

UNIVERSITETET I
NORDLAND

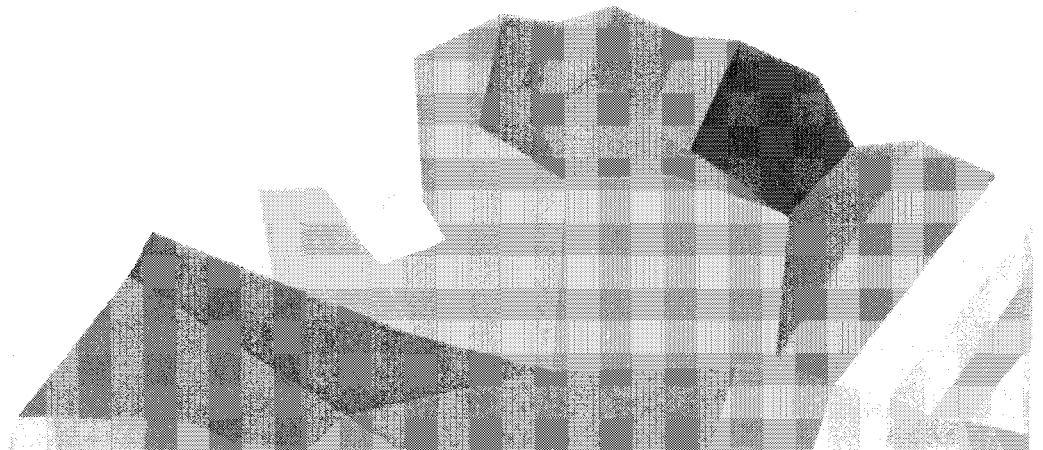
Bacheloroppgave i sykepleie

”Jeg skal opp på fjellet igjen!”

Hvorfor god smertelindring hjelper operasjonspasienten til rask rehabilitering

EKSAMEN	
Kurskode: SYN 180H	Dato: 20.10.2013
Kandidatnr.: 2	
Totalt antall sider: 40	

[Bergan, Kjell]



INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	side 2
1.1 Bakgrunn for oppgaven og for valg av tema.....	side 2
1.2 Førforståelse.....	side 2
1.3 Presentasjon av problemstillingen.....	side 3
1.4 Avgrensning av problemstillingen.....	side 4
1.5 Kort om et normalforløp ved ortopedisk hofta – eller knekirurgi...	side 4
1.6 Oppgavens disposisjon.....	side 6
2.0 Metode	side 7
2.1 Intervju som metode.....	side 7
2.2 Hermeneutikken	side 8
2.3 Innsamling av data	side 8
2.3.1 God smertelindring.....	side 9
2.3.2 Hvorfor smertelindre.....	side 10
2.3.3 Tiltak for å oppnå god smertelindring.....	side 10
2.4 Kritikk av metode.....	side 12
3.0 Sykepleieteori.....	side 14
3.1 Virginia Hendersons sykepleieteori.....	side 14
3.2 Definisjon av sykepleie.....	side 15
4.0 Teori om smerte.....	side 16
4.1 Definisjoner av smerte.....	side 16
4.2 Typiske smerter etter ortopedisk kirurgi.....	side 18
4.3 Kartlegging av smerte.....	side 19
4.4 Smertelindring.....	side 20
4.4.1 Medikamentell smertelindring.....	side 20
4.4.2 Ikke-medikamentell smertelindring.....	side 21
5.0 Presentasjon og drøfting.....	side 22
5.1 Innledning.....	side 22
5.2 Hva er god smertelindring av ortopedipasienter?.....	side 22
5.3 Hvorfor er god smertelindring viktig?.....	side 23
5.3.1 Somatisk perspektiv.....	side 23
5.3.2 Det gjør så vondt. La meg være i fred!.....	side 25
5.4 Hvordan oppnås god smertelindring?.....	side 27
5.4.1 Pasientens opplevelse av mestring og kontroll.....	side 27
5.4.2 Individuell oppfølging.....	side 29
6.0 Oppsummering	side 33
Litteraturliste.....	side 35
Vedlegg.....	side 36

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven og for valg av tema

I løpet av de snart fire årene som har gått siden jeg begynte på sykepleierstudiet, har jeg jobbet mye som pleiervikar ved siden av studiene. Jeg har blant annet jobbet på en sykehusavdeling og på en kommunal rehabiliteringsavdeling. Jeg synes det har vært spennende å følge nyopererte pasienter som gjennom iherdig trening har jobbet hardt for å komme opp på det funksjonsnivået de ønsker å være. Dette pågangsmotet hos pasientene har imponert meg, og deres iherdighet ser ut til å være viktig i opptreningsfasen etter en operasjon.

Smarter etter en operasjon kan føre til at pasienten begynner å tenke annerledes rundt opptrening. Jeg har møtt pasienter som ikke har orket å trene fordi smertene har vært så sterke. Dette har bremsset eller ført til stagnasjon i opptreningsarbeidet.

En slik situasjon er høyst uønsket fordi den kan føre til fysiske komplikasjoner som følge av inaktivitet, og kan ende ut i et varig redusert funksjonsnivå for denne pasienten.

I denne oppgaven vil jeg derfor se nærmere på hvorfor god smertelindring fører til rask rehabilitering og hvordan sykepleier kan støtte pasienten i denne prosessen.

1.2 Førforståelse

Som nevnt har jeg møtt mange pasienter. Deres bakgrunn og personligheter har vært ulike. En pasient som gjorde inntrykk på meg, var den 75 år gamle tidligere idrettsmannen på rehabiliteringsavdelingen. Fem dager tidligere hadde han fått satt inn et nytt hofteledd. Ved hjelp av ren armstyrke, løftet han seg elegant som en turner i ringer opp av stolen, før han "sprang av gårde" med lett støtte på krykkene bortover korridoren like raskt som om jeg skulle ha jogget. Han var fortsatt i svært god form.

En annen pasient på samme alder klamret seg til prekestolen. (Prekestolen er et hjelpemiddel ved gåtreening; Et ganske stødig metallstativ med gripehåndtak og underarmsstøtte øverst og fire hjul nederst, som lar pasienten støtte seg til dette mens han går).

Denne pasienten var så smertepåvirket og engstelig for å belaste det nyopererte leddet at han nærmest hang over prekestolen og så vidt subbet nedi gulvet med føttene.

Før jeg begynte å jobbe med denne oppgaven, tenkte jeg nok i utgangspunktet på temaet *smertelindring* som et spørsmål om riktig dose smertestillende medikamenter til rett tid.

Da jeg for et halvt år siden nevnte for en sykepleier jeg jobber sammen med, at jeg hadde bestemt meg for å skrive om "smertelindring" i bacheloroppgaven, repliserte hun: ***"Ja, du er klar over at smertelindring er mye mer enn bare smertestillende medikamenter?"***

Jeg nikket og smilte samtykkende tilbake, som om jeg meget vel forsto hva hun mente, men inni meg rådet forvirringen: ***"Hæ? – Hva mener hun egentlig?"***

Heldigvis fulgte kollegaen min opp med noen eksempler; ***"Jo, – sånn som pasientens kunnskaper, vet du, og følelse av å ha kontroll over hva som skjer, og blant annet leiring i seng med puter!"***

Jeg pustet lettet ut, og forsto at jeg måtte se på smertelindring i et videre perspektiv enn jeg først hadde tenkt.

1. 3 Presentasjon av problemstillingen

Tema: Smertelindring av nyopererte pasienter.

Problemstilling: Hvorfor god smertelindring hjelper operasjonspasienten til rask rehabilitering.

Jeg ønsket å lære mer om hvorfor smerte oppstår, og hvordan dette påvirker pasienten både fysisk og psykologisk. Jeg ønsket å se nærmere på dynamikken i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Jeg har erfart at pasientens personlighet og bakgrunn er viktige forutsetninger for hvordan rehabiliteringsperioden planlegges. For noen pasienter faller det naturlig å kommunisere lett med personalet om eventuelle smerter og bekymringer, mens for andre pasienter er ikke dette like naturlig.

I en til tider travel hverdag på avdelingen, kan det lett skje at sykepleieren er mer oppmerksom på den utadvendte og tydelige pasienten, mens den stille og reserverte pasienten får mindre oppmerksomhet, og dermed kanskje en dårligere oppfølging.

Den stille pasienten risikerer da å ha helt unødvendige smerter, som sykepleieren ikke en gang vet om eller har sin oppmerksomhet rettet mot.

1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Jeg velger å skrive om voksne elektive pasienter. Med "elektive" forstås at det er en planlagt operasjon. Jeg smalner pasientgruppen inn til å gjelde elektiv hofte- og knekirurgi.

Med ordet "ortopedi", forstår jeg skader på ben i skjelettet, eksempelvis fraktur eller slitasje i ledd. (Almås m.fl. 2010)

Jeg vil i hovedsak peke på forhold som jeg tror kan være viktige i perioden før og etter operasjonen.

Jeg har av hensyn til oppgavens omfang, ikke drøftet betydningen av kosthold og eventuell overvekt som viktige faktorer i et rehabiliteringsperspektiv. Av samme hensyn, går jeg i liten grad inn på ikke-medikamentell smertelindring.

For å forenkle språket i teksten, betegner jeg pasienten som en "han", selv om pasienter selvsagt er av begge kjønn.

1.5 Kort om et normalforløp ved ortopedisk hofte eller knekirurgi.

Noen ortopedipasienter trenger å få skiftet ut hofteledd eller kneledd med en leddprotese. Slitasje i leddet er som regel årsaken til at behovet for en protese har meldt seg. Disse pasientene har over tid erfart at bevegelse i "det gamle leddet" er ensbetydende med smerter. Noen uker før operasjonen finner sted, inviteres de til sykehuset for og delta i en "klasseromsundervisning" sammen med andre pasienter som skal gjennomgå identiske eller liknende inngrep. Her får de både muntlig og skriftlig informasjon om hele hendelsesforløpet av lege, sykepleier og fysioterapeut (Almås m.fl. 2010).

