

PROFESJONSHØGSKOLEN
INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG
BACHELOR I SYKEPLEIE
SY 180H
30.04.2010

Tema:
Postoperativ smertebehandling

Kandidatnummer

20 og 90

Kull 07H

0.0 Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	s.3
1.1 Vårt valg av tema.....	s.3
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	s.3
1.3 Avgrensning.....	s.4
1.4 Videre oppbygging av oppgave.....	s.4
2.0 Metode.....	s.5
2.1 Valg av metode.....	s.5
2.2 Litteraturstudie.....	s.6
2.3 Kritikk av metode.....	s.6
3.0 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	s.8
3.1 Travelbee om menneske-til-menneske forholdet.....	s.8
3.2 Travelbee om kommunikasjon.....	s.8
3.3 Travelbee om smerter.....	s.9
3.4 Travelbee om kirurgiske inngrep.....	s.10
4.0 Kommunikasjon og informasjon.....	s.11
4.1 Pre- og postoperativ informasjon.....	s.11
5.0 Smerter.....	s.13
5.1 Postoperative smerter.....	s.13
5.2 Viktigheten av smertelindring.....	s.14
5.3 Kartlegging av smerter.....	s.14
5.4 utfordringer i smertelindringen.....	s.15
6.0 Drøfting.....	s.17
6.1 Pre- og postoperativ informasjon.....	s.17
6.2 Fra teori til praksis – kartlegging av smerter.....	s.20
6.3 utfordringer i smertebehandlingen.....	s.23
7.0 Avslutning.....	s.27
8.0 Litteraturliste.....	s.28
8.1 Pensum.....	s.28
8.2 Selvvalgt.....	s.28
8.3 Artikler.....	s.30

1.0 Innledning

1.1 Vårt valg av tema

Vi har valgt å skrive om et tema som både interesserer og engasjerer oss. I vår praksis på en kirurgisk avdeling var den postoperative smertebehandlingen en stor del av det daglige arbeidet. Dette har ført til at vi i ettertid har reflektert en del over den postoperative smertelindringen.

For oss kunne smertebehandlingen virke noe tilfeldig i forhold til hvem som fikk, hva de fikk og hvor mye de fikk. I ettertid ser vi at vi ikke hadde tilstrekkelig kunnskap, og erfaring nok til å ha et bevisst og systematisk forhold til den postoperative smertebehandlingen. Vår oppfatning er at kommunikasjon spiller en stor rolle når man skal planlegge smertebehandling sammen med en pasient. Vi ønsker å lære mer om sammenhengen av disse temaene, og se om det finnes nyere forskning som kan hjelpe oss med å kaste lys over dette.

Med denne oppgaven ønsker vi å tilegne oss kunnskaper for å oppnå et bevisst forhold til postoperativ smertebehandling.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Vår oppgave handler om smertelindring til nyopererte pasienter på en kirurgisk avdeling. I både pensumlitteratur og andre kilder hevdes det at nyopererte pasienter lider unødvendig av smerte. Dihle (2006) sier at: "Postoperative pain is inadequately managed" (Dihle 2006:1). Noen av våre erfaringer fra praksis kunne tyde på at det ikke var et gjennomført bevisst forhold til smertebehandlingen, eller at det var noe felles system for behandlingen på avdelingen.

Vi ønsker å fremme en bevisstgjøring blant sykepleiere i hvordan bruke kommunikasjon som et verktøy i smertebehandlingen til nyopererte pasienter.

Vår problemstilling er:

"Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til smertelindring hos en kirurgisk pasient?"

1.3 Avgrensning av problemstilling

Vi har valgt en problemstilling som omfatter mye og har derfor måttet avgrense på flere områder.

Pasientgruppen vi forholder oss til er voksne, norsk språklige pasienter som er inne til planlagt operasjon. Det er ikke tatt hensyn til tilleggdiagnoser og vi tar utgangspunkt i forventet postoperativt forløp uten komplikasjoner.

En kirurgisk pasient omfatter både den pre-, per- og postoperative fasen. Vi vektlegger den pre-, og postoperative informasjonen og kommunikasjonen. I forhold til smertebehandlingen vet vi at den starter preoperativt, men her vil det kun tas hensyn til den postoperative smertebehandlingen.

Vi skriver om kartleggingsverktøy. Her vil vi konsentrere oss om smerteskala og ikke kroppskart, skjema og andre tilgjengelige verktøy. Dette fordi de er best egnet til smerteproblematikk knyttet til pasienter med kroniske smerter og kreftmerter (Almås m.fl 2001).

På grunn av oppgavens omfang vil vi ikke komme inn på virkning og bivirkning til det enkelte medikamentet. Epidural og spinal smertelindring vil heller ikke bli omtalt, samt ikke-medikamentelle tiltak.

1.4 Videre oppbygging av oppgaven

I metodedelen beskriver vi vårt metodevalg og kritikk av denne. Herunder kommer også presentasjon og kritikk av noen av artiklene vi har valgt å ta med.

Vi har valgt å presentere Joyce Travelbees sykepleieteorier med spesiell vekt på hennes teori om smerte, kommunikasjon og det kirurgiske inngrepet. Videre følger utvalgte teorier om kommunikasjon og postoperativ smertebehandling.

I drøftingsdelen vår har vi tatt for oss kommunikasjon og informasjon i den pre- og postoperative fasen, kartlegging av smerter postoperativt og utfordringer i forbindelse med smertebehandlingen.

I denne oppgaven har vi valgt å bruke begrepene ”pasient” og ”sykepleier” fordi de er naturlige begreper i vårt samfunn og helsevesen. For enkelthets skyld er det enkelte steder i teksten valgt å referere til pasienten som ”han”, og sykepleieren som ”hun”.

Antall ord: 9311

2.0 Metode

I boken ”Metode og oppgaveskriving for studenter” av Dalland (2007) blir Vilhelm Aubert sitert slik:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2007:81).

2.1 Valg av metode

Som metode har vi valgt litteraturstudie. Vi har valgt et emne der vi ikke har som mål å komme med noe nytt, men å strukturere og tilegne oss kunnskap og forskning som allerede eksisterer. Fordelen med dette er at man får muligheten til å danne et godt og bredt teoretisk grunnlag som kan hjelpe oss i vår praktiske yrkesutførelse som sykepleiere.

Naturvitenskapen kan ikke fortelle oss hva man bør gjøre med opplevelsen av sykdom. Det er den menneskelige opplevelsen av sykdom som bør være det sentrale i sykepleiesammenheng (Dalland 2007). På bakgrunn av dette og oppgavens tema har vi valgt å ha en kvalitativ tilnærming.

Den kvalitative metoden kjennetegnes ved at den prøver å tydeliggjøre meninger og opplevelser som er vanskelige å måle eller tallfeste. Denne metoden gir oss muligheten til å få en bedre forståelse av hvordan individer og samfunnet samhandler (Dalland 2007).

2.2 Litteraturstudie

Vi startet med å søke på internett over tilgjengelig litteratur for å forsøke å danne oss et overblikk over hva som fantes av materiale om temaet vårt.

I oppgaven har vi brukt mye pensumlitteratur. Med tanke på pensumlitteraturen er det særlig bøkene av Almås, Dalland, og Eide og Eide som er relevante i forhold til vår oppgave. For å finne selvvalgt litteratur har vi brukt BIBSYS for å finne egnete bøker. Vi har valgt Travelbee som vår sykepleieteoretiske referanseramme. For å finne forskning og artikler har vi brukt sider og linker gjennom HIBO sin bibliotekside. Søkeordene som ble brukt mest var; smertebehandling, postoperativ smertebehandling, preoperativ undervisning og smertekartlegging. De artiklene vi endte opp med å bruke i oppgaven vår har vi hentet fra tidsskriftene Sykepleien og Journal of Clinical Nursing sine nettsider. Vi har også hentet artikler fra ulike helseforetak i Norge.

