



Masteroppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

Postoperativ smertelindring - et mangesidig fenomen

En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med smertelindring til voksne postoperative pasienter

Anita Nilsen

Totalt antall sider inkludert forside: 78

Molde, 26/4-12



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veiledere: Eva Gjengedal og Else Lykkeslet

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 26/4-12

Forord

Å foreta denne studien har vært en krevende og lærerik prosess. Tema for studien hadde jeg imidlertid bestemt meg for ganske tidlig. Hvilken metode jeg skulle bruke kom på plass etter at problemstillingen ble klar for meg. Det å kunne gå ut i feltet og ha fokusgruppeintervju med sykepleiere var utrolig spennende. Jeg fant ut at jeg ennå har mye å lære når det gjelder å være intervjuer for å få ut den informasjonen man søker.

For det første vil jeg rette en stor takk til informantene og lederne ved de postoperative avdelingene jeg fikk adgang. Uten dere hadde jo ikke dette prosjektet vært mulig.

Dessuten vil jeg også takke mine tålmodige veiledere, professor Eva Gjengedal og førsteamanuensis Else Lykkeslet ved Høgskolen i Molde. Uten deres hjelp hadde jeg ikke klart å holde meg på rett spor.

Molde, 26/4-12 Anita Nilsen

Sammendrag

Bakgrunn: Til tross for flere års forskning og utvikling innen postoperativ smertebehandling viser studier at pasienter fortsatt opplever alvorlige smerter etter operasjoner. Dette kan ha uheldige følger for pasientens rehabilitering etter operasjonen. Sykepleiere har en aktiv og sentral rolle i postoperativ smertebehandling. Ulike studier viser at sykepleiere kan ha en tendens til å overse pasientens smertetegn, både av verbal og nonverbal karakter. Dessuten mangler det ofte rutiner for evaluering av postoperative smerter. Smertebehandlingen blir derfor ineffektiv, og pasientene får ofte for lave og for få doser smertestillende.

Metode: Som metode er det brukt fokusgruppeintervju. Utvalget består av tre fokusgrupper fra tre ulike sykehus i Midt-Norge. Deltakerne er sykepleiere fra postoperative avdelinger som har minimum to års erfaring med postoperativ smertebehandling.

Funn: Mye av grunnlaget for god smertelindring er avhengig av et godt forløp med god preoperativ informasjon og god smertelindring før, under og etter operasjonen. Det som kunne hindre eller forsinke god postoperativ smertelindring var angst for bivirkninger eller avhengighet. Et godt samarbeid med legene var viktig for et godt resultat i smertelindringen. Det var også en mangel på bruk av smerteskala og systematisk dokumentasjon av postoperativ smertebehandling.

Nøkkelord: Sykepleiers erfaringer, postoperativ smerte, postoperativ smertebehandling

Abstract

Background: Despite several years of research and development in post-operative pain management, studies show that patients continue to experience severe pain after surgery. This can have unfortunate consequences for the patient's rehabilitation after the surgery. Nurses have an active and central function in postoperative pain management. Various studies show that nurses may tend to ignore patient pain signs, both verbal and non verbal character. Moreover, it often lacks procedures for evaluation of postoperative pain. Pain treatment is therefore ineffective, and patients will often receive too low and too few doses of painkillers.

Method: The method used is focus group interviews. The committee consists of three focus groups from three different hospitals in central Norway. The participants are nurses from surgical wards with a minimum of two years experience with postoperative pain management.

Results: Much of the basis for good pain relief depends on a good course with good preoperative information and good pain relief before, during and after surgery. What could prevent or delay postoperative pain relief was fear of side effects or addiction. A good collaboration with doctors was important for a good result in pain relief. There was also a lack of use of pain scale and systematic documentation of postoperative pain treatment.

Keywords: Nurse experience, postoperative pain, postoperative pain management

Innhold

1.0. Innledning	2
1.1. Bakgrunn.....	2
1.2. Operasjonspasienten og postoperativ smerte.....	4
2.0. Tidligere forskning	7
2.1. Kommunikasjon.....	7
2.2. Sykepleiers behandling av postoperative smerter.....	8
2.3. Sykepleiers evaluering av postoperativ smertebehandling.....	9
3.0. Problemstilling.....	10
3.1. Egen for forståelse og erfaringsbakgrunn.....	10
3.2. Disposisjon av oppgaven.....	11
4.0. Teorikapittel	12
4.1. Tverrfaglig samarbeid.....	12
4.2. Smerteteorier og smertefysiologi.....	14
4.3. Smerte som fenomen.....	18
4.4. Postoperative smerter.....	21
4.5. Postoperativ smertelindring.....	24
5.0. Metode	30
5.1. Ethiske vurderinger.....	30
5.2. Utvalg og utvalgsprosedyre.....	31
Tabell over deltakelse i fokusgruppene.....	32
5.3. Datainnsamling.....	33
5.4. Analyse.....	34
6.0. Presentasjon av funn	36
Tabelloversikt over hovedtema og undertema fra analysen.....	37
6.1. Forutsetninger for god postoperativ smertelindring.....	37
6.2. Helhetlig smertevurdering ut fra flere kilder.....	39
6.3. Balanse mellom individuell smertelindring og basisordinasjon.....	40
6.4. Ikke-medikamentelle metoder.....	42
6.5. Hindringer for god smertelindring.....	43
7.0. Diskusjon	47
7.1. Forutsetninger for god postoperativ smertelindring.....	47
7.2. Observasjoner og smertelindring i postoperativ fase.....	50
7.3. Hindringer for god smertelindring.....	54
7.4. Metodediskusjon.....	62
8.0. Konklusjon	63
Litteraturliste	64
Vedlegg 1	67
Intervjuguide med tema postoperativ smertebehandling	67
Vedlegg 2	68
Bakgrunn og hensikt	68
Hva innebærer studien?	68
Vedlegg 3	71

1.0. Innledning

Tema for masteroppgaven er postoperativ smertelindring til voksne pasienter. Studier innen postoperativ smertelindring viser blant annet at pasienter ikke får nok smertestillende etter operasjoner. Dessuten at sykepleiere ofte vurderer pasientens smerter lavere enn hvordan pasienten selv opplever dem. Jeg ønsket derfor å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere på postoperative avdelinger har i forhold til postoperativ smertelindring.

1.1. Bakgrunn

Tall fra Norsk pasientregister viser at omtrent hver fjerde innbygger i Norge enten var innlagt på sykehus eller til poliklinisk konsultasjon i løpet av 2. tertial i 2010. Dette er en økning på 0,9% sammenlignet med året før (Helsedirektoratet 2010). I perioden 2002 til 2008 ses det en økning innen kirurgi både når det gjelder øyeblikkelig hjelp og planlagte operasjoner. Den sterkeste økningen ses blant annet i fedmeoperasjoner, øyekirurgi, ortopedi, keisersnitt og karkirurgiske operasjoner. Det er et høyere antall opphold på norske sykehus, men den gjennomsnittlige liggetiden går ned med omtrent 6%. Antall dagbehandlinger øker, og for dagkirurgi ses en vekst på 34% i samme periode (Helsedirektoratet 2009).

Pasienter som skal opereres opplever stress både av fysiologisk og psykologisk art. Selve operasjonen representerer et traume for kroppen, og kroppen reagerer med en fysiologisk stressrespons. Denne stressresponsen som kalles kirurgisk stressrespons har som oppgave å opprettholde pasientens vitale funksjoner. Dette innebærer blant annet hormonelle og metabolske forandringer, økt hjerteminuttvolum og økt oksygenbehov (Stanghelle og Knutsen 2005, Tønnesen 1996). Under operasjonen (peroperativt) er et visst grad av stress hensiktsmessig for overlevelse, men etter operasjonen (postoperativt) vil det innebære en negativ belastning for pasienten. Ubehandlet over tid kan det føre til sammenbrudd i normalfunksjonen til de fleste organer. I postoperativ sykepleie er det derfor svært viktig å avgrense stressresponsen, og forebygge tilstander som forsterker denne.

Smerte er kroppens signal for å oppdage sykdom og skader, men postoperativt kan ubehandlet eller dårlig smertelindring ha uheldige følger. Det kan forsterke stressresponsen, og også påvirke lungefunksjonen, sirkulasjonen og mage/tarmtraktus negativt. Dette kan gi fare for

infeksjoner, iskemiske skader på hjertet og nedsatt tarmmotilitet med økt risiko for kvalme og oppkast. Smerter vil hemme mobilisering etter inngrepet, og sengeleie disponerer for blant annet trombose, pneumoni og nedsatt tarmperistaltikk. God postoperativ smertelindring kan redusere disse negative følgene (Tønnesen 1996).

Valg av metoder for postoperativ smertelindring vil variere noe med type operasjon, men det er vanlig å kombinere medikamenter med ulike virkningsmekanismer for å oppnå raskere og bedre smertelindring (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Tønnesen 1996). I tillegg til preparater som gis intravenøst (via blodbanen), brukes gjerne ulike lokalanestesiteknikker i behandlingen av postoperative smerter (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Tønnesen 1996). Ved behandling av postoperativ smerte er medikamenter en viktig del av sykepleien, men ikke-medikamentelle metoder som for eksempel massasje eller akupunktur kan være et viktig supplement i behandlingen (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Nortvedt og Nortvedt 2001).

Til tross for flere års forskning og utvikling innen feltet postoperativ smerte viser studier at en stor del pasienter opplever moderat til alvorlig postoperativ smerte (Dihle 2007, Manias, Bucknall og Botti 2005, Richards og Hubbert 2007). Akutt postoperativ smerte er fulgt av vedvarende smerte hos 10-50% etter vanlige operasjoner. Vedvarende postoperativ smerte ser ut til å være et større problem enn tidligere antatt, og kan utvikle seg til kronisk smerte i 2-10% av tilfellene (Kehlet, Jensen og Woolf 2006). At pasienter utvikler kronisk smerte etter operasjoner ses på som et stort klinisk problem. Dette kan føre til en reduksjon av pasientens livskvalitet (Kehlet, Jensen og Woolf 2006).

Sykepleiere har en aktiv og sentral rolle innen postoperativ smertelindring. Som sykepleier skal du møte pasientens behov for smertelindring, og du må derfor kunne vurdere og identifisere ulike problemstillinger relatert til dette. Studier viser at det er forskjeller på hvordan pasienter og sykepleiere vurderer postoperativ smerte. Pasientene rapporterte en sterkere smerte enn sykepleierne antok at de hadde (Bucknall, Manias og Botti 2007, Idvall et al. 2002). En studie utført ved to norske sykehus i 2007 viste at postoperative pasienter får for lite smertestillende ved mobilisering etter operasjonen. Den samme studien viste forskjeller i observasjoner av det sykepleierne utførte i blant annet postoperativ smertelindring, og det som sykepleierne i dybdeintervjuet sa de gjorde (Dihle 2007).

Postoperative pasienter er en sårbar gruppe fordi situasjonen innebærer en avhengighet av personalet, og fordi integritet og selvbestemmelse trues. (Kjøllesdal 2004, Stanghelle og Knutsen 2005).

1.2. Operasjonspasienten og postoperativ smerte

Alle pasienter som skal opereres går gjennom pre-, per- og postoperativ fase. Begrepet ”den perioperative periode” er en samlebetegnelse for disse tre fasene (Berntzen et.al. 2010, Kjøllesdal 2004). Det å være operasjonspasient innebærer at man midlertidig mister, eller fratras kontroll over egen situasjon. Kontrollen over kroppen og livsviktige funksjoner må gis over til helsepersonell, og hvordan pasienten vil greie å tilpasse seg dette vil variere sterkt fra person til person. Opplevelsen av stress, angst og uro foran operasjonen baserer seg på hvilke erfaringer pasienten har fra tidligere, hvor godt forberedt han er og hvor alvorlig inngrepet framstår for pasienten. Disse reaksjonene og opplevelsene påvirker hverandre både positivt og negativt alt etter hva pasienten har erfart tidligere, og på hvilken måte pasienten blir ivaretatt under sykehusoppholdet. Blir den psykiske stressresponsen for høy, kan det medføre en ekstra belastning i den perioperative perioden. Dette kan svekke pasientens motstandskraft. I tillegg setter det kirurgiske inngrepet i gang den fysiologiske stressresponsen med blant annet endokrine, metabolske og inflammatoriske endringer. Over tid vil disse fysiologiske endringene sammen med høy psykisk stressrespons innebære en stor belastning for pasienten. Dette må derfor forebygges og avgrenses. Utrygghet i den perioperative perioden og postoperative smerter er elementer som kan forsterke både fysiologisk og psykisk stressrespons. Sykepleierne som møter pasienten har derfor et viktig ansvar i forhold til informasjon, støtte og forberedelser i alle fasene rundt operasjonen (Berntzen et.al. 2010, Stanghelle og Knutsen 2005, Kjøllesdal 2004).

Hvordan vi uttrykker og takler smerter er nedfelt i oss mennesker fra vi er barn. Vi påvirkes av normer i familien, nærmiljøet og den kulturen vi er den del av. Som voksne bærer vi med oss disse mønstrene, og når vi utsettes for smerter reagerer vi ut fra denne bakgrunnen. Pasientene kan derfor ha svært forskjellige måter å gi uttrykk for smerter på, både verbalt og nonverbalt. For enkelte kan det være naturlig å høylydt gi uttrykk for sin smerte, mens for

andre vil det være viktig å ha mer kontroll over smerteuttrykkene (Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Pasientens bevissthet kan være påvirket av anestesimidler og smertestillende medikamenter postoperativt. Dette gjør at han kan ha vanskeligheter med å kommunisere smerte, angst og ubehag verbalt. Medikamentpåvirkningen kan også gjøre det vanskelig å oppfatte hva som skjer med ham. For pasienter som har et annet morsmål og kanskje ikke forstår språket som snakkes, kan dette skape ekstra utrygghet og stress. Dessuten kan operasjonspasienten ha tilleggsdiagnoser som innebærer manglende evne til å uttrykke seg. Dette kan for eksempel dreie seg om pasienter som har hatt hjerneslag eller har ulike former for kognitiv svikt (Stanghelle og Knutsen 2005, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

For sykepleieren som skal tolke pasientens smerteuttrykk er det lett at egne smerteerfaringer legges til grunn for hva som oppfattes som normal smerteadfærd. Dette kan representere et hinder for at pasienten blir godt nok smertelindret postoperativt. Hvis sykepleierens egne tolkninger av smerte blir den norm pasientens smerteopplevelser vurderes opp mot, kan pasientens smerte settes i tvil eller også unngå å bli registrert. Sykepleieren bør derfor tilstrebe å akseptere pasientens egne uttrykk for smerter, og godta at pasienten selv er autoriteten på egne smerter. Det er viktig at sykepleieren er oppmerksom på sin måte å kommunisere på. Alt etter hvilke signaler pasienten oppfatter kan det både åpne og stenge for kommunikasjon. Sykepleieren bør stille direkte spørsmål om smerten og ha en aktiv tilnærming til pasienten for å kunne vurdere pasientens smerter. Slike spørsmål kan være om pasienten greier å hoste, eller om han greier å snu seg i senga. Indirekte ja/nei spørsmål gir som regel ikke godt nok grunnlag til å vurdere graden av smerter.

Som regel følges postoperative smerter av symptomer fra det autonome nervesystemet. Dette kan være symptomer som rask puls, stigende blodtrykk, hurtigere respirasjon, svette og blekhet. Når pasienten gir uttrykk for smerter eller uro og samtidig har slike symptomer, blir smertene som regel tatt på alvor. I tilfelle der symptomene fra det autonome nervesystemet ikke er så uttalte, bør sykepleieren velge å ha tillit til pasientens smerter. Dette er viktig for at smertelindringen skal bli så optimal som mulig for pasienten (Stanghelle og Knutsen 2005, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Når det gjelder smerteopplevelse etter operasjonen er det mange pasienter som frykter eller engster seg for i hvilken grad de vil kjenne smerte. Informasjon som blir gitt før operasjonen - preoperativt - er av stor verdi for hvordan pasienten vil mestre den perioperative perioden (Kjøllesdal 2004).

Pasientens rett til å få informasjon om behandling og mulige risikoer og bivirkninger av behandlingen er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven. Loven sier blant annet at informasjonen skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, og også gis på en hensynsfull måte. Dessuten at mottakeren skal ha forstått innholdet og betydningen av opplysningene (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999).

Loven legger dermed føringer for at sykepleieren tilpasser den preoperative informasjonen ut fra pasientens individuelle behov. Det vil derfor variere hvor detaljert informasjonen vil være siden den gis ut fra pasientens behov. Innholdet i informasjonen omfatter det kirurgiske inngrepet, anestesian og det postoperative forløpet (Kjøllesdal 2004, Berntzen et.al. 2010).

Preoperativ informasjon kan gi pasienten en viss kontroll over situasjonen, og dermed begrense stress og engstelse. Det kan videre redusere opplevelsen av postoperative smerter og ubehag, og gjøre pasienten raskere mobil. Når det gjelder informasjon om postoperativ smerte og smertelindring må den være realistisk og relevant. Pasienten må få vite at han kan oppleve smerter postoperativt, og at han oppfordres til å si fra til sykepleierne når han kjenner smerter eller ubehag. Dette fordi det er lettere å forebygge smerter enn å lindre smerten når den allerede har oppstått (Berntzen et.al. 2010, Wøien og Strand 2008). I det ligger det også at pasienten må få informasjon om hvorfor det er viktig at smerter ikke hindrer ham i å puste dypt eller bevege seg etter operasjonen. Dette for blant annet å unngå lungekomplikasjoner og blodpropp (Berntzen et.al. 2010).

Der det brukes smerteskala for å vurdere pasientens smerter postoperativt vil det være aktuelt å informere pasienten hvordan han skal forholde seg til denne. For å få til en felles forståelse av metoden er viktig at pasienten skjønner hensikten med skalaen, og hvordan den brukes for å angi smerter. (Berntzen et.al. 2010, Kjøllesdal 2004).

Den postoperative fasen begynner like etter at operasjonen er ferdig, og pasienten transporteres ut fra operasjonsavdelingen. Alt etter størrelse på inngrepet og pasientens behov

for overvåkning kan den postoperative fasen vare alt fra et par timer til dager. Når pasienten blir vurdert som stabil, overflyttes han fra postoperativ avdeling til den sengepost han kom fra eller reiser hjem (Stanghelle og Knutsen 2005, Kjøllesdal 2004).

2.0. Tidligere forskning

Flere studier er gjort i forhold til postoperativ smertebehandling. På bakgrunn av min problemstilling har jeg søkt etter studier som viser sykepleiers erfaringer og vurderinger i postoperativ smertelindring.

2.1. Kommunikasjon

I en kvalitativ studie med en fenomenologisk tilnærming utført av Richards og Hubbert (2007) sa sykepleierne at verbal respons eller utsagn om smerter var den sikreste indikator for å vite om pasienten hadde smerter. Samtidig sa de også at non-verbale tegn som grimaser, hyperventilering, pulsrate og om pasienten greide å bevege seg uten ynking eller stønning var viktig å se etter. Dette for å se hele bildet for å kunne vurdere postoperativ smerte og behandling (Richards og Hubbert 2007). En norsk studie hadde observasjoner og dybdeintervju med sykepleiere på kirurgiske avdelinger ved to sykehus (Dihle 2007). Sykepleierne sa de vurderte postoperativ smerte ved å snakke med pasientene. De spurte dem om de hadde smerter, og observerte non-verbale tegn som svetting, kvalme, blekhet, kroppsspråk og aktivitetsnivå. Observasjonene viste at sykepleierne tilnærmet seg pasientene på forskjellige måter i forhold til kommunikasjon om smerter. Noen av sykepleierne spurte direkte spørsmål angående smerter, mens andre spurte mer indirekte og generelle spørsmål om hvordan pasienten hadde det. Hvis pasienten ikke sa noe, ble det tolket som om alt var i orden. Når det gjaldt non-verbale tegn var noen av sykepleierne oppmerksomme på dette, mens andre virket mindre oppmerksomme på tegn til ubehag. De hørte på pasientens klager om smerte uten å respondere videre på dette (Dihle 2007). Noe av det samme viser studiene til Manias, Bucknall og Botti fra 2005 og 2007. Sykepleierne fanget ikke opp tegn eller signaler på smerter, spesielt hvis signalene var tvetydige. Blant annet gjaldt det ved aktivitet der pasienten sa det ikke var direkte vondt, men sårt. Men tydelige tegn på smerter ble heller ikke alltid fanget opp (Manias, Bucknall og Botti 2005). Sykepleierne gjorde også her bruk av enkle og indirekte spørsmål ved vurdering av pasientens smerter som ”føler du deg bedre nå?”, eller ” er du ok?” Sykepleierne aksepterte pasientens tilbakemelding selv om den

kanskje ikke samsvarte med pasientens oppførsel eller vitale tegn (Bucknall, Manias og Botti 2007).