Dagen før inngrepet skal finne sted, møter pasienten opp på sykehuset og henvender seg ved kirurgisk sengeavdeling. Pasienten intervjues av en sykepleier i *innleggelsessamtalen*. Her spørres pasienten detaljert ut om sin helsetilstand og eventuelle medisinbruk. Pasienten får også muntlig og skriftlig informasjon om hva som skal skje under sykehusoppholdet. Pasienten har senere på dagen en samtale med kirurgen, som skal utføre inngrepet, og med anestesilegen som har ansvaret for narkosen og for smertelindring under- og etter operasjonen. Pasienten overnatter på sykehusavdelingen, som regel i et to - eller firemannsrom siste natten før operasjonen. Neste dag transporteres han i seng til operasjonssalen like før inngrepet skal finne sted. Han legges der i narkose og inngrepet kan vare i to til fire timer. Pasienten overvåkes av sykepleiere etter inngrepet og transporteres i sengen tilbake til sengeavdelingen, som regel noen timer etter han har våknet etter operasjonen (Almås m.fl. 2010).

Ved normalt forløp begynner pasienten å belaste den nye protesen allerede på ettermiddagen samme dag som han er blitt operert, eller dagen etter. Han følges av hjelpepleiere og/eller sykepleiere og går med støtte av prekestol eller krykker. Pasienten får tilstrekkelig medikamentell smertelindring slik at han ikke har vondt. I de påfølgende dager økes aktiviteten (Almås m.fl. 2010).

Pasienten utskrives fra sykehuset og reiser hjem til sin bolig tre til fem dager etter operasjonen. Før han utskrives, skal pasienten beherske og bevege seg ut og inn av sengen, gå med hjelpemiddel som krykke eller prekestol, kunne gå i trapp, og kunne gå på toalettet alene. Noen pasienter har behov for et kortere opphold, det vil si en – to - eller tre uker ved en rehabiliteringsavdeling, før de drar hjem til sin bolig.

1.6 Oppgavens disposisjon

I metodekapittelet beskriver jeg hvilken metode jeg har valgt, og kritikk av denne.

Jeg har valgt å presentere Virginia Hendersons sykepleieteori med særlig vekt på sykepleiers oppgave med å hjelpe pasienten til å gjenvinne sin uavhengighet.

I teorikapittelet presenterer jeg noe teori om emnet før jeg i drøftingskapittelet går nærmere inn på momenter rundt postoperativ smertelindring og diskuterer funn fra intervjuene opp mot teori og problemstillingen.

Mot slutten av oppgaven forsøker jeg å samle trådene i en oppsummering av funn og teori opp mot problemstillingen.

Oppgaven er på 9800 ord.

2.0 Metode

Med metode forstår jeg hvilken fremgangsmåte man velger for å tilegne seg kunnskap om en problemstilling. En metode er et redskap for å belyse en problemstilling slik at man kommer frem til ny kunnskap, eller får bekreftet eller avkreftet tidligere kunnskap. En metode må være systematisk og etterprøvable. (Dalland 2007)

2.1 Intervju som metode

Jeg valgte kvalitativt intervju som fremgangsmåte for å samle kunnskap om emnet. Med kvalitativt metode forstås en fremgangsmåte som forsøker å tydeliggjøre opplevelser og meninger. Denne metoden kan gi bedre forståelse for hvordan individer samhandler (Dalland 2007). Jeg så på det å samtale strukturert med sykepleiere i "førstelinjen", som et verdifullt tilskudd for å øke min egen kunnskap om emnet. Samtidig var det spennende om noen svar ville være like, eller om det ville sprike mye. Kanskje kunne dette i så tilfelle fortelle noe om kompleksiteten i yrkesutøvelsen, og om den enkelte sykepleiers kunnskaper og holdninger?

Jeg forberedte et intervjukjema med 25 spørsmål som jeg brukte da jeg intervjuet fire sykepleiere som jobber ved ortopedisk-kirurgisk sengepost ved to norske sykehus. Ved utformingen av spørsmålene, la jeg vekt på å få frem sykepleiernes egne erfaringer og refleksjoner i samhandling med pasienter. Intervjukjemaet er for øvrig et vedlegg til denne oppgaven (vedlegg 1).

Det ene sykehuset er et lokalsykehus som utfører akutt og elektiv ortopedisk kirurgi. Det andre sykehuset er et regionalt sykehus som utfører elektiv ortopedisk kirurgi. Det regionale sykehuset har i følge rapporter fra Nasjonalt Register for Leddproteser, svært gode resultater på kvalitet og kompetanse på området (Nasjonalt Register for Leddproteser 2013).

2.2 Hermeneutikken

Hvordan nærme seg en problemstilling for å forstå den? Hermeneutikken kan sees på som en tilnæringsstrategi for å samle kunnskap. Hermeneutikken anerkjenner mennesket som et tenkende og handlende individ. Mennesket kan være vanskelig å forstå. Menneskets historie, dets erfaringer og påvirkninger, dets måte å reagere på ut fra en rekke iboende verdier, fører frem til handlinger som sier noe om dette mennesket. For å tilegne seg kunnskap om mennesket må man derfor gå i dybden og stille det man betegner som kvalitative spørsmål for å få frem hvorfor og hvordan mennesket tenker og handler. Denne typen kunnskap kjennetegnes ofte av et mindre antall undersøkelsesobjekter, men at man gjennom blant annet mange spørsmål og eventuelle observasjoner forsøker å tilegne seg kunnskap, som skal bidra til bedre forståelse av helheten i menneskets opplevelse og handling (Dalland 2007).

2.3 Innsamling av data

Etter å ha innhentet tillatelse fra sykehusledelsen (vedlegg 2), gjennomførte jeg telefonintervjuer den 2. og 3. september 2013 med to sykepleiere som jobber ved kirurgisk sengepost ved et lokalsykehus, som behandler både akutte og elektive ortopediske pasienter.

Jeg kontaktet også et regionalt sykehus, som i følge rapporter fra Nasjonalt Register for Leddproteser, har svært gode resultater på kvalitet og kompetanse på området.

Regionalsykehuset utfører kun elektiv kirurgi. Etter å ha fått tillatelse pr. telefon (jeg fikk ikke skriftlig tilbakemelding) fra sykehusledelsen ved fungerende avdelingsleder, gjennomførte jeg telefonintervjuer med to sykepleiere ved hofte-, kne- og skulderortopedisk sengepostavdeling den 2. og 3. september 2013.

Intervjupersonene:

Intervjuperson A:

Mann. 2 års erfaring etter utdanning. Jobbet ved det regionale sykehuset.

Intervjuperson B:

Kvinne. 12 års erfaring etter utdanning. Klinisk ekspert. Jobbet ved det regionale sykehuset.

Intervjuperson C:

Kvinne. 30 års erfaring etter utdanning. Jobbet de siste 19 år ved lokalsykehuset.

Intervjuperson D:

Kvinne. 1 års erfaring etter utdanning. Jobbet ved lokalsykehuset.

Jeg hadde på forhånd kontaktet avdelingslederne, som så valgte ut sykepleierne, heretter kalt intervjupersonene. De fire intervjupersonene hadde samtykket til intervju etter forespørsel fra sin avdelingsleder. De fire intervjupersonene ble intervjuet hver for seg og intervjuet varte i ca 45 minutter. Tre av fire intervjupersoner hadde intervjukjemaet foran seg under intervjuet. Den fjerde, intervjuperson C, hadde sett intervjukjemaet på forhånd, men hadde det ikke foran seg under intervjuet.

Jeg skrev svarene inn på pc mens jeg intervjuet. Etter intervjuet mailet jeg intervjukjemaet med deres svar til intervjupersonene, og fikk bekreftelse tilbake om at det var ok. Intervjupersonene B og C hadde noen få tilføyelser, som jeg skrev inn.

Under analysen gikk jeg gjennom hvert spørsmål, og sammenlignet svarene fra intervjupersonene. Der det var sammenfallende svar, ble dette notert. Der svarene spriket mer, ble de ulike svarene notert ned slik at variasjonene kom frem. Etter denne gjennomgangen satt jeg med et dokument hvor alle svarene kom frem under hvert spørsmål. Deretter forsøkte jeg å dele svarene inn i emner eller tema for å gjøre funnene mer oversiktlig. De svarene som naturlig hørte sammen, fikk så en egen farge i dokumentet. Etter denne temainndelingen, kom jeg frem til følgende:

Funn

2.3.1 God smertelindring.

2.3.2 Hvorfor smertelindre.

2.3.3 Ulike tiltak for å lindre smerte.

2.3.1 God smertelindring

Alle intervjupersonene mente at god smertelindring var oppnådd når pasienten hadde så lite smerter at han hadde god nattesøvn og hvile mellom aktivitetene, og at han kunne gjennomføre den planlagte aktiviteten i opptreningsfasen etter operasjonen uten større ubehag. De mente at pasienten måtte forvente å ha tolererbare svakere smerter under og etter aktivitet. Alle intervjupersonene la stor vekt på at pasientens uttrykk for smerte var av både verbal og nonverbal karakter. Alle nevnte at smerte ble nonverbalt uttrykt med grimaser og ansiktsuttrykk og ved kroppsspråk når pasienten beveget seg.

Flere hadde erfart å ha mistolket pasienten og trodd at han ikke hadde så sterke smerter som han ga verbalt uttrykk for, når de nonverbale tegnene ikke var til stede. Dette hadde ført til at pasienten ikke ble godt nok smertelindret. Intervjupersonene som jobbet ved det regionale sykehuset, nevnte at de brukte smertekartleggingsverktøy aktivt i den skriftlige dokumentasjonen og i sin muntlige dialog med pasienten. Intervjupersonene ved det lokale sykehuset brukte smertekartleggingsverktøy kun i sin muntlige dialog med pasienten. Jeg kommer nærmere inn på hva smertekartleggingsverktøy er senere i oppgaven, i kapittel 4.3.

