

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:77

Riktlinjer för postoperativ smärtbehandling på
vårdavdelning i Sverige.

Magdalena Gustafsson och Ann-Charlotte Johansson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Riktlinjer för postoperativ smärtbehandling på vårdavdelning i Sverige

Författare: Magdalena Gustafsson och Ann-Charlotte Johansson

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: SSK 26

Handledare: Maria Henricson

Examinator: Margareta Mollberg

Sammanfattning

Människan har i alla tider försökt att lindra smärta och lidande på olika sätt. I Sverige visas det att postoperativ smärta inte är tillräckligt behandlad. Patienter beskriver fortfarande att de upplever svår till mycket svår smärta efter operation. Detta trots att mycket bra analgetika finns att tillgå. Smärta är en subjektiv upplevelse och patienten behöver behandlas individuellt. Det finns inget objektiva instrument att mäta smärta utan smärta kan enbart skattas. Sjuksköterskan har olika metoder för att smärtlindra patienten beroende på typ av smärta. Smärta delas in i olika grupper nociceptiv, neurogen och neuropatisk smärta. Syftet är att granska sjuksköterskans riktlinjer/PM som finns för postoperativ smärtlindring på vårdavdelning. Metoden som har använts är en litteraturoversikt där innehållet i riktlinjerna/PM har granskats för att finna likhet och skillnader. Resultat av denna studie gav olika teman som smärtskattning, läkemedel, administreringsätt, biverkningar, kontraindikationer, dokumentation och kvalitetssäkring. De riktlinje/PM som granskades visade att det fanns varierande innehåll. Vissa riktlinjer/PM gav utförlig information om smärtbehandling medan vissa gav mindre information. Det framgick att Visuella analog skala (VAS) bör användas regelbundet och att VAS-skalan bör användas både före och efter smärtbehandling. Det framkom även att för att uppnå individuell behandling är intravenösa injektioner att föredra. Det visade sig också att kontinuerlig utvärdering och dokumentation är viktig att utföra.

Nyckelord: Postoperativ smärta, Sjuksköterska, Riktlinjer/PM, Postoperativ smärtbehandling och Sverige.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Historik	1
Postoperativ smärta	1
Smärtyper	2
Smärtskattning	3
Sjuksköterskans möjligheter att smärtlindra	4
Smärtans väg	5
Kompetensbeskrivning	6
Sjukdomslidande	6
Kliniska riktlinjer/PM	7
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
Datainsamling	8
RESULTAT	10
Smärtskattning	10
Olika smärtskattningsskalor	10
Tillvägagångssätt vid smärtskattning	10
Kontraindikationer	10
Läkemedel och administreringsätt	12
Injektion	12
Olika direktiv vid administrering av läkemedel	12
Tabletter	13
Biverkningar	13
Andningsdepression	13
Dokumentation	14
Kvalitetssäkring	14
DISKUSSION	14
Metod diskussion	14
Resultat diskussion	15
Smärtskattning	15
Sjuksköterskans möjligheter att smärtlindra	15
Biverkningar	17
Dokumentation	17
Kvalitetssäkring	17
Riktlinjer/PM	18

<i>PRAKTISKA IMPLIKATIONER</i>	18
<i>REFERENSER</i>	20
Bilaga 1	22

INLEDNING

Smärta är något alla människor får uppleva. Redan som barn får man lära sig vad som gör ont. Smärtsinne är kroppens försvarsmekanism och det mesta som gör ont går över. Genom sjukdom och olyckshändelser uppstår smärta och efter operation när kroppen ska läka ihop igen. Vi som blivande sjuksköterskor kommer att möta människor med smärta överallt på sjukhus, vårdcentral, kommun eller i någon annan verksamhet. Därför har vi diskuterat oss fram till att skriva om postoperativ smärta på en vårdavdelning för vuxna människor i Sverige. Uppsatsen fokuserar på de patienter som har blivit av med sin epiduralanestesi (EDA) eller patientkontrollerad analgetika (PCA) och som behandlas med morfin, non steroid anti inflammatory drugs (NSAID) preparat och/eller paracetamol. För patienterna kan smärta innebära ett stort lidande. Vad kan vi som sjuksköterskor göra för att minska lidandet för patienten? På sjukhus finns det riktlinjer/PM för postoperativ smärtbehandling som sjuksköterskan följer. Syftet med denna uppsats är att se hur dessa riktlinjer/PM är utformade. Finns det något i riktlinjerna/PM som hindrar sjuksköterskan från att lindra smärtan och lidandet för patienten?

BAKGRUND

”Enligt nationalencyklopedin är smärta: definierad som obehaglig känselupplevelse som oftast orsakats av inträffad vävnadsskada eller upplevs som associerad med vävnadsskada (Nationalencyklopedin, 2008).” Enligt nationalencyklopedin (2008) är promemoria en kortfattad redogörelse eller kortfattade direktiv grundade på minnes anteckningar som förkortas PM.