2.2. Sykepleiers behandling av postoperative smerter

Studier viser at postoperative smerter er underbehandlet. Pasienter ligger på et høyt nivå i smerteintensitet de første fem postoperative dagene, og får for lite smertestillende. Dette går blant annet ut over pasientens generelle aktivitet i den postoperative fasen (Dihle 2007). Pasienter rapporterte høyere smerteintensitet både ved hvile og hoste enn sykepleierne trodde de hadde. Disse pasientene hadde lavere tilfredshet angående kommunikasjon, tillit og omgivelser, enn de som rapporterte smerter som forventet (Idvall, Hamrin, Sjöström og Unosson 2002). En studie utført av Burge (2009) viste ingen sammenheng mellom pasientenes smertescore og tillit til sykepleierne (Burge 2009). I behandling av postoperative smerter sier sykepleiere i en studie utført av Dihle (2007) at de følger ny kunnskap. Det vil blant annet si at de kombinerer legemidler som virker både på det perifere og sentrale nervesystemet. Dessuten understreket de viktigheten av god smertelindring før mobilisering. Observasjoner av sykepleierne viste at de sjelden kombinerte perifere og sentralt virkende legemidler. Flere ga smertestillende før øvelser, men få vurderte pasientens smerter ved mobilisering. Selv om pasienten ga uttrykk for smerter, fortsatte de fleste sykepleierne mobiliseringen uten å gi mer smertestillende (Dihle 2007). Smertestillende medikamenter ble ofte tilbudt og administrert etter smertefulle prosedyrer som sårskift og mobilisering, men sjelden i forkant. Sykepleierne syntes også å akseptere at smerter var en normal del av det postoperative forløpet. De prioriterte ofte andre kliniske aktiviteter, og hadde en tendens til å undervurdere pasientens smerteopplevelser (Manias, Bucknall og Botti 2005). En senere studie av samme forfattere viste at hvis pasienten hadde smerter som ikke var relatert til operasjonen, hadde de en tendens til å bli oversett (Bucknall, Manias og Botti 2007). Sykepleierne i Richards og Hubberts (2007) fenomenologiske studie fortalte at det var vanskelig å holde sin egen forutinntatthet til side i smertebehandlingen. De brukte opioider som smertestillende, men tilbød ofte andre ikke-medikamentelle metoder først (Richards og Hubbert 2007). Bruk av ikke-medikamentelle metoder var ikke så uttalt i de andre studiene. En studie utført av Good et.al.(2010) viste at pasienter som hørte på en kombinasjon av

avslapningsteknikk og utvalgt musikk fikk mindre postoperative smerter enn kontrollgruppa (Good et.al. 2010).

2.3. Sykepleiers evaluering av postoperativ smertebehandling

Få sykepleiere evaluerte smertebehandlingen regelmessig. Evalueringene virket usystematiske og lite planlagt . Sykepleierne gjorde gjerne evalueringen samtidig med andre gjøremål som utdeling av medisiner, sengereing og observasjoner av vitale tegn. Det ble brukt enkle spørsmålsteknikker for å vurdere pasientenes smerter. Smerteskalaer eller andre hjelpemidler ble ikke brukt (Bucknall, Manias og Botti 2007). I studien utført av Dihle (2007) sa sykepleierne at de evaluerte smertebehandlingen rutinemessig ved å snakke med pasientene og observere non-verbale tegn. Observasjonene viste også her at evalueringen ikke var rutinemessige, men usystematiske. Få sykepleiere brukte smerteskalaer eller andre hjelpemidler, og indirekte spørsmål om smerter og effekt av smertestillende ble i større grad brukt enn direkte spørsmål (Dihle 2007).

3.0. Problemstilling

Ut fra litteratur og forskning kan dårlig behandlet postoperativ smerte gi flere negative følger for pasienten. På grunnlag av empiri kan det se ut å være et problem at pasienter får for lite smertestillende etter operasjoner, og at postoperativ smerte underkommuniseres. Jeg ønsker derfor å tematisere dette i studien, og undersøke hvilke erfaringer sykepleiere på postoperative avdelinger har i forhold til smertelindring overfor voksne postoperative pasienter.

Ved å belyse hvilke erfaringer sykepleierne har, kan det gi en pekepinn på hvordan man kan bedre kvaliteten på den postoperative smertebehandlingen.

Problemstilling:

Hvordan erfarer sykepleiere smertelindring overfor voksne postoperative pasienter?

3.1. Egen forforståelse og erfaringsbakgrunn

Som intensivsykepleier bærer jeg med meg en forforståelse av feltet jeg skal undersøke. Dette kan både være en styrke og en svakhet. En styrke fordi jeg kan gå inn i feltet og snakke samme "språk" som informantene. Med det kan jeg oppnå en troverdighet som gjør at informantene kan snakke fritt, fordi jeg forstår hva de snakker om. Samtidig kan det være en svakhet fordi jeg kan ha antakelser om hva som skal diskuteres, at jeg ikke ser hva som er nyttig å utdype videre. Det vil derfor være av stor betydning at jeg så langt som mulig greier å nullstille meg for å være åpen for informantenes bidrag. Det er tre år siden jeg arbeidet ved en postoperativ avdeling. Nå arbeider jeg som høgskolelærer i sykepleie, og ser dermed arbeidet med postoperative pasienter litt utenfra. Dette ser jeg som en fordel for å gå inn i prosjektet med et mer åpent sinn.

3.2. Disposisjon av oppgaven

Etter innledningen og presentasjon av tidligere forskning og problemstilling, kommer et teorikapittel. Der presenterer jeg tema som kan danne bakgrunn for funn og diskusjonsdel. Dette dreier seg om tverrfaglig samarbeid, smerteteori og smertefysiologi, smerte som fenomen, postoperative smerter og postoperativ smertelindring.

Etter teorikapittelet presenterer jeg metode. Der gjør jeg rede for etiske vurderinger, utvalg, datainnsamling og analyse. Presentasjon av funn kommer etter metodekapittelet.

I diskusjonsdelen drøfter jeg funn opp mot teori og empiri. På grunnlag av funnene presenterer jeg også forskningartikler som ikke er tatt opp i empirikapittelet. Dessuten diskuteres også metode. En konklusjon avslutter oppgaven.

Vedlegg som intervjuguide, informert samtykke og tillatelse fra NSD ligger etter litteraturlisten.

4.0. Teorikapittel

I teorikapittelet har jeg valgt å belyse tema som kan være viktige både i forhold til funn, og som bakgrunn for diskusjonsdelen.

4.1. Tverrfaglig samarbeid

For å sikre pasienten best mulig kvalitet på de tjenester han mottar under sykehusoppholdet, er et godt tverrfaglig samarbeid avgjørende.

Postoperative avdelinger er spesialavdelinger hvor behovet for opphold er bestemt av det kirurgiske inngrepet og hvor fort pasientens situasjon stabiliseres. Sykepleierne har ofte spesialkompetanse som intensivsykepleiere for å kunne ivareta nyopererte pasienter eller pasienter med svikt i vitale funksjoner. På grunn av fare for komplikasjoner etter inngrepet og anestesen overvåkes pasienten kontinuerlig under oppholdet på postoperativ avdeling. Sykepleiere og leger må derfor samarbeide tett om observasjon og behandling. Tradisjonelt går samarbeidet ut på at sykepleier kontakter lege når pasientens tilstand krever det. Aktuelle legegrupper som sykepleier samarbeider med er anestesileger og kirurger. Det holdes sjeldent planlagte samarbeidsmøter om postoperative pasienter hvis de ikke ligger på avdelingen utover forventet observasjonstid (Kristoffersen 2011, Berntzen et.al. 2010).

Tverrfaglig samarbeid er en samhandling mellom forskjellige profesjoner der det tilstrebes en helhetlig tilnærming til pasientens situasjon. Meningen er at hver yrkesgruppes bidrag blir sett på som likeverdige, noe som forutsetter å bryte med de tradisjonelle profesjonsgrensene. Medlemmene skal dele sin spesialkompetanse med de andre, og man kan gå på tvers av de vanlige kompetansegrensene. Tverrfaglig samarbeid har dermed et dobbelt formål. Dette er å sikre at den faglige kompetansen blir maksimalt utnyttet, samtidig som det utvikles et tverrfaglig kunnskapsgrunnlag som bidrar til fagutvikling innen profesjonene som deltar. Pasientens erfaringer og kunnskaper om egen livssituasjon bør trekkes inn i samarbeidet for å få en felles forståelse for hans problem og de tiltak som må iverksettes (Lauvås og Lauvås 2004, Kristoffersen 2011).

For at et samarbeid skal være tverrfaglig må fagidentiteten hos de enkelte deltakerne respekteres. I det ligger det også at den enkelte må ha en klar og tydelig fagidentitet, og være seg bevisst på hva en kan bidra med i samarbeidet. Samtidig er det slik at ikke alle fag

har lik status, og de yrkesgrupper med høyest status vil ha større innvirkning på det som oppfattes som kjernen i samarbeidet. En profesjon kan derfor ta en overordnet posisjon, eller tildeles en slik posisjon av de øvrige samarbeidspartnerne. Dermed blir en yrkesgruppe kunnskapsbasen for de andre fagenes bidrag, og samarbeidet kan ikke kalles tverrfaglig. Dette kan skje på bakgrunn av profesjonens makt, status og institusjonens karakter (Lauvås og Lauvås 2004, Kristoffersen 2011). I sykehus har den medisinske profesjonen hatt en dominerende posisjon. I kraft av å stille diagnose og rekvirere behandling, har legene også fungert som sakkyndige innenfor andre fagområder. Profesjonen har derfor en sterk posisjon både kunnskapsmessig og ideologisk. Det er også vanlig at sykehuset som organisasjon fremdeles oppfattes som en hierarkisk struktur med legen som naturlig leder (Lauvås og Lauvås 2004, Kristoffersen 2011).

En av de største hindringene for et vellykket tverrfaglig samarbeid er maktkampen mellom profesjonene. Konfliktene oppstår som regel på de områdene fagene overlapper hverandre, og profesjonene får en tendens til å markere sin dominans i stedet for å jobbe konstruktivt. Kunnskap, kompetanse og status er virkemiddel som brukes for å dominere, samtidig som gode kommunikasjonsferdigheter og argumentasjonstyngde gir sterk innflytelse over beslutninger som tas (Lauvås og Lauvås 2004).

Når det gjelder det tverrfaglige samarbeidet mellom sykepleiere og leger på postoperativ avdeling, er det en overlappende kompetanse i blant annet postoperativ smertelindring. Dette kan vanskeliggjøre kommunikasjonen og det faglige samarbeidet hvis en av partene føler behov for å markere rangordning eller kompetanse (Lauvås og Lauvås 2004, Kristoffersen 2011).

Kommunikasjonsprosessen i tverrfaglig samarbeid har en faglig og arbeidsmessig kommunikasjonform. Det innebærer at det gis relevant informasjon til de riktige personene for å treffe hensiktsmessige beslutninger og integrere faglig kunnskap. Dessuten skal kommunikasjonsprosessen medvirke til å integrere deltakerne til å fungere i en felles virksomhet (Lauvås og Lauvås 2004).

Kommunikasjonen inneholder både et saksforhold og en definisjon av relasjonen mellom partene som deltar. Av og til vil det forekomme vanskeligheter og misforståelser i kommunikasjonsprosessen, og relasjonen mellom partene blir problematisk. Tilsynelatende

vil diskusjonen dreie seg om saksforholdet, men det er relasjonene mellom partene som dominerer. Vi kommuniserer alltid noe mer enn det som uttrykkes direkte. Dette kan være profesjongrenser, rolleforventninger eller lederstil uten at det sies åpent. For å oppnå det som er hensikten med det tverrfaglige samarbeidet, nemlig pasientens beste, må det ryddes opp i kommunikasjonsproblemene. Partene må definere hvordan de mener kommunikasjonen bør være, hvordan man oppfatter at den er, og hva man mener skaper forskjellen mellom bør og er (Lauvås og Lauvås 2004).

I tverrfaglig samarbeid som gir rom for åpenhet i kommunikasjon og respekt for faggruppens kompetanse vil man ha stor sjanse til å lykkes med samarbeidet. Siden profesjoner med ulik rang og status deltar, må det arbeides bevisst med dette. Det vil da være viktig å fokusere på relasjonen mellom faggruppene, og forholdet mellom den verbale og nonverbale kommunikasjonsformen. Yrkesgruppene bør også ha en klar oppfatning av sin egen fagidentitet for å kunne ta opp og løse eventuelle samarbeidsproblemer som oppstår. Et tverrfaglig samarbeid som fungerer gir økt kvalitet på behandlingen, bedre trivsel i arbeidet, og økt pasienttilfredshet (Kristoffersen 2011, Lauvås og Lauvås 2004).

4.2. Smerteteorier og smertefysiologi

Noen av de eldste forklaringer på hva smerte er, stammer fra Kina for over 4000 år siden. Årsaken til smerte og sykdom lå i en ubalanse mellom yin og yang, to ulike krefter i mennesket som gjensidig påvirker hverandre. Tradisjonell kinesisk medisin bygger fremdeles på disse prinsippene. I den vestlige verden fra århundrer før Jesu fødsel ble smerte sett på som en følelse, der hjertet var senteret for sanser og følelser.

På 1600- tallet ble det framlagt teorier der en så på hjernen som senter for sanser og følelser, og at smerter hadde forbindelse med nervesystemet (Stubhaug og Ljoså 2008). I 1664 utviklet den franske filosofen René Descartes en smerteteori som dominerte forståelsen av smerte gjennom de neste hundreårene. Descartes så på smerte som et enkelt stimulus-respons fenomen, der det foregikk en passiv overføring av signaler fra skadestedet via nervesystemet

til hjernen. Han la til grunn at smerter ble formidlet gjennom egne smertebaner og reseptorer, til et eget smertesenter i hjernen (Nortvedt og Nortvedt 2001, Stubhaug og Ljoså 2008).

På slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet ble det lansert smerteteorier som blant annet gikk ut på at sensoriske nerver i huden reagerte både på smerter og berøring. Det som avgjorde om opplevelsen dreide seg om smerter eller berøring var graden av stimuli. Sterke stimuli fører til smerte. Smertesansen ble definert som ”sansing av vevsskadelig stimuli”, en betegnelse som også brukes i smertedefinisjoner dag (Stubhaug og Ljoså 2008, s.24).

Først på midten av 1960-tallet utviklet det seg nye teorier basert på ny kunnskap om nervesystemets kompleksitet. Den viktigste og ledende teorien ble utviklet av fysiologen Patrick D. Wall og psykologen Ronald Melzack. De lanserte ”portkontrollteorien” i 1965 (Nortvedt og Nortvedt 2001, Stubhaug og Ljoså 2008). Teorien går blant annet ut på at det fantes spesialiserte celler eller strukturer i ryggmargens bakhorn som kan regulere overføringen av smerteimpulser. Disse cellene eller strukturene kan åpne eller lukke for overføringen av smerteimpulsene ut fra en påvirkning fra perifere nervefibre. Melzack og Wall reviderte og utvidet portkontrollteorien til å inkludere hjernen som et aktivt system i regulering av smerteimpulsoverføringen. Teorien framstilte smerte i et nytt perspektiv der sensoriske, kognitive og emosjonelle mekanismer kan påvirke portkontrollen. Portkontrollteorien kan fremdeles sies å være relevant selv om de nevrofysiologiske mekanismene foreslått i teorien ses på som for enkle i dagens forskning (Nortvedt og Nortvedt 2001, Stubhaug og Ljoså 2008).

En av dagens mest brukte definisjonene på smerte er utarbeidet av ”International Association for the Study of Pain” (IASP) i 1994. Denne sier at ”smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosierert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade” (Stubhaug og Ljoså 2008 s.25). Definisjonen viser at opplevelse av smerte er sammensatt fordi den sier at smerten rommer både sensoriske og emosjonelle opplevelser. Dessuten sier den at smerter og vevsskade ikke nødvendigvis trenger å høre sammen. Ut fra denne definisjonen kan man derfor si at smerte er en subjektiv opplevelse som vil variere fra person til person (Stubhaug og Ljoså 2008, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

McCafferys og Beebes definisjon på smerte fra 1998 sier at ”smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier han har smerte” (Stubhaug

og Ljoså 2008, s.25). I det ligger det at helsepersonell skal ha en profesjonell tilnærming til pasienten ved å ha tillit til pasientens smerteopplevelse. Denne definisjonen understreker smerte som en subjektiv opplevelse, men tar ikke opp de fysiologiske mekanismene ved smerte. For at man som helsepersonell skal forstå hvilke dimensjoner som ligger i smerten, må man også ha en forståelse for de fysiologiske mekanismene som oppstår ved smerter (Stubhaug og Ljoså 2008).

Når kroppen blir utsatt for et vevsskadelig stimulus, går det signaler til hjernen slik at vi får en ubehagelig opplevelse som smerte. Dette kalles nocisepsjon og betegner aktivitet i smerteimpulser som ledes inn til sentralnervesystemet. Nocisepsjon favner ikke hele den sammensatte smerteopplevelsen, men er et nevrofysiologisk begrep. Når et vevsskadelig stimulus oppstår setter det i gang en aktivering av nerveceller som kalles nociseptorer. Kroppen er forsynt med ulike typer nociseptorer alt etter hvilke vev eller strukturer de innerverer. Nociseptorer i strukturer som hud, muskler og sener reagerer blant annet på stikk, kutt, temperaturforskjeller eller trykk. Andre nociseptorer som innerverer tarm og indre organer aktiveres derimot av mekanisk strekk, og gir smerter ved utspiling. (Tønnesen 1996, Stubhaug og Ljoså 2008).

Ulike reseptorer på nociseptorens membran omgjør den vevsskadelige stimulusen til en elektrisk impuls. Nociseptoren leder så den elektriske nerveimpulsen inn til ryggmargens bakhorn. Her blir smerteimpulsene påvirket av transmittere. Transmittere er forskjellige kjemiske substanser eller signalstoffer som kan øke eller hemme signaloverføringen. For å bringe informasjon om smerter fra ryggmargen og opp til thalamus i hjernen ledes signalene via oppadstigende baner i ryggmargen (Tønnesen 1996, Stubhaug og Ljoså 2008).

Fra thalamus ledes smertene til ulike områder av hjernen. Smertesignaler som ledes til det sensoriske området i hjernebarken gjør at vi kan lokalisere hvor smerten stammer fra. Dessuten at vi kan avgjøre styrken på smerten, og om den oppfattes som stikkende, brennende og lignende (Tønnesen 1996, Stubhaug og Ljoså 2008).

Det limbiske system i storhjernen står i forbindelse med en stor del av smertefibrene. Dette området kalles ofte den "emosjonelle hjerne", og står i forbindelse med det autonome nervesystemet som styrer følelsesmessige reaksjoner. Smertesignaler hit blir tolket ut fra

personens følelsesliv. Det vil si at den emosjonelle tilstand personen er i er med på å avgjøre hvor vond smerten er, og hvor alvorlig den er. Frontallappen i hjernen mottar også smertesignaler og er med på å tolke smertens betydning og konsekvens for personen.