2.3.2 Hvorfor smertelindre

Intervjupersonene beskrev flere grunner til at god smertelindring var viktig. Det var viktig å lindre smertene for å få gjennomført den planlagte aktivitet og opptrening. Sengeleie kunne føre til uheldige fysiske komplikasjoner, slik som blodpropp i bena og trykksår. Videre var pasientens subjektive opplevelse viktig. Det å få gjennomført aktiviteten betød at man hadde ”kommet i gang” igjen etter operasjonen, og det å begynne å bevege seg med krykker eller prekestol, var et synlig bevis på at man var ”i rute” i så måte. Det lå en personlig tilfredsstillende for pasienten i dette.

Smertepåvirkede pasienter spente hele kroppen under aktivitet og fikk dårlige erfaringer som igjen førte til at de ikke ønsket å trene neste gang. De ville heller vente med aktiviteten. Intervjuobjektene fortalte at pasientene ble redde og nærmest overveldet hvis de hadde sterke smerter, og at de derfor ikke ville ut av sengen og i aktivitet. Disse pasientene ble veldig slitne av den totale belastningen. Ved begge sykehusene var det vanlig at pasienten ble utskrevet tre til fem dager etter operasjon. Dermed kunne pasientene fortsette opptreningen hjemme, og det ble samtidig plass til nye pasienter på sykehusavdelingen.

2.3.3 Tiltak for å oppnå god smertelindring

Alle mente at informasjon til pasienten før operasjonen var viktig. På den måten fikk pasienten kunnskap om den prosessen han skulle i gjennom, og forståelse for at en viss smerte kunne forventes. Når pasienten forsto hvorfor han hadde litt vondt, så ble han roligere.

Det virket også som om pasientene, som hadde vært på undervisning før operasjonen, var flinkere til å be om smertestillende når de kjente økende smerte, og at man på den måten unngikk smertetopper. Innleggelsessamtalen var også viktig, både av hensyn til at man gjennom samtalen fikk informert pasienten om prosessen, og at man fikk demonstrert og forklart for pasienten en del praktiske detaljer under rehabiliteringsforløpet.

To av intervjupersonene, A og D, hadde gjort sammenfallende observasjoner: De hadde inntrykk av at de elektive pasientene som hadde deltatt på undervisning i forkant av operasjonen, hadde et lengre perspektiv på hele prosessen. Deres motivasjon for trening og toleranse for smerter hang sammen med tidligere erfaringer og hvilket langsiktig mål de hadde i sikte. De hadde oftere orientert seg i forhold til etterfølgende behandling og rehabiliteringstilbud i sin kommune. Her var det imidlertid store individuelle forskjeller, siden noen pasienter hadde som mål å gå fjellturer igjen, mens andre hadde som mål å komme hjem og slappe av uten smerter.

God smertelindring krevde god planlegging, og derfor var dialogen mellom sykepleier og pasient viktig. Ved å se på dagens planlagte aktivitet sammen, kunne man gi ekstra smertelindrende medikament i forkant av aktiviteten. Videre ble det nevnt at det var viktig at pasienten oppfattet sykepleieren som en medspiller som både kunne informere og hjelpe, og som stilte krav til pasienten.

Begge sykehusene brukte det samme opplegget med smertestillende medikamenter som en ”smertepakke” i form av opioider, NSAIDs, Paracetamol, hevelsesdempende og inflammasjonshemmende. NSAIDs tabletter som perifert virkende smertestillende, hevelsesdempende og inflammasjonshemmende og Paracetamol tabletter som perifert virkende smertestillende og hevelsesdempende. Fragmin injisert subcutant for å forebygge blodpropp, Afipran tabletter for å forebygge kvalme, og Somac tabletter for å dempe magesyreproduksjonen (Felleskatalogen 2013).

I løpet av de første dagene etter operasjonen, ble bruken av opioider avsluttet til fordel for NSAIDs og Paracetamol. Begge sykehusene hadde opioider som eventuell ekstramedikament dersom ”smertepakken” ikke var tilstrekkelig for å oppnå god smertelindring. Alle intervjupersonene understreket at individuell tilpasning av den medikamentelle behandlingen var viktig og en forutsetning for å lykkes med å oppnå god smertelindring.

Det var en forskjell i praksis ved de to sykehusene. Kne – eller hofteprotesekirurgipasienter ved det regionale sykehuset kom ikke opp av sengen på operasjonsdagen. De kom opp av sengen først neste formiddag. Dette ble begrunnet med at infeksjonsfaren ved gjennomblødning fra operasjonssåret ble redusert. Ved det lokale sykehuset kom pasienter opp av sengen og gikk noen skritt allerede på ettermiddagen/kvelden samme dag som han var operert.

Begge sykehusene hadde som målsetting at pasienten kunne utskrives tre til fem dager etter kne- eller hofteprotesekirurgi for å fortsette opptreningen hjemme eller ved en rehabiliteringsavdeling.

Humor i relasjonen ble sett på som positivt og alle intervjupersonene hadde god erfaring med å bruke humor i sin dialog med pasienten. Dette ble vurdert som en positiv avledning som bidro til å flytte fokus fra den nåværende situasjon over på noe annet og morsomt. Dette virket positivt på pasientens psyke.

Intervjupersonene hadde mindre erfaring med bruk av annen form for avledning, så som massasje, men var generelt klar over at avledning kunne fungere som et positivt supplement til den medikamentelle smertelindringen.

2. 4 Kritikk av metode

Jeg har fra før av mange års yrkeserfaring med å intervju folk. Derfor var jeg fortrolig med selve intervjusituasjonen. Ved telefonintervjuer, hvor det verken er blikkontakt eller mulighet for å observere den andre, er det spesielt viktig å lytte til intervjupersonen, og gi hun/ham god tid til å tenke og reflektere før hun/han svarer. I de tilfellene hvor jeg ikke helt forsto svaret, ba jeg intervjupersonen om å utdype litt bedre, slik at jeg var sikker på at jeg forsto hva hun/han mente.

I løpet av de månedene jeg jobbet med denne oppgaven, oppdaget jeg at det var flere spørsmål jeg kunne ha stilt i intervjuene. Jeg ser nå i ettertid at jeg blant annet kunne ha utforsket nærmere hvordan sykepleier reagerer på kritikk eller sinne fra pasienten når han ikke er tilstrekkelig smertelindret. Tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier blir nok da satt på en kraftig prøve.

Jeg skal innrømme at jeg var litt forutinntatt før intervjuene: Jeg trodde at jeg ville lære mest av de to erfarne intervjupersonene. La meg forklare: Jeg valgte ikke ut sykepleierne som skulle være mine intervjupersoner. Det var deres avdelingsleder som gjorde det. B og C var erfarne, mens A og D var nyutdannede. Jeg var nok litt betenkt over å intervju de to sistnevnte, fordi jeg tenkte at de kanskje manglet den erfaring jeg på en måte var ute etter og ”fange” gjennom mine spørsmål. Men min skepsis viste seg å være ubegrunnet. A og D la for dagen en imponerende innsikt i sykepleie og herunder den dynamikken som finner sted i relasjonen mellom pasient og sykepleier.

Selv om det er mye jeg ikke spurte om, så synes jeg at intervju som metode fungerte godt i forhold til og utforske dette emnet. Utformingen av spørsmålene, og analysen av de svarene jeg fikk, var en prosess som gjorde at jeg følte at jeg var ”nær praksis”. Dette tror jeg var både nyttig og viktig i forhold til drøftingen av problemstillingen.

Det finnes en utrolig stor mengde litteratur innenfor temaet smerte. I de to bøkene jeg har som selvvalgt litteratur, tror jeg at jeg fant det jeg trengte. Det kan innvendes at de to bøkene jeg valgte begynner å bli gamle, (Wall 1999) og (Nortvedt og Nesse 1989), og at det finnes mye annen og nyere litteratur på området. Ja, det er helt riktig. Men disse to bøkene på til sammen 320 sider, ga i hvert fall meg en dypere forståelse for det emnet jeg valgte å skrive om, og fungerte etter mitt syn som et godt supplement til pensumlitteraturen jeg har brukt.

3.0 Sykepleieteori

3.1 Virginia Hendersons sykepleieteori

Jeg har valgt å knytte referanser til den amerikanske sykepleiefilosofen Virginia Hendersons teorier. Hun definerte sykepleiens oppgave, og understreket at den hjelpen sykepleieren yter skal skje på en slik måte at pasienten gjenvinner sin uavhengighet så raskt som mulig. Dette perspektivet gir, etter min mening, god gjenklang til det temaet jeg har valgt å skrive om, som er i et rehabiliteringsperspektiv (Henderson 1992).

Virginia Henderson ble født i 1897 og døde i 1996. Under sykepleierutdanningen lot hun seg inspirere av Dr. Edward Thorndikes arbeide ved *Teachers College* innenfor psykologiens allmenne lover. Hans forskning i menneskets fundamentale behov, gjorde det klart for henne at sykdom var noe annet og så mye mer enn ”fravær av sunnhet og trussel mot livet”. Hun ble kort tid etter inspirert av arbeidet ved *Institute for the Crippled and Disabled* og *Bellevue Hospital*, begge i New York, hvor hun observerte at en stor del av gjenopptreningseksperterens innsats gikk ut på å bygge opp pasientens uavhengighet, den uavhengighet som sykehuspersonalet uvitende hadde frarøvet ham, eller i det minste i hvert fall ikke evnet å stimulere (Henderson 1992).