Historik

Människan har i alla tider försökt att lindra smärta och lidande på olika sätt. Det finns dokumenterat från 6 000 år tillbaka att smärtstillande örtsafters gjordes. Genom avkok från barken på pilträdet framställdes en dryck som gav en liknande effekt som Treo brus, smärtstillande och febernedsättande. I Egypten för 5 000 år sedan togs opium fram ur vallmoblomman och i Kina har akupunktur använts i flera tusen år. I Italien i början på 1500-talet lade Leonardo da Vinci grunden för förståelsen av smärtsinnet när han beskrev nerver som ”rörliknande strukturer” och drog slutsatsen att de i sin tur förmedlade sinnesintryck från periferin via ryggmärgen till hjärnan (Nisell & Einhorn, 2007).

Postoperativ smärta

Något som på senare år har blivit mer känt är att postoperativ smärta är underbehandlad. Det är viktigt att förebygga postoperativ smärta för att de negativa konsekvenserna för patienten ska minskas (Werner & Strang, 2003; Renck, 2003). I en studie gjord av Warrén Stomberg, Sjöström och Haljamäe, (2003) vid fyra universitet i Sverige visar att smärta fortfarande är ett kliniskt problem. Sjuksköterskor tycker att rutiner är för generella, att de inte är individuellt anpassade för patienten och att analgetika inte blir

insatt vid smärtgenombrottet utan senare. Sjuksköterskor har för lite kunskap om postoperativa smärtproblem och omvårdnad. Rutiner som används är inte tillräckligt utvärderade och inte kontinuerligt uppdaterade. En annan studie (Svensson, Sjöström & Haljamäe, 2000) visade hur patientens smärta skattades vid olika tider (4, 24, 48, samt 72 timmar) efter operationen. Resultatet visade att patienterna skattade över fyra på Visuell analog skala (VAS) vid alla tidpunkter. Renck (2003) skriver att patienter beskrev att de upplevde svår till mycket svår smärta efter operation. Trots att mycket bra analgetika finns att tillgå.

Renck (2003) menar att postoperativ smärta är en komplex akut smärtupplevelse som normalt med behandling skall minskas efter tre till fyra dagar. Efter stora operationer är smärta behandlingskrävande. Hur svår smärta patienten upplever beror på hur stor vävnadsskada operationen orsakat och patientens tidigare erfarenheter av smärta. Operationer i buk-thorax ger mer smärta än operationer av perifer mjukdelsskada men variationer finns (Werner & Strang, 2003). Att bedöma postoperativ smärta kan vara svårt för smärtan kan orsakas av andra skäl än själva sårsmärtan, som överfylld urinblåsa eller ryggbesvär orsakat av att ligga på ett visst sätt eller i en obekvämlig säng (Renck, 2003).

Enligt Werner och Strang (2003) finns det många orsaker till att postoperativ smärta är underbehandlad. Patienternas smärtupplevelse förringas, rädsla för biverkningar, missuppfattningar om smärta, personalens bristande kunskap om analgetikans farmakologi, otillräckliga doser, bristande kontroll med smärtinstrument samt bristande utvärdering. Precis som det finns rutiner för att kontrollera puls, blodtryck och temperatur på sjukhus anser Werner och Strang (2003) att det borde finnas fungerande rutiner även för smärtskattning och utvärdering som leder till effektiv analgetika dosering för varje patients behov.

Smärtyper

Smärtyperna kan delas in i grupper beroende på vilken mekanism som har utlöst smärtan. Det är viktigt att lokalisera smärtan för att veta hur den ska behandlas. De olika grupperna kallas *nociceptiv*, *neurogen* och *neuropatisk* smärta.

Nociceptiv smärta förekommer vid akuta trauman, aktiva fasen vid reumatiska tillstånd och när en cancertumör växer. När smärtreceptorerna aktiveras av smärtframkallande substanser uppstår nociceptiv smärta. Huden har den mest varierande sammansättning av smärtreceptorer. Smärta från huden känns ofta som brännande, stickande klämmande, molande och svidande (Bjälle, 1998; Almås, 2002; Werner & Strang, 2003; Grefberg & Johansson, 2007; Nisell & Einhorn, 2007).