Fra thalamus ledes også smerteimpulsene til hukommelsessenteret i hjernen. Her blir smerten tolket i forhold til tidligere smerteerfaringer. Smerter av langvarig karakter, og smerte som repeteres lagres best og blir en form for smertehukommelse. Langvarig smerte kan føre til endring av strukturer og celler i ryggmargens bakhorn slik at smertesignalene sendes lettere videre. Slike endringer kan føre til at svakere smertestimuli gir smerter, og at smerten blir sterkere enn tidligere. Dessuten kan stimuli som berøring framkalle smerte der det normalt ikke skal gi smerte (Tønnesen 1996, Stubhaug og Ljoså 2008).

Kroppen har mekanismer både for forsterkning av smerte og hemming av smerte. At kroppen kan forsterke smerten er viktig for at skader og sykdommer ikke skal overses. Det er en forsvarsmekanisme som gir sentralnervesystemet beskjed om fare. Utskillelsen av slike kjemiske stoffer eller transmittorer skjer i vevet, blodceller og i nociseptorene. Dette bidrar blant annet til økt hevelse og inflammasjon på skadestedet, samt at nociseptoren får økt følsomhet for stimuli (Tønnesen 1996, Stubhaug og Ljoså 2008).

Når det gjelder mekanismer for hemming av smerter skjer dette blant annet i nedadgående baner fra hjerne, hypotalamus og hjernestamme. Overføring av impulser i ryggmargens bakhorn kan bremses av signaler fra hjernen og hjernestammen. Blant annet kan ikke-smertefulle stimuli som massasje, berøring og muskelaktivitet redusere smerten ved å bremse videreføringen av smerteimpulsen (Tønnesen 1996, Stubhaug og Ljoså 2008, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Kroppen kan skille ut morfinlignende stoffer som kalles endorfiner eller endogene opioider. Disse binder seg til opioidreseptorer i blant annet hjernen og andre steder i sentralnervesystemet. På den måten hemmer endorfiner smerteoverføringen i ryggmargen og øker aktiviteten i de smertehemmende nedadgående banene. Mengden av endorfiner og reseptorenes evne til å binde endorfiner varierer fra person til person, og kan forklare noe om hvorfor reaksjoner og toleranse for smerter er så forskjellig. Det kan blant annet se ut som mennesker med høyt antall endorfiner i cerebrospinalvæsken har et mindre behov for smertestillende medikamenter. Andre viktige transmittorstoffer for smertehemming er også serotonin og noradrenalin. Medikamenter som inneholder opioider og antidepressiva som

øker serotoninivået har derfor smertehekkende effekter (Tønnesen 1996, Stubhaug og Ljoså 2008, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Historisk sett har smerteforskningen dreid seg om å lete etter forklaringsmodeller som kunne vise til en sammenheng mellom graden av vevsskade og smerteopplevelse. Forskere har blant annet prøvd å lokalisere et eget smertesenter i hjernen hvor man kunne knytte ulike opplevelser og fortolkninger av smerte. Dagens forskning viser at et slikt senter ikke finnes, men at det er et samspill mellom flere hjerneområder som er med på å bestemme smerteopplevelsen (Nortvedt og Nortvedt 2001, Stubhaug og Ljoså 2008). Smerteforskningen har kartlagt flere komplekse mekanismer innen smertefysiologi, men samtidig vet vi lite om hva som gjør smerte til et så personlig og subjektivt fenomen. Den subjektive opplevelsen av smerter spiller nå en større rolle, og smerter ses som et samspill av fysiologiske og psykologiske prosesser (Nortvedt og Nortvedt 2001).

4.3. Smerte som fenomen

Det å forstå de fysiologiske mekanismene som oppstår ved smerte er viktig, men ikke nok for å kunne behandle smerten så fullstendig som mulig. Når man som sykepleier arbeider med pasienter som har smerter, må man søke å forstå hvordan smerten oppleves for pasienten. Det innebærer å betrakte smerten som et fenomen integrert i pasientens verden. Selve kjernen i forståelsen av fenomenet smerte er pasientens opplevelse av smertefullhet, det å være i smerten. Det sentrale utgangspunkt for en fullstendig smertebehandling må derfor alltid være pasientens egen og subjektive formidling av smerteopplevelsen (Nortvedt og Nortvedt 2001).

Den norske filosofen Arne Johan Vetlesen (2004) sier at det å leve innebærer muligheten til hvert sekund å være utsatt for smerter. I følge Vetlesen er smerten aldri nøytral, og vi som mennesker kan ikke stille oss likegyldig til den. Smerten er dermed ladet, den har flere ”ansikt”. Det ligger en motsetning i det at vi har en moralsk tilbøyelighet til å fordømme og fordrive smerten, og samtidig kan ha en psykologisk tilbøyelighet til å fascinere av den (Vetlesen 2004).

Den amerikanske forskeren Elaine Scarrys teorier om smerte er diskutert i Vetlesens bok ”Smerte” (Vetlesen 2004). Scarry påpeker at fysisk smerte er enestående blant alle våre

psykiske, somatiske og sanselige tilstander fordi smerte ikke har noe objekt. Den fysiske smerten er *om* noe, men peker ikke mot et objekt i den ytre verden. Hun skiller smerten fra de basale sansene som synet, hørselen, berøring, luktesansen som leder oss ut av oss selv mot bestemte objekter i verden. Siden smerten er objektløs påvirker den derfor språket slik at vi regredierer språklig når smerte skal kommuniseres. Vi sier det gjør vondt, men bruker også lyder når smerten uttrykkes. Det kan være vanskelig å sette ord på smerten, og språket kommer til kort. I følge Scarry er ikke smerte en følelse, men en tilstand (Vetlesen 2004).

Det å være i smerter markerer et absolutt skille mellom personer i følge Scarrys analyse. Det er en ontologisk og opprinnelig splittelse mellom din smerte og min smerte. Den som har smerten kan ikke betvile den fordi kroppen fylles av den. I kontrast til dette kan det å se andres smerte eller høre om den, absolutt la seg betvile. Dette viser smertens dobbeltkarakter, at den både kan betviles og ikke.

Vetlesen hevder at det ikke er en slik form for ontologisk splittelse mellom min smerte og din smerte som Scarry framhever. Han sier derimot at synlig fysisk smerte hos en annen person vil spontant framstå som noe forståelig. Dette på grunnlag av erfaring. Vi vil som mennesker forstå at andre som blir påført fysisk smerte, vil ha like reaksjoner og behov for lindring som oss selv. Men denne forståelsen kan imidlertid blokkeres eller settes ut av spill, og erstattes av en distanse eller en ikke-identifisering av andres smerter (Vetlesen 2004).

Når det gjelder fysisk smerte sier Vetlesen at vi inntar et mer visuelt perspektiv. Vi blir observatører, og kan observere andres smerte likesom egen. Dersom den fysiske smerten blir alvorlig, gjør den oss til en type lidende som blir pasienter. Smerten vil da kreve medisinen og legens innsats med tanke på lindring. Med lindring menes den menneskelige respons og inngripen som smerten formelig ber om (Vetlesen 2004).

Ethvert menneske med sterke fysiske smerter vil ønske smertens opphør fordi den fjerner alt annet fra vår bevissthet og vår kroppslige sanselighet. Vi kan føle oss helt alene i slike situasjoner, spesielt hvis ingen rundt oss har eller har hatt tilsvarende smerter. Smerten skaper dermed avstand til alt annet enn smerten selv, og personens livsverden og følelse av tid og rom snevres inn (Vetlesen 2001). Den stjeler fokus fra andre deler av den menneskelige livsverden fordi den ikke lar seg stenge ute. Smerten kan viske ut opplevelsen av tid og rom. Derfor er det viktig å ta hensyn til den subjektive tid i omsorg for en pasient i smerter. Med

det menes tiden slik den oppleves av pasienten som har vondt og venter på lindring (Nortvedt og Nortvedt 2001).

Smerte har alltid både en fysisk og psykisk (mental) komponent. Dette fordi smerten er i kroppen som vi ikke kan forlate, og vi kan dermed ikke ha en objektiv distanse til denne smertefullheten (Vetlesen 2004).

Fenomenet smerte ser ut til å ha en sterk oppfordring eller appell om respons og ivaretagelse av den som gir uttrykk for smerte. Å se at andre har det vondt smerter oss, smerten virker inn på den som opplever andre i smerte. Samtidig kan en velge å ikke svare på oppfordringen om respons, man kan distansere seg fra den andre og hans smerte. Å distansere seg, eller ikke identifisere seg med den andres smerte, skjer allikevel ikke uten betydelig anstrengelse eller ubehag. En slik mangel på respons vil også kreve en forklaring, det vil virke påfallende fordi det naturlige er å ivareta mennesker i smerte. Det ligger derfor en moralsk realitet og utfordring i smerteopplevelsen (Nortvedt og Nortvedt 2001, Vetlesen2004).

Smertens moralske realitet er knyttet til pasientens egen evaluering av den, og hvilken betydning smerten har for individet selv. Respekt for pasientens autonomi er derfor forbundet med smerte som moralsk problem. Å være autonom vil blant annet si at individet har rett til å bestemme over hvilke mål og beslutninger som er viktige for en selv. Det forutsetter at individet har innsikt og forståelse til å ta kompetente valg, og at man ser hvilke konsekvenser ens valg har for andre mennesker (Nortvedt og Nortvedt 2001).

Hos en autonom pasient kommer smerten til uttrykk gjennom den informasjon han eller hun selv kan gi. Hos pasienter som har hatt anestesi eller er bevisstløse mangler det verbale uttrykket, og smerten kommer til uttrykk gjennom grimaser eller andre nonverbale uttrykksformer. Det kan derfor være lettere å krenke ikke-autonome menneskers rettigheter, og de vil derfor har et spesielt krav på vern. Pasienter med smerter vil være avhengig av at helsepersonell tar dem på alvor og vil hjelpe. Avhengigheten blir ikke krenkende, men beskytter menneskelig verdighet dersom smertene blir tatt på alvor og lindret.

For sykepleieren blir det viktig å forstå betydningen av at smerte er et grunnleggende moralsk fenomen. Dette for å få forståelsen for hvor viktig sykepleierens oppmerksomhet,

innlevelsesevne og følsomhet overfor pasientens smerter er, for å få en deltakende smertelindring (Nortvedt og Nortvedt 2001).

Smerter og opplevelsen av smerter er et sammensatt og komplekst fenomen. For å forstå pasientens smerte er vi for det første avhengige av pasientens subjektive erfaringer og uttrykk, samt de objektive nevrofysiologiske forklaringene (Nortvedt og Nortvedt 2001).

4.4. Postoperative smerter

Postoperative smerter har den egenskapen at de er forventet og forårsaket av en kjent årsak. Dette er smerter som kommer som følge av kirurgi, og er en naturlig konsekvens av den vevsskaden som oppstår. Postoperative smerter kommer inn under kategorien akutte smerter, og avtar vanligvis når årsaken til smertene leges. Hvis smerten vedvarer mer enn fire til seks uker etter inngrepet kan det være grunn til å vurdere om det utvikles kronisk smerte (Stanghelle og Knutsen 2005, Wøien og Strand 2008).

Postoperativ smerte deles gjerne inn i grunnsmerte og gjennombruddssmerter. Med grunnsmerte menes den smerten som er resultatet av vevs- og nerveskade etter kirurgi. Smertetopper som oppstår på grunn av hoste, bevegelse eller lignende kalles gjennombruddssmerter. Pasienten vil da trenge ekstra smertelindring utover det som allerede er gitt. Samtidig kan postoperative pasienter ha prosedyresmerter i tillegg til smertene som skyldes operasjonen. Det viser seg at mange postoperative pasienter ikke får nok smertestillende ved prosedyrer som leieforandring, fjerning av sårdren eller ved sårskift (Wøien og Strand 2008).

I likhet med andre smerter er postoperative smerter en sammensatt reaksjon av tidligere opplevelser samt psykiske, ekstensielle og sosiale faktorer. Dette gir store individuelle variasjoner i smerteopplevelsen. Forhold som kan påvirke postoperativ smerte vil blant annet være preoperativ informasjon og forberedelse av pasienten både psykologisk og farmakologisk. Dessuten vil selve inngrepet ha noe å si. Stort sett er det slik at man forventer mer smerte etter omfattende og langvarig kirurgi. Imidlertid vil dette være svært individuelt,

og det er ikke alltid smerteopplevelse og størrelse på inngrepet vil følge hverandre. (Stanghelle og Knutsen 2005, Wøien og Strand 2008).

Ved komplikasjoner etter kirurgi som for eksempel blødning vil den postoperative smerten øke, og pasienten lar seg dårlig smertelindre. Sykepleier må derfor være svært observant på dette, og tilkalle lege for vurdering av postoperative smerter som vanskelig lar seg lindre. At pasienten har tillit til at sykepleier og lege ønsker å hjelpe ham, er av stor viktighet for en god postoperativ smertelindring. En god kvalitet på den postoperative pleien vil forsterke effekten av den smertelindring som gis (Stanghelle og Knutsen 2005, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Postoperative smerter som blir dårlig behandlet kan medføre alvorlige komplikasjoner for pasienten. Respirasjonen blir påvirket av smerte fordi smerteimpulsene utløser en sentral hemming. Dessuten vil pasienten som har hatt kirurgi i abdomen eller thorax unngå å hoste og trekke pusten dypt for å unngå ytterligere smerter. Dette kan føre til sekretopphopning, atelektaser, pneumoni og dårligere oksygenering. Eldre pasienter, røykere og pasienter med lungelidelser er spesielt utsatte. Sirkulatorisk utløser smerter rask puls og høyt blodtrykk. For pasienter med hjertesvikt eller andre hjerte/karsykdommer er dette alvorlig, siden det medfører en økt arbeidsbelastning på hjertet. Dette kan utløse hjertearytmier og fare for hjerteinfarkt. Sterke smerter medfører også at pasienten ikke beveger seg, han immobiliseres. Dette kan medføre økt risiko for postoperative komplikasjoner som for eksempel dyp venetrombose, lungeemboli, decubitus eller nedsatt tarmperistaltikk. Smerter gir en økt sympatikusstimulering, og i tillegg til immobilisering kan dette gi gastrointestinale komplikasjoner som kvalme, oppkast og obstipasjon. For å redusere de uheldige virkningene de postoperative smertene har, er det viktig å forebygge og behandle smertene så effektivt som mulig (Stanghelle og Knutsen 2005).

For å kunne iverksette og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling, må sykepleier kartlegge og vurdere pasientens smerter. Sykepleieren må spørre pasienten jevnlig om smerter og om effekt av smertelindring. Det kan brukes verktøy som numerisk smerteskala eller visuell analog skala for at pasienten skal kunne beskrive intensiteten av smertene. Dette forutsetter at pasienten har fått informasjon om metoden før operasjonen, slik at han er kjent med hvordan det skal brukes. Dessuten må sykepleier bruke smerteskalaene aktivt i smerteregistreringen for at de skal ha nytteverdi. Dette kan gjøre dokumentasjonen

mer presis, siden sykepleierne får et felles begrepsapparat. Individuelle holdninger kan dermed få mindre betydning. Siden mange ulike forhold kan påvirke smerteopplevelsen, vil det ikke være tilstrekkelig å bare kartlegge smerteintensitet. I tillegg må andre tegn på smerter som pasientens verbale utsagn og non-verbale uttrykk observeres. Dessuten vitale tegn som blodtrykk og puls, hud, respirasjon og eventuell kvalme og brekninger (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Wøien og Strand 2008).

Det finnes flere ulike verktøy som måler smerteintensitet. Disse hjelpemidlene er basert på selvrapporing av smerte, og sykepleieren må finne et verktøy som pasienten kan beherske. Med smerteintensitet menes hvor sterk smerte opplever pasienten at han har. De forskjellige kartleggingsverktøyene som er i bruk er validert i forhold til ulike sykdommer og pasientgrupper. Postoperativt brukes for det meste ”visual analogue scale” (VAS), ”numeric rating scale” (NRS) eller ansiktsskala. Det forekommer også kombinasjoner av disse (Torvik, Skauge og Rustøen 2008).

VAS-skalaen er den som har vært hyppigst brukt i kartlegging av smerteintensitet. Skalaen er en 10 cm lang linje som består av to endepunkter. Den ene enden indikerer ”ingen smerter”, og den andre enden ”verst tenkelige smerte”. Pasienten skal så markere hvor på linjen han mener hans smerte befinner seg. For å finne pasientens smerteintensitet uttrykt i tall, måles antall millimeter fra endepunktet ”ingen smerter” og til pasientens avmerking (Torvik, Skauge og Rustøen 2008).

NRS-skala er inndelt i tall fra 0 til 10, der 0 er ingen smerte og 10 er ”verst tenkelige smerte”. Pasienten krysser av det tallet han mener representerer hans smerteintensitet. Ansiktsskala viser bilder eller tegninger med ulik grad av smerteuttrykk, og brukes mye hos barn. Siden den ikke forutsetter språk, kan den også brukes til pasienter som av ulike årsaker ikke har språk. Dessuten kan den brukes av pasienter med fremmedspråklig bakgrunn (Torvik, Skauge og Rustøen 2008).

Kartlegging og dokumentasjon av postoperative smerter er viktig for å kunne få en god kvalitet på den postoperative smertelindringen. Dessuten vil gode rutiner for smertekartlegging og dokumentasjon gi et godt grunnlag for å individualisere smertebehandlingen. For at sykepleiere og leger skal forstå hvilke tiltak som er iverksatt og

hvilken effekt smertelindringen har hatt for pasienten, er det viktig at dette dokumenteres (Wøien og Strand 2008).

4.5. Postoperativ smertelindring

Pasienter som har fått utført kirurgiske inngrep vil ha behov individuell smertelindring etter operasjonen. Vanligvis defineres postoperativ smertebehandling som behandling av smerter som oppstår i forbindelse med kirurgi inntil en uke etter inngrepet (Wøien og Strand 2008). Målet med den postoperative smertebehandlingen er at pasienten skal være mest mulig smertefri etter inngrepet. Det betyr blant annet at pasienten skal ha lite eller ingen smerter når han er i ro, greie mobilisering og unngå bivirkninger av medikamenter som for eksempel respirasjonsdepresjon eller kvalme. Den postoperative smertebehandlingen starter allerede før operasjonen med en vurdering av pasientens tilstand og sykehistorie. Dette blant annet for å få data som fører til at pasienten får best mulig smertelindring postoperativt. Pasienten får også smertestillende og beroligende medikamenter preoperativt for å forebygge smerter etter operasjonen. (Wøien og Strand 2008, Berntzen et.al. 2010).

Legen er den som har ansvar for å forordne medikamenter og dosering av smertelindring postoperativt. Det vanlige er at legen gir sykepleierne rammer for hvilke type medikamenter som kan gis, og i hvor høye doser. Sykepleierne administrerer dermed medikamentene etter pasientens behov innenfor legens forordninger. Dette gir sykepleierne et stort ansvar i den postoperative smertebehandlingen, og samarbeid med legen om behandlingsopplegget er svært viktig for et godt resultat for pasienten (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Wøien og Strand 2008).

Smertelindringen postoperativ er i dag multimodal. Dette betyr at smerten angripes fra flere hold for å oppnå best mulig effekt, og gi minst mulig bivirkninger. Det brukes gjerne flere teknikker og legemidler for å finne den beste kombinasjonen for hver enkelt pasient. Jo større kirurgisk inngrep pasienten har hatt, jo mer sammensatt er ofte den postoperative smertebehandlingen (Berntzen et.al. 2010).