Virginia Henderson skrev i sin bok at ikke noe annet hadde bidratt mer til hennes syn på sykepleie enn rehabiliteringseksperterens insistering om individualiserte programmer og fortløpende evaluering av pasientens behov og hans fremskritt i retning av det endelige mål: **”Å bli selvhjulpen”** (Henderson 1992).

Virginia Hendersons filosofi er preget av et grunnsyn om *omsorg og likeverd* og at sykepleiers oppgave er å støtte og underbygge pasientens selvstendighet og mulighet for å leve et så ”pulerende liv” som legens behandlingsopplegg tillater. Hun var opptatt av å fremheve sykepleierens oppmerksomhet mot pasienten, som et individ med individuelle behov: **”Graden av om man lykkes med sykepleien, er om disse behovene oppleves som imøtekommet av pasienten”** (Henderson 1992).

3.2 Definisjon av sykepleie

Inspirert av sitt virke som sykepleier og lærer, skrev Virginia Henderson en definisjon av sykepleiens særegne funksjon;

”Å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper. Dette skal dessuten gjøres på en slik måte at pasienten gjenvinner sin uavhengighet så raskt som mulig”
(Henderson 1992).

I følge Nortvedt og Nesse tilhørte Henderson den erstatningsorienterte sykepleietradisjon. Med det mener de at fokuset i sykepleien var på å kompensere for svikt i pasientens egenomsorg, og at målene for sykepleien var helse, helbredelse og uavhengighet. De hevder at sykepleierens lindringsoppgaver ikke står sentralt i denne tradisjonen, og at den ikke uttrykkes klart. (Nortvedt og Nesse 1989).

Her må jeg imidlertid si meg uenig med Nortvedt og Nesse. Jeg synes Henderson er mer enn klar nok når hun beskriver smerte som et forstyrrende element i den rehabiliteringsprosessen som pasienten må gå gjennom på sin vei tilbake til uavhengighet. Smertepåvirkningen må derfor reduseres til et minimum, sier hun, slik at pasienten får sin nødvendige ro og hvile. Gjennom god smertelindring som gir god søvn og hvile, vil pasienten dermed samle krefter til dagens gjøremål (Henderson 1992).

4.0 Teori om smerte

4.1 Definisjon av smerte

Det finnes mange definisjoner av smerte, og de fleste mennesker har nok opplevd smerte i løpet av livet. Det er ikke så uvanlig at man har falt og slått seg, skrubbet seg på kneet, stukket seg på noe, eller kanskje brukket armen. De fleste vil derfor ha en oppfatning av hva smerte er.

Smerte defineres slik av IASP (International Association for the Study of Pain):

”en subjektiv, ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som opptrer i forbindelse med vevsskade eller truende vevsskade, eller som beskrives som om den skyldes vevsskade”
(nevnt i Simonsen m.fl. 1988)

Kroppen er rikelig utstyrt med flere typer nerveceller som registrerer ulike typer påvirkning. Disse cellene, ”føleenerver” som blir kalt nociceptorer, sender impulser videre hvis en vevsskade, eller fare for vevsskade oppstår. Impulsene sendes gjennom et spesialisert og svært avansert høyhastighetskabelsystem til ryggmargen, hvor impulsene videreformidles opp til hjernen. Vi sier at impulsene er sendt fra det perifere nervesystem og inn til det sentrale nervesystem. Det sentrale nervesystem består av hjernen og ryggmargen. Det perifere nervesystem er den delen av dette signalformidlingssystemet som ligger utenfor hjernen og ryggmargen (Sand m.fl. 2006).

Når impulsene fra det perifere system kommer inn til ryggmargen gjennom afferente nervebaner, skjer det en kopling videre gjennom portkontrollsystemet. Dette innebærer at impulsen passerer et koplingspunkt i ryggmargen, som er mottakelig for dempende impulser den andre veien, det vil si; Fra hjernen. Slike impulser vil kunne utløses som et resultat av hjernens oppfatning av alvorligheten av den truende eller oppståtte vevsskade. Impulsene fra det perifere nervesystem sendes videre opp til hjernen, som foretar en avveining av hvilken handling som må foretas for og beskytte mot den truende eller oppståtte skade. (Simonsen m.fl. 1988)

Som nevnt er portkontrollsystemet i ryggmargen påvirkelig for dempende impulser. Dette innebærer at dersom hjernen gjenkjenner eller forstår hvilken skade som har oppstått eller står i fare for å oppstå, kan den samtidig som den iverksetter en adekvat fysisk handling, også gjøre en rasjonell vurdering av skadens alvorlighet. Hjernen iverksetter en rekke skade- og smertekontrollerende tiltak samtidig. Jeg nevner bare kort den fysiske reaksjonen som innebærer at kroppens immunforsvar umiddelbart gjør en rekke tiltak for å begrense skaden, samtidig som tiltak for forsvar mot infeksjoner og ”reparasjon” av skaden trer i kraft. Samtidig skjer det en ”modulering” i nervesystemet, som har som formål å kontrollere smerten. (Nortvedt og Nesse 1989)

Moduleringen innebærer at smerteimpulsformidlingen fra portkontrollsystemet i ryggmargen påvirkes fra hjernen via nedadgående nervebaner. Disse nervebanene kan påvirkes både av stress og av smertestillende stoffer som produseres i sentralnervesystemet. Endorfiner er et av de smertestillende stoffer som produseres, og som virker inn på portkontrollsystemets videreformidling av smerteimpulser. På samme måte som morfin, virker endorfin inn på portkontrollsystemet ved at et langt mindre antall smerteimpulser videreformidles til hjernen. På denne måten blir smerteopplevelsen kraftig redusert. (Simonsen m.fl. 1988)

Den engelske nevrobiologen Patrick Wall sier at mennesker og dyr ikke er så ulike når det gjelder det instinktive handlingsmønster etter en skade. Vi mennesker ønsker da å ligge helt stille med det skadde lem i en minst mulig smertefull posisjon, og la tiden lege skaden (Wall 1999). Wall nevner også Melzacks teori om at ordet ”smerte” forteller mye mer enn bare graden av intensitet. Ordet smerte hadde for hver person minst tre dimensjoner: Sensoriske, følelsesbetonte og vurderende (referert i Wall 1999). Det er naturlig for mennesket å fortløpende vurdere skaden ut fra syn- og smerteinntrykk, samt forsiktig utforsking gjennom berøring av det skadde området. Denne analysen påvirker også følelsene og kan gi reaksjoner som nedstemthet og oppgitthet (Wall 1999).

I denne sammenheng er det naturlig og nevne teorien om pasientens subjektive fortolkning. Teorien om subjektiv fortolkning, dreier seg om menneskets behov for kognitiv-, instrumentell- og emosjonell kontroll. I dette ligger pasientens behov for kunnskap som gir forståelse og forutsigbarhet. Videre har pasienten behov for å gjøre noe selv, og her forstås behovet for å beherske situasjonen gjennom egne praktiske ferdigheter. Sist, men ikke minst; Pasienten har behov for emosjonell støtte og beroligelse i en uvant situasjon (Havik 1992). Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er sentralt i prosessen for å øke pasientens kunnskaper. Sykepleiers evne til å skape en god relasjon med pasienten er av stor betydning. Mye tyder på at nettopp evnen til å lytte, til å forstå den andre og til å skape en god allianse mellom pasienten og sykepleieren er avgjørende for å motivere pasienten for endring og utvikling (Hill og O'Brien 1999, nevnt i Eide & Eide 2007).

Vi ser altså at smerte har en dimensjon av subjektiv opplevelse. Med det forstår jeg at hjernens analyse av smertepåvirkning kan påvirke opplevelsen av smerten. Dersom hjernen forstår eller gjenkjenner smerten, og den ikke oppfattes som livstruende, kan den oppleves som kontrollerbar. Dette er viktig kunnskap å ta med seg videre.

4.2 Typiske smerter etter ortopedisk kirurgi

Ved ortopedisk kirurgi, legges pasienten i narkose. Dette innebærer at han sederes medikamentelt til et dypt søvnnivå samtidig som han smertelindres medikamentelt. Selve inngrepet innebærer at kirurgene gjør et snitt gjennom hud og muskellag for å avdekke det området av skjellettet som det skal utføres et arbeid på. Hvis et hofteledd skal skiftes ut med en leddprotese, kan dette innebære et ca 20 cm langt snitt i huden, hinner og muskulatur, og at muskulatur må løsnes, for siden og festes til protesen som erstatter leddet. For å få fjernet det gamle hofteleddet, sages lårbenet av ved lårhalsen. Leddkulen løsnes fra hoftebenet slik at leddskålen avdekkes. Når leddprotesen er satt på plass og tilstrekkelig festet til benstrukturen, festes muskulaturen til den nye protesen. Hele operasjonen innebærer at en rekke nervereseptorer blir massivt stimulert, både i de ytre hud – og muskellag, som i de dypere muskellag og i selve lårben- og hoftestrukturen av skjellettet. Mot avslutningen av inngrepet lukkes såret og huden sys eller stiftes igjen. (Almås m.fl.2010)

Uten smertelindring i etterkant av inngrepet, vil pasienten sannsynligvis ha en sterk og ”rivende” smerteopplevelse i og med at nociceptorene som er stimulert på grunn av såret, sender impulser i stort antall om en vevsskade. De dypereliggende strukturenes smertereseptorer som er påvirket av inngrepet, gir en annen type smerte. Denne smerten oppleves som dyp, verkende og ofte pulserende (Simonsen m.fl. 1988).

I mine møter i praksis med pasienter, som har gjennomgått denne typen kirurgi, har pasientene helt klart skilt mellom sårsmarter og beinsmarter når de skal beskrive smertene etter operasjonen.