2.3 Kritikk av metode

Da arbeidet med oppgaven begynte, vurderte vi å ha intervju som metode. Grunnen til at vi valgte bort dette er at vi mente det ville være best å intervju pasienter istedenfor sykepleiere. Dette var det ikke muligheter til å gjennomføre i forhold til gjeldende reglement. I ettertid ser vi at det kunne vært nyttig for oss å bruke sykepleiere som informanter med tanke på å få et innblikk i hvordan de etterlever og prioriterer i forhold til postoperativ smertebehandling.

Temaer som postoperativ smertelindring og kommunikasjon er store, og det finnes veldig mye litteratur. Selv om vi har kommet frem til artikler som vi har vurdert som gode, kan vi ikke med sikkerhet hevde at vi har funnet frem til de med best kvalitet.

Vår erfaring med oppgaver av dette omfanget er begrenset. Dette har naturligvis ført til at vi har brukt mye tid på å finne frem til litteratur. Dette sett i sammenheng med tiden som er til rådighet, har vi forsøkt å begrense litteraturmengden og heller finne noen få men gode forskningsartikler og fagartikler.

En av forskningsartiklene som blir brukt er skrevet av Alfhild Dihle. Hun er ansatt ved Høyskolen i Oslo og er utdannet sykepleier. Hun har tatt doktorgrad i akutte postoperative smerter (Rolland 2007). Gjennom vårt litteratursøk ser vi at hennes navn ofte dukker opp og henvises til av andre forfattere.

Flere av de andre artiklene som er brukt er hentet fra tidsskriftet Sykepleien sin nettside. De har et eget forskningsblad som er skrevet for sykepleiere. Nettstedet og tidsskriftet blir drevet av fagforeningen Norsk Sykepleierforbund. På bakgrunn av dette forutsetter vi at artiklene publisert her er av tilstrekkelig kvalitet.

Vi ser at noen av undersøkelsene er gjort i andre land, men siden de er publisert i norske medier vurderer vi det slik at man kan trekke paralleller til det norske helsevesenet. Noen av undersøkelsene som brukes er gjennomført med få informanter. Dette medfører at man ikke med sikkerhet kan vite at funnene er representative for alle kirurgiske avdelinger, men vi velger å anvende undersøkelsen som en pekepinn.

Vi har prøvd å forholde oss til primærlitteratur for å unngå at vi har med tolkninger gjort av andre enn primærforfatteren. Likevel er det med noen sitater funnet i sekundærlitteratur.

Noe av pensumlitteraturen er ikke helt oppdatert. Flere av bøkene er fra begynnelsen av 2000-tallet. Vi har derfor vektlagt å finne selvvalgte artikler og forskningsrapporter av nyere dato.

Selv om det er både positive og negative sider ved metoden, mener vi at metodevalget vårt var fornuftig i forhold til hensikten med oppgaven, som var å samle, strukturere og tilegne oss kunnskap.

3.0 Joyce Travelbee sykepleieteori

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i 1926 og arbeidet som psykiatrisk sykepleier. Hennes filosofi og sykepleiertenkning har hatt og har fortsatt stor innflytelse i den norske sykepleieutdanningen (Kristoffersen 1996).

Joyce Travelbees definisjon på sykepleie er:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee 1999:29).

3.1 Joyce Travelbees menneske-til-menneske forhold

Travelbee sier at for å oppnå hensikten og målene med sykepleie må man etablere et menneske-til-menneske forhold. I alle funksjoner og aktiviteter man som sykepleier har, bidrar man til å utvikle dette forholdet. Menneske-til-menneske forholdet vil bli målbevisst etablert og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren. Et menneske-til-menneske forhold beskrives av Travelbee som opplevelser eller erfaringer som deles av den syke eller den som mottar sykepleietjenester, og sykepleieren. Det som identifiserer disse opplevelsene eller erfaringene er at sykepleiebehovet til individet som mottar tjenesten blir ivaretatt (Travelbee 1999).

3.2 Travelbee om kommunikasjon

Travelbee ser på kommunikasjon som et virkemiddel i en interaksjonsprosess hvor formålet er å kunne etterleve sykepleiens mål og hensikter. Det er en prosess for å lære å kjenne den syke og å ivareta den sykes pleiebehov. Kommunikasjon mellom to individer vil kunne være med på å bidra til etableringen av menneske-til-menneske forholdet. Hun sier at kommunikasjon vil skje mellom den syke og sykepleieren ved hvert møte de har i en eller annen form (Travelbee 1999).

Travelbee skriver at kommunikasjon er en ferdighet man kan tilegne seg på lik linje med annen kunnskap. Det er en del av sykepleierutdanningens oppgave å hjelpe studentene til å videreutvikle ferdigheter de allerede har. Alle kan kommunisere, men ingen er ekspert på området i den forstand at de ikke har mer å lære. I denne

læreprosessen sier hun noe om kommunikasjonsteknikker, både verbale og non-verbale. Målene med de forskjellige teknikkene kan være å få pasienten til å snakke om det som opptar ham og det som er viktig i forhold til hans sykehusinnleggelse. Dette arbeidet vil gjøre det lettere for sykepleieren å planlegge videre, for å kunne hjelpe pasienten best mulig. Under slike samtaler kan man bruke non-verbal kommunikasjon for å vise at man lytter og for å oppmuntre pasienten til å fortelle mer. Dette kan man for eksempel gjøre med ansiktsuttrykk og håndbevegelser. Hun sier at den non-verbale kommunikasjonen forsterker den verbale kommunikasjonen (Travelbee 1999).

Å bruke seg selv terapeutisk har en sentral plass i Travelbees sykepleietenkning. Evnen til å bruke seg selv terapeutisk er et kjennetegn ved den profesjonelle sykepleieren. Dette betyr at sykepleieren bruker sin egen personlighet og kunnskap på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandlingene med pasienten. Målet er å fremme ønsket forandring hos pasienten. Forandringen er terapeutisk når den bidrar til å redusere og lindre pasientens plager. For å kunne bruke seg selv terapeutisk er det en forutsetning at en er oppmerksom på hvordan ens egen adferd innvirker på andre. En terapeutisk bruk av seg selv er knyttet til fornuft og intellekt og denne evnen må utvikles hos sykepleieren, ikke minst gjennom utdanningen (Travelbee 1999).

3.3 Travelbee om smerte

Joyce Travelbee sier at smerte er en menneskelig erfaring som vi alle vil oppleve engang. Det er en følelse som bare den som opplever det vet hvordan er. Hun beskriver det som en intenst ensom erfaring. Smerteopplevelsen kan være veldig vanskelig å formidle for den som opplever det, og derfor også vanskelig for andre å måle styrken og intensiteten av den. Dette vil igjen føre til at sykepleieren aldri kan være sikker på om hun har vurdert den andres smerte riktig (Travelbee 1999).

Hun skriver også at man egentlig ikke kan skille mellom fysisk og psykisk smerte, selv om flere andre definisjoner på smerte gjør det. Hun sier at den psykiske smerten vil påvirke vår fysiske kropp, og at den fysiske smerten vil påvirke vår psyke (Travelbee 1999).

Travelbee sier at det er flere faktorer som påvirker smertens opplevelse. Dette kan for eksempel være smertens årsak, varighet og intensitet. Det vil si at en pasient som lider

av en ondartet sykdom kan reagere annerledes på smerte enn en som er i en rehabiliteringsfase etter en kneoperasjon. En pasients som vet at smerten snart vil gå over kan reagere annerledes enn en som vet at smerten kommer til å bli langvarig. I tillegg vil pasientens tidligere opplevelser og erfaringer med sykdom og smerte spille inn. En pasient som har slitt med mye smerter og brukt mye smertestillende medikamenter vil trenge en annen tilnærming i forhold til smertelindring enn andre pasienter. Travelbee hevder at dette ofte blir glemt (Travelbee 1999).