Medikamenter som vanligvis gis den første tiden etter operasjonen er som regel paracetamol, non steroid anti-inflammatoriske preparater (NSAID-preparater) og opioider. Disse gis helst intravenøst, og i kombinasjon med hverandre. Paracetamol gis vanligvis rutinemessig som basisbehandling for smertelindring, og doseres etter pasientens vekt. For å få jevn effekt gis det med faste intervaller inntil fire til seks ganger i døgnet. Paracetamol virker både perifert og sentralt, og har analgetisk og antipyretisk effekt. De første postoperative timene gis paracetamol helst intravenøst for å sikre god absorpsjon og rask effekt av legemidlet. Paracetamol kan i store doser være skadelig for leveren, og kan derfor ikke brukes av operasjonspasienter som har leversykdom. Ved rett dosering er paracetamol førstevalg på grunn av god smertelindrende effekt og lav risiko for bivirkninger (Wøien og Strand 2008, Berntzen et. al. 2010, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Non steroid anti-inflammatoriske preparater (NSAID-preparater) har i tillegg til analgetisk og antipyretisk effekt, også antiinflammatorisk effekt. Dette kan være medikamenter som Diklofenak (Voltaren) eller Ketorolak (Toradol) som kan gis som injeksjoner. Disse preparatene gir ofte svært god analgesi ved kirurgi, men kan på grunn av alvorlige bivirkninger ikke alltid gis postoperativt. NSAID-preparater kan gi bivirkninger som magesår, økt blødningstendens og risiko for nyresvikt. Medikamentene er derfor ikke like standardisert som paracetamol etter operasjoner, men vurderes av lege for hver enkelt pasient. Hvis NSAID-preparater kan benyttes, gis de i likhet med paracetamol med faste intervaller inntil tre til fire ganger i døgnet for å få en jevn effekt. Dessuten har både paracetamol og NSAID-preparater et "tak", eller nivå, når det gjelder effekt. Det betyr at den smertestillende effekten ikke øker selv om dosen økes. Paracetamol og NSAID-preparater gis som tilleggsmedikasjon til opioider, og kan virke opioidsparende (Wøien og Strand 2008, Berntzen et.al. 2010, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Sterktvirkende opioide analgetika har en sentral plass i postoperativ smertelindring. Dette er både naturlig forekommende morfinstoffer og syntetiske stoffer som virker via kroppens opioidreseptorer. I tillegg til å virke smertelindrende kan opioider virke angstdempende, hostedempende og sederende. Når det gjelder bivirkninger kan opioide analgetika blant annet gi kvalme, respirasjonsdepresjon, forvirring, obstipasjon, urinretensjon og kløe. I motsetning til NSAID-preparater og paracetamol har ikke opioide analgetika noe "takeffekt", men kan doseres fram til ønsket effekt. Det er store individuelle forskjeller når det gjelder følsomheten

for opioider, og dosene må derfor titreres individuelt. De mest vanlige opioide analgetika som brukes postoperativt er ketobemidon, morfin, fentanyl, petidin og oxycodon (Stubhaug og Ljoså 2008, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Ketobemidon og morfin er likeverdige medikamenter, men det er ketobemidon som er hyppigst brukt i postoperativ smertelindring i Norge. Grunnen til dette er at nedbrytningen av ketobemidon er uavhengig av nyrefunksjonen. Dette i motsetning til morfin, som kan hope seg opp i kroppen ved nyresvikt. Fentanyl brukes for det meste som smertestillende komponent i epiduralblandinger i postoperativ sammenheng. Det har en sterkere analgetisk og respirasjonshemmende effekt enn ketobemidon og morfin. Petidin brukes i hovedsak der pasienten har postoperative skjelvninger hvor det har god effekt via en ikke-opioid mekanisme. Medikamentet har de samme effektene som morfin, men det dannes en toksisk metabolitt som kan øke kramperisikoen. Petidin kan derfor ikke brukes til langtidsbehandling. Som overgang fra intravenøs postoperativ smertebehandling til peroral, brukes ofte oxycodon kapsler. Oxycodon har en mye bedre absorpsjonevne fra tarmen enn morfin har. For å konvertere fra intravenøs behandling til peroral regner man først ut døgnforbruket intravenøst. Deretter ganger man antall milligram med tre, og deler døgndosen på et passende antall perorale doser avhengig av medikament (Wøien og Strand 2008, Stubhaug og Ljoså 2008).

Ved større operasjoner brukes ofte epidural smertelindring for å oppnå bedre effekt på postoperative smerter. Dette kan være operasjoner som thoraxkirurgi, mage/tarmkirurgi, aortakirurgi, kneoperasjoner eller gynekologiske kreftoperasjoner. Dessuten får pasienter som har hjerte- eller lungesykdom ofte lagt inn epiduralkateter når de skal opereres. Disse pasientene tåler som regel ikke de mengder opioider som må til etter operasjonen, og smertelindringen kan derfor bli for dårlig uten muligheten til epidural smertelindring (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Wøien og Strand 2008).

Ved innleggelse av epiduralkateter fører anesteselegen inn en spesiell epiduralkanyle i epiduralrommet mellom to ryggtakker. Et tynt kateter tres gjennom kanylen, og kanylen blir deretter fjernet. Dette er en steril prosedyre for å unngå infeksjoner. Epiduralkateteret blir deretter fiksert og merket. Plasseringen av epiduralkateteret bestemmes av hvor det er ønskelig å blokkere smerteimpulsene. (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Wøien og Strand 2008).

Postoperativt brukes vanligvis en kombinasjonsblanding av et lokalanestetikum, adrenalin og et opioid via epiduralkateteret. Smerten angripes da fra flere hold. Lokalbedøvende medikamenter som bupivacain (Marcain) blokkerer impulsoverføringen i nerverøttene der de kommer ut fra ryggmargen. Graden av blokkade avhenger av tykkelsen på nervene. Fordi smertefibrene er tynne, blir de raskest blokkert. Som opioid i epiduralblandingen brukes for det meste fentanyl. Legemidlet diffunderer til spinalkanalen og binder seg til opioidreseptorene i ryggmargens bakhorn. Videreføringen av smerteimpulsene blir dermed hindret. Ved tilsetning av adrenalin trekker blodkarene seg sammen lokalt, og absorpsjonen av legemidlene til blodbanen reduseres. Dette fører til at faren for bivirkninger blir mindre, og virkningen av medikamentene forlenges. Adrenalin har i tillegg en smertestillende effekt på ryggmargens nerveceller (Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Bivirkninger av epidural smertebehandling kan blant annet være blodtrykksfall, sensorisk eller motorisk blokkade, urinlatingsproblemer, kløe, kvalme og respirasjonsdepresjon. Faren for respirasjonsdepresjon er mye mindre ved epidural smertebehandling enn når opioider gis systemisk. Dessuten blir faren for bivirkninger mindre ved bruk av kombinasjonsbehandling. Dette fordi det oppstår en synergieffekt når legemidlene brukes sammen, den totale effekten av hvert legemiddel bedres. På grunn av dette kan man bruke en lavere dosering, og faren for bivirkninger reduseres. Allikevel må pasienten overvåkes nøye slik at tiltak raskt kan settes inn hvis bivirkninger eller komplikasjoner oppstår (Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Intravenøs pasientkontrollert analgesi (PCA) kan brukes til pasienter som har fått god undervisning om metoden før operasjonen. Dette er en smertepumpe pasienten kan kontrollere selv, og doserer smertestillende ved behov. Pasienten må derfor kunne følge instruksjonene om hvordan smertepumpen skal brukes. Det brukes opioider, enten ketobemidon eller morfin, som smertestillende ved PCA. Fordelen ved denne metoden er at pasienten har kontroll over behandlingen, og kan styre den etter sin egen smerteopplevelse. For å unngå overdosering, og dermed respirasjonsdepresjon eller respirasjonsstans, legges det inn en sperregrense på intervaller og maksimaldosering pr. tidsenhet. Det er sykepleierne som har ansvaret for å observere at pasienten bruker pumpen på riktig måte. Dessuten er det sykepleiernes ansvar å observere virkning og eventuelle bivirkninger av behandlingen (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Wøien og Strand 2008).

Erfaringsmessig kan ikke-medikamentell behandling være et supplement til medikamenter for å behandle smerter. Det at pasienten kan ha en viss tankemessig kontroll og oversikt over det som skal skje, kan gjøre at han mobiliserer sine egne mestringsstrategier. En slik tankemessig og følelsesmessig kontroll kan redusere smerteopplevelsen siden det blant annet kan øke pasientens egen produksjon av endorfiner. Det å få en god preoperativ informasjon om hva som vil bli gjort for å redusere smertene vil være svært viktig. Det kan dempe utryggheten å forberedes på at han kan komme til å kjenne smerter, og hva han selv skal gjøre når han opplever smerter. Siden angst og utrygghet øker smerter, er det viktig at sykepleieren også postoperativt informerer og støtter pasienten (Gulbrandsen 2005, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Ved å hjelpe pasienten til å fokusere på noe annet enn opplevelsen av smerten, kan den reduseres. Hvis flere impulser konkurrerer om plassen, greier ikke hjernen å konsentrere seg fullt ut om flere ting samtidig. Hjernen kan skifte raskt mellom hva den vier oppmerksomheten. Musikk via hodetelefoner kan brukes som avledning, men da er det svært viktig å bruke musikk som pasienten opplever som behagelig. Et hyggelig besøk av pårørende kan også virke avledende fra smerten. Hvis pasienten blir i stand til å tenke på noe annet, kan det øke effekten av den postoperative smertebehandlingen (Gulbrandsen 2005, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Hudstimulering som trykk, massasje, varme- eller kuldestimulering virker også smertelindrende og avslappende. Temperatur påvirker den lokale blodgjennomstrømningen, og nervefibre som leder temperatur hemmer sannsynligvis overføring av smerter i ryggmargen. I postoperativ sammenheng er det ikke alltid at disse teknikkene kan brukes, og det må først avklares med lege om det eventuelt kan være kontraindisert. Hudstimulering som berøring, trykk og massasje kan brukes i forståelse med pasienten, og ut fra hvilke personlige grenser pasienten har. Dette kan virke smertehemmende ved at oppmerksomheten blir ledet bort fra smertene. Dessuten kan det se ut som at ved stimulering av huden utkonkurreres smertemeldingen fra de tynne smertefibrene og overføringen av smerteimpulsene hemmes (Gulbrandsen 2005, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Akupunktur kan være effektivt mot smerter i enkelte situasjoner, også postoperative smerter. Den klassiske kinesiske teorien går ut på at kroppen har motstridende energier. Videre inndeles kroppen i energibaner, meridianer, der en justerer energien ved hjelp av nåler som

stikkes inn i samlingspunktene for meridianene. Ut fra vestlig teori kan virkningen forklares med at påvirkning av de nedadgående banene i sentralnervesystemet bidrar til å redusere smertene. Det kan se ut som portcellene blir blokkert, og slipper færre impulser gjennom. Det antas at sjansen for smertelindring er størst hvis det stimuleres med akupunktur nåler i nærheten av, eller i samme segment som smerten kommer fra. Skal man bruke slike metoder må det gjøres på en trygg og sikker måte, i samarbeid med pasienten og etter avtale med ansvarlig lege (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Stubhaug og Ljoså 2008).

Postoperativt kan for eksempel pasientens leie være viktig med tanke på å redusere smerter. Sykepleieren kan hjelpe pasienten til å legge seg rette slik at det ikke blir drag eller strekk i såret, eller trykk mot dren. Det kan blant annet være å få et godt støttet sideleie eller ryngleie med lett hevet overkropp, og eventuelt en god pute under knærne (Berntzen et.al. 2010).

Grunnleggende i smertebehandlingen er å sørge for at pasienten har det så godt det lar seg gjøre uten unødige lidelser. Dessuten må både sykepleiere og leger ha tilstrekkelige kunnskaper om behandlingen og virkningene av den. En viktig forutsetning for god smertebehandling er gjensidig tillit mellom pasient, sykepleier og lege. Profesjonell smertebehandling er derfor basert på viten innen smertefysiologi og behandling, samt moralske og etiske overveielser (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Nortvedt og Nortvedt 2001)

5.0. Metode

Som metode har jeg brukt fokusgruppeintervju.

Fokusgrupper er en kvalitativ metode som kan belyse holdninger, meninger og oppfatninger hos deltakerne. Gruppene består av personer med felles bakgrunn relatert til emnet for fokusgruppeintervjuet, og er vanligvis sammensatt av fem til ti personer. Deltakerantallet må være stort nok til å få fram erfaringer og meninger, men ikke så stort at det blir vanskelig for gruppedeltakerne å dele sine erfaringer. Hvis gruppa derimot blir for liten kan det begrense antall erfaringer (Krueger og Casey 2009).

Gruppediskusjonen blir gjentatt flere ganger med samme tema, men med nye deltakere hver gang. Det utarbeides vanligvis en intervjuguide som brukes i hvert intervju. Dette for at forskeren skal kunne identifisere mønster og trender i oppfatninger og meninger mellom gruppene. Det er vanlig at intervjuer har med seg en assistent. Intervjuer er først og fremst opptatt av diskusjonen i gruppa, og hvem som vil ta ordet. Assistenten kan ha ansvar for feltnotater, logistikk og eventuelle avbrytelser (Krueger og Casey 2009).

Siden metoden kan få fram synspunkter og erfaringer i et miljø der flere mennesker samhandler så jeg den som egnet til å belyse min problemstilling.

5.1. *Etiske vurderinger*

I forbindelse med forskning vil det være både etiske og lovmessige regler som må følges. Det ble derfor gjort en vurdering om denne studien kom inn under helseforskningsloven, og måtte meldes inn til ”Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk” (REK). Forskning som involverer mennesker, humant biologisk materiale og gjelder taushetsbelagte opplysninger for å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom må meldes REK (Helseforskningsloven 2008). Det ble derfor sendt en forespørsel til REK Midt, der det ble avklart at studien kunne gjennomføres uten godkjenning fra REK.

Studien innebærer intervjuopptak av sykepleiere, noe som kan føre til gjenkjenning via indirekte opplysninger gitt under opptakene og på måten opptakene lagres. Den kommer derfor inn under personopplysningsloven, og ble av den grunn meldt til og godkjent av ”Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste” NSD/Personvernombudet (Personopplysningsloven 2000, NSD).

Det ble utarbeidet et informasjonsskriv om studien som blant annet innhentet deltakernes informerte samtykke til å delta, og samtidig opplyste at de hadde rett til å trekke seg fra studien på et hvilket som helst tidspunkt (Vedlegg nr. 2). Det ble også holdt informasjonsmøter om studien ved de avdelingene som deltok.

For å sikre konfidensialitet er det i transkriberingen av intervjuene og rapporteringen tatt bort navn på personer, steder og sykehus. Taleopptakene av fokusgruppeintervjuene blir slettet etter NSD's retningslinjer. Siden jeg har en nærhet til feltet var jeg oppmerksom på å holde en profesjonell distanse for å unngå identifisering med deltakerne. Dette er viktig i forhold til å offentliggjøre funnene på en så nøyaktig og representativ måte som mulig (Kvale og Brinkmann 2010).

5.2. Utvalg og utvalgsprosedyre

Utvalget består av tre fokusgrupper fra tre forskjellige sykehus i Midt-Norge. Inklusjonskriteriene var at det skulle være sykepleiere fra postoperativ avdeling, og at de hadde minimum to års erfaring med postoperativ sykepleie.

Fokusgruppene hadde fra fem til åtte deltakere, og bestod av sykepleiere fra postoperative avdelinger. De fleste hadde mellom åtte og femten års erfaring med postoperativ smertebehandling, men med en variasjon fra to år og opptil trettiåtte års erfaring innen emnet. De fleste hadde spesialutdanning i intensivsykepleie, noen hadde andre spesialutdanninger som psykiatrisk sykepleier og traumesykepleier, mens andre ikke hadde noen form for spesialutdanning.

For å få tillatelse fra det enkelte sykehus og avdeling ble det sendt e-post til kliniksjefer og avdelingsledere med forespørsel om å intervju sykepleiere om deres erfaringer med postoperativ smertelindring. Prosjektbeskrivelse ble vedlagt, og også opplysninger om at studien var godkjent av NSD (vedlegg nr.3). Det ble lagt ved nettadressen til den offentlige databasen hvor NSD hadde lagt ut opplysninger om studien. Forespørselen ble godkjent av de forespurte sykehus og avdelinger. Før fokusgruppeintervjuene ble satt i gang, ble det avholdt informasjonsmøter om studien ved de respektive avdelinger. Dette for å gi rom for opplysninger og spørsmål om studien, og dermed gjøre det interessant for sykepleierne å delta.

På grunn av driften til den enkelte avdeling var det vanskelig å samle fem til åtte sykepleiere som skulle være borte fra avdelingen så lenge som intervjuet pågikk. Rekrutteringen ble derfor gjort i samråd med avdelingslederne ved de postoperative avdelingene. Fokusgruppeintervjuene ble utført på dager der det var planlagt møtevirksomhet eller fagdager, slik at nok sykepleiere hadde anledning til å delta.

Tabell over deltakelse i fokusgruppene

Fokusgrupper	Fokusgruppe 1	Fokusgruppe 2	Fokusgruppe 3
Antall deltakere	5	7	8 (+1 som kom inn senere)
Kjønn	Kvinner	Kvinner	1 mann (+1 mann som kom inn senere) 7 kvinner
Spesialutdannelse	3 intensivsykepleiere 1 anestesisykepleier 1 traumesykepleier	6 intensivsykepleiere 1 uten videreutdanning	2 intensivsykepleiere 1 psykiatrisk sykepleier 5 uten videreutdanning (1 ikke oppgitt)
Erfaring med postoperativ smertebehandling (år)	2 deltakere 11 år 1 deltaker 23 år 1 deltaker 15 år 1 deltaker 2 år	1 deltaker 13 år 1 deltaker 20 år 1 deltaker 38 år 1 deltaker 17 år 1 deltaker 24 år 1 deltaker 13 år 1 deltaker 27 år	1 deltaker 25 år 1 deltaker 20 år 1 deltaker 6 år 1 deltaker 3 år 1 deltaker 2 år 1 deltaker 9 år 1 deltaker 5,5 år 1 deltaker 26 år (1 deltaker ikke oppgitt)

5.3. Datainnsamling

Det ble gjort avtaler både pr. telefon og e-post for å finne et best mulig tidspunkt og sted for fokusgruppeintervjuene.

I det første intervjuet hadde jeg ikke fått med meg assistent, og holdt selv oversikt og noterte stikkord. Det å holde fokus både på diskusjonen i gruppa, den non-verbale stemningen og samtidig notere hvem som tok ordet, ble litt stressende. Derfor gjorde jeg avtale med assistent for de to neste fokusgruppenintervjuene. Både jeg som intervjuer og min assistent tok imot deltakerne, og jeg forklarte hva rollene våre gikk ut på. Som intervjuer hadde jeg oppmerksomheten rettet mot gruppa og stilte spørsmål fra intervjuguiden. Dessuten fulgte jeg med på hvem som ville ta ordet. Jeg noterte litt stikkord for å oppsummere, og for eventuelt gå videre på enkelte utsagn. Assistenten noterte også stikkord fra hvert område i intervjuguiden, samtidig som hun noterte hvem som var med i diskusjonen. Dessuten hadde hun øye for den nonverbale stemningen i gruppa. Assistenten supplerte meg også ved oppsummering der jeg trengte det.

Fokusgruppeintervjuene startet med at jeg ønsket velkommen, og forklarte litt om prinsippene for intervjuet. Det ble servert mineralvann, te, kaffe og kjeks. Deltakerne lot til å sette pris på dette. Å ha en enkel servering eller et lett måltid har en tendens til å fremme diskusjonen og kommunikasjonen i gruppa (Krueger og Casey 2009).

Det er dessuten viktig å finne et egnet sted å avholde intervjuene på der deltakerne kan føle seg komfortable, og har ro på seg til å dele sine erfaringer (Krueger og Casey 2009).

I utgangspunktet var egnet møterom avklart for alle tre intervju på forhånd, men i det første intervjuet var allikevel ikke rom tilgjengelig. Dessuten kunne ikke avdelingsleder avse så mange deltakere som avtalt. Det ble ordnet et ledig rom i avdelingen, og fokusgruppa bestod av fem deltakere. Diskusjonen i den første gruppa var rolig, og alle deltok. Stemningen var allikevel ikke helt avslappet, og de sa i etterkant at intervjusituasjonen var litt uvant for dem.