Dette er interessant av flere grunner. For det første forteller det meg at pasienten kan gjenkjenne og gi en nøyaktig beskrivelse av hvor smerten kommer fra, noe som gir klare indikasjoner på smertens intensitet og dybde. Denne informasjonen kan hjelpe legen og sykepleieren til å iverksette adekvat smertelindring. Samtidig forteller det oss at pasientens evne til å lokalisere og beskrive smerten, gir ham en erfaring som er verdifull i forhold til å forstå hvilken type smerte dette er. Slik personlig kunnskap setter ham bedre i stand til å mestre situasjonen og å ha tillit til de smertelindrende tiltak som legen og sykepleieren iverksetter.

4.3 Kartlegging av smerte

Det finnes flere verktøy for å kartlegge smerte:

”Numeric Rating Scale” (NRS) er en relativt enkel form for smertekartlegging, hvor en ber pasienten beskrive intensiteten av smerten ut fra en tenkt ”linjal”, hvor verdien helt til venstre, ”0” er ingen smerte, ”1” er lett smerte og så videre mot høyre helt til verdien ”10” er uutholdelig smerte. Alle tallene er synlige (Nortvedt og Nesse 1989).

I tillegg til tall, kan man sette inn ”smiley-ikoner” langsmed linjalen slik at den er bedre egnet til bruk for barn. Ingen smerte er da presentert med et smilefjes, mens uutholdelig smerte er presentert i høyre ytterkant med et ansiktsuttrykk som illustrerer uutholdelig smerte.

Det tallet, eller ikonet, som pasienten oppgir, blir så et uttrykk for intensiteten i smerten, som sammen med pasientens beskrivelse av hvor smerten oppleves og hvordan den subjektivt påvirker pasienten, i tillegg til sykepleierens egen observasjon av pasienten, kan være et nyttig verktøy for legen og sykepleieren til å iverksette tiltak som kan lindre smertene.

Visuell Analog Smerteskala (VAS) er en variant av en slik smerteskala, men her er det ikke fortløpende nummerering langsmed linjalen, bare en linje på 10 cm uten synlige tall eller ikoner. Pasienten setter sitt kryss på linjen, der han føler at smerten "er", og sykepleieren tar med seg dette og måler med linjal hvor pasienten har "plassert" sin smerte (Nortvedt og Nesse 1989).

Det finnes også andre smertekartleggingsverktøy, hvor pasienten i samtale med sykepleier eller lege fyller ut et skjema som både beskriver smertens intensitet, særtrekk, lokalisering og mental påvirkning (Wall 1999).

4.4 Smertelindring

4.4.1 Medikamentell smertelindring

Smertelindring etter kirurgiske inngrep følger prinsippet om en "smertetrapp". Dette innebærer at man postoperativt tar i bruk både sentralvirkende medikamenter, som opioider, for eksempel morfin, og NSAIDs (Non Stereoid Anti Inflammatory Drugs), som virker perifert smertestillende, hevelsesdempende og inflammasjonsdempende. I tillegg brukes Paracetamol, som har en god perifer smertestillende effekt, og god febersenkende effekt, men som har liten perifer inflammasjonsdempende effekt, og derfor ikke regnes som et NSAID. Et middels stort kirurgisk inngrep, som hofte- og/eller kneoperasjoner, vil normalt innebære at hele dette "arsenalet" av medikamenter tas i bruk. (Almås m.fl. 2010)

Det vil imidlertid normalt skje en ufasing av opioider til fordel for NSAIDs innen pasienten skrives ut etter tre til fem dager.

Fem overordnede prinsipper om hvordan smerter kan og bør lindres:

- *Smertelindring må planlegges*
- *Pasienten må informeres og oppfordres til å ta del i behandlingen*
- *Pasienten skal ikke oppfordres til å holde ut smerter lengst mulig. Smertene skal primært forebygges, ikke behandles*
- *Kombiner bruk av flere ulike smertelindringsmetoder*
- *Pasientens respons på smertelindringen skal stadig vurderes og smertelindringsmetodene eventuelt revurderes.*

(Nortvedt og Nesse 1989)

4.4.2 Ikke-medikamentell smertelindring

Smerteopplevelsen påvirkes som tidligere nevnt av hjernens evne til å modulere smerteimpulsene. Vi vet alle at det hjelper å blåse på når man har bommet på spikeren og truffet tommelen med hammeren. Selv om jeg ikke kommer til å gå noe nærmere inn på dette i drøftingen, så nevner jeg bare kort at både avledning, avslapping, visualisering og hudstimulering betraktes som ikke-medikamentelle smertelindringsteknikker (Nortvedt og Nesse 1989).

5.0 Presentasjon og drøfting

5.1 Innledning

Postoperativ smerte er en konsekvens av det kirurgiske inngrepet som har funnet sted, og som har gitt vevsskader. For at disse skadene skal heles, må det legges til rette for gode betingelser for helningsprosessen.

I drøftingen vil jeg forsøke å se på hvilke faktorer som er viktige i rehabiliteringsprosessen, både hva angår den rent fysiske prosessen, samt hva som støtter prosessens psykologiske aspekt, slik at målet om rask rehabilitering kan oppnås.

Det overordnede mål må være, som beskrevet i Virginia Hendersons definisjon av sykepleie, å hjelpe pasienten slik at han raskest mulig gjenvinner sin uavhengighet (Henderson 1992).

5.2 Hva er god smertelindring?

I følge intervjupersonene var god smertelindring en individuell opplevelse hos pasienten, – at han var rolig og fornøyd, avslappet med god nattesøvn og i stand til den nødvendige mobilisering. Ved det regionale sykehuset hadde de som målsetting at pasienten skulle være lindret slik at han selv opplyste å ligge på ”4” eller lavere på NRS-smertekartleggingsverktøy.

Det var en nærmest unison enighet blant intervjupersonene om at begrepet *god smertelindring* innebar at pasienten kun skulle behøve og oppleve svake og akseptable smerter i rehabiliterings- og opptreningsfasen. Dette var et av de spørsmålene jeg var mest spent på svarene, fordi det hadde vært interessant om jeg fant ulike holdninger hos intervjupersonene. Dersom jeg hadde funnet ulike holdninger til dette, ville dette kunne ha representert et problem i forhold til selve rehabiliteringsprosessen, som jo forutsetter at smertene er lindret til et akseptabelt nivå.

5.3 Hvorfor er god smertelindring viktig?

Det er etter min mening vanskelig å skille mellom kropp (soma) og psyke når man skal diskutere smerteopplevelse og lindring. Fra intervjuene finner jeg at smertepåvirkning er en opplevelse hos pasienten; Så smertefull at den påvirker hele denne personens tilværelse på en negativ måte. Jeg deler drøftingen under denne overskriften i et somatisk perspektiv og et psykologisk perspektiv. Jeg er inneforstått med at disse perspektivene er tett sammenvevd hos ethvert menneske, men for å se nærmere på de ulike prosessene som skjer samtidig, synes jeg det er nyttig å dele drøftingen på denne måten. Smerteopplevelse er komplekst. Slik beskrev en av intervjupersonene hvordan en pasient med sterke smerter hadde det:

”Ikke noe fred. Ute av stand til å mobilisere seg. Redd for mer smerte. Klarer ikke å slappe av. Blodtrykket stiger. Vi kan ikke kjenne deres smerte. Alle vet hvordan det er å ha vondt... det er ikke godt...” (C)

5.3.1 Hvorfor er god smertelindring viktig? Somatisk perspektiv.

Fra analysen av intervjuene finner jeg at det er fokus på og komme raskt i gang etter operasjonen. Intervjupersonene nevner at det er viktig av hensyn til å forebygge komplikasjoner av sengeleie. De vanligste komplikasjoner som nevnes ved sengeleie er blodpropp, trykksår, obstipasjon (forstoppelse) og lungebetennelse. Skal man unngå disse komplikasjonene, må pasienten mobiliseres:

Pasienten må opp av sengen og gå noen skritt med prekestol eller krykker. I løpet av de nærmeste dagene økes aktiviteten. Dette belaster både ledd og muskulatur. Økt aktivitet i muskulaturen rundt operasjonsstedet innebærer økt blodgjennomstrømning. Dette er positivt fordi man på denne måten forebygger dyp venetrombose (blodpropp) i fot, legg eller lår, spesielt på den opererte siden. En god blodgjennomstrømning er positiv for tilførselen av oksygen og næringsstoffer som understøtter sårtilhelningen, og for å få transportert avfallstoffer og overflødig væske ut av området (Almås m.fl. 2010).

Å komme seg ut av sengen er også positivt for pusten og pasientens lunger. Ved sittende eller stående stilling, er det lettere å fylle lungene med luft, og man oppnår dypere respirasjon ved aktiv bruk av diafragmamuskelen (mellomgulvet). Dersom pasienten har slim i luftveiene, hostes dette lettere opp ved sittende eller stående stilling, enn ved sengeleie, og man forebygger lungebetennelse. En annen komplikasjon av sengeleie er trykksår, som kan oppstå når blodtilførselen til et område avklemmes på grunn av langvarig trykk. Særlig setet og hælene hos pasienter i sengeleie er utsatt. Trykksår kan oppstå hvis en nyoperert pasient blir liggende i mer enn to timer i samme stilling uten og snues eller mobiliseres (Almås m.fl. 2010).

Det er interessant at det er ulik praksis mellom det regionale og lokale sykehuset hva gjelder hvor raskt pasienten mobiliseres ut av seng etter operasjonen. Ved det regionale sykehuset venter de med dette til neste dag av hensyn til operasjonssåret og faren for gjennomblødning av bandasjen, med dertil hørende infeksjonsfare. Ved det lokale sykehuset mobiliseres pasienten ut av seng på ettermiddagen samme dag som operasjonen. Her vektlegges tydeligvis postoperative momenter ulikt i de to sykehusfagmiljøene, men jeg går ikke noe nærmere inn på dette i min drøfting.