Visceral smärta kallas smärta som härleds från de inre organen smärtreceptorerna har olika förmåga att uppfatta smärta. Flest smärtreceptorer finns det i hinnorna som täcker de inre organen (pleura, periost, pericardium, peritoneum, ledkapslar samt kapslarna runt njurarna och mälte). Överförd smärta är när smärtan upplevs på ett annat ställe på kroppen som vid hjärtinfarkt, gallstensanfall och blindtarmsinflammation. Smärta från inre organ beskrivs ofta som dov, molande, gnagande, klämmande, bultande och

krampliknande (Bjälje, 1998; Almås, 2002; Werner & Strang, 2003; Grefberg, Johansson & Larsson 2007; Nisell & Einhorn, 2007).

Neurogen smärta orsakas av skada på nervsystemet antingen i perifera nerver eller i det centrala nervsystemet. Neurogen smärta kan uppstå efter kirurgiskt ingrepp, strålbehandling eller efter långvariga inflammatoriska tillstånd. Ju mer central nervskadan är desto större område av kroppen kan vara skadad. Neurogen smärta kan yttra sig på olika sätt från stickningar till ilande, intensiva och brännande smärtor. (Almås, 2002; Werner & Strang, 2003; Grefberg & Johansson, 2007; Nisell & Einhorn, 2007).

Under benämningen *neuropatisk smärta* ingår smärta utan orsak och psykogen smärta. Smärta utan orsak är smärta som uppstår utan vävnadsskada eller psykisk sjukdom som kan ge upphov till smärta. Många gånger saknas orsak till smärtan. Patienten går från läkare till läkare utan resultat eller söker alternativa metoder som naturläkemedel och andra behandlingsformer som akupunktur med mera. Tidigare kallades smärta utan orsak för idiopatisk smärta. Psykogen smärta omfattar allvarliga psykiskt sjukdomar som schizofreni eller djupa depressioner där det inte finns någon kroppslig orsak till smärtan. Det finns även psykologiska och sociala faktorer som kan förstärka ett kroniskt smärttillstånd. Eftersom långvarig smärta kan föra med sig psykologiska symtom är det svårt att avgöra vad som kommer först, smärttillståndet eller de psykiska symtomen (Almås, 2002; Werner & Strang, 2003; Grefberg & Johansson, 2007; Nisell & Einhorn, 2007).

De olika typerna av smärta svarar olika på de analgetika som ges, det är därför viktigt att behandlingen sker individuellt. Det är framför allt nociceptiv smärta som berörs vid ett kirurgiskt ingrepp, men beroende på vilken operation som är gjord kan även neurogena och visceral smärta vara inblandad (Renck, 2003).

Smärtskattning

Smärta kan enbart skattas inte mätas som med ett objektiva instrument (Renck, 2003). Visuella analog skala (VAS) skall vara ett hjälpmedel för att få kunskap om patientens smärta. Hjälpmedlet är enkelt för patienten att förstå, men sjuksköterska ska ändå se efter om patienten har förstått, genom att berätta för patienten varför VAS- skalan används i smärtbehandlingen innan själva ingreppet. För att kunna se om smärtbehandlingen har gett någon effekt krävs det att VAS- skalan används regelbundet och dokumenteras för att smärtlindringen skall bli effektiv (Almås, 2002). Sjuksköterskan kan med hjälp av VAS- skalan få en uppfattning om hur patienten upplever sin smärta under behandlingen (Grefberg & Johansson, 2007).

VAS- skalan har inga siffror utan är graderad ifrån *ingen smärta* till *outhärdlig smärta*. Det kan även vara siffror från ett till tio där ett betyder ingen smärta och tio outhärdlig smärta, denna skala kallas för *visuell numerisk skala* (NRS). Det finns även verbala skalor som använder sig av beskrivande ord. Dessa fungerar på liknande sätt med ord på en linje men har en grövre innebörd som kan leda till att det blir en begränsning för patienten (Almås, 2002).

En regel när smärtskattningsinstrument används är att patienterna som genomgått ett kirurgiskt ingrepp inte får överstiga tre på en tio-gradig skala. Har patienten mer än tre på VAS- skalan är det ett tecken på att patienten behöver mer analgetika, därefter skall en ny bedömning göras. Smärtskattningen fortsätter tills patienten anger en smärtnivå på under tre. Detta sätt att bedöma smärta ger möjligheter att se förändringar hos patienten över en viss tid (Almås, 2002). Skattning skall ske i vila och även i rörelse, exempel i samband med en hoststöt eller mobilisering. Med hjälp av god smärtlindring vid mobilisering kan patienten hämta sig fortare och skrivas ut ifrån sjukhuset snabbare (Renck, 2003).

Visuell analog skala (VAS)

Ingen smärta |-----| Värsta tänkbara smärta

Numerisk smärtintensitetskala Från 0-10

Ingen smärta |-----| intensiv smärta

Verbal skala

Ingen smärta, lindrig smärta, måttlig smärta, svår smärta, outhärdlig smärta.
(Almås, 2002).

Sjuksköterskans möjligheter att smärtlindra