De to neste fokusgruppene hadde møterom som lå et stykke fra avdelingen. Diskusjonen fløt lett, og det var en god atmosfære under intervjuene. I en av gruppene måtte en av deltakerne

bryte opp tidligere, og i den andre gruppa kom en deltaker inn på et senere tidspunkt. Dette lot ikke til å påvirke diskusjonen.

Ikke alle deltok like mye i diskusjonen, noen var mer aktive enn andre. Som intervjuer prøvde jeg å høre om det var flere kommentarer om emnet, for å få med de som var mindre aktive. Dette fungerte enkelte ganger.

Det var på forhånd utarbeidet en intervjuguide med åpne spørsmål som ble benyttet i alle tre fokusgruppeintervju (vedlegg nr.1). Spørsmålene dreide seg blant annet om hva de anså som god postoperativ smertelindring, om det fantes barrierer i systemet som forhindret god postoperativ smertebehandling, og om hvordan de evaluerte smertebehandlingen.

Alle intervjuene ble tatt opp med lydopptaker, og det ble i tillegg gjort skriftlige notater.

5.4. Analyse

Før analysen ble lydopptakene av fokusgruppeintervjuene transkribert til tekst, og lest gjennom flere ganger. Når det gjelder analysemetoden bestod den av en mer mekanisk del og en fortolkende del (Knodel 1993, Krueger og Casey 2009).

Den mekaniske delen bestod i å fargekode hvert intervju, og deretter klippe ut hvert utsagn og plassere de under spørsmålene fra intervjuguiden. Fargekoding ble brukt for å gjenkjenne fra hvilken gruppe utsagnet stammet fra. Under et fokusgruppeintervju er det ikke alltid slik at deltakerne svarer direkte på det spørsmålet som ble stilt. De kan av og til snakke om, eller svare på spørsmål som ble diskutert tidligere. Det kan også være slik at de svarer på noe som det ennå ikke er spurt om. Utsagnene skal allikevel plasseres under det riktige spørsmålet. For å avgjøre hvor utsagnene passet inn i forhold til spørsmålene fra intervjuguiden, brukte jeg spørsmål som: ”Svarte deltakerne på spørsmålet som ble stilt? Var kommentaren svar på et annet spørsmål?” (Knodel 1993, Krueger og Casey 2009). Deretter ble utsagnene og kommentarene arrangert i forhold til dette.

Den fortolkende delen av analysen gikk ut på å kode all tekst til tema som skulle oppsummere innholdet (Knodel 1993, Krueger og Casey 2009). For å få en oversikt over spørsmål fra intervjuguiden og tilhørende kommentarer og utsagn, konstruerte jeg en matrise

over hvert fokusgruppeintervju. Der holdt jeg utsagnene opp mot problemstillingen for å lage kodeord/tema som sa noe om innholdet.

Videre skulle jeg komme fram til hovedtema ut fra kodeordene/temaene i alle tre fokusgruppeintervju. Jeg systematiserte arbeidet på den måten at visse tema som hørte sammen ble slått sammen. Dette var tema som blant annet sa noe om hva deltakerne så som god postoperativ smertebehandling, og om de kunne si noe om en positiv situasjon der de syntes de kom i mål med postoperativ smertelindring. To andre tema som naturlig hørte sammen var om det fantes barrierer i systemet som forhindret god postoperativ smertebehandling, og om det var områder i postoperativ smertebehandling de opplevde som vanskelige. Deretter konstruerte jeg en matrise med kodeord/tema fra alle fokusgruppeintervju. Da kom jeg på en oversiktlig måte fram til hovedtema sett i lys av problemstillingen (Knodel 1993, Krueger og Casey 2009).

I to av fokusgruppeintervjuene kom det opp tema som var på siden av problemstillingen. Dette dreide seg om vanskeligheter i postoperativ smertelindring av barn, og måtte derfor utelates.

6.0. Presentasjon av funn

Analysen resulterte i fem hovedtema. Disse har undertema som også presenteres med sitater fra fokusgruppene. Hovedtema og tilhørende undertema presenteres i en tabell etter det innledende avsnittet om funn.

Det kan se ut som en vellykket postoperativ smertelindring avhenger av en prosess der pasienten blir ivaretatt både pre- og peroperativt. Smertelindringen må derfor sees i et tidsperspektiv der grunnlaget legges før pasienten kommer til postoperativ avdeling. Sykepleierenes erfaringer med postoperativ smertelindring kommer til uttrykk på flere måter. De benytter seg av flere kilder av både verbal og nonverbal art for å kunne avgjøre pasientens grad av smerte og effekt av tiltak. Enkelte pasientgrupper kan være vanskeligere å tolke enn andre, og sykepleierene gir uttrykk for usikkerhet i å vurdere smertenivået og effekten av behandlingen. Dette kan dreie seg om språk og andre kulturer, pasienter med rusproblematikk, eller pasienter med demens.

Rammefaktorer som bemanning og samarbeid med legene hadde også en tendens til å påvirke hvor vellykket utfallet av den postoperative smertelindringen ble. Erfaringen var at mindre tidspress og det at sykepleieren sto på for pasienten, økte sjansene for en vellykket postoperativ smertelindring.

Tabelloversikt over hovedtema og undertema fra analysen

Forutsetninger for god postoperativ smertelindring	Helhetlig smertevurdering ut fra flere kilder	Balanse mellom individuell smertelindring og basisordinasjon	Ikke-medikamentelle metoder	Hindringer for god smertelindring
Pre- og peroperativ smertebehandling	Pasientens utsagn	Like ordinasjoner ut fra type operasjon	Leiring i forhold til inngrep	Angst for avhengighet og bivirkninger
God preoperativ informasjon	Pasientens kroppslige uttrykk	Pasientens individuelle behov blir ivaretatt	Avledning	Usikkerhet om pasientens uttrykk for smerte
	Vitale parametre		Skape ro og trygghet	Rammefaktorer
			Velvære	Mangel på systematisk evaluering

6.1. Forutsetninger for god postoperativ smertelindring

Alle gruppene mente det måtte være noen forutsetninger tilstede for at de skulle lykkes med smertelindringen postoperativt. Dette dreide seg om pre- og peroperativ smertebehandling og en god preoperativ informasjon.

Sykepleierne sa at mye av grunnlaget for en god postoperativ smertelindring ble lagt hvis de hadde fått en god premedikasjon. Samtidig var det viktig at pasientene kom godt smertelindret fra operasjonen og anestesian. De så på dette som et forløp med god premedikasjon, god smertelindring under operasjonen og at de videreførte smertelindringen postoperativt. Pasienter med gynekologiske operasjoner ble nevnt som et eksempel der det kunne være vanskelig å smertelindre hvis de ikke hadde fått god premedikasjon og oppfølging av smertebehandling under operasjonen. Hvis pasientene ikke hadde det grunnlaget, syntes sykepleierne at det tok mye lenger tid før pasienten ble smertelindret. Det var mye mer ubehag for pasienten, og liggetiden på postoperativ avdeling ble forlenget.

”Det er viktig at det er gjort et godt grunnlag før de kommer hit – hvis ikke synes jeg det er vanskelig å pense inn igjen her. Bruker i hvert fall mye lenger tid på det, og de blir liggende lenger på postop.”

”...men jeg synes også det begynner allerede før operasjonen. At de får en god premedikasjon, at de er forberedt på operasjonen og....For når de kommer til postoperativ, at vi først da begynner med smertebehandling – da er det allerede for sent....Det må være et forløp – det må begynne med premedikasjon, med god forberedelse, med god anestesi og så smertelindring etterpå.”

Når det gjaldt den informasjon pasientene fikk før operasjonen mente sykepleierne at det var viktig at den var god i forhold til hva pasientene kunne forvente etter operasjonen. Sykepleierne mente at de pasientene som hadde fått en grundig preoperativ informasjon var mer motivert, og hadde et mye bedre postoperativt forløp enn pasienter som hadde mottatt mindre informasjon.

”Men dette her med informasjon i forkant det ser du er veldig nyttig for pasientene på mange måter. Ikke bare i forhold til smerte....men pasienter som er veldig godt informert takler det postoperative forløpet på en helt annen måte..”

En av gruppene diskuterte at mange av pasientene kunne ha en forventning om at de ikke skulle kjenne noen smerter etter operasjonen. De mente at det var viktig med en realistisk preoperativ informasjon for at resultatet (smertelindringen) skulle bli vellykket. Dessuten var de litt i tvil om alle pasientene fikk informasjon preoperativt og om kvaliteten på den var bra.

Sykepleierne mente også at hvis smerteskala skulle brukes, måtte pasienten få informasjon på forhånd.

”Og så en ting til som er veldig viktig for postoperativ smertebehandling; det er den informasjonen pasienten har fått på forhånd – om de i det hele tatt har fått noe informasjon da. Om den er bra, og om de har oppfattet hva de kan forvente seg etter operasjonen.”

”Det er nok mange som har ei forventning om at de ikke skal kjenne noen verdens ting etterpå – og smerter vil du ha uansett.”

6.2. Helhetlig smertevurdering ut fra flere kilder

For å vurdere om pasienten har smerter, sier sykepleierne at de bruker flere kilder samtidig. De ser på helheten av observasjonene for å danne seg et bilde av pasientens smerter.

Sykepleierne sier at de spør pasienten direkte om de har vondt, og om de for eksempel greier å puste dypt og godt, eller tør å hoste. Ut fra deres erfaringer sier det noe om hvor vondt pasienten har det. Hvis pasienten stønner tar de det som et tegn på smerter. Videre sier de at mange av pasientene har svake verbale uttrykk etter operasjonen på grunn av påvirkning etter narkosen. Det er da nødvendig å aktivt høre om pasienten har smerter.

”...så du må bort, og spør du da så får du et svakt svar. Så jeg føler at du er nødt til å være på offensiven i forhold til å høre om pasienten har vondt da.”

Sykepleierne i fokusgruppene var enige om at pasients non-verbale eller kroppslige uttrykk var av stor viktighet for å kunne si noe om smertenivået. Hvis pasienten ikke var våken sammenholdt de ofte de kroppslige uttrykkene og vitale parametre for å kunne vurdere om pasienten hadde vondt. Mange sa at de først og fremst så på non-verbale uttrykk som de viktigste observasjonene for smerter. Det var spesielt ansiktsuttrykket eller mimikken til pasienten som ga signaler om smerte. Videre hvis pasienten lå veldig anspent i senga, eller også urolig tolket sykepleierne det som mulige signaler på smerter.

”Vi sier ofte det ser ut som han ligger to cm over madrassen – at han er anspent. Ligger veldig stiv i senga.”

”Du ser jo hvis de er urolig i senga da – uro til pasientene. Da skjønner du at her er det noe.”

Vitale parametre som pasientens puls, blodtrykk, respirasjon og hud ga også sykepleierne opplysninger om postoperative smerter. Erfaringsmessig kunne hyperventilasjon, clam eller blek hud tyde på at pasienten hadde vondt. Eller variasjoner i pasientens puls og blodtrykk kunne også antyde smerter. For å avgjøre om dette dreide seg om smerter eller annet postoperativt ubehag så sykepleierne vitale parametre i sammenheng med verbale og/eller nonverbale uttrykk.

”...så ser vi på pasienten, og ser hvordan han puster, og ser på mimikken i ansiktet og ser på hudfarge, og vurderer og evaluerer ut i fra det.”

6.3. Balanse mellom individuell smertelindring og basisordinasjon

Fokusgruppene diskuterte hva god postoperativ smertelindring innebar for dem. Det ble lagt vekt på pasientens individuelle behov, men samtidig mente noen at det også måtte være lik smertebehandling ut fra type operasjon.

Noen av sykepleierne så det som viktig at det var en basisordinasjon for den postoperative smertebehandlingen ut fra hvilken operasjon som var blitt foretatt. Dermed kunne man sikre at pasientene rutinemessig fikk samme behandling. I tillegg til dette kom den individuelle smertebehandlingen.

”Sånn at du har en rutine å gå etter i forhold til det inngrepet pasienten har vært gjennom – i tillegg til den individuelle vurderingen.”

”...at alle får den samme behandlingen sånn rutinemessig, at de rutinene er gode.”

For at den postoperative smertelindringen skal ha god effekt sier sykepleierne det er viktig å være observant og se pasientens individuelle behov. Det kan være å gi nok smertestillende til pasienten oppfatter at han har det bra, at han greier å bevege seg og puste dypt. At man da ikke gir ”etter klokken”, men når pasienten sier han har vondt. Sykepleierne må bidra med det pasienten trenger, også ut i fra type inngrep. Noen diskuterte at det ikke bestandig var slik at pasienten kunne bli helt smertefri, at han kanskje måtte tåle litt smerte.

”Og kan være at han tåler litt. Da tenker jeg på helheten. Jeg tenker litt på dagpasienter som skal ut. De må tåle litt smerte – og ikke nødvendigvis helt smertefri.”

Sykepleierne sa at erfaringsmessig måtte også andre postoperative problem lindres. Særlig var dette postoperativ kvalme som de sa gikk hånd i hånd med postoperative smerter. For å kunne gi en individuell smertelindring var det viktig å være tett på og nære pasienten for å fange opp signaler på smerte.

”...jeg føler at hvis jeg er veldig imøtekommende og nære pasienten – spesielt den første tida de kommer på postop - så føler jeg at jeg kommer godt i mål med smertelindring.”

Det ble også diskutert at det var viktig å komme fort nok i gang med smertelindringen slik at smertenivået ikke ble for høyt, og dermed vanskelig å lindre. Dette ble spesielt diskutert opp mot spinalbedøvelse.

”...at du kommer fort nok i gang med smertelindring og ikke tenker at spinalen virker ennå...for jeg har stått der noen ganger, og spinalen slapp, og kjempevondt! Og da tenker du at: kom i gang før... og da føler du at det er vellykket når du kommer i gang fort nok.”

Sykepleierne sa at de også ber pasienten om å si fra om smerter før det blir for vondt. For å ivareta pasientens individuelle behov var det viktig å ta pasienten på alvor. Sykepleierne sa at spesielt i de store problemkasusene der smertelindringen var vanskelig, var det viktig å stå på for pasienten. Man måtte ikke bare godta ordinasjonene, men diskutere med legen. Det var viktig få hjulpet pasienten, og ikke la smerteproblemet bare gå videre til neste vakt. Pasientene hadde da uttrykt takknemlighet, og følt at de var godt ivaretatt

6.4. Ikke-medikamentelle metoder

I tillegg til medikamenter benyttet sykepleierne seg også av andre metoder for å lindre postoperative smerter.

Det å legge pasienten godt til rette i forhold til hvilket inngrep som var foretatt var noe sykepleierne mente kunne bety mye. Det ville avlaste operasjonsområdet, og være med på å redusere smerte postoperativt. Det kunne for eksempel være å få ei pute under knærne hvis pasienten hadde hatt et abdominalt inngrep.

En av fokusgruppene diskuterte at de kunne gjøre bruk av for eksempel radio for å få oppmerksomheten bort fra smertene. De hadde erfaringer med at det kunne være positivt for pasienten å bli avledet ved å høre på noe annet enn det som foregikk rundt dem.

Sykepleierne diskuterte betydningen av å skape ro rundt pasienten, noe som kunne være vanskelig på postoperativ avdeling. Ved uro i avdelingen mente de at pasienten opplevde mer kvalme og trengte mer smertestillende medikamenter. For å skape ro prøver sykepleierne blant annet å dempe lys, og ikke snakke med for høye stemmer.

”Å gi smertestillende så de sovner og så at det er stilt og rolig rundt dem – akkurat det her at det blir så mye styr rundt dem det gjør gjerne at de blir litt oppkavet og trenger mer kan du si.”

Det at sykepleierne hjalp til med å lindre pasientens smerter og at de hadde kunnskaper om behandlingen de utførte, mente de skapte trygghet hos pasienten. Dette ville gi tillit til sykepleierne, og derfor minske eventuell angst som kunne forsterke smertene. Andre måter å skape trygghet på kunne være å snakke beroligende til pasienten, gi informasjon, eller tilby vann eller mat hvis situasjonen tilsa det.

Det at pasienten lå svett og klam på krøllete laken kunne også forsterke postoperative smerter og ubehag. Det ble poengtert at å tilby pasienten stell er et viktig tiltak som kanskje er lett å overse. Det å få tørre og rene klær og sengetøy, og kanskje en kald klut over panna, mente sykepleierne spilte en rolle i sammenheng med smertestillende.

”Når jeg kom på nattevakt så var det et forferdelig rot i senga – det var jo ikke stelt, og lå jo ikke ordentlig i senga. Og fikk seg et lite lett stell og kom opp i senga, og så ble det bra alt sammen da....Når det er travelt så har du kanskje ikke helt fokus på det, men jeg så det så godt den gangen altså.”

6.5. Hindringer for god smertelindring

Sykepleierne i fokusgruppene diskuterte en del hindringer eller barrierer som kunne føre til dårligere eller forsinket postoperativ smertelindring. For det første gikk det på individuelle forhold som angst for avhengighet og bivirkninger samt usikkerhet om pasientens uttrykk for smerter. To forhold går på det mer systemiske. Dette var rammefaktorer som bemanning og samarbeid, og rutinene for evaluering og dokumentasjon.

Det var diskutert at det kunne være personlige barrierer i forhold til å gi store nok doser. Noen sykepleiere hadde hatt episoder der pasienten nærmest hadde fått respirasjonsstans på det som er normaldosert av smertestillende. Det gjør at de blir mye mer forsiktig med å gi større doser. Andre hadde mindre erfaring med postoperativ smertelindring, og kunne derfor være redde for å gi nok. Sykepleierne sa også at enkelte ganger kunne det være forventninger fra personalet at inngrepet ikke skal gi noe særlig smerter – at det ble tenkt mer kasus enn individ. Fokusgruppene diskuterte at de kunne bli skeptisk til de dosene de ga enkelte pasienter. Hvis de ble unormalt høye i forhold til det pasienten pasienten var operert for, kunne de bli litt forsiktige eller restriktive.

”Vi kan jo oppleve at det ut fra samme inngrep så trenger de veldig forskjellige doser, og at du kan bli litt sånn skeptisk selv til de dosene du må gi.. og i tillegg til at kanskje dette her burde jo ha virket..”

I forhold til ordinasjoner diskuterte sykepleierne at det kunne ha med erfaringsgrunnlaget til legene å gjøre. En uerfaren lege hadde ikke den samme kompetansen som en erfaren når det gjaldt å gi forordninger og kombinere medikamenter. De kunne være redde for bivirkninger. Pasientene kunne også være redde for bivirkninger og avhengighet. Sykepleierne sa at det kunne være utfordrende å se at pasienter har smerter, men vegrer seg for å ta imot smertelindring. Det ble diskutert at pasientene kunne ha hørt historier, eller selv lest historier om andre som har hatt negative opplevelser. Hvis pasientene var skeptiske til å ta imot smertestillende, var det viktig at sykepleierne som fagpersoner forklarte dette bedre for dem. Samtidig syntes sykepleierne at pasientene som oftest hørte på rådene de ga dem.

Hos enkelte pasientgrupper synes sykepleierne det kan være vanskelig å tolke forskjellen på uro og smerte. Det kan være pasienter med demens eller pasienter med psykisk utviklingshemming. På grunn av kommunikasjonshinder kan det være vanskelig å avgjøre om det er smerter eller utrygghet som gir uro. Sykepleierne sier at de kanskje ender med å bli mer dopet enn smertestilt.

Rusmisbrukere er også en gruppe som sykepleierne synes det er vanskelig å smertebehandle. De får forordninger av legen, men skal kanskje være litt tilbakeholdne hvis de skjønner det ikke bare er smerter pasientene vil ha medikamentene for. Sykepleierne sier også at denne gruppen pasienter ofte blir underbehandlet fordi det er vanskelig å komme opp i de doser pasienten trenger. Derfor er det viktig å legge planer i forkant slik at ordinasjonene er gode. De er dessuten usikre på om pasienten vil ha mye smertestillende fordi de er redde for abstinenser eller fordi det er smerter.