God smertelindring er en forutsetning for å sette pasienten i stand til rask rehabilitering etter inngrepet. Hva skjer om pasienten ikke får god nok smertelindring? Den engelske nevrobiologen Patrick Wall sier:

”Den ubevisste taktikken for tilfriskning hos dyr og mennesker som er skadet, er å ligge i ro, ikke la noen røre seg. Bare sove...” (Wall 1999).

Intervjupersonene beskrev på sammenfallende måte pasientens oppførsel når han hadde smerter. Pasienten uttrykte dette både verbalt og nonverbalt, og motsatte seg mobiliseringen. Han ville bare ligge i sengen. Videre beskrev intervjupersonene pasientens engstelse og redsel for mer smerte.

Hvordan påvirker denne situasjonen kroppen? Sår heles dårligere ved smerte. Dette forklares med at smerten gir økt stress som videre fører til at stresshormoner (katekolaminer) får kapillærer i såroverflaten til å trekke seg sammen.. Andre somatiske stressreaksjoner er nedbrytning av protein, ”sammenklumpning” av trombocytter, kvalme og redusert immunforsvar, som igjen leder til lav oksygenmetning og dårligere blodgjennomstrømning. På grunn av den reduserte oksygentilførselen til såroverflaten, reduseres kollagenlagring i det vevet som skal repareres. Samlet fører stresset til dårligere autonome, somatiske og endokrine reflekser, og samtlige av disse stressreaksjonene skader sårtilhelingen. (Lindholm 2003)

Vi ser altså at sterkt smertepåvirkede pasienter motsetter seg mobilisering, noe som øker faren for komplikasjoner ved sengeleie, og at stresset denne smertepåvirkningen utgjør, fører til en dårligere sårtilheling. Hva kommer det av at voksne nyopererte mennesker blir engstelige og er tilsynelatende ute av stand til å komme seg ut av sengen? For å forstå dette bedre, vil jeg nå se nærmere på det psykologiske aspektet ved smertepåvirkningen.

5.3.2 Det gjør så vondt. La meg være i fred!

Intervjupersonene fortalte at pasienten ble redd og utslitt av smerter. Han nektet å trene eller stå opp av sengen. For å forstå hvorfor smertelindring er viktig i et psykologisk perspektiv, synes jeg det er nyttig å se på dette i lys av Melzacks teori om at ordet ”smerte” forteller mye mer enn bare graden av intensitet. Ordet *smerte* hadde for hver person minst tre dimensjoner: Sensorisk, følelsesbetont og vurderende. (referert i Wall 1999)

Hva har dette å si for pasientens opplevelse av stressnivået i situasjonen? Jeg forstår ut fra dette at smerte ikke bare kan ses på som en fysisk svært ubehagelig opplevelse, men også en situasjon som påvirker følelsene hos pasienten.

Alle intervjupersonene refererte til smerte som en subjektiv opplevelse hos pasienten, og herunder forstår jeg en individuell opplevelse hvor også pasientens personlighet og historie spiller inn. Intervjupersonene hadde også observert at de pasientene som hadde vært på preoperativ undervisning, eller hadde gjennomgått liknende inngrep før, kunne referere til disse erfaringene, og at dette tilsynelatende var kunnskap som ga pasientene bedre forståelse om hvorfor smertene oppsto.

Disse pasientene hadde en lavere terskel for å be om mer smertestillende, og noen av dem tolererte tilsynelatende noe smerte under mobiliseringen. På meg virker det som om disse pasientene på en måte var ”bedre kjent i smertelandskapet”, hvis det går an å uttrykke det slik.

Jeg tror derfor at følelsene knyttet til smerten, påvirkes av den tredje dimensjonen Melzack beskrev, nemlig den *vrderende*. Denne dimensjonen forstår jeg som den analysen vi mennesker instinktivt gjør av enhver potensiell fare. Dersom vi gjenkjenner ”den truende situasjonen” som noe vi har teoretisk eller erfaringsbasert kunnskap om, analyserer vi situasjonen ut fra dette. Man kan si at vi har ferdigheter basert på kunnskap, som setter oss i stand til å håndtere situasjonen. Hvis vi gjenkjenner situasjonen som noe vi kan mestre og som ikke er livstruende, roer vi oss noe ned og vi føler oss mer bekvemme. Denne roen gjør at kroppens stressnivå senkes, og vi får en trygghet som på en måte er sluttresultatet av den analytiske vurderingen vi har gjort av smertepåvirkningen.

Som nevnt i kapittel 4.1, moduleres smerteimpulsene til hjernen ved at portkontrollsystemet i ryggmargen mottar dempende signaler fra hjernen, som et resultat av hjernens analyse. Hvis pasienten ikke har noen teoretisk eller erfaringsbasert kunnskap om smerten, vil hans vurdering være bygget på et spinklere grunnlag. Jeg vil anta at analysen dermed vil være mer primitiv, og at smerten kan oppfattes som noe farlig og truende.

Jeg synes det ble lettere å forstå pasientens reaksjon på smerte etter å ha lest Walls beskrivelse av hva som fanger vår oppmerksomhet. Wall forklarer at vi stort sett ignorerer mesteparten av informasjonen fra våre sanser. Imidlertid finnes det en oppmerksomhetsmekanisme, som følger et sett av regler som ikke er tilfeldige. Alle arter har sine regler – utvalg av hendelser som er viktige for artens overlevelse og velvære. Store, plutselige og nye hendelser har størst evne til å fange oppmerksomheten. Wall hevder at når nervesystemet fanger opp meldinger om vevsskade, er dette en av disse innebygde hendelsene med høy prioritet. (Wall 1999)

Vi mennesker reagerer med andre ord på en primitiv måte ved skade og smerte, dersom vi ikke har nok kunnskap som kan hjelpe oss til å analysere alvorligheten i smerten. Har vi kunnskap og forståelse for situasjonen, kan det se ut til at vi takler den bedre og at vi også klarer å kontrollere smerten til en viss grad gjennom moduleringsprosessen. Mangler vi denne kunnskapen og forståelsen for smerten, blir vår respons til smerte av en mer primitiv karakter fordi responsen da ligger på et basalt nivå. Denne responsen kan derfor, ut fra drøftingen i dette avsnittet, forenklet uttrykkes slik;

”Jeg forstår det ikke. Det gjør så vondt. La meg være i fred” (min oppsummering)

5.4 Hvordan oppnås god smertelindring?

5.4.1 Pasientens opplevelse av mestring og kontroll

Fra intervjuene kan det se ut som om pasienter som har gode kunnskaper om prosessen, og er godt smertelindret, ”kommer seg i gang” etter operasjonen og er i aktivitet. De har et lengre perspektiv og en lavere terskel for å be om smertestillende når de kjenner økende smerte. Det å være i forkant, både hva gjelder informasjon og undervisning til pasienten, og å smertelindre medikamentelt, ser ut til å være sentralt for å oppnå god smertelindring. Men hva er det som gjør disse pasientene så trygge i denne situasjonen?

Her må vi se litt på teorien om pasientens subjektive fortolkning, nevnt hos Havik. Teorien om subjektiv fortolkning, dreier seg om menneskets behov for kognitiv-, instrumentell- og emosjonell kontroll (Havik 1992).

Mennesket har behov for kognitiv kontroll, og med dette forstås et behov for forutsigbarhet gjennom blant annet å forstå sammenhenger. Vi vil gjerne vite hva som kommer til å skje. Dersom det er noe vi er usikker på, så har vi et behov for informasjon, og enten blir denne presentert for oss, eller så må vi skaffe den selv. Dersom mennesket mangler den kognitive kontrollen, vil dette gi seg uttrykk i forvirring og usikkerhet. Intervjupersonene fortalte at mange av de spørsmålene som gikk igjen hos nyopererte ortopedipasienter gikk på hvor lenge man kom til å ha smerter, og om man kunne ødelegge noe ved belaste den opererte hofta eller kneet. Pasientene søkte altså informasjon også når de sto midt i situasjonen. Når vi har fått den nødvendige informasjonen, eller fått bekreftelse på noe vi visste fra før, opplever vi at vi igjen har kognitiv kontroll. (Havik 1992).

Som det fremgår av intervjuene, gjenkjenner pasienter som har deltatt på undervisning før innleggelsen situasjoner, og kan referere til undervisningen om hva som ble sagt da. De har en kunnskap som hjelper dem å forstå situasjoner som oppstår i løpet av sykehusoppholdet. Pasientens gjenkjennelse er viktig i forhold til det jeg nevnte i kapittel 4 om smerteteori. Vår hjerne analyserer fortløpende den informasjonen den mottar. Dersom den gjenkjenner en smerte, vil dette påvirke hvordan smerten moduleres. Dersom den ikke vurderes som livstruende, vurderes den å være mindre alvorlig og kontrollerbar.

Dermed vil hjernen samtidig som analysen skjer, sende dempende signaler til portkontrollsystemet i ryggmargen, slik at smertesignalene moduleres. Hjernen "demper smerten" og dermed tas også noe av dens oppmerksomhet bort fra smerten, og den kan konsentrere seg om andre oppgaver. Samtidig har mennesket behov for å oppleve instrumentell kontroll; Kompetanse. Denne bygger på kognitiv kontroll, og kan ses på som ferdigheter for å mestre situasjonen. Det motsatte av kompetanse er hjelpeløshet og passivitet. Kompetanse dreier seg om "hva kan pasienten selv gjøre" (Havik 1992).

Fra intervjuene ser jeg at velinformerte pasienter ser ut til å akseptere en viss grad av smerter ved mobilisering. De har sin konsentrasjon rettet mot mobilisering som de har forstått er avgjørende for å komme seg videre og for å unngå sengeleiekomplikasjoner. Kompetanse handler også om å etterleve råd og påbud. Det handler om å gjøre "de rette tingene". Pasienter som hadde kunnskap om prosessen på grunn av tidligere inngrep eller undervisning, hadde tilsynelatende en lavere terskel for å be om ekstra smertestillende når de kjente økende smerte. Dette uttrykker, etter min mening, en ferdighet hos pasienten om at han vil være i forkant.

