrfaglig samarbeid. Sykepleierne må formidle kunnskap til pasienten gjennom systematisk pre-operativ informasjon. Arbeidet med postoperativ smertebehandling må struktureres for at den skal optimaliseres.

For at sykepleieren skal kunne bidra til å bedre den postoperative smertebehandlingen er det viktig at fokuset holdes på økt fagkunnskap, brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid. Arbeidet med smertebehandlingen må struktureres gjennom systematisk pre-operativ informasjon, smertekartlegging og dokumentasjon.

Vi ser at det akselererte behandlingsforløpet har bidratt til å bedre den postoperative smertebehandlingen. Dette behandlingsforløpet er avhengig av optimal smertebehandling for å la seg gjennomføre. Kunnskapsbaserte rutiner har blitt satt i system og det har blitt større fokus på brukermedvirkning, pre-operativ informasjon og et tett tverrfaglig samarbeid.

Likevel ser vi behovet for ytterligere forbedring, da vi i praksis erfarte mangel på evaluering og dokumentasjon av effekten fra den medikamentelle smertebehandlingen. Dette har vi også sett i forskningen til Fredheim et al. (2011).

10 LITTERATURLISTE

- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., Grønseth, R. (2011). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, (Red.). *Klinisk sykepleie 1 (4. utg., s. 273-338)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, (Red.). *Klinisk sykepleie 1 (4. utg., s. 355-398)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving (5. utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Dihle, A., Bjølseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing* 15, 469-479. Lokalisert på <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=f999d7fb-763f-42e3-86d6-cc6641f477d5%40sessionmgr112&vid=1&hid=128&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009147775>.
- *Dihle, A., Helseth, S., Kongsgaard, U. E., Paul, S. M., & 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. *The Journal of Pain*, 7(4), 272-280. <http://dx.doi.org/10.01016/j.jpain.2005.11.005>.
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Fredheim, O. S., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., & Borchgrevink, P. C. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 131(8), 1763-1767. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.10.1129>.
- *Gögenur, I., & Rosenberg, J. (2013). Smerte og kirurgisk stressrespons. I T. S. Jensen, J. B. Dahl, & L. Arendt_Nielsen, (Red.). *Smerter: Baggrund, Evidens, Behandling (3. utg., s. 57-68)*. København: FADL's Forlag.
- Grov, E. (2011). Å bli pasient og pleietrengende. I I. Holter, & T. Mekki, (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1 (4. utg., s. 51-68)*. Oslo: Akribe AS.
- Heggdal, K. (2012). *Sykepleiedokumentasjon (2. utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Holm, S., & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie: Med dagkirurgi (2. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Johannessen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4. utg.)*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Kaasa, L. (2008). Sykepleie til pasienter som skal opereres. I U. Knudstad, (Red.). *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie (s. 21-79)*. Oslo: Akribe AS.

- *Kearney, M., Jennrich, M., Lyons, S., Robinson, R., & Berger, B. (2011). Effescts of preoperative education on patient outcomes after joint replacement surgery. *Orthopaedic Nurcing*, 30(6) 391-396 <http://dx.doi.org/10.1097/NOR.0b013e31823710ea>.
- *Lunn, T. H., Mathiesen, O., & Dahl, J. B. (2013). Postoperative smerter. I T. S. Jensen, J. B. Dahl, & L. Arendt-Nielsen, (Red.). *Smerter: Baggrund, Evidens, Behandling*. (3. utg., s. 177 -200). København: FADL's Forlag.
- Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I I. Holter, & T. Mekki, (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 149-168). Oslo: Akribe AS.
- Mikkelsen, J., & Hage, I. (2011). Prosesskunnskap i sykepleie. I I. Holter, & T. Mekki, (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 247-265). Oslo: Akribe AS.
- Nesse, S. (2011). Sykepleie ved dagkirurgisk behandling. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 339-354). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., & Reinart, L. (2011). *Å arbeide og undervise kunnskapsbaser: En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Østensvik, E. (2008). Sykepleie til pasienter med sykdom og skade i bevegelsesapparatet. I U. Knutstad, (Red.). *Sykepleieboken 3 : Klinisk sykepleie* (s. 567-629). Oslo: Akribe AS.
- Pasient og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63 § 3.* (2013).
- Rustøen, T., & Stubhaug, A. (2010). Smerter. I U. Knutstad, *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. (3.utg., s. 137-182). Oslo: Akribe AS.
- Schølberg, T. K. (2008). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad, *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie* (s. 81-130). Oslo: Akribe AS.
- *Sjøveian, A. H., & Leegaard, M. (2012). Akselererte behandlingsforløp: Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling? *Sykepleien forskning*, 7(4), 380-387. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0158>.
- Slørdal, L., & Rygnestad, T. (2007). Legemidler ved kvalme og oppkast. I H. Nordengen, & O. Spigset, (Red.). *Legemidler og bruken av dem* (s. 413-422). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Slørdal, L., & Rygnestad, T. (2008). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng, & O. Spigset, *Legemidler og bruken av dem* (s. 399-412). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Torvik, K., & Bjørø, K. (2008). Smerte hos eldre. I T. Rustøen, & A. W. Klopstad, (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 105-127). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Torvik, K., Skauge, M., & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging: Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler. I T. Rustøen, & A. K. Wahl, *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (Red.). (s. 51-75). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Valeberg, B. T., & Wahl, A. K. (2008). Smerte og mestring. I T. Rustøen, & A. K. Wahl, *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 308-324). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Wall, P. (2003). *Smerte. Kunnskap om lidelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Wøien, H., & Strand, A. (2008). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I T. Rustøen, & A. K. Wahl, (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 271-289). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

11 VEDLEGG

11.1 PICOSKJEMA

	P-pasient/problem	I--intervensjon	C- comparison	O-Outcome
	Elektive pasienter/elective patient*	Smertebehandling/ pain management Pain treatment, pain*		Lindring/behandling/ treatment, management
	Ortopediske-pasienten/Orthopedic-Arthroplasty	Sykepleietiltak/Nursing* Nurse*		
	Protese-pasienten/prosthesis-	Pre-operativ informasjon/ Preoperative education		

VEDLEGG 1

11.2 SØKEHISTORIKK

<u>DATO FOR SØK</u>	<u>DATABASE</u>	<u>SØKEORD MED KOMBINASJONSORD</u>	<u>AVGRENSNINGER</u>	<u>ANTALL TREFF</u>	<u>ANTALL UTVALGTE ARTIKLER</u>
24.03.- 16.04. 2014	SveMed	Postoperativ smertebehandling	Peer Reviewed Tilgjengelig online	12	1
24.03.- 16.04. 2014	SveMed	Postoperative pain*	Peer Reviewed Tilgjengelig online	112	1
24.03.- 16.04. 2014	Oria	Alfhild Dihle	Nyere enn 2003	10	2
24.03. – 16.04. 2014	Oria	Preoperative education	Oversiktsartikler Fagfelleurdert Nyere enn 2003	6	1

VEDLEGG 2