”Det er ikke stedet å avvennes på postoperativ da men...samtidig så har en kanskje en barriere fordi en ikke tør å gi så mye da. jeg vet ikke om det er abstinens de vil ha det for, eller om det er smertene.”

Når det gjelder språk og fremmede kulturer sier sykepleierne at det kan av og til være vanskelig å forstå i forhold til smerteuttrykk. Pasientene kan ofte gi høyløst uttrykk for smerter, men ved tilbud om smertestillende vil de ofte ikke ha mer. Dette gjør det vanskelig å vite om det er så vondt som de uttrykker.

”Men kulturen deres, oppfatter jeg da som litt annet, at de skal gi veldig uttrykk for smerte. Og så: jammen du skal få mer. Nei, nei trenger ikke mer. Men, åh, det var så ille; men så er det ikke så ille på en måte. Det er veldig vanskelig å vite da.”

Enkelte sykepleiere sa også at noen dialektformer å svare på kunne være uklare å tolke.

”Med språk og kultur så mener jeg både uttrykksformer og..ja..for den saks skyld dialektmåter å svare på: tja, det er jo sånn nokenlunde – hva er det?”

Når det gjelder arbeidsbetingelser sier sykepleierne at de gangene de har god tid til å følge opp pasienten synes de smertebehandlingen blir mer vellykket. Hvor godt bemannet de er, og hvor travelt de har det, har mye å si for kvaliteten på smertebehandlingen. Hvis sykepleierne ikke får tid nok til å følge opp og observere pasienten grundig, erfarer de at smertebehandlingen blir dårligere.

Samarbeidet med legene som skal ordinere smertestillende medikamenter kan av og til føles problematisk. Særlig på nattevakt kan sykepleierne føle at de står litt alene når anestesilegen ikke kommer og ser til pasienten. Terskelen for å ringe legen på natt er også høyere, og sykepleierne synes ofte at det er vanskelig å gi god nok smertelindring.

Men de sier også at de selv må være mer pågående og hente inn legene når pasientene ikke blir smertefrie. At de ikke må gi seg for fort slik at pasientene blir liggende med for sterke smerter over tid. Sykepleierne ønsker mer engasjement fra kirurgene når det gjelder oppfølgingen av smertebehandlingen, at de skal etterspørre dette. Den postoperative smertebehandlingen er sjelden nevnt av dem – det går via sykepleierne.

Samtidig er samarbeidsproblemene personavhengig. Det hender at enkelte leger ikke forordner nok medikamenter hvis de ikke anser inngrepet som smertefullt, selv om pasientene sier de har vondt.

”Det med samarbeid med...Det er jo tross alt ikke vi som ordinerer. Det kan være vanskelig av og til. Det er jo personavhengig og lite situasjonsavhengig kan være synes jeg. Samarbeid med den ordinerende makt.”

Når det gjelder bruk av smerteskala sier flere av sykepleierne at de synes det er vanskelig. Sykepleierne i en av fokusgruppene brukte dette mer enn de andre, og registrerte smertescore

i et eget system når pasienten ble sendt fra avdelingen. Allikevel opplevde mange dette som et usikkert system til å si hvor vondt pasienten hadde det. Det som var vanskelig var ofte at pasientene sa de hadde en høy smertescore når de samtidig ikke viste tegn til smerter. Sykepleierne syntes de ikke kunne stole på det pasientene sa, og noterte ofte et lavere smertescore hvis de mente pasientene virket avslappet. En annen ting var at pasientene ikke alltid skjønnte hva dette var, slik at sykepleieren måtte forklare metoden. Derfor syntes flere det var bedre å holde seg til observasjoner av pasienten, uten bruk av smerteskala. Andre sykepleiere syntes derimot smerteskalaen hjalp dem til å forstå smertene til pasientene, om de gikk opp eller ned. Sykepleierne i de to andre fokusgruppene brukte bare smerteskala ved registrering av pasienter som fikk epidural smertebehandling. Flere syntes de observerte godt nok smertenivået til pasienten uten bruk av smerteskala. Dessuten diskuterte de at det kunne være vanskelig for pasientene å forstå hva tallene skulle innebære. Samtidig tok flere av sykepleierne til orde for å innføre bruk av smerteskala fordi det kunne gi en bedre dokumentasjon. De syntes det kunne være vanskelig å forklare nyansatte og studenter hvor mye smertestillende du gir og på hvilket grunnlag. Ved å innføre smerteskala kunne det også bedre opplæringen innen postoperativ smertebehandling mente de.

”...det er jo greit for vi som har jobbet her så mange år...alle stoler på hverandre at alle kan tolke det. Men det er når vi får nyansatte og kanskje studenter vi skal lære opp. Da har vi et problem med å fortelle hvor mye vi gir, og hvor ofte, og hva er grensene vi gir på...”

Når det gjelder dokumentasjon i elektronisk pasientjournal (EPJ) blir ikke den postoperative smertebehandlingen notert hvis det ikke oppstår spesielle problemer. Det som blir brukt av smertestillende og eventuelle tiltak skriver sykepleierne på et postoperativt observasjons skjema. Sykepleierne i en av fokusgruppene registrerer smertescore på et observasjonsskjema i tillegg til et elektronisk system utenfor EPJ. Sykepleierne der tror de fleste av dem også registrerer det i EPJ, men at det er opptil hver enkelt å gjøre det – det er ingen rutine.

”Så fører vi VAS (smertescore) på obs.skjemaet når pasienten ligger hos oss. Og skriver det i EPJ og i rapport. Det er ikke sånn rutine på det, det er opptil hver enkelt hva man gjør da.”

7.0. Diskusjon

I denne studien har jeg forsøkt å belyse sykepleieres erfaringer med postoperativ smertebehandling til voksne pasienter. Funnene peker blant annet i retning av at grunnlaget for en god postoperativ smertelindring blir lagt før og under operasjonen. En vellykket postoperativ smertelindring er en prosess der de ulike faktorene avhenger av hverandre.

Diskusjonsdelen består av to hoveddeler. I den første hoveddelen diskuteres studiens funn i forhold til teori og empiri. Her deles diskusjonen opp i tre bolker. Først diskuteres funnene opp mot forutsetninger for god postoperativ smertelindring. Videre vil jeg diskutere observasjoner og smertelindring i postoperativ fase. Til slutt i diskusjonen av funn drøftes hindringer for god smertelindring.

Den andre hoveddelen av diskusjonen belyser metodevalg og studiens styrker og svakheter.

7.1. Forutsetninger for god postoperativ smertelindring

Sykepleierne i fokusgruppene diskuterte viktigheten av at den postoperative pasienten hadde fått smertestillende medikamenter før og under operasjonen. De tilfellene der pasientene ikke hadde fått, eller fått for lite analgetika pre- og peroperativt, vanskeliggjorde den postoperative smertelindringen. Det tok lengre tid før pasienten ble smertelindret, og pasientene hadde derfor mer ubehag. På grunn av dette kunne liggetiden på postoperativ avdeling bli forlenget.

For å redusere faren for komplikasjoner og utvikling av kroniske smerter, er det et viktig mål at operasjonspasienten er mest mulig smertefri gjennom hele den perioperative periode (Berntzen et.al 2010). Når det gjelder premedikasjon vurderes det individuelt blant annet ut fra pasientens angstnivå, alder, type operasjon og hvilken anestesi som skal gis. Sykehusene kan også ha ulike rutiner for premedikasjon, men som regel gis paracetamol og/eller NSAID preparater som grunnlag pre- og peroperativt. Peroperativt er det anestesisykepleier som har ansvar for å forebygge postoperative smerter i sammenheng med anestesen. (Berntzen et.al. 2010). Nervesystemet kan endre sitt responsmønster ved sterk smertepåvirkning, og derfor vil det være viktig å dempe smerten i det perifere nervesystemet. Det viser seg også at underbehandlet smerte er vanskeligere å lindre, og særlig dersom smertetilstanden vedvarer

over tid (Nortvedt og Nortvedt 2001, Stubhaug og Ljoså 2008). Dette understøtter sykepleierenes erfaringer der smertelindringen oppleves vanskeligere å komme i mål med, når pasienten ankommer postoperativ avdeling med sterke smerter.

Sykepleierne peker på at ubehaget for pasienten øker, fordi pasienten blir liggende lenger med smerter. Dermed øker også liggetiden på postoperativ avdeling. At det postoperative ubehaget øker, kan gi større risiko for komplikasjoner for pasienten. Dessuten vil det være en negativ belastning at smerten eller ubehaget vedvarer (Stanghelle og Knutsen 2005, Berntzen, Danielsen og Almås 2010). Sykepleierne er derfor klar over problematikken siden de poengterer viktigheten av at den postoperative smertelindringen må ses som et som et forløp gjennom hele den perioperative perioden. At pasienten kommer fra operasjonsstua med smerter vil også påvirke sykepleierne til å gi en respons på smertene. Denne responsen kan komme før sykepleieren får reflektert over de somatiske konsekvensene vedvarende smerter kan gi. Med det tenker jeg at det blir viktig å få smertelindret pasienten fordi pasienten lider. Å se at andre har det vondt vil påvirke sykepleieren, både som fagperson og menneske, til å gripe inn og lindre smerten (Nortvedt og Nortvedt 2001, Vetlese 2004).

For pasientens del er det ikke sikkert at selve liggetiden på postoperativ er negativt. Det kan se ut som den postoperative pasienten aksepterer omgivelsene og teknologien rundt på grunn av den mening det har i operasjonsforløpet. Dessuten ser det ut som pasienten mer opptatt av personalets kompetanse og væremåte enn omgivelsene rundt i denne fasen (Kjøllestad 2004). At pasienten blir liggende lenger på postoperativ avdeling enn antatt kan være en utfordring for sykepleierne. Postoperativ avdeling har et visst antall overvåkningsplasser, og når pasienten må overvåkes i en lengre periode kan det skape vanskeligheter med hensyn til plassering av nyopererte pasienter. Dette kan gi økt stress hos sykepleierne, og mindre tid til oppfølging av hver pasient.

En god preoperativ informasjon om hva pasienten kunne forvente seg etter operasjonen, var også en viktig forutsetning for å lykkes med den postoperative smertelindringen. Sykepleierne la vekt på at informasjonen måtte være realistisk i forhold til opplevelse av postoperative smerter, at pasientene måtte få vite at smerter ville de oppleve. De hadde erfaring med at pasienter som hadde fått en grundig preoperativ informasjon hadde et bedre postoperativt forløp.

Den preoperative informasjonen er en del av forberedelsene til operasjonen der pasienten skal få oversikt over behandlingsforløpet. En studie av Sjöling et.al. undersøkte blant annet hva preoperativ informasjon hadde å si for postoperativ smerte og smertebehandling (Sjöling et.al. 2003). De valgte å gi utvidet preoperativ informasjon til en gruppe operasjonspasienter, og rutinemessig informasjon til en kontrollgruppe. Den utvidede informasjonen bestod blant annet av å sterkt oppfordre pasientene til å være aktive i egen smertebehandling, og gi personalet tidlig beskjed når de hadde smerter. Resultatene av studien viste at hos pasientene som hadde mottatt den utvidede informasjonen avtok smertene raskere. Dessuten var graden av engstelse var mindre, og de var mer fornøyd med den postoperative smertebehandlingen (Sjöling et.al. 2003). En god preoperativ informasjon kan dermed gi pasienten en viss personlig kontroll over situasjonen, og opplevelsen av smerter og ubehag blir mindre. Det blir derfor viktig å tilrettelegge informasjonen ut fra pasientens individuelle behov, siden det vil variere hvor mye pasienten ønsker å vite. Sykepleieren vurderer da pasientens situasjon, og må tilpasse informasjonen ut fra pasientens forutsetninger. En slik individuell tilpasset preoperativ informasjon reduserer angst og smerter i større grad enn en rutinemessig informasjon (Kjøllesdal 2004, Berntzen et.al. 2010). En studie utført av Niemi-Murola et.al. i forhold til pasientenes tilfredshet med postoperativ smertebehandling, viser at det har sammenheng med mottatt preoperativ informasjon. Den preoperative samtalen blir derfor en viktig arena for å motta og gi informasjon om postoperativ smertelindring (Niemi-Murola et. al. 2007).

Sykepleierne i fokusgruppene stilte også spørsmål ved kvaliteten på den preoperative informasjonen, og om alle operasjonspasientene hadde mottatt informasjon. Dette tyder på at det varierer hvor godt pasientene er informert om det postoperative forløpet. En av grunnene til dette kan være om pasienten er lagt inn for en planlagt operasjon, eller om det er en øyeblikkelig hjelp situasjon. I sistnevnte tilfelle vil det være mindre tid til forberedelse og informasjon til pasienten, og det postoperative forløpet vil bære preg av det. Pasienten kan være mer urolig og engstelig, og derfor ha sterkere smerter postoperativt enn om operasjonen var planlagt (Kjøllesdal 2004, Berntzen et.al. 2010). Når det gjelder informasjon om postoperative smerter og bruk av smerteskala, vil rutinene for preoperativ informasjon også ha noe å si. Hvis ikke sykepleieren legger til rette for informasjon om dette, vil det være vanskeligere for pasienten å benytte smerteskala for måling av smerteintensitet postoperativt. Dette på grunn av at pasientens bevissthet kan være påvirket av anestesi og smertestillende medikamenter. Det kan derfor være vanskelig å konsentrere seg og benytte smerteskala på

riktig måte hvis pasienten ikke har fått denne informasjonen før operasjonen (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Wøien og Strand 2008).

7.2. Observasjoner og smertelindring i postoperativ fase

For å kunne vurdere om pasienten har smerter postoperativt, sier sykepleierne i fokusgruppene at de benytter flere kilder til observasjon. De spør pasienten direkte om smerter, eller om pasienten tør hoste eller puste dypt siden det kan si noe om smertenivået. Sykepleierne tar også verbale lyder som stønning som tegn på smerter. Dessuten ser de pasientens kroppslige eller nonverbale uttrykk som en svært viktig informasjonskilde. Spesielt ansiktsuttrykket eller mimikken til pasienten ga signaler om smerte. Vitale parametre som puls, blodtrykk, hud og respirasjon ble sett i en sammenheng med verbale og/eller nonverbale uttrykk for å avgjøre om det var smerter eller annet postoperativt ubehag.

Studier viser at sykepleiere sier de bruker disse strategiene for å danne seg et bilde av pasientens postoperative smerter (Richards og Hubbert 2007, Dihle 2007, Manias, Bucknall og Botti 2005, Bucknall, Manias og Botti 2007). De studiene som også hadde observasjoner av sykepleierne viste at de tilnærmet seg pasientene på forskjellige måter i forhold til kommunikasjon og observasjoner. Selv om sykepleierne sa de stilte direkte spørsmål angående smerter, viste det seg at mange brukte indirekte spørsmål. Dessuten var ikke alle sykepleierne like oppmerksomme på nonverbale tegn, og nonverbale tegn ble også oversett (Dihle 2007, Manias, Bucknall og Botti 2005, Bucknall, Manias og Botti 2007).

I denne studien brukes fokusgruppeintervju som metode, og det kan ikke sies noe direkte om hvordan sykepleierne utfører kommunikasjon og observasjoner. Men på bakgrunn av tidligere studier kan man anta at det vil være variasjoner også her. Selv om sykepleierne ser nødvendigheten av å bruke flere kilder til observasjon og vurdering av postoperative smerter, kan det være vanskelig å selv avgjøre hvor godt du gjør det. Det vil derfor være viktig at sykepleierne er bevisste sin egen kommunikasjons- og observasjonsevne, og også utvikler disse. Pasienter med postoperative smerter er helt avhengige av at sykepleierne er i stand til å tolke smerteuttrykkene slik at smertebehandling blir iverksatt (Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Når det gjelder hva god postoperativ smertelindring innebærer, la de fleste sykepleierne i fokusgruppene vekt på pasientens individuelle behov for smertestillende. Noen av sykepleierne mente også at det var viktig med en basisordinasjon ut fra type operasjon i tillegg til den individuelle smertelindringen. Dette for å sikre at pasientene rutinemessig fikk samme behandling. Det som vanligvis betegnes som basisordinasjoner i postoperativ smertebehandling, er at de fleste operasjonspasientene rutinemessig får paracetamol og/eller NSAID preparat som grunnbehandling. Ved større operasjoner brukes ofte epidural smertelindring for å oppnå en bedre smertelindring postoperativt (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Wøien og Strand 2008). Å ha som utgangspunkt at pasientene rutinemessig skal ha samme smertebehandling ut fra type operasjon lar seg vanskelig gjennomføre. En god smertebehandling vil alltid ta utgangspunkt i pasientens subjektive behov. Det kan dessuten være store individuelle variasjoner i hvilke medikamenter og doser pasienten tåler (Nortvedt og Nortvedt 2001, Stubhaug og Ljoså 2008).

For at den individuelle smertelindringen skal bli vellykket, mente sykepleierne blant annet at det innebærer å gi nok smertestillende slik at pasienten oppfatter at han har det bra. De så på det som viktig å være tett på pasienten for å fange opp signaler på smerte. I forhold til spinalbedøvelse ble det diskutert viktigheten av å komme fort nok i gang, før spinalbedøvelsen slapp taket. Gjorde de ikke det ville pasientens smertenivå bli høyt, og dermed vanskelig å lindre. En slik tett oppfølging vil være nødvendig for å tilpasse smertelindringen til den enkelte pasient. Det vil da også være lettere å oppdage tegn til smerter og behandle disse før de blir for sterke. Dessuten vil det å få nok smertestillende avgrense den fysiologiske og psykiske stressresponsen (Stanghelle og Knutsen 2005, Kjøllesdal 2004). Samtidig ser sykepleierne det som viktig å lindre andre postoperative ubehag, og da spesielt kvalme. Postoperativ kvalme kan utløses av sterke smerter, og det vil ofte være riktig å gi både smertestillende og kvalmestillende medikamenter. Postoperativ kvalme og brekninger er svært ubehagelig og slitsomt for pasienten, og må derfor behandles så effektivt som mulig (Stanghelle og Knutsen 2005, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

En god smertelindring innebar også å ta pasientenes smerter på alvor. I de tilfellene smertelindringen var vanskelig var det viktig å stå på for pasienten, og ikke trekke seg unna ansvaret for smerteproblemet. En slik aktiv tilnærming til pasienten og smerteproblematikken vil bidra til at pasienten opplever trygghet og tillit til at sykepleier og lege vil hjelpe ham.

Dette vil også forsterke effekten av den smertelindringen som gis (Nortvedt og Nortvedt 2001, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Noen av sykepleierne mente at det ikke var sikkert pasienten kunne bli helt smertefri, og at han kanskje måtte tåle litt smerter. Det er litt usikkert hva sykepleierne la i dette, men det dreide seg i hovedsak om dagkirurgiske pasienter som skulle reise hjem etter endt overvåkning. Studier viser at postoperative smerter fortsatt blir underbehandlet (Dihle 2007, Bucknall, Manias og Botti 2007, Manias, Bucknall og Botti 2005, Idvall et.al.2002). Det kan være forskjellige årsaker til at sykepleierne mente pasientene måtte tåle noe smerter. Hvor sterke smerter sykepleierne ville akseptere at pasienten måtte tåle ble ikke helt utdypet. Siden det dreide seg om dagkirurgiske pasienter kan tidspres eller arbeidsbyrde spille en rolle. Meningen er at pasientene drar hjem når dagkirurgisk avdeling stenger, og det kan være at ikke alle pasienter er helt smertefri når de må dra. Smertebehandlingen må da fortsette av pasienten selv når han kommer hjem. Sykepleierne kan dessuten måle pasientens smerter ut fra sine egne kriterier, og ikke anerkjenne pasientens opplevelse som grunnleggende for smertebehandlingen. Smerten blir dermed ikke et subjektivt fenomen, og forståelsen for pasientens smerter blir kanskje erstattet av distanse til disse. Sykepleierne møter daglig mennesker i smerter, og kan danne seg en egen norm eller forståelse for hva som er en akseptabel reaksjon på smerter. Enkelte kan derfor reagere mindre følsomt på andres smerter, og distanserer seg fra pasienten på en uheldig måte (Nortvedt og Nortvedt 2001, Vetlesen 2004).