Som tidligere nevnt, påvirkes også vårt følelsesliv av smerter. Det tredje momentet i teorien om pasientens subjektive fortolkning, er nettopp emosjonell kontroll. Intervjupersonene forteller om engstelige pasienter som ikke ville ut av senga. Emosjonell kontroll dreier seg blant annet om vår identitet og vår grunnleggende fysiske eksistens. Når tilværelsen blir dominert av sterke smerter, trekker vi oss unna alt. Alt fokus flyttes mot smerten, og dette kan gjøre mennesket redd, sint og nedstemt.(Havik 1992)

Pasienter i en slik situasjon, har behov for emosjonell støtte i tillegg til medikamentell smertelindring, for å gjenvinne sin emosjonelle kontroll. Intervjupersonene bekreftet også at selv om pasientene hadde gjennomgått prehospitalet undervisning, så var en av sykepleiers viktigste oppgaver å trygge og berolige pasientene. Som en av intervjupersonene nevnte; *”Det kan jo bli for mye informasjon også (A)*. Han utdypet dette med at han opplevde å få spørsmål om ting som pasienten åpenbart ikke hadde fått med seg fra tidligere undervisning eller innleggelsessamtalen. Kanskje stilte pasienten spørsmålet for å forsikre seg om at han hadde forstått ting rett, og for å få en beroligende bekreftelse fra sykepleieren?

Intervjupersonene var samstemte i at de hadde en viktig funksjon i å trygge og berolige pasientene, og jeg ser på dette som en bekreftelse på at pasientens behov for emosjonell støtte imøtekommes gjennom dette.

5.4.2 Individuell oppfølging

Intervjupersonene ble bedt om å fortelle hva de ville fremheve som viktigere enn noe annet når det gjaldt god smertelindring. Alle fire nevnte at forberedte og trygge pasienter var sentralt. De trakk inn både den prehospitale undervisningen og innleggelsessamtalen som viktige momenter for å oppnå forberedte og trygge pasienter. Dette bekrefter det jeg drøftet i forrige avsnitt om at det ser ut til at pasientens behov for kognitiv kontroll imøtekommes ved disse ”møtene” mellom pasient og helsepersonell, samt gjennom den jevnlige kontakten som finner sted mens pasienten er innlagt ved avdelingen.

En av sykepleierne (B) sa at den undervisningen som skjer i forkant av inngrepet, er spesielt verdifull fordi pasienten da ikke er særlig smertepåvirket. Dermed er han mer mottakelig for informasjonen enn om han er smertepåvirket. Nå skal det riktignok nevnes at noen elektive pasienter til en viss grad er smertepåvirket også i forkant av inngrepet, siden det leddet de skal få skiftet ut med en protese, volder dem noe ubehag og smerte. Men allikevel, det vitner om en god pedagogisk forståelse hos sykepleieren om at pasienten er mer mottakelig for undervisning når han ikke er smertepåvirket. Smerte ”stjeler” vår oppmerksomhet, som tidligere nevnt.

Kartleggingen som fant sted i innleggelsessamtalen ble fremhevet som viktig, både i forhold til den informasjonen som da gis til pasienten, men også av hensyn til at sykepleieren gjennom samtalen får viktige opplysninger om pasienten. I denne samtalen legges grunnlaget for den individuelle oppfølgingen som tre av fire sykepleiere også fremhevet som viktig i arbeidet med god smertelindring. Ved innleggelsessamtalen går man teoretisk gjennom hele prosessen med pasienten.

Pasienten blir intervjuet om sin helsetilstand og eventuelle medisiner som han bruker fast. Også kroppshøyde og vekt blir notert. Det siste er viktig i forhold til legens beregning av hvor mye smertestillende medikamenter pasienten skal få i den faste ”smertepakken”. En person som veier for eksempel 125 kg vil ha behov for større doser enn en person som veier 55 kg. Dette har sin årsak i at smertestillende medikamenter gir sin ønskede virkning først når det oppnås en tilstrekkelig konsentrasjon av medikamentets virkestoffer i kroppen. Medikamentdoseringen er en vurdering som legen foretar.

Ved innleggelsessamtalen kunne sykepleieren, som en av intervjupersonene nevnte (A), både demonstrere hvordan forflytning best kunne gjennomføres, og etablere en god dialog med pasienten. Her kommer, etter mitt syn, begrepet individuell oppfølging til anvendelse. I denne samtalen skjer det en informasjonsutveksling, som er viktig for begge parter. Den er viktig for pasienten, fordi han får vite hovedpunktene i operasjonsprosessen, og han får anledning til å stille spørsmål og gi uttrykk for sin forventning.

Gjennom innleggelsessamtalen får sykepleieren viktig informasjon fra pasienten, både hva angår hans fysiske tilstand, men også hvilke følelser og forventninger han har til inngrepet og tiden etterpå. Allerede her kan sykepleieren begynne å planlegge den individuelle oppfølgingen. Som flere av sykepleierne ga uttrykk for, så er pasientgruppen alt annet enn ensartet. Noen har mer behov for støtte og oppmuntring, mens andre er nærmest ”selvgående” i forhold til den mobiliseringen som skal finne sted etter inngrepet. Under denne innkomstsamtalen, ble det også redegjort for *smertepakken* og at man i tillegg eventuelt kunne få mer smertestillende medikament, men at det ikke ble gitt ubegrenset med smertestillende heller (D).

Min egen erfaring fra praksis ved en lokal rehabiliteringsavdeling, er at noen pasienter faktisk må "bremses" litt. De trener så mye i tillegg til den planlagte mobiliseringen at de står i fare for å utvikle overbelastningsskader. Videre vil jeg også understreke viktigheten av å ha konkrete mål. Det virker som om pasientene synes det er bedre å få et konkret gjøremål, som å gå opp og ned korridoren to ganger før de tar en pause, fremfor og bare si til dem at "nå må du være flink og trene".

I dette konkret formulerte målet må det også ligge at pasienten må strekke seg litt for å nå det, og dette er etter min erfaring en vurdering som sykepleier kan ta ut fra sin kjennskap og observasjon av pasienten. Noen pasienter gir lettere opp. Andre er så aktive at det nesten kan bli for mye. Igjen er vi tilbake ved den individuelle oppfølging, som har som mål å hjelpe pasienten til raskt å gjenvinne sin uavhengighet, og som etter min mening må bygge på pasientens egen motivasjon og evne til å mestre situasjonen, samt sykepleierens evne til å støtte ham.

Det som sto frem som sentralt i nesten alle intervjuene, var at sykepleieren måtte tro på pasienten. Å tro på pasienten forutsatte å ha tillit til ham. Tre av fire intervjupersoner følte at de hadde feilet i så måte, men lært av det. I situasjoner der de syntes at de nonverbale uttrykk for smerte ikke var synlige, hadde de konkludert med at pasienten overdrev eller ikke hadde så mye smerter som han verbalt ga uttrykk for. Tre av fire intervjupersoner beskrev slike situasjoner som betydningsfulle og lærerike for deres profesjonelle forhold til smertelindring. Det de hadde lært av disse situasjonene, var å tro på pasienten. Hvis man tvilte på pasientens ord, og noen av de klassiske tegnene på smertepåvirkning ikke var til stede, opplevdes det som et vanskelig dilemma i situasjoner hvor pasienten allerede hadde fått den ordinære og den eventuelle ekstra smertelindring. Som en av intervjupersonene sa:

"Folk har forskjellig måte å uttrykke seg på" (A).

Det virket som om intervjupersonene etter hvert hadde lært seg å stole på pasientens ord, og at de nå vektla det han sa i større grad enn de hadde gjort tidligere. Deres erfaring var at de nonverbale smertetegnene ikke bestandig var så tydelige, men at dette kunne skyldes individuelle forskjeller hos pasientene. Intervjupersonene hadde lært at deres egen førforståelse i forhold til smerte, ikke hadde vært tilstrekkelig.

Gjennom møter med pasienter med sterke smerter, men som kanskje i betydelig grad dempet de nonverbale uttrykkene, hadde sykepleierne først etter hvert forstått at denne pasienten trengte ytterligere medikamentell smertelindring.

Intervjupersonene opplyste at de syntes at samarbeidet med legen i slike situasjoner fungerte godt. I de tilfellene der sykepleier observerte at pasienten ikke var tilstrekkelig smertelindret, hadde ikke legen noen innvendinger mot å ordinere mer smertelindrende medikamenter etter å ha diskutert med sykepleier og eventuelt selv snakket med pasienten. Dette forteller om et godt tillitsforhold mellom lege og sykepleier på avdelingen.

Humor og trivsel kunne være med på å påvirke pasientens opplevelse av rehabiliteringsfasen. En av intervjupersonene sa at han godt kunne bruke humor for og nå et mål. Som eksempel nevnte han en pasient som ikke var særlig smertepåvirket. Dersom denne pasienten ikke ville stå opp for mobilisering, kunne han med et smil gi pasienten beskjed om at ***”OK, du skal få ligge litt til, men om en time kommer jeg tilbake og jager deg ut av senga”*** (A)!

Intervjupersonen A hadde god erfaring med at pasienten dermed skjønnte at dette bare innebar en kort utsettelse av mobiliseringen, selv om det ble sagt på en munter måte. Her kommer det også ganske tydelig frem at sykepleierne i praksis benytter seg av humor som en kommunikasjonsform for å nå sine mål (Eide & Eide 2007). Ikke bare kan humor virke som avledning fra smerter, men også som en kommunikasjonsform som fremmer pasientens motivasjon for og trene og dermed raskt gjenvinne sin uavhengighet og selvstendighet.