3.4 Travelbee om kirurgiske inngrep

Travelbee vektlegger at alle kirurgiske inngrep er en personlig erfaring, og den enkelte reagerer på sin unike måte. Hun sier at det likevel er visse erfaringer som er like for de fleste. De som gjennomgår et kirurgisk inngrep søker å få dekt to grunnleggende behov. Behovet for informasjon og behovet for sikkerhet. (Travelbee 1999).

”Behovet for informasjon refererer til den enkeltes behov for å forstå hva som skjer med ham” (Travelbee 1999:262).

Travelbee sier at mye av informasjonen som blir gitt på forhånd av et kirurgisk inngrep handler om at man gjennomgår prosedyrene som skal skje. Den generelle hensikten med å gi slik informasjon er å dempe pasientens angstnivå. Likevel mener hun at det er innlysende at sykepleierens intensjon med denne informasjonen er å legge forholdene til rette for at pasienten skal kunne samarbeide best mulig. Dette betyr at å dempe angsten ikke er det primære målet, men at informasjonen vil ha en slik virkning til en viss grad. Travelbee poengterer at det er viktig med denne type informasjon, men at det trengs mer enn ren informasjonsformidling. Pasienten trenger også å oppleve at sykepleieren er interessert i ham og hans velvære. Visshet om at han kommer til å få kompetent og medfølelse omsorg og pleie er også viktig i forhold til å redusere pasientens opplevelse av angst. Sikkerhet her er synonymt med trygghet. Det handler om at pasienten har en tro på at han ikke vil bli overlatt til seg selv, men får dekket sitt behov for følelsesmessig støtte og beroligelse. Den som ikke vet hva som vil skje med ham vil lett komme til å bruke fantasien for å supplere kunnskapshullene. Disse fantasiene kan være feilaktige og derfor være en kilde til angst og frykt for det kirurgiske inngrepet (Travelbee 1999).

4.0 Kommunikasjon og informasjon

”I sin enkleste form kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter (Eide og Eide 1996:18).

4.1 Pre- og postoperativ informasjon

Smerter kan sees på som et biologisk uttrykk for fare eller uttrykk for lidelse. I forhold til behandlingen er det viktig at sykepleieren kan utforske begge disse to sidene av smerte. I denne prosessen er kommunikasjon helt avgjørende (Eide 2008).

En pasient som blir syk eller av andre årsaker kommer i en pasientsituasjon vil ofte ha behov for informasjon. Både om sykdommen, behandlingen, og de kroppslige og sjelelige påvirkninger. Behovet for å bli akseptert og forstått er viktig. Pasienten må få pratet om det som opptar han (Eide og Eide 1996).

Vi ser at i lov om pasientrettigheter § 3-2 Pasientens rett til informasjon står det blant annet:

”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger” (Lov om pasientrettigheter 2010).

Vi leser også i helsepersonelloven § 10 at

”Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4” (Lov om helsepersonell 2010).

En av sykepleierens oppgaver er å informere pasienter. Da må man finne ut av hvilken informasjon pasienten trenger, og formidle den på en forståelig måte. Målet med slik informasjon er at pasienten skal bli bedre forberedt og gjennom følelsen av kontroll mestre undersøkelsene eller operasjonen han skal igjennom. Informasjonen kan bli gitt både muntlig og skriftlig. Man må heller ikke gi for mye informasjon fordi viktige poeng lett kan bli borte (Eide og Eide 1996). Utgangspunktet for hvor mye informasjon man gir, bør være pasientens evne til å motta og forstå informasjonen.

Noen vil behøve å få vite litt og litt, mens andre gjerne vil ha informasjon om hele forløpet med en gang (Bruselius 2000).

Sykepleieren må være imøtekommende og prate med pasienten om hans behov. Allerede før han ankommer avdelingen har han kanskje fått en del informasjon av legen, men mange har behov for å motta og bearbeide informasjonen flere ganger. Hvis sykepleieren imøtekommer pasienten og hans behov, vil det kunne være lettere for ham å formulere og tenke igjennom hvilke bekymringer han har (Bruselius 2000).

Rehabiliteringsfasen i den postoperative avdelingen er avhengig av et samarbeid mellom sykepleieren og pasienten. Pasienten får oppfølging etter behov og får gjentatt informasjon fra den preoperative fasen. Rett etter oppvåkningen vil de fleste pasienter undre seg over hvordan inngrepet gikk. Legen informerer vanligvis pasienten kort om resultatet, men det er ønskelig at sykepleieren går igjennom informasjonen på nytt med pasienten hvis han har behov for det (Bruselius 2000).

Etter operasjonen er det viktig å spørre pasienten om smerter for å kunne vurdere behovet for smertelindring. Generelle spørsmål som ”har du smerter?” kan gi lite eksakte svar. Man burde i stedet ha konkrete spørsmål som for eksempel ”hindrer smertene deg i å sove?” og ”klarer du å snu deg i sengen?”. Da kan vi som sykepleiere få de opplysningene vi trenger for å vurdere om smertebehandlingen har ønsket effekt og om den blir gitt i hensiktsmessige intervaller (Almås m.fl. 2001).

Non-verbal kommunikasjon er også en viktig del i kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier. Dette kan for eksempel være ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsspråk, stemmens klang, stillhet og berøring. Non-verbal kommunikasjon kan være en viktig kilde for at pasienten og sykepleieren skal forstå hverandre og for selve relasjonen mellom dem. De non-verbale signalene kan fungere på to måter. En måte er hvis det verbale og det non-verbale stemmer over ens. I slike situasjoner kan man være ganske sikker på at man har en korrekt oppfatning av pasientens situasjon. En annen er hvis det ikke er samsvar mellom den verbale kommunikasjonen og de non-verbale signalene. Dette gir et større rom for feiltolkninger og misforståelser av pasientens situasjon (Eide og Eide 1996).

5.0 Smerter

International Association for the Study of Pain definerer smerte som ”en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade” (ifølge Stubhaug og Ljoså 2008:25).

En annen definisjon på smerte, presentert av McCaffery og Beebe lyder som følgende: ”Smerte er det som personene sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte” (ifølge Stubhaug og Ljoså 2008:25).

5.1 Postoperative smerter

De senere årene har det vært stort fokus på smertebehandling, også hos kirurgiske pasienter. Det er både etiske grunner og fysiske betingelse til at smertebehandlingen skal være optimal. De fysiske betingelsene kan for eksempel være å legge forholdet til rette for hensiktsmessig respirasjon og mobilisering (Bruselius 2000). Målet med all smertebehandling er at pasienten skal ha det så godt som mulig uten unødig lidelse. Det forutsetter tilstrekkelige kunnskaper hos sykepleiere og leger, og at pasienten har tro på at smerteopplevelsene hans blir tatt på alvor og at helsepersonellet ønsker å hjelpe han (Almås m.fl. 2001).

Smertene pasienten opplever etter en operasjon er først og fremst nociseptive smerter. Når vev blir skadet eller er i ferd med å bli skadet skiller kroppen ut stoffer som pasienten opplever som smerter. Dette er en beskyttelsesmekanisme for å varsle sentralnervesystemet om at noe er galt. I tillegg til disse stoffene som fremkaller smerte, produserer også kroppen smertehemmende stoffer (endogene opioider). Det er balansen mellom disse stoffene som avgjør graden av smerte pasienten opplever (Almås m.fl. 2001).