For å lindre postoperative smerter benyttet sykepleierne først og fremst medikamenter, men også ikke-medikamentelle metoder ble brukt som et supplement for å behandle pasientens smerter. Sykepleierne brukte å hjelpe pasienten å legge seg godt til rette i forhold til hvilket inngrep som var foretatt. De hadde erfaring med at å avlaste operasjonsområdet kunne redusere den postoperative smerten. Det vil være viktig å unngå drag eller strekk i operasjonssåret, og at pasienten får et godt støttet side- eller ryggleie. På den måten kan postoperativ smerte reduseres (Berntzen et.al. 2010). Sykepleierne i en av fokusgruppene hadde god erfaring med bruk av for eksempel radio for å avlede oppmerksomheten bort fra smertene. Dette kan være med på å stimulere pasienten på en positiv måte slik at han fokuserer på noe annet enn smertene. Dette kan øke effekten av den postoperative smertebehandlingen. Dessuten kan kombinasjoner av avslapningsteknikker og utvalgt musikk være med på å redusere postoperative smerter (Good et.al. 2010, Gulbrandsen 2005, Berntzen,

Danielsen og Almås 2010). Det å skape ro rundt pasienten kunne være vanskelig på postoperativ avdeling. Postoperative avdelinger er gjerne utformet slik at det bare er lette skillevegger eller forheng mellom pasientene. Ved uro i avdelingen mente sykepleieren at pasientene ble påvirket av dette, og trengte mer kvalmestillende og smertestillende. Det kan være viktig å skjerme pasientene for å unngå ytterligere stress i den postoperative perioden. Stress og uro ser ut til å øke postoperativ kvalme og smerter, og at sykepleierne prøver å skape ro kan redusere postoperativt ubehag (Stanghelle og Knutsen 2005, Berntzen et.al. 2010). Trygghet og tillit er viktige faktorer som er med på å forsterke effekten av smertelindringen som gis (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Kjøllestad 2004). Det er derfor av stor betydning at sykepleierne legger vekt på skape trygghet ved å vise sin kompetanse, informere pasienten, eller gi trøst og støtte. Noen av sykepleierne i fokusgruppene tok opp betydningen av å gi den postoperative pasienten et lett stell. Det at pasienten lå svett og klam på krøllete laken mente de kunne forsterke smertene. Å tilby stell, en kald klut over panna, få tørre klær og sengetøy er tiltak som lett blir glemt syntes sykepleierne. Mange nyopererte vil trenge hjelp til personlig hygiene den første tiden postoperativt, og et behagelig stell tilpasset pasientens behov vil øke følelsen av velvære. Dette kan redusere smerter og ubehag postoperativt fordi pasienten vil føle seg ivaretatt. Det vil i tillegg være viktig både hygienisk og estetisk at pasientens sengetøy og skjorte blir skiftet, hvis det er fuktig eller tilsølt. Dessuten vil også ha betydning for pasientens opplevelse av verdighet og integritet (Stanghelle og Knutsen 2005, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

7.3. Hindringer for god smertelindring

Det ble diskutert om det kunne være hindringer eller barrierer som kunne føre til dårligere eller forsinket postoperativ smertelindring. De tema som kom opp gikk både på individuelle og systemiske forhold.

Enkelte av sykepleierne kunne være engstelige for å gi store nok doser smertestillende. Dette fordi de blant annet hadde opplevd alvorlige respirasjonsproblemer hos pasienten etter å ha gitt normaldosert av opioider intravenøst. Noen av sykepleierne syntes de hadde mindre erfaring med postoperativ smertelindring, og var derfor redde for å gi større doser. Pasienten kan derfor stå i fare for å få for lite smertestillende fordi sykepleierne er redde for bivirkninger av medikamentene. Denne usikkerheten hos sykepleierne kan tyde på noe manglende kunnskaper om medikamentene de gir. Dette beskrives også i teori og empiri (Gulbrandsen 2005, Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Dihle 2007, Manias, Bucknall og Botti 2005). Det kan se ut som denne usikkerheten i stor grad gjelder sterktvirkende opioider som er de hyppigst brukte medikamentene i postoperativ smertelindring. Det er viktig at sykepleierne er klar over at det er store individuelle forskjeller når det gjelder følsomheten for opioider. Dosen må derfor titreres individuelt. Ved usikkerhet om hvor stor dose pasienten tåler, begynner man med en lav dose og titrerer seg fram til ønsket effekt. På postoperative avdelinger følges pasienten tett, og overvåkes blant annet respiratorisk og sirkulatorisk. Dette vil tidlig gi signaler på bivirkninger. Det er dessuten vanlig å ha antagonistene naloxon som opphever bivirkningene av opioider lett tilgjengelig (Stubhaug og Ljoså 2008).

Fokusgruppene diskuterte om erfaringsgrunnlaget til legene og angst for bivirkninger kunne ha noe å si for smertebehandlingen. Sykepleierne mente at uerfarne leger ikke hadde den samme kompetansen som erfarne når det gjaldt forordninger og kombinasjoner av medikamenter. En studie utført av Rognstad et. al. undersøkte holdninger, oppfatninger og selvrapporert kompetanse i postoperativ smertebehandling blant leger og sykepleiere. Deltakerne i studien hadde minst fem års erfaring med postoperativ smertelindring. Undersøkelsen viste blant annet at både leger og sykepleiere selv rapporterte lav kompetanse når det gjaldt behandling av postoperative smerter. Dessuten var majoriteten ikke fornøyd med den faglige oppdateringen for personalet innen postoperativ smertebehandling. Men totalt var legene mer fornøyd med smertebehandlingen enn hva sykepleierne var. Forfatterne av studien mente det kunne bero på at sykepleierne var nærmest pasienten, og utførte mest av

de postoperative observasjoner. Dessuten kan profesjonene ha forskjellige standarder når det gjelder postoperativ smertebehandling (Rognstad et.al. 2012). Generelt er det slik at jo mer erfaring man tilegner seg i et yrke, jo sikrere blir man i utførelsen av det. Men både denne studien og andre studier viser at kunnskapsnivået om postoperativ smertelindring oppleves mangelfull tross flere år som utøver av smertelindring. Det kan derfor være vanskelig å slå fast om det er erfaring eller individuelle forhold som aktiv holdning til kunnskapsoppdatering som gjør noen leger mer kompetente i smertebehandlingen.

Pasienter kan også være redde for å ta i mot smertestillende medikamenter etter operasjoner, og da spesielt opioider. Dette kan henge sammen med frykt for bivirkninger og avhengighet. For sykepleierne var det utfordrende å se at pasientene hadde vondt, og at de vegret seg for å ta i mot smertestillende. Den preoperative informasjonen blir en viktig arena for å forklare pasienten om smertebehandlingen etter operasjonen. En realistisk og individuell tilrettelagt informasjon om smerter og smertebehandling kan gi pasienten en bedre oversikt og kontroll over situasjonen (Kjøllestad 2004, Berntzen et.al. 2010). Det blir også viktig som sykepleierne postoperativt sier, å forklare og gi råd om smertestillende behandling slik at pasienten tar i mot behandlingen.

Noen ganger kunne det være slik at sykepleierne hadde forventninger til at inngrepet ikke skulle gi så mye smerter – at det ble tenkt mer kasus enn individ. Dessuten kunne sykepleierne bli skeptiske til dosene de ga hvis dosene ble høyere enn det de var vant til. Det kan se ut til at sykepleierne har vanskeligheter med å anerkjenne pasientens utsagn om smerter. De setter egentlig pasientens smerter i tvil, og pasienten står i fare for å bli underbehandlet for smertene. Dette støtter tidligere forskning, som også viser at sykepleierne har en tendens til å anse pasientenes smerter som svakere enn hva pasienten opplever (Dihle 2007, Idvall et.al. 2002, Manias, Bucknall og Botti 2005, Bucknall, Manias og Botti 2007). For pasientens del kan det kjennes utrygt å ikke bli trodd når han sier fra om smerter. Utrygghet kan igjen øke smertene, noe som kan vanskeliggjøre smertebehandlingen. Det som blir viktig for sykepleieren er å søke å forstå hvordan smerten oppleves for pasienten. Sykepleieren må da prøve å legge vekk sine oppfatninger av smerte for å få til en profesjonell smertelindring. Smerte og opplevelse av smerte er et sammensatt og komplekst fenomen, og bare den som har smerten vet hvordan det føles (Nortvedt og Nortvedt 2001, Vetlesen 2004, Stanghelle og Knutsen 2005).

Den postoperative smertebehandlingen til pasienter med demens eller psykisk utviklingshemming kunne være vanskelig mente fokusgruppene. På grunn av kommunikasjons hinder kunne det være vanskelig å tolke om det var smerter eller utrygghet som ga uro. Fordi dette var vanskelig å avgjøre, bekymret sykepleierne seg over at pasientene kunne ende opp med å bli mer neddopet enn smertestilt. Når det gjelder pasienter med demens er mange i stand til å formidle smerter verbalt i tidlig fase av sykdommen. Etter hvert som sykdommen utvikler seg svekkes evnen til hukommelse og til å uttrykke seg verbalt. Pasienten vil derfor ikke klare å formidle smerter via språket. Det blir derfor nødvendig å observere adferd som tegn på smerte. Indikatorer for smerte hos pasienter med demens kan blant annet være grimasering, rynket panne, lukkede øyne. Selv om de ikke kan uttrykke seg språklig, kan de bruke lyder som jamring, sukking og stønning. Pasientene kan ha nervøse, urolige kroppsbevegelser, eller også beskyttende kroppsbevegelser. De kan også være irritable, aggressive eller ha økt forvirring (Bjoro og Torvik 2010). Sykepleierne sier at nonverbale uttrykk er viktige observasjoner for smerte, og flere i fokusgruppene sa det var de viktigste observasjonene for smerte. Studier viser at sykepleiere ikke alltid var like oppmerksomme på non-verbale tegn til smerte, og at de kunne bli oversett (Dihle 2007, Bucknall, Manias og Botti 2007, Manias, Bucknall og Botti 2005). For pasienter som av ulike årsaker ikke verbalt kan si fra om smerter, er det av stor viktighet at sykepleiere greier å observere og tolke non-verbale smertetegn.

Postoperative pasienter som er rusmisbrukere representerer en gruppe det kan være vanskelig å smertelindre. Sykepleierne i fokusgruppene diskuterte at disse pasientene kunne bli underbehandlet fordi det var vanskelig å komme opp i de dosene pasienten trengte. Dessuten følte de at de måtte være litt tilbakeholdne med medikamenter hvis de skjønnte at det ikke bare var for smertene pasienten ba om smertestillende. På den ene siden ønsker sykepleierne å hjelpe pasienten med smertene, men på den andre siden er de redde for å bli lurt eller manipulert av pasienten. Denne dobbeltheten blir også beskrevet i en studie av Merrill et.al. Dette var en kvalitativ studie som undersøkte samhandlingen mellom pasienter med stoffmisbruk og legene som behandlet dem. Det kom fram at legene var redde for at pasientene skulle manipulere dem til å ordinere opiater for rus, og ikke for smerter. Pasientene på sin side skjønnte at legene ikke hadde tillit til dem, og de lurte på om dette kunne innvirke negativt på behandlingen deres. De var redde for at de kanskje ble straffet for misbruket sitt ved dårlig medisinsk behandling. Det var heller ingen vurdering av pasientens

misbruk. Behandling og evaluering av smerter og abstinenser var også veldig variabelt. Legene følte at de befant seg i en gråsoner mellom å være pasientens talsmann, samtidig som de måtte være en slags politi som vokter nøklene til narkotikaskapet (Merill et.al. 2002). Noe av disse bekymringene lar seg overføre til det sykepleierne i fokusgruppene sier. Legene som ordinerer postoperativ smertebehandling, og sykepleierne som skal videreføre behandlingen kan ha en slags mistillit til pasienten når han er rusmisbruker. Kanskje det er tanken på at de kan bli lurt som er vanskelig? Det at den lovlige medikamenthåndteringen ved postoperative smerter nærmest blir ulovlig fordi helsepersonell antar at pasienten søker rus og ikke smertelindring? Samtidig så ønsker sykepleierne å lindre pasientens smerter, og smerter vil han ha etter et kirurgisk inngrep. Dessuten er det fare for at pasienten utvikler abstinens som følge av misbruket sitt, noe som kan øke fysiologisk og psykologisk stressrespons. I den postoperative smertebehandlingen bør derfor basalbehovet og det akutte tilleggsbehovet dekkes for å oppnå adekvat smertebehandling. Dosene blir derfor større enn det som er vanlig å gi. For å oppnå en god smertelindring bør det ved planlagt kirurgi legges en behandlingsplan på bakgrunn av pasientens vanlige inntak. Dette bør være en tverrfaglig vurdering for å sikre at behandlingsplanen blir fulgt (Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Når det gjelder pasienter fra andre kulturer syntes sykepleierne det av og til kunne være vanskelig å forstå smerteuttrykkene. Pasientene kunne ofte gi høylydt uttrykk for smerte, men det var ikke alltid like lett å avgjøre hvor vondt pasienten hadde det. Hvordan vi tenker om sykdom og smerter er nedfelt i oss mennesker fra vi er barn, og det ligger svært dypt i oss. Dette bærer vi med oss selv om vi forflytter oss mellom ulike kulturer, og pasientene vil derfor ha forskjellige måter å formidle smerter på (Berntzen, Danielsen og Almås 2010). Det kan være at det oppstår misforståelser på grunn av språkproblemer eller ulike forventninger til pleien. Hvis det er store språkbarrierer og det ikke er mulig å få tak i tolk, må sykepleieren prøve å vise omsorg gjennom ansiktsuttrykk og en vennlig stemme. Selv om pasienten ikke forstår ordene, kan en vennlig stemme formidle omsorg. Dessuten kan tiltak knyttet til overvåkning gjøre at pasienten føler seg trygg og ivaretatt siden det kan vise sykepleierens profesjonelle kompetanse. Det vil uansett være viktig at sykepleieren prøver å forstå pasientens subjektive opplevelse av å være i smerter, selv om uttrykket av smerten føles fremmed for sykepleieren (Hanssen 2011, Nortvedt og Nortvedt 2001).

Det å være godt bemannet og ha god tid til pasienten hadde mye å si for kvaliteten på smertebehandlingen. Sykepleierne mente at gode arbeidsbetingelser gjør den postoperative

smertebehandlingen mer vellykket, fordi de da får nok tid til grundige observasjoner og oppfølging av pasienten. Studien som ble utført av Manias, Bucknall og Botti pekte også på at i situasjoner med stor arbeidsmengde mistet sykepleierne fokus på pasientens behov for smertelindring (Manias, Bucknall og Botti 2005). Det å ha flere fokus samtidig kan gjøre at en ikke greier å konsentrere seg like godt om alt. Det må derfor bli en utvelgelse av fokus. Basert på sykepleierens erfaringer og kunnskaper konsentrerer hun seg om det virker viktigst i situasjonen. Hvis man som sykepleier har flere pasienter med smerte, og kan bare hjelpe en av gangen må det prioriteres hvem som trenger hjelp først. Det kan derfor være at sykepleieren må forlate den pasienten hun er opptatt med, og hjelpe andre pasienter som har større behov for smertelindring. Selv om sykepleieren må forlate sin pasient som har smerter, gjør hun det med en viten om at hun kommer tilbake så snart som mulig. Dette fordi smerte som fenomen har en appell om lindring, og det vekker et moralsk hensyn og en etisk ansvarlighet. Det er det faglig-moralske skjønn som blir viktig i slike situasjoner. Grunnlaget for en slik prioritering vil være en vurdering av smertens alvorlighetsgrad og hvor akutt situasjonen er, ikke visuell nærhet eller relasjonelle bånd til pasienten (Nortvedt og Nortvedt 2001, Vetlesen 2004).

Samarbeid mellom sykepleiere og leger på postoperativ avdeling kan av og til være problematisk. Dette kunne forsinke eller hindre god postoperativ smertelindring mente sykepleierne. Spesielt på nattevakt kunne sykepleierne føle at de står litt alene når anestesilegen ikke kommer og ser til pasienten. Samarbeidsproblemene ble beskrevet som personavhengige. Samtidig ønsket noen av sykepleierne mer engasjement av kirurgene når det gjaldt oppfølging av smertebehandlingen. Tradisjonelt har smertebehandlingen vært anestesilegenes ansvar på postoperativ avdeling. Dette kan være en forklaring på at kirurgene ikke etterspør oppfølgingen der. De kan være mer opptatt av operasjonen og resultatet av den når de går visitt på postoperativ avdeling. Men samtidig er det viktig at sykepleierne sier fra om smerter som vanskelig lar seg lindre. Kirurgen må da ta stilling til om det kan ligge komplikasjoner etter operasjonen bak smertene (Stanghelle og Knutsen 2005, Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Et godt tverrfaglig samarbeid er vesentlig for at pasienten skal få best mulig kvalitet på behandlingen han mottar. Medlemmene i det tverrfaglige teamet skal også utvikle et kunnskapsgrunnlag som bidrar til fagutvikling for profesjonene som deltar. Meningen er at hver yrkesgruppes bidrag blir sett på som likeverdige, noe som viser seg ikke alltid er tilfelle.

Grunnen til dette kan ligge i ulik status og maktkamp mellom profesjonene. En klar og tydelig fagidentitet vil være en viktig faktor for å løse samarbeidsproblemer (Lauvås og Lauvås 2004, Kristoffersen 2011). En studie av Stein-Parbury og Liaschenko viser blant annet at samarbeidet mellom sykepleiere og leger kunne være vanskelig. Studien ble utført på en intensivavdeling hvor det ble gjort observasjoner av samarbeid mellom personalet. Det ble dessuten gjort intervjuer av sykepleiere. Forskerne tok for seg situasjoner der pasienten var i utvikling av akutt forvirring. Så lenge pasientens tilstand og behandling gikk som forventet, gikk samarbeidet mellom legene og sykepleierne uten problemer. Det viste seg at samarbeidet havarerte når sykepleiernes kliniske vurderinger av pasienten ikke passet inn i legenes biomedisinske skjema. Legene devaluerte eller avviste sykepleiernes vurderinger. Konklusjonen var blant annet at det er forskjellige kunnskapssyn som støter mot hverandre. Ut fra hierarkiske strukturer og sin status anså legene sine vurderinger som gjeldende (Stein-Parbury og Liaschenko 2007). Hvis ikke sykepleierne får gjennom argumenter for at legen skal tilse pasienten eller komme med nye forordninger av medikamenter, kan det gå utover den postoperative smertebehandlingen. Sykepleierne kan også tildele legen en for overordnet posisjon, og kanskje la seg dominere av tradisjonell status. Det kan være vanskelig å argumentere hvis ens kunnskaper og vurderinger ikke respekteres. Det blir derfor viktig som sykepleierne selv sier at de må være mer pågående og ikke gi seg så fort i diskusjonen med legen. Spesielt må det gjelde i situasjoner der legen ikke anerkjenner pasientens subjektive smerteopplevelse, og lar pasienten ligge med smerter fordi inngrepet ikke anses som smertefullt. Sykepleieren må da tåle å stå i en krevende samarbeidssituasjon slik at pasienten unngår unødig lidelse.