Et godt arbeidsmiljø på avdelingen ble også nevnt som noe som bidro til humor og trivsel mellom helsepersonellet og dette gjaldt også i deres møte med pasientene. Det heter seg jo at *”trivsel smitter”* og dette ble nevnt av flere av intervjupersonene som et viktig moment. Min egen erfaring bekrefter dette. Pasientene setter pris på en lun kommentar eller en morsom bemerkning. Å være innlagt på sykehus innebærer en god del venting og kjedsomhet. Humor som avledning fungerer etter min mening godt og kan bidra til at pasientene trives og forhåpentligvis får oppmerksomheten bort fra smertene, bekymringene og kjedsomheten.

6.0 Oppsummering

Har jeg kommet noe nærmere svaret på hvorfor god smertelindring hjelper operasjonspasienten til rask rehabilitering? Oppgaven har i hvert fall ledet frem til noen sentrale momenter. For det første var det enighet blant intervjupersonene om hva begrepet *god smertelindring* innebar. Pasienten skulle være så godt smertelindret at han fikk den nødvendige ro og hvile, samt at mobilisering og aktiviteter kunne skje uten særlig ubehag. Denne kunnskapen blant intervjupersonene bekreftes som viktig i teorien om at godt smertelindrede personer både har gode somatiske og psykologiske betingelser for en rask rehabilitering.

Intervjupersonene hadde på mange måter et praktisk rettet fokus på at god smertelindring var viktig for at pasienten skulle komme i gang med mobilisering raskt etter inngrepet, og at dette reduserte faren for sengeleiekomplikasjoner.

Intervjupersonene hadde også en felles oppfatning om at smerte var en subjektiv og individuell opplevelse, og at oppfølgingen av pasienten måtte skje med et individuelt fokus og med det i tankene at ingen er like. Det er åpenbart at sykepleiere må ha gode ferdigheter når det gjelder kommunikasjon med pasienten. I dette ligger det en grunnleggende forståelse hos sykepleieren for pasientens situasjon og opplevelse, kombinert med målrettet og gjerne humoristisk ladet kommunikasjon for å hjelpe pasienten til og nå sitt mål om uavhengighet.

Det var også sammenfallende syn på hvordan man oppnådde god smertelindring. Gjennom undervisning og informasjon før inngrepet, kombinert med en god dialog underveis mellom pasient og sykepleier, samt respekt for pasientens individualitet i måten han uttrykte sine behov på, oppnådde man den ønskede postoperative utvikling hos pasienten. Teorien støtter også dette synet gjennom perspektivet på pasientens behov for opplevelse av forutsigbarhet og kontroll. Gjennom denne positive opplevelsen for pasienten, slik den beskrives av intervjupersonene, kan også det tilsynelatende reduserte behovet for smertestillende medikamenter forklares med teorien om at opplevd trygghet påvirker hjernens analyse og modulering gjennom portkontrollsystemet i ryggmargen.

Hvis jeg skal fremheve noe, så må det nok bli det inntrykket som intervjupersonene A og D satt igjen med;

Godt forberedte og trygge pasienter hadde tilsynelatende et lengre perspektiv på hele rehabiliteringsprosessen. Deres motivasjon for trening og toleranse for smerter hang sammen med kunnskap og tidligere erfaringer, og hvilket langsiktig mål de hadde i sikte. De hadde oftere orientert seg i forhold til etterfølgende behandling og rehabiliteringstilbud i sin kommune. Her var det imidlertid store individuelle forskjeller, siden noen pasienter hadde som mål å gå fjellturer igjen, mens andre hadde som mål å komme hjem og være smertefrie.

Jeg ser at det er flere ting jeg kunne ha spurt intervjupersonene om. Det hadde vært interessant å se nærmere på utfordringene som trer frem når rehabiliteringsforløpet ikke går som forventet. Det er jo da at både pasient og sykepleier virkelig blir satt på prøve. I min drøfting har jeg imidlertid konsentrert meg om å peke på hvilke momenter som ser ut til å bidra til god smertelindring og rask rehabilitering, og dermed har jeg ikke gått så grundig inn på hvilke momenter som gjør prosessen vanskeligere.

Det kan se ut som om den godt informerte pasienten drar nytte av sin kunnskap og forståelse gjennom hele prosessen. Kunnskap hos pasienten innebærer at han bedre forstår sammenhengene og utfordringene han vil møte. En pasient som er godt forberedt, ser ut til å takle godt de utfordringer som et ortopedisk inngrep medfører. Dersom sykepleieren gjennom god planlegging og individuell oppfølging, støtter pasientens opplevelse av mestring og kontroll, virker det som om smertelindringen og rehabiliteringen fungerer godt. Dermed kan pasienten raskt gjenvinne sin uavhengighet.

Pensumlitteratur

Almås, H., Valand, E., Bilicz, J., & Bemtzen, H. (2010) I: Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie bind 1*. 4.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide H., Eide T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Felleskatalogen. Tilgjengelig fra www.felleskatalogen.no/medisin (10.10.2013)

Havik, O.E. (1992) *Hvordan kan vi påvirke pasientens sykdomsforståelse*. I: Omsorg nr 1: 6-9

Lindholm, C (2003) *Sår*. Oslo; Akribe Forlag as

Sand, Sjaastad, Haug og Bjålie (2006) *Menneskekroppen. Fysiologi og Anatomi*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Simonsen, Aarbakke og Lyså (1988) *Illustrert farmakologi*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Selvvalgt litteratur

Henderson, Virginia (1992): *The Nature of Nursing. Reflections after 25 years*, New York: NLN Press

Nortvedt, F og Nesse, J.O. (1989) *Smertelindring, utfordring og muligheter*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Nasjonalt Register for Leddproteser. Tilgjengelig fra <http://nrlweb.ihelse.net/> (15.5.2013)

Wall, P (1999) *Smerte – kunnskap om lidelse*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Vedlegg:

1. Intervjuskjema (1 side)..... side 37
2. Tillatelse fra lokalsykehuset til innhenting av data (3 sider)..... side 38

INTERVJUSKJEMA

Innledet med kort å fortelle om temaet og problemstillingen i oppgaven.

1. I hvor mange år har du jobbet som sykepleier og hvor lenge ved denne avdelingen?
2. Har du tatt noen videreutdanning eller fordypning i noe spesielt fagområde?
3. Hva forstår du med uttrykket "god smertelindring"?
4. Hvorfor er god smertelindring viktig?
5. Hvordan vil du beskrive smerte?
6. Hvordan merker du at pasienten har smerter?
7. Bør en pasient akseptere og ha smerter i rehabilitering - /opptreningsperioden, og i så fall hvorfor (eller hvorfor ikke)?
8. Er det noe du vil fremheve som viktigere enn annet når det gjelder god smertelindring?
9. Kan du fortelle litt om hvordan den undervisningen pasienten får FØR han skal opereres foregår?
10. Tror du man oppnår trygghet hos pasienten gjennom god informasjon og øving på praktiske situasjoner i den preoperative fasen?
11. Oppnås det tilstrekkelig trygghet gjennom undervisning på forhånd før innleggelse, og utdeling av informasjonsmateriell, eller har du som sykepleier fortsatt oppgaver knyttet til og "trygge og berolige pasienten" i den tiden han er innlagt ved avdelingen?
12. Hva er det mest vanlige spørsmålet du får fra pasienter i den tidlige opptreningsfasen etter inngrepet?
13. Med henvisning til forrige spørsmål: Hvorfor tror du dette spørsmålet fra pasienter går igjen?
14. Hvordan påvirker den kunnskapen pasienten har fått gjennom prehospital undervisning hans motivasjon for rehabilitering, også når han opplever smerter?
15. Har du noe inntrykk av om elektive pasienter som har mottatt undervisning i forkant av inngrepet, opplever å ha like mye smerter som pasienter som kommer inn og får gjort sammenlignbare inngrep akutt?
16. Tror du at humor og trivsel kan være med på å påvirke pasientens opplevelse av rehabiliteringsfasen, og i så fall, på hvilken måte?
17. Hvilke hovedretningslinjer benyttes ved din avdeling i den medikamentelle smertebehandlingen og den medikamentelle profylakse mot DVT?
18. Gis det rom for individuell tilpasning av medikamentell smertelindring, og hvor viktig vil du si at din sykepleier-vurdering er i forhold til denne individuelle tilpasningen?
19. Smertelindring gjennom leiring i seng, mener du at det er viktig?
20. Hvilket fokus har du på pasientens ernæringsstatus?
21. Hvor mye fysisk aktivitet og progresjon legges det opp til i den postoperative fasen?
22. Vet du hvor mange dager det er vanlig at pasienten er på avdelingen etter inngrepet før han skrives ut?
23. Har du noen erfaring med at massasje kan bidra til god smertelindring?
24. Hvis du skulle peke på noe som avdelingen og/eller du selv kan bli bedre på i forhold til det vi har snakket om, hva skulle det være?
25. Har du en historie eller noe du selv har opplevd som rundt dette temaet som har påvirket din holdning til "god smertelindring"?

img-118105856-0001.pdf - Adobe Reader

UNIVERSITETET I
NORDLAND
Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J. nr. _____

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I
FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: _____
Avdeling / institusjon

Ved: _____
Navn av avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med:

1.) Fordypningsoppgave	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>En skriftlig oppgave</i>
2.) Deleksamen	<input type="checkbox"/>	
3.) Semesteroppgave	<input type="checkbox"/>	
4.) Prosjektarbeid	<input type="checkbox"/>	

søker _____

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull *V200* Studiested: *Molde*

Videreutdanning, linje: _____ Kull _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamenoppgave.

Uncertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettsikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

img-118105856-0001.pdf - Adobe Reader

Dokumentet er lukket

Bachelor med fagord