Det har vist seg at utskillelsen av endogene opioider øker når samarbeidet mellom pasienten og behandleren preges av tillit og pasienten har en positiv forventning til smertebehandlingen (Almås m.fl. 2001).

I de fleste situasjoner regner man med at de akutte postoperative smertene varer i rundt sju døgn. Hvor store smerter pasienten opplever handler både om hvor i kroppen inngrepet er utført og pasientens smerteterskel. Den postoperative smerten reduseres med 25-50 % per døgn. Det er derfor viktig å daglig vurdere pasientens

behov for smertestillende, type smertestillende medikament og administreringsmåte (Holm og Kummeneje 2009).

5.2 Viktigheten av smertelindring

Når en nyoperert pasient er godt smertelindret vil det få flere positive følger i den postoperative fasen. Pasienten kan i større grad være motivert for mobilisering. Dette kan bidra til å redusere komplikasjoner forbundet med sengeleie. Dette kan for eksempel være trykksår, pneumoni og muskelatrofi. Blodsirkulasjonen vil bli bedre ved aktivitet slik at man for eksempel kan redusere risikoen for å utvikle dyp venetrombose. Alle disse fordelene vil igjen kunne føre til et kortere sykehusopphold for pasienten. I tilfeller der dette ikke blir ivaretatt kan de overnevnte konsekvensene inntreffe. Det er viktig at både pasienten og sykepleieren er fullstendig klar over dette (Villadsen m.fl. 2000).

En annen grunn til at postoperativ smertebehandling er viktig er at man reduserer faren for at smertene skal kunne utvikle seg til kroniske smerter, som igjen kan føre til nedsatt livskvalitet. I tillegg kan mye smerter under sykehusoppholdet føre til negative erfaringer for pasienten, som også kan bli problematisk for pasienten ved en eventuell senere innleggelse (Almås og Berntsen 2001).

5.3 Kartlegging av smerter

Smerteopplevelsen er en høyst subjektiv opplevelse, og det er bare den som kjenner smerten som kan vite hvordan den føles. En pasient kan forsøke å beskrive smerten sin, men beskrivelsen vil oftest bli ufullstendig fordi opplevelsen rommer mer enn det ord kan uttrykke. Smerte er en ensom følelse (Almås m.fl. 2001).

Det er likevel viktig å ha kartlagt pasientens smerte så grundig som mulig. Denne kartleggingen vil være utgangspunktet for planleggingen av smertebehandlingen til den enkelte. Det finnes flere hjelpemidler til rådighet som kan være med på å gi et innblikk i pasientens smerteopplevelse. Eksempelvis finnes det flere ulike typer smerteskalaer man kan bruke. Noen har en horisontal linje med tallene 0-10 markert (visuell numerisk skala, NRS). 0 viser ingen smerte mens 10 betyr uutholdelige

smerter. Pasienten skal da vise hvilket tall han ville ha satt på sin smerteintensitet. En annen skala er blank med to ytterpunkter som indikerer ingen smerte og uutholdelige smerter (visuell analogisk skala, VAS). Pasienten viser her hvor han ville plassert sin smerte mellom disse to ytterpunktene. På de fleste avdelinger etterstreber man at pasienten ikke angir en høyere score enn 3 (Almås m.fl. 2001). I dag er VAS og NRS de best utviklede verktøyene for å måle smertens intensitet. De kan virke kunstige, men de er lette og raske å bruke. I tillegg unngår man upresise uttrykk som for eksempel ”moderate smerter”. Erfaring viser at når en pasient viser tallet ”5” på smerteskalaen blir det tatt mer alvorlig av helsepersonell enn utsagn som ”en del smerter” (Skiveren 2000).

5.4 utfordringer i smertelindringen

Ifølge Skiveren er det viktig for sykepleieren å vite hvilke utfordringer man kan støte på i smertebehandlingen. Hun sier at både pasientens erfaringer, behandlingspersonalets kunnskaper, holdninger og verdier spiller inn. I tillegg er smertebehandlingens organisering av betydning (Skiveren 2000).

I Almås hevdes det at en av utfordringene i den postoperative smertebehandlingen er underbehandling. Det kan være flere årsaker til dette. En mulighet er kanskje at legene kan være noe restriktive i doseringen av smertestillende medikamenter. En annen årsak kan være at sykepleierne ikke benytter seg av muligheten til å vurdere pasientens behov for smertestillende, og gir mindre doser enn det legen i utgangspunktet har gitt muligheter til. En annen utfordring er at sykepleierne ikke er gode nok til å kartlegge, dokumentere og rapportere effekten av medikamentene. Dette kan føre til at legen ikke får oppjustert dosene av de aktuelle medikamentene (Almås m.fl. 2001).

En pasient som ikke er forberedt på hvilke smerter som kan oppstå i det postoperative forløpet kan være usikker på hva som kan forventes av utholdenhet, eller i hvilken grad han kan forvente smertelindring. Pasienten tror kanskje at sykepleieren vet best, og kan derfor vegre seg for å spørre om smertestillende. Dette kan skyldes at pasienten frykter for å fremstå som pysete, eller er redd for at sykepleieren skal oppfatte det som korreksjon fra pasienten (Almås m.fl. 2001).

For å kunne kartlegge smerte så objektivt som mulig må man vurdere pasientens kliniske tegn i tillegg til å bruke smerteskala (Skiveren 2000). Noen pasienter kan ikke uttrykke smerte selv om de vil, mens andre ”biter” smerten i seg. For å kunne vurdere smerten må man blant annet observere pasientens ansiktsuttrykk og mimikk. Rynker i pannen og rundt øyeområdet kan tyde på smerter (Villadsen m.fl. 2000). Smerte kan også føre til økt puls og blodtrykk, og overfladisk respirasjon. Hvis sykepleieren og fysioterapeuten ikke klarer å mobilisere pasienten til minimums nivået for sin type inngrep, kan også det være et tegn på smerte (Bruselius 2000).

Noen pasienter kan være redde for ikke å bli trodd av helsepersonellet. Gjensidig tillit mellom pasienten og sykepleieren er en forutsetning for god smertebehandling. Det er sykepleieren som legger premissene for hvordan samarbeidet blir. Målet er at pasienten skal oppleve at sykepleieren ønsker å hjelpe ham. Det å oppleve at man ikke blir trodd av sykepleieren på sin smerteopplevelse kan være verre enn smerten i seg selv. For at man skal kunne oppnå et tillitsforhold mellom pasienten og sykepleieren eller legen, må man hente inn den informasjonen man trenger for å hjelpe pasienten. Han må føle seg trygg på at vi er interessert, aksepterende og at vi vil lytte på hva han har å si (Eide og Eide 1996). Pasienten er den som har mest erfaring med sin egen kropp og sin egen smerte. Han vet gjerne best selv hva som lindrer og ikke lindrer. Denne erfaringen skal tas på alvor av leger og sykepleiere. Pasienten bør være en aktiv deltaker i planleggingen av smertebehandlingen (Almås m.fl. 2001). Noen sykepleiere kan mene at det er bra med litt smerte hos pasientene. Dette for å forsikre seg om ikke å dekke til symptomer og tegn på annen skade eller sykdom (Skiveren 2000).

Frykt for avhengighet for smertestillende medikamenter er også en aktuell problemstilling. I mange sammenhenger er frykten for avhengighet overdreven. Sjansen for avhengighet postoperativt er liten når medikamentene blir brukt i smertestillende hensikt (Almås m.fl. 2001).

6.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven tar vi for oss pre- og postoperativ informasjon, kartlegging og utfordringer i forhold til smertebehandling. Vi vil drøfte ulike problemstillinger og selvopplevde situasjoner opp mot pensumlitteratur og ulike fag- og forskningsartikler.