Bruk av smertekartlegging ved hjelp av smerteskala var det bare en av fokusgruppene som brukte jevnlig. De to andre gruppene brukte det stort sett ved epidural smertelindring. Innad i gruppen som brukte smerteskala var det også forskjeller på bruken. Flere av sykepleierne noterte ofte et lavere smertescore enn pasientene sa, hvis de mente pasientene virket avslappet. Smertekartleggingsverktøy som måler smerteintensitet er det som er mest brukt for akutt smerte. Meningen er at pasienten selv skal rapportere hvor sterk smerte pasienten opplever at han har. Sykepleiernes individuelle holdninger skal da ikke ha betydning (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Torvik, Skauge og Rustøen 2008). Hos enkelte pasienter er ikke symptomer på smerter som for eksempel hurtigere respirasjon, grimasering eller svett og blek hud så uttalt. Det er store individuelle variasjoner på hvordan smerter

uttrykkes, og sykepleieren kan være i tvil om pasienten har så sterke smerter som han angir. Problemet blir at sykepleieren måler smerte ut fra sine egne erfaringer og holdninger, og kanskje anser sin vurdering som mer pålitelig enn pasientens. Det å være i smerter kan gjøre at man føler seg veldig alene, spesielt hvis man ikke blir trodd av dem som skal hjelpe. Smerten kan dermed oppleves mye verre (Nortvedt og Nortvedt 2001, Vetlesen 2004). Andre sykepleiere spurte pasienten om han trengte mer smertestillende hvis de syntes smertescore lå for høyt i forhold til smerteuttrykk. Hvis pasienten takket nei til det, førte de inn et lavere smertescore enn pasienten sa. Problematikken blir noe av det samme, en tvil om pasientens smerter. Resultatet kan bli en dårligere smertelindring som bidrar til at pasienten blir liggende for lenge med for høy smerteintensitet. Dette kan øke faren for komplikasjoner og forsinke mobilisering (Stanghelle og Knutsen 2005). Det at sykepleiere undervurderer pasientens smerter og tolker dem som lavere enn pasienten sier at de er, er bekreftet både i teori og andre studier (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Wøien og Strand 2008, Idvall et.al. 2002, Bucknall, Manias og Botti 2007).

En annen ting var at flere pasienter ikke forstod systemet med smerteskala postoperativt. Sykepleierne stilte seg derfor spørsmål om pasienten hadde fått informasjon om bruk av smerteskala før operasjonen. Dette mente de var viktig for at pasienten skulle bruke det på riktig måte. For å kunne benytte metoden er det viktig at pasienten får presentert bruk av smerteskala under den preoperative samtalen. Postoperativt vil han være påvirket av anestesi og/eller smertestillende medikamenter, og det kan derfor være vanskelig å tilegne seg ny kunnskap (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Wøien og Strand 2008). Selv om flere av sykepleierne syntes smerteskala var et usikkert system til å si hvor vondt pasienten hadde det, var det også mange som syntes de hadde god hjelp av smerteskala. Det kunne vise dem om smertene til pasienten gikk opp eller ned. Ved riktig bruk av smerteskala er intensjonen at pasienten skal få en individuell smertebehandling, og det er derfor viktig at sykepleierne bruker metoden som den er tenkt (Torvik, Skauge og Rustøen 2008).

Sykepleierne i de to andre fokusgruppene brukte sjelden smerteskala for å vurdere pasientens smerteintensitet. Tidligere undersøkelser bekrefter en mangel på bruk av smertekartleggingsverktøy (Dihle 2007, Manias, Bucknall og Botti 2005, Bucknall, Manias og Botti 2007). En studie utført av Fredheim et.al. viser også at smerter ikke kartlegges systematisk ved hjelp av smerteskala (Fredheim et.al. 2011). Sykepleierne syntes de kunne stole på sine observasjoner uten hjelp av smerteskala. De trengte ikke noen skala for å se at

pasienten hadde vondt. Dette kan bero på at de mener det individuelle perspektivet i omsorgen blir borte når de skal angi smerte med tall. Opplevelsen av smerter rommer mye mer enn smerteintensitet, slik at sykepleieren må bruke sine kunnskaper og erfaringer i omsorgen for pasienter med postoperative smerter. Det individuelle perspektivet vil derfor alltid være med (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Stanghelle og Knutsen 2005). På den andre siden var det flere av sykepleierne som så nytten av smerteskala. De mente det kunne hjelpe dem til å dokumentere smertebehandlingen bedre, og samtidig bedre opplæringen innen postoperativ smertebehandling. Ved at det utarbeides gode rutiner for smertekartlegging vil vurderingene bli systematisk utført, og effekten av smertelindringen blir lettere å måle. Rapporteringen av pasientens smerte til legene vil også bli mer presis, noe som kan gi dem et bedre grunnlag til å forordne individuelle smertebehandling (Berntzen, Danielsen og Almås 2010, Torvik, Skauge og Rustøen 2008).

Det er også en mangel på rutine når det gjelder å dokumentere postoperative smerter og smertebehandling i elektronisk pasientjournal (EPJ). Det som blir brukt av smertestillende og eventuelt smertescore blir ført på et postoperativt skjema. Sykepleierne i en av fokusgruppene registrerte i tillegg smertescore i et eget elektronisk system utenfor EPJ. Mangel på dokumentasjon ser en også referert i andre studier (Fredheim et. al. 2011, Dihle 2007, Bucknall, Manias og Botti 2007). Hvorfor det ikke dokumenteres i EPJ gis det ikke eksakt svar på. Så lenge pasienten ikke har spesielle problemer postoperativt, så ikke sykepleierne det som nødvendig å benytte EPJ. Dette var rutine i avdelingen. Det kan være vanskelig å evaluere og sammenligne ulike smertebehandlingsregimer hvis det ikke foreligger noen dokumentasjon i EPJ. Det blir dessuten vanskelig for andre sykepleiere og leger å se hvilke tiltak som er satt i verk, og hvilken effekt det har gitt pasienten. Observasjonsskjemaene sykepleierne dokumenterer på, er ikke like tilgjengelig som EPJ er. Det er derfor ønskelig at smertekartlegging, observasjoner og effekt av smertebehandling blir dokumentert i EPJ (Wøien og Strand 2008, Torvik, Skauge og Rustøen 2008).

7.4. Metodediskusjon

Jeg ønsket å belyse sykepleieres erfaringer innen postoperativ smertelindring, og valgte derfor fokusgruppeintervju. Jeg anså metoden som egnet for å fram en diskusjon mellom informantene som kunne gi innsikt i de ulike temaene jeg hadde satt opp i intervjuguiden. Grunnen til at jeg valgte fokusgruppeintervju og ikke dybdeintervju var at jeg ønsket diskusjonen gruppemedlemmene imellom. Jeg tenkte det ville gi meg en forståelse av hva informantene tenkte om de ulike temaene, og at de samtidig ville påvirke hverandre til en utdyping av sine erfaringer. Kritikken mot fokusgruppeintervju kan være at deltakerne ikke ønsker å si noe som kan stille dem i et dårlig lys, eller at enkelte kan dominere diskusjonen (Krueger og Casey 2009). Allikevel får de respons fra de andre deltakerne i gruppa, noe som kan redusere slike situasjoner.

I det første fokusgruppeintervjuet hadde jeg ikke med meg assistent. Det ble litt mye å styre når jeg samtidig skulle notere og følge med på deltakerne i gruppa. Derfor valgte jeg å ta med assistent til de to neste fokusgruppeintervjuene.

Jeg hadde utarbeidet en intervjuguide som jeg brukte i alle tre intervjuene. Det gikk greit å følge den, og informantene svarte stort sett på det jeg spurte om. Det hendte at de begynte å snakke om ting jeg ikke hadde rukket å spørre om, men det hadde ikke noe å si for gruppediskusjonen. Et spørsmål jeg skulle ønsket at jeg hadde spurt om var deres egen erfaring med smerte, eller hvordan de selv opplevde smerte. Det kunne jeg ha diskutert opp mot hvordan de vurderte pasientens smerter. I tillegg kunne jeg ha vært mer pågående i den forstand at jeg skulle bedt de utdype mer hva de mente om for eksempel ikke-medikamentelle metoder, eller hvor vondt skal pasienten tåle å ha.

Styrken ved studien er at den ble utført på tre ulike sykehus, noe som gir en større bredde. Samtidig er det ikke sikkert at det har kommet fram nok erfaringer, og det hadde kanskje styrket studien å hatt flere fokusgruppeintervju. Jeg måtte ta hensyn til det tidsperspektivet jeg hadde for studien, og det hadde derfor vært vanskelig tidsmessig å avholde flere fokusgruppeintervju.

Det kan se ut som studien dermed har en viss gyldighet når det gjelder sykepleieres erfaringer med postoperativ smertelindring.

8.0. Konklusjon

Sykepleiernes erfaringer med postoperativ smertelindring viser blant annet at smertelindringen må ses i et tidsperspektiv. For at smertelindringen skal bli vellykket må pasienten ivaretas gjennom hele den perioperative perioden. Det forutsetter at pasienten blir smertelindret også pre- og peroperativt. En grundig og realistisk preoperativ informasjon om det postoperative forløpet kan gi pasienten en bedre kontroll over situasjonen, og redusere postoperative smerter.

Noen av sykepleierne uttrykte at god smertelindring betydde å gi nok slik at pasienten hadde det bra. Samtidig kunne noen være mer forsiktig med doseringen fordi de hadde opplevd bivirkninger hos pasientene. Dette kan tyde på en mangel på kunnskap om medikamentene.

Samarbeid med legene kunne av og til være problematisk, og dette kunne forsinke smertelindringen til pasientene. Det er derfor viktig at sykepleierne har en klar og tydelig fagidentitet, og er bevisst på hva de kan bidra med i samarbeidet. Konflikter oppstår som regel der fagområdene overlapper hverandre, og profesjonene får en tendens til å markere sin dominans.

Smertekartlegging og dokumentasjon av smerte var områder som manglet systematiske rutiner. Ved riktig bruk av smerteskala og dokumentasjon av smerter vil det en bedre tilpasset smertelindring for den enkelte pasient.

Implikasjoner for praksis kan være å se på rutinene for smertekartlegging og dokumentasjon av smerte. Hvis disse forbedres kan det bety et bedre grunnlag for individuelle tilpasset smertelindring, lettere å sammenligne ulike smertebehandlingsregimer, og en bedre opplæring av nyansatte i postoperativ smertebehandling.

Litteraturliste

- Berntzen, Helene, Hallbjørg Almås, Anne Marie Gran Bruun, Siri Dørve, Asbjørg Giskemo, Grethe Dávøy, Randi Grønseth. 2010. Perioperativ og postoperativ sykepleie i *Klinisk sykepleie 1*, red. Almås, Hallbjørg, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, s. 272-338. Gyldendal Norsk Forlag AS. 4.utgave.
- Berntzen, Helene, Astrid Danielsen og Hallbjørg Almås. 2010. Sykepleie ved smerter i *Klinisk sykepleie 1*, red. Almås Hallbjørg, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, s. 354- 398. Gyldendal Norsk Forlag AS. 4.utgave.
- Bucknall, Tracey, Elizabeth Manias og Mari Botti. 2007. Nurses' reassessment of postoperative pain after analgesic administration. *Clinical Journal of pain*. Volume 23, number 1.
- Burge, Donna Mechelle. 2009. Relationship Between Patient Trust of Nursing Staff, Postoperative Pain, and Discharge Functional Outcomes Following a Total Knee Arthroplasty. *Orthopaedic Nursing*. Volume 28, Number 6.
- Dihle, Alfhild 2007. *Postoperative pain management. From the perspective of patients and nurses*. University of Oslo. Faculty of Medicine.
- Fredheim, Olav Magnus, Gunnar Kvarstein, Eva Undall, Audun Stubhaug, Tone Rustøen og Petter C. Borchgrevink. 2011. Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Nr. 18, 20.september, s. 1763-1767 .
- Good, Marion, Jeffrey M. Albert, Gene Cranston Anderson, Stephen Wotman, Xiaomei Cong, Deforia Lane and Sukhee Ahn 2010. Supplementing Relaxation and Music for Pain After Surgery. *Nursing Research*. Vol. 59, No.4
- Hanssen, Ingrid. 2011. Interkulturell sykepleie i *Grunnleggende sykepleie Bind 1*, red. Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, s. 135-160. Gyldendal Norsk Forlag AS. 2.utgave.
- Helsedirektoratet 2009. Aktivitetsutvikling og ventetider i spesialisthelsetjenesten 2000-2008.
- Helsedirektoratet 2010. Aktivitetsdata for somatiske sykehus i 2. tertial 2010.
- Idvall, E, E. Hamrin, B. Sjöström, M. Unosson. 2002. Patient and nurse assesment of quality of care in postoperative pain management. *Quality and Safety in Health Care*. 11: 327-334.
- Kehlet, Henrik, Troels S. Jensen og Clifford J. Woolf. 2006. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *The Lancet*. Volum 367: 1618-1625.
- Kjøllestad, Astrid. 2004. Operasjonspasienten i *Å være akutt, kritisk syk*, red. Moesmand, Anna Marie og Astrid Kjøllestad, s. 207-233. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Knodel, John. 1993. The design and analysis of focus group studies i *Successful focus groups*, red. David L. Morgan. Sage Publications Inc.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. Sykepleier i organisasjon og samfunn i *Grunnleggende sykepleie Bind 1*, red. Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, s.281-341. Gyldendal Norsk Forlag AS. 2.utgave.
- Krueger, Richard A. og Mary Ann Casey. 2009. *Focus Groups. A practical guide for applied research 4th edition*. California: Sage Publications Inc.
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann .2010. Etikkk og intervjuundersøkelser i *Det kvalitative forskningsintervju*, s. 79-97. Gyldendal Norsk Forlag A/S 2.utgave .
- Lauvås, Kirsti og Per Lauvås 2004. *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. Universitetsforlaget.
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Helse- og omsorgsdepartementet 2008. www.lovdatab.no (Lest 04.03.2012)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. Helse- og omsorgsdepartementet 1999. www.lovdatab.no (Lest 23.03.2012)
- Lov om behandling av personopplysninger. Justis- og beredskapsdepartementet 2000. www.lovdatab.no (Lest 04.03.2012)
- Manias, Elizabeth, Tracey Bucknall og Mari Botti. 2005. Nurses strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Management Nursing*. Vol. 6, No 1: 18-29.
- Niemi-Murola, Leila, Reino Pöyhiä, Kaarina Onkinen, Birthe Rhen, Arja Mäkelä og Tomi T. Niemi. 2007. Patient satisfaction with postoperative pain managemet – effects of pre-operative factors. *Pain Management Nursing*. Vol. 8, No 3, s. 122-129.
- Nortvedt, Finn og Per Nortvedt. 2001. *Smerte – fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Merill, Joseph O., Lorna A. Rhodes, Richard A. Deyo, Alan Marlatt og Katharine A. Bradley. 2002. Mutual mistrust in the medical care of drug users. *Journal of Gen. Intern Med*. Volume 17: 327-333.
- Parbury, Jane Stein og Joan Liaschenko. 2007. Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *American journal of critical care*. September, volume16, No. 5, s. 470-477.
- Richards, Jennifer og Ann O. Hubbert. 2007. Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. *Pain Management Nursing*. Vol. 8, No.1. 17-24.
- Rognstad, May-Karin, Olav Magnus S. Fredheim, Tone E. B. Johannessen, Gunnvald Kvarstein, Marta Skauge, Eva Undall og Tone Rustøen. 2012. Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Utgitt 24. januar.

Sjöling, Mats, Gunnar Nordahl, Niclas Olofsson og Kenneth Asplund. 2003. *Patient Education and Counseling*. 51. s.169-176

Stanghelle, Liv og Anne Mette Knutsen. 2005. Den postoperative pasient i *Intensivsykepleie*, red. Gulbrandsen, Tove og Dag-Gunnar Stubberud, s. 355-386. Oslo: Akribe AS.

Stubhaug, Audun og Tone Marte Ljoså. 2008. Hva er smerte? i *Ulike tekster om smerte*, red. Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl, s. 22-50. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Torvik, Karin, Marta Skauge og Tone Rustøen. 2008. Smertekartlegging i *Ulike tekster om smerte*, red. Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl, s. 51-69. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Tønnesen, Tor Inge. 1996. *Postoperativ smertebehandling*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Vetlesen, Arne Johan. 2004. *Smerte*. Dinamo Forlag.

Wøien, Hilde og Anne Cecilie Strand. 2008. Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring i *Ulike tekster om smerte*, red. Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl, s. 271-300. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Vedlegg 1

Intervjuguide med tema postoperativ smertebehandling

Hvilke erfaringer har dere med postoperativ smertebehandling?

- Hva ser dere som god postoperativ smertebehandling?
- Finnes det barrierer i systemet som forhindrer god postoperativ smertebehandling? (Hvilke/hvorfor)
- Tenk tilbake på en positiv situasjon der du syntes du kom i mål med postoperativ smertebehandling. Hva preget den situasjonen? Hva gjorde den vellykket?
- Utover medikamentell behandling; bruker dere andre tiltak for å redusere smerte postoperativt?

Er det områder i postoperativ smertebehandling som dere opplever som vanskelige?
(Evt. hvilke/hvorfor)

På hvilken måte vurderer dere pasientens postoperative smerter?
(Kommunikasjon / nonverbal kommunikasjon / observasjoner / måleinstrumenter)

Hvordan evaluerer dere den postoperative smertebehandlingen?

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvordan erfarer sykepleiere smertelindring overfor voksne postoperative pasienter?”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å dele dine erfaringer om postoperativ smertebehandling. Formålet med studien er å belyse sykepleieres erfaringer med postoperativ smertebehandling for å kunne si noe om hvilke valg og vurderinger dere gjør innen dette området.

Du er valgt ut til å forespørres fordi du jobber på postoperativ avdeling, og derfor innehar de erfaringer studien ønsker å belyse.

Forskningsprosjektet er en masteroppgave i kliniske hjelperelasjoner ved Høgskolen i Molde.

Hva innebærer studien?

Studien vil foregå som et gruppeintervju med til sammen sju sykepleiere fra samme avdeling. Spørsmålene vil dreie seg om erfaringene og meningene deres rundt temaet postoperativ smertebehandling.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time.

Mulige fordeler og ulemper

Mulige fordeler ved studien er at den kan gi oss mer innsikt i hvordan sykepleiere erfarer postoperativ smertelindring. Dette kan ha noe å si for framtidig kvalitet og utforming av prosedyrer innen postoperativ smertebehandling. Slik vi vurderer det, medfører studien få ulemper utover det at du må bruke av din tid til å delta i gruppeintervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det betyr at opplysningene er aidentifisert.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Opptakene og annen informasjon som samles inn, vil bli oppbevart forsvarlig og slettet innen utgangen av 2012.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke deg fra studien. Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Anita Nilsen, tlf.: 93449011, masterstudent i helse-og sosialfag, Høgskolen i Molde, eller
Eva Gjengedal, tlf.: 71214015 / Else Lykkeslet, tlf.: 71214017, veiledere for
forskningsprosjektet, Høgskolen i Molde.

Med vennlig hilsen
Anita Nilsen, Høgskolen i Molde.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsc@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Eva Gjengedal
Avdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Molde
Postboks 2110
6402 MOLDE

Vår dato: 07.04.2011

Vår ref: 26605 / 3 / KS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.03.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26605	<i>Postoperativ smertebehandling. Hvordan erfarer sykepleiere smertelindring overfor voksne postoperative pasienter?</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Molde, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Eva Gjengedal
Student	Anita Nilsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

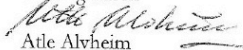
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

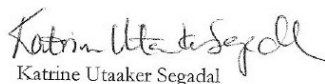
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.04.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Atle Alvheim


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anita Nilsen, Synnøves veg 6, 6429 MOLDE

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarve@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no



Det gis skriftlig informasjon og innhentes et skriftlig samtykke.

Personvernombudet anbefaler at koblingsnøkkelen (navnelisten) lagres på en annen lagringsenhet enn det øvrige datamaterialet.

Personvernombudet anbefaler at det benyttes kryptert minnepenn.

Det forutsettes at bruk av privat PC er i tråd med Høgskolen i Molde's interne retningslinjer for datasikkerhet.

Prosjektslutt er angitt til 30.04.2012. Senest ved prosjektslutt vil datamaterialet være anonymisert, det vil si at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger lenger foreligger i materialet. Lydopptakene slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger i det øvrige materialet slettes eller grovkategoriseres på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.