6.1 Pre- og postoperativ informasjon

Med preoperativ informasjon mener vi her all den informasjonen en pasient mottar av helsepersonell som angår innleggelsen. Informasjon til pasienter som skal gjennomgå et kirurgisk inngrep er så viktig at Travelbee kaller det et grunnleggende behov. Med dette forstår vi at det er viktig med informasjon og at den er av god kvalitet. Vi ser også at det er viktig at den formidles på en hensiktsmessig måte. Med det mener vi at pasienten har blitt informert om det som skal skje, fått svar på sine spørsmål og at han har forstått innholdet.

Det er flere som beskriver hensikten med preoperativ informasjon, blant annet er den blitt beskrevet slik: Målet med den preoperative informasjonen er at pasienten skal føle seg velinformert og forberedt på prosedyrene han skal igjennom og om hva som vil skje i det postoperative forløpet (Bruselius 2000). Eithun m.fl. (2006) skriver at å gi preoperativ informasjon er en viktig sykepleieoppgave og at hensikten med dette er å redusere usikkerhet og stress, samt å forberede pasienten til gjenopptrening.

Travelbee beskriver at det er innlysende at mye av den preoperative informasjonen blir gitt av sykepleierne i den hensikt at pasienten skal kunne samarbeide best mulig under de nødvendige prosedyrene. Den angstdempende effekten denne informasjonen kan gi er en bonus men ikke årsaken til at informasjonen blir gitt. For å dempe angst og stress trengs det mer enn ren informasjonsformidling. Pasienten har behov for å vite at han kommer til å få den dyktige, kompetente og medfølende pleie og omsorg han har bruk for. En pasient som føler seg sikker på at han kommer til å få dette kan oppleve mindre stress og angst. Ut ifra dette tenker vi at et lavt angstnivå kan bedre pasientens evne til å motta og forstå informasjonen de blir gitt.

En pasient jeg fulgte i vår praksis skulle ha innleggelsessamtale. Han ble informert om hvilke undersøkelser han skulle gjennom, inngrepet, praktiske opplysninger i avdelingen, og en gjennomgang av det forventede postoperative forløpet. Han ble også informert om komplikasjoner som kunne oppstå etter operasjonen og om smerter

og mulighetene for smertelindring. Denne samtalen hadde veilederen min mens jeg observerte. I slutten av samtalen forsikret sykepleieren seg om at pasienten hadde forstått informasjonen, og at han fikk spurt om det han lurte på. Han gav uttrykk for at han var nervøs for operasjonen og grudde seg for narkosen. Sykepleieren gikk da gjennom hvordan man blir lagt i narkose og hvordan han ble ”passet” på underveis. Pasienten virket beroliget og tilfreds med svaret.

Som vi skrev innledningsvis mener vi at det er viktig å gi informasjon av god kvalitet og å gi den på en hensiktsmessig måte. Dette synes vi sykepleieren i eksemplet over klarte å oppnå. Jeg så at hun i samtalen med pasienten tok seg god tid. Hun gav informasjonen på en lett forståelig måte uten mye bruk av faguttrykk. Hun tok pasienten sine bekymringer på alvor og forsikret seg om at pasienten hadde forstått informasjonen. Dette gjorde hun ved hjelp av spørsmål og at pasienten gjenfortalte. En undersøkelse av Eithun m.fl. (2006) som omhandler preoperativ informasjon konkluderer med at jo mer informasjon pasientene får preoperativt, jo mer husker de av den postoperativt. Samtidig skriver de at de ikke ser noe samsvar med mye informasjon og økt helsegevinst, som for eksempel bedre mobilisering og mindre bruk av smertestillende. Vi ser at informasjonen som ble formidlet til pasientene i undersøkelsen har skjedd på to måter: skriftlig og muntlig. Undersøkelsen konkluderer utelukkende med at det er mengden informasjon som avgjør hvor mye pasientene husker postoperativt. Vi tenker at preoperativ informasjon ikke bare handler om mengde informasjon, slik undersøkelsen konkluderer med, men at kvaliteten og måten formidlingen skjer på er vel så viktig. Her viser vi tilbake til tidligere teori om at pasienter har ulike behov for informasjon. Noen vil vite litt og litt mens andre gjerne vil vite mest mulig med en gang. Dette mener vi viser noen av utfordringene vi som sykepleiere står overfor for å kunne vurdere om pasienten har fått dekt sitt informasjonsbehov.

Jeg fortsatte å følge pasienten fra eksemplet over da han kom tilbake til avdelingen etter operasjonen. Av smertestillende medikamenter stod han nå fast på Oxycontin, som er et opioid og Pinex. I tillegg fikk han Toilax for å forebygge obstipasjon. Han hadde ingen medikamenter i tillegg til dette som han brukte til vanlig. Da jeg kom med medisinene forklarte jeg hva de var og gav de til ham. Han svarte at han ikke ville ha Oxycontin fordi han ikke hadde smerter. De neste dagene tok han mindre og mindre smertestillende, og sluttet helt med alle medisinene i løpet av dag tre. Dette er

flere dager tidligere enn jeg har opplevd at andre pasienter ikke har hatt behov for smertestillende. Han insisterte hele veien på at han ikke hadde smerter. I ettertid har vi tenkt over følgende: Det kan hende at pasienten var godt informert og klar over fordelene og ulempene angående smertebehandling. På tross av konsekvensene mangelfull smertelindring kan få, var han veldig klar på hva han ønsket og ikke ønsket. Vi fikk en forståelse av at pasienten hadde tiltro til oss om at han ville få smertestillende hvis han likevel ønsket det. Vi valgte å la pasienten i stor grad ta kontrollen selv. På den andre siden kan vi ikke være helt sikre på at det ikke var andre underliggende årsaker til at han ikke ønsket smertestillende. I så tilfelle burde kanskje vi som sykepleierstudenter vært mer undersøkende i forhold til dette og forsikret oss om at det ikke handlet om feilinformasjon eller misforståelser. Her burde vi vært tydeligere og spurt konkrete spørsmål som ”kan du komme deg ut av sengen?” og ”sov du sammenhengende i natt?”. Sykepleieren må alltid ha respekt for pasientens autonomi, men det er vårt ansvar å forsikre oss om at pasienten er i stand til å ta slike valg. Han må bli forklart at ved å ta smertestillende vil han for eksempel bli bedre mobilisert, musklene slapper bedre av og forbedrer blodsirkulasjonen. Hvis han likevel velger bort smertestillende medikamenter må han vite at dette kan gi flere negative konsekvenser, i verste fall langvarige eller kroniske smerter.

I pasientrettighetsloven ser vi at alle pasienter har rett på informasjon. Ansvarer ligger hos legene, men det er som oftest sykepleierne som følger opp denne informasjonen. Vi må justere nivået på formidlingen etter hvilke forutsetninger pasienten har for å forstå. Denne vurderingen av nivået på informasjonsformidlingen må tilrettelegges for den enkelte pasient. Derfor tenker vi at standardbrosjyrer som brukes på mange avdelinger kan være utilstrekkelige alene. Det er ved bruk av muntlig informasjon vi som sykepleiere har mulighet til å tilpasse den til hver enkel pasient. Vi har reflektert en del over det store informasjonsfokusert vi har inntrykk av at det er i dagens helsevesen. I denne sammenheng mener vi at som sykepleiere må man være vår for når pasienten viser tegn på at han har fått nok, eller ikke ønsker informasjon. Etter helsepersonelloven har vi informasjonsplikt, men respekt for pasientens ønsker bør vektlegges tyngst. Travelbee sier noe om sykepleierens rolle i forberedelse før et kirurgisk inngrep. Hun lister opp flere konkrete mål som sykepleierne bør etterstrebe. Blant annet må man finne fram til hull i pasientens kunnskaper og hans behov for informasjon. Dette kan man gjøre ved å spørre pasienten om hva han har blitt

informert om tidligere, og av hvem. Dette for å forsikre oss om at pasienten har blitt informert av kvalifisert personell og ikke pasienten i nabosengen.

Vi har over skrevet om hensikten med pre- og postoperativ informasjon, måter å formidle den på, evne og vilje hos pasienten samt lovverket. Viktigheten av informasjon kan også heves til et annet nivå som kommer frem i en undersøkelse gjort på et sykehus i Australia, gjengitt av Reinart (2009). Her påpeker pasientene at det å føle seg godt informert, er ett av tre kriterier for å øke den totale følelsen av velvære og kontroll. Dette tror vi igjen henger sammen med mestring. En forutsetning for dette er at man er informert og klar over hva som skal skje fremover. Tap av mestringsfølelsen kan gi fysiske og psykiske utslag som kan vise seg ved endring av blodtrykk, puls, økt uro og usikkerhet. Slik Travelbee definerer sykepleie er det sykepleieren sin jobb å hjelpe pasienten med å forebygge og mestre sykdom og lidelse.

6.2 Fra teori til praksis – Kartlegging av smerter

Litteraturen sier at man bør bruke måleredskaper for å vurdere smerter hos nyopererte pasienter. Det hevdes at hvis man ikke gjør det kan man aldri være sikker på effekten av smertebehandlingen. Konsekvensene av dette kan være at dokumentasjonen og rapporten blir mangelfull slik at eventuelle justeringer vanskeliggjøres (se punkt 5.4).

Fra vår praksis vet vi at alle elektive kirurgiske pasienter får en inntakssamtale med sykepleier. Fra teorien ser vi at allerede her bør pasientene bli introdusert for smerteskala slik at man kan forsikre seg at pasientene vet hvordan den skal brukes og hensikten med den (Almås m.fl. 2001).

En opplevelse fra vår praksis på en kirurgisk avdeling viser tydelig at pasienten ikke hadde fått slik informasjon: En pasient hadde fått en kneprotese og gav uttrykk for smerter. Jeg sa jeg skulle hente smertestillende til ham. Jeg sa ifra til sykepleieren, hun ga meg en NRS skala og ba meg måle smertene til pasienten. Jeg forklarte pasienten hvordan han skulle bruke skalaen og hensikten med den. Da ble han veldig usikker. Han sa et tall og så undrende på meg for å få en slags bekreftelse på om det var det riktige tallet. Jeg forklarte at det ikke var noe rett eller galt svar, men oppfordret ham til å si det tallet han følte var passende til sin smerte. Selv om jeg

prøvde å forklare så godt jeg kunne, opplevde jeg at pasienten ikke klarte å forstå. Jeg gav opp og så ikke noe nytte i å bruke skalaen sammen med denne pasienten. I ettertid tenkte jeg at hvis denne pasienten hadde fått informasjon om NRS skalaen på forhånd kunne utfallet blitt annerledes. Det hele kunne blitt en bedre opplevelse både for pasienten og meg.

Travelbee påpeker smertens problem: at det er vanskelig å formidle smerteopplevelsen til andre, og at det for andre er vanskelig å vurdere graden og intensiteten av andres smerte. Av dette forstår vi viktigheten av å kunne kartlegge smerter og at det å informere pasienten om smerteskala preoperativt er en forutsetning for å gjøre smertekartleggingen mest mulig virkningsfull postoperativt.

Når pasienten etter operasjonen kommer opp i avdelingen er det mange observasjoner som må gjøres, blant annet vurdering av smerteintensiteten. Siden smerte er en subjektiv opplevelse er det de subjektive tegnene fra pasienten som er de viktigste å observere. Hjelpemidler som kartleggingsverktøy kan supplere disse tegnene for å få en mest mulig objektiv måling (Skiveren 2000). I følge en undersøkelse gjort av Dihle (2006) er et av hovedfunnene at sykepleierne faktisk ikke gjør det de sier de gjør i forhold til flere faktorer ved postoperativ smertelindring. Sykepleierne svarer også at de har hørt om måleredskaper, men at de bruker dem sjeldent. De sier de vurderer smerte gjennom å snakke med pasienten og å vurdere non-verbale tegn som svette, kvalme, blekhet, kroppsspråk og nivå av aktivitet. Det ble observert at sykepleierne har forskjellige fremgangsmåter for å spørre pasientene om smerter. Noen spurte ”Har du smerter?” som et konkret spørsmål, mens andre spurte mer generelt som for eksempel ”Hvordan har du det?”. Dihle sier det ser ut til at konkrete spørsmål gjør det lettere for pasienten å snakke om smerten og smertestillende medikamenter. I forhold til observasjon av non-verbale tegn viste sykepleierne i denne undersøkelsen at det var store forskjeller på hvor oppmerksomme de var overfor disse tegnene, og hvordan de vurderte funnene (Dihle 2006). Selv om Dihle hevder at det er bra å bruke spørsmål som ”har du smerter?” tenker vi at disse spørsmålene likevel kan være ledende. Eksempel på spørsmål som ville vært enda mer konkret kan være ”klarer du å snu deg i sengen?” eller ”puster du godt med magen?”. Disse spørsmålene gjør det tydeligere for pasienten hva som er forventet at han skal klare. Pasienten må fysisk teste ut om han er i stand til dette. En annen side er at det kan være lettere for oss som sykepleiere å vurdere effekten av smertebehandlingen.

I Almås m.fl. sies det at de konkrete spørsmålene er de mest hensiktsmessige for å få pasienten til å fortelle om sin smerteopplevelse. Dette vil gi en mer nøyaktig forståelse av smertene, og det vil være lettere å justere medikamentene slik at de blir gitt i hensiktsmessige doser og intervaller. I en forskningsartikkel av Lerdal (2008) har man kommet frem til at sykepleierne vurderte effekten av smertebehandlingen ut fra mengden opioide smertestillende som er gitt, fremfor pasientens egne vurderinger og uttrykk for smerte. Denne studien konkluderer med at dette skjer fordi sykepleierne ikke bruker smertevurderingsverktøy og ikke dokumenterer den behandlingen som er gitt. Det vil igjen kunne være til hinder for høy kvalitet på smertebehandlingen. Vi kan tenke oss at hvis sykepleieren er mer opptatt av å telle tabletter enn å høre på pasientens egne utsagn og uttrykk om smerte, kan dette føre til at pasienten slutter å spørre om smertestillende. Dette fordi pasientene på toppen av alle smertene kanskje ikke har energi nok til å ta opp kampen mot sykepleierne, altså kampen for å overbevise sykepleierne om at de har smerter.

Ut fra dette som er nevnt over tenker vi at en av hovedutfordringene må være å forandre på rutiner eller mangel på rutiner, når det viser seg at det er store forskjeller på hva sykepleierne mener at de gjør og hva observasjoner viser at de faktisk gjør. Dette betyr, slik vi forstår det, at organiseringen og kulturen på de enkelte avdelingene spiller en stor rolle og tydeliggjør ansvaret ledelsen har. I "Sykepleiere bruker ikke smerteskala" av Reiersdal (2007) oppgir 78 % av de spurte at årsaken eller en delårsak til at de ikke bruker smerteskalaer er "ikke rutine på avdelingen". Lerdal sin undersøkelse viser at det som er styrende for smertebehandlingen er antall tabletter sykepleieren har gitt fremfor det pasienten selv sier om smerten. Om dette tenker vi at det grunnleggende aspektet ved sykepleie kan falle bort fordi at det bare er pasienten som kan vite noe om hvordan han har det. Sykepleie handler om den mellommenneskelige prosessen som ligger til grunn for alle interaksjoner mellom pasienten og sykepleieren (se punkt 3.2). Vi mener at det er flere tiltak som kan settes i gang for å unngå en slik praksis. Først og fremst kan det handle om kunnskapsmangel hos sykepleiere. Det kan derfor være nyttig med undervisning og kurs. Dette kunne for eksempel bli holdt av fagpersoner med spesialkompetanse og mye erfaring med smertepasienter. Som individuelle sykepleiere mener vi at vi har et ansvar for å dele kunnskap og erfaring med andre, for eksempel innad i pleieteam. Vi har en plikt til å holde oss selv faglig oppdatert. Dette medfører også et ansvar til å si ifra om behovet for undervisning.

I de senere årene har det vært et økt fokus på postoperative smerter og smertebehandling. Det har vært et behov for å systematisere og dokumentere smertebehandlingen. For å fremme dette har det blitt satt i gang flere prosjekt. Blant annet fra Haukeland Universitetssjukehus, hvor de har satt i gang en kampanje som heter ”Tallet er 3”. Målet for denne er at helsepersonellet ved hjelp av en skala med tall fra 1 til 10 skal føle seg tryggere når de administrerer opioider. De fokuserer på tre av de 7 R`ene i medikamenthåndtering, nemlig rett dose, til rett tid og på rett måte. Målet er tallet 3, da er pasienten tilnærmet smertefri. For å synliggjøre målet går helsepersonellet med jakkemerker med tallet 3 (Storvik 2006). Vi tenker at det som er bra med denne kampanjen er at den er veldig konkret. Den gir klare retningslinjer for når man skal reagere, og smertebehandlingen vil ikke i like stor grad være avhengig av sykepleierens evne til å vurdere pasientens tegn på smerte. Her får man et klart definert mål og redskaper som kan hjelpe både sykepleieren og pasienten i dette arbeidet. Vi ser også at en slik kampanje kan være bra for pasientene. Den vil trolig skape nysgjerrighet og bidra til at NRS skalaen og tallet 3 blir forståelig og gir mening. Ut ifra vår erfaring og litteratur vi har lest forstår vi det slik at det er en forutsetning for skalaens effekt at tallene representerer noe. Hvis pasienten nevnt i praksiseksemplet over hadde visst at tallet 3 betydde tilnærmet smertefri, og at 3 er målet, kunne hun kanskje lettere ha tallfestet sin smerteopplevelse.

6.3 utfordringer i smertebehandlingen

En av utfordringene med smertebehandlingen i dag er underbehandling. I Almås m.fl. antydes det at legene er restriktive i doseringen, og at sykepleierne ikke utnytter de mulighetene de har innenfor legenes ordinasjoner. Eide (2008) henviser til en undersøkelse som viser at sykepleiere har en tilbøyelighet til å overvurdere smerte i akutte situasjoner som har tydelige tegn, som for eksempel mye blod. Sykepleiere undervurderer igjen hos pasienter som har hatt smerte over en tid. I undersøkelsen til Dihle (2006) ble det observert en kirurgisk pasient som sier at hun har smerter i hoften og nedover foten. I tillegg viser hun med non-verbale tegn, som kroppsspråk og ”klagelyder”, at hun har smerter. Hun må bruke søsterhjelpen for å sette seg opp i sengen. Sykepleieren hører og ser pasienten, men kommenterer det ikke og reagerer ikke på noen måte. Vi undrer oss på hvorfor ikke sykepleieren gjorde noe. Vi kan ikke vite eksakt hvorfor denne sykepleieren ikke reagerte, men vi tenker at det kan handle

om kunnskapsnivået til sykepleieren. Det er mulig at hun ikke kan nok om smertebehandling og er usikker på de konkrete medikamentene. Det er viktig for oss som sykepleiere at vi bruker de mulighetene vi har innenfor legenes ordinasjoner. Frykten for respirasjonsdepresjon og avhengighet kan nok ligge i bakhodet hos mange sykepleiere og gjøre de mer tilbakeholden i administreringen av smertestillende, spesielt opioider. Vi må klare å gi gode rapporter og utfyllende dokumentasjon slik at det blir mulig å evaluere smertebehandlingen. Som nevnt over har Haukeland Universitetssjukehus satt i gang kampanjen ”Tallet er 3” der et av målene er å bidra til at sykepleiere skal føle seg tryggere i administreringen av opioider. Vi tenker at denne kampanjen ble satt i gang fordi det var et behov for dette blant sykepleierne. En slik kampanje tror vi kan være nyttig og at det å anerkjenne utfordringene som ligger i smertebehandlingen er første skritt mot forandring, forbedring og en felles forståelse.

Et kirurgisk inngrep vil føre til smerter og det er derfor viktig at pasienten er forberedt og vet noe om hva som kan forventes av smertelindring. Bruselius bekrefter dette og sier i tillegg at det er viktig at pasienten ikke biter i seg smerten, men sier ifra i god tid for å unngå smertetopper. Almås m.fl. påpeker at noen pasienter tror at sykepleieren vet best, og av den grunn ikke spør uoppfordret etter smertestillende. Som vi tidligere har drøftet er dette et poeng som er viktig å ta med i den preoperative informasjonen. Det er blant annet vår oppgave som sykepleiere å forsikre oss om at informasjonen er gitt og at pasienten virkelig har forstått. For å poengtere viktigheten av å si ifra om smerte, bør pasienten bli forklart at de må si ifra når de begynner å kjenne smerte og vite om fordelene med å være godt smertelindret. Vi opplevde i vår praksis en pasient som sa at han ikke hadde behov for smertestillende. Likevel var det tydelig for oss at han hadde smerter. Han lå helt stille i sengen og pustet overfladisk. Det så ut som om han anstrengte seg når han snakket til oss og han svarte med korte setninger. Etter hvert kom det frem at pasienten var redd for at tablettene skulle dekke over tegn på komplikasjoner som kunne være farlige for ham. Pasienten gikk likevel med på å ta smertestillende. Selv om vi forklarte pasienten at dette ikke var noe å bekymre seg for og at vi skulle følge godt med var det ikke dette argument som ble utslagsgivende. Det var argumentet om at smertelindring kunne føre til tidligere og bedre mobilisering, som igjen kunne føre til raskere utskrivelse, som fikk gehør. Pasientens mål var jo å komme seg raskt hjem. Travelbee (1999) sier at mange pasienter kan innta en stoisk holdning og forsøke å holde ut smertene. Vi har fått inntrykk av at det kan ligge dypt forankret i mange pasienter både en vegring mot å si ifra om smerter

og mot å ta tabletter. Det er viktig at pasienten er klar over at det ikke vil komme noe godt ut av å forsøke å holde ut smertene, det vil bare føre til negative konsekvenser for han selv. Det kan også tenkes å være en annen årsak til dette, nemlig frykten for ikke å bli trodd av sykepleieren.

Det å bli trodd av sykepleieren handler om tillitsforholdet mellom pasienten og sykepleieren. Gjensidig tillit mellom sykepleier eller lege og pasienten er grunnleggende i god smertebehandling. Vi må tro pasienten når han sier han har vondt, og pasienten må tro at vi vil hjelpe ham når han trenger det (Almås m.fl.). Det er sykepleieren som legger premissene for tillitsforholdet mellom henne og pasienten. Målet er at han skal oppleve at sykepleieren ønsker å hjelpe ham. For at vi skal få muligheten til å opparbeide oss et slikt forhold må vi hente inn den informasjonen vi trenger for å hjelpe pasienten. Han må føle seg trygg på at vi er interessert, aksepterende og at vi vil lytte på hva han har å si. Pasienten må få delta aktivt i planleggingen av smertebehandlingen sin. Det er han som har erfaring med sin egen kropp og sin egen smerte. Det er derfor viktig at man må høre på de erfaringene og innspillene pasienten uttaler seg om (Almås m.fl.). En av grunnene til at sykepleieren ikke tror på pasienten når han sier han har smerter kan være at hun tror at han overdriver. Det har vist seg en tendens blant sykepleiere å lage seg en mental målestokk. Denne sier noe om hvor vondt pasientene "tillates" å ha, basert på de forskjellige typene kirurgiske inngrep. De pasientene som overskrider det tillatte smertenivået kan bli oppfattet som sytete eller masete av sykepleieren (Travelbee 1999). En slik praksis lar seg ikke forene med McCaffery og Beebe sin definisjon av smerte. Den handler om at smerte er det pasienten sier at det er. Dette viser noe om hvor viktig det er for sykepleierne å ta pasientens uttrykk for smerter på alvor. Det å ha en bevisst bruk av kommunikasjon og å være oppmerksom på non-verbale tegn vil være en forutsetning, slik vi forstår det, for å etablere et tillitsforhold. Vi er av den oppfatningen at selv om pasientene ofte er i en situasjon hvor de er avhengige av hjelp, må vi aldri glemme at de er voksne og selvstendige individer. Hvis sykepleieren velger å ikke tro på pasientens opplevelse av smerte, inntar hun en rolle hvor hun sier at "jeg vet bedre". Dette vil være et alvorlig tillitsbrudd mot pasientene og kan virke negativt inn på det videre samarbeidet med ham. Dette fordi pasienten i slike tilfeller ikke har tro på at vi vil akseptere og lytte til hans meninger. Det grunnleggende fundamentet, at pasienten tror at sykepleieren vil han beste, blir i slike tilfeller ikke-eksisterende.

Travelbee (1999) sier at når en pasient ikke opplever å bli trodd, har han ingen andre muligheter enn å forsette og forsøke å overbevise sykepleieren om at han har smerter. Dette kan igjen forsterke sykepleierens oppfatning om at pasienten overdriver. Siden smerte er en unik og ensom opplevelse mener vi at alle sykepleiere må forsøke å unngå å danne seg slike målestokker. Hun må huske at det unike og individuelle ved pasientene må være i fokus. I praksiseksempelen om pasienten som tydelig hadde smerter, men ikke ønsket smertestillende, var det pasientens ønske om å reise hjem som var avgjørende i forhold til at han tok imot smertestillende likevel. Vi var på forhånd klar over at målet til pasienten var å komme seg raskt på beina. Selv om vi forklarte ham de negative konsekvensene ved dårlig smertelindring, fokuserte vi på de positive effektene. Dette fordi pasientens mål, nemlig det å komme seg raskt hjem, lettere lot seg gjennomføre ved hjelp av god smertelindring. Vi tenker at dette kan ha ført til at pasienten opplevde at vi ønsket å hjelpe ham til å nå sitt mål, noe som er grunnleggende i sykepleierens arbeid. Dette kan også sees på som et eksempel i å bruke seg selv terapeutisk, som er sentral tenkning i Travelbees teori.

7.0 Avslutning

Som vi skrev innledningsvis var vårt mål med denne oppgaven å tilegne oss kunnskaper slik at vi kan oppnå et bevisst forhold til den postoperative smertelindringen. Vi ønsket også et fokus på hvordan vi som sykepleiere kan bruke kommunikasjon som et ledd i smertebehandlingen til nyopererte pasienter.

Denne prosessen har vist oss at kommunikasjon og resultatet av smertelindringen henger sammen. Det er mange måter å gjøre dette på, men noen teknikker har vist seg mer effektive enn andre. Vi forstår det slik at for at smertebehandlingen skal bli bedre i dag må både den enkelte sykepleier og de forskjellige avdelingene ta et større ansvar for å fremme og etterleve kunnskap.

Forskningen av Dihle har vist seg å være til stor hjelp for oss, ikke minst fordi den forteller mye om hvordan virkeligheten kan være på kirurgiske avdelinger. Det vi sitter igjen med er at god smertelindring er mulig, men til tross for fokuset på dette temaet i dag er det fortsatt et stykke igjen. Vår utfordring som fremtidige sykepleiere blir å kunne etterleve kunnskapen vi tilegnet oss gjennom dette prosjektet. Vi har erfart at det er lett og bare "følge etter" normene på avdelingene og at det kan være vanskelig å bringe inn forslag om nye rutiner. Vi har et ansvar ovenfor pasientene. For å kunne skape forandring trenger man kunnskaper og faglige argumenter. Vi synes at arbeidet med denne oppgaven har vært med på å gi oss dette.

8.0 Litteraturliste

8.1 Pensum

Almås m.fl (2001) Sykepleie til pasienter med smerter. I: Almås Hallbjørg. *1 Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Almås og Berntsen (2001) Generell postoperativ og posttraumatisk sykepleie. I: Almås Hallbjørg. *1 Klinisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Dalland Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademiske

Eide H. Og Eide T. (1996) *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

8.2 Selvvalgt

Buselius Eva (2000) Introduksjon til pre- og postoperativ sykepleie. I: Gjengedal E. og Jacobsen R. (red) *Sykepleie – Praksis og Utvikling 2*. Oslo: Cappelen
18 sider

Eide Hilde (2008) Kommunikasjon, relasjon og smerte. I: Rustøen T. og Wahl K. *Ulike tekster om smerte – Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
16 sider

Holm S. og Kummeneje I.(2009) *Pre- og postoperativ sykepleie- med dagkirurgi*. Bergen: Fagbokforlaget
8 sider

Kristoffersen Nina J. (1996) *Generell sykepleie 1 – Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap*. Oslo: Universitetsforlaget

1 side

Lov om Helsepersonell (2010) Hentet fra: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#10> (23.04.2010)

Lov om Pasientrettigheter (2010) Hentet fra: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html> (23.04.2010)

Skiveren Jette (2000) Pre- og postoperativ smertebehandling. I: Gjengedal E. og Jacobsen R. (red) *Sykepleie – Praksis og Utvikling 2*. Oslo: Cappelen

10 sider

Stubhaug A. og Ljoså T.M. (2008) Hva er smerte?. I: Rustøen T. og Wahl K. *Ulike tekster om smerte – Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

1 side

Travelbee Joyce (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademiske

287 sider

Villadsen m.fl (2000) Sykepleie til pasienter med ortopediske sykdommer. I: Gjengedal E. og Jacobsen R. (red) *Sykepleie – Praksis og Utvikling 2*. Oslo: Cappelen

19 sider

8.3 Artikler/Forskning

Dihle Alfild m.fl (2006) *The gap between saying and doing in postoperative pain management* Tilgjengelig fra http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118604881/main.html,ftx_abs (8 april 2010)

12 sider

Eithun Unn E.M. m.fl. (2006) *For mye informasjon* Tilgjengelig fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=118437 (8 april 2010)

4 sider

Lerdal Anners (2008) *Dokumentering og håndtering postoperative smerter* Tilgjengelig fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-oppsummert-forskning?p_document_id=125709 (08 april 2010)

1 side

Reiersdal Oddveig et. al (2007) *Sykepleiere bruker ikke smerteskala* Tilgjengelig fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=117887 (08 april 2010)

2 sider

Reinar L. M. (2009) *Pasienters opplevelse av velvære i sykehus*. Tilgjengelig fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/oppsummertforskning/vis?p_document_id=154129 (15 april 2010)

2 sider

Rolland Tomas (2007) *Et smertelig problem* Tilgjengelig fra
<http://www.forskning.no/artikler/2007/desember/smerte> (13 april 2010)
1 side

Storvik Anne Grete (2006) *Smertemerker i Bergen*. Tilgjengelig fra
<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2006/11/02/smertemerker-i-bergen/index.xml>
(8 april 2010)
2 sider

Antall sider selvvalgt litteratur: 384 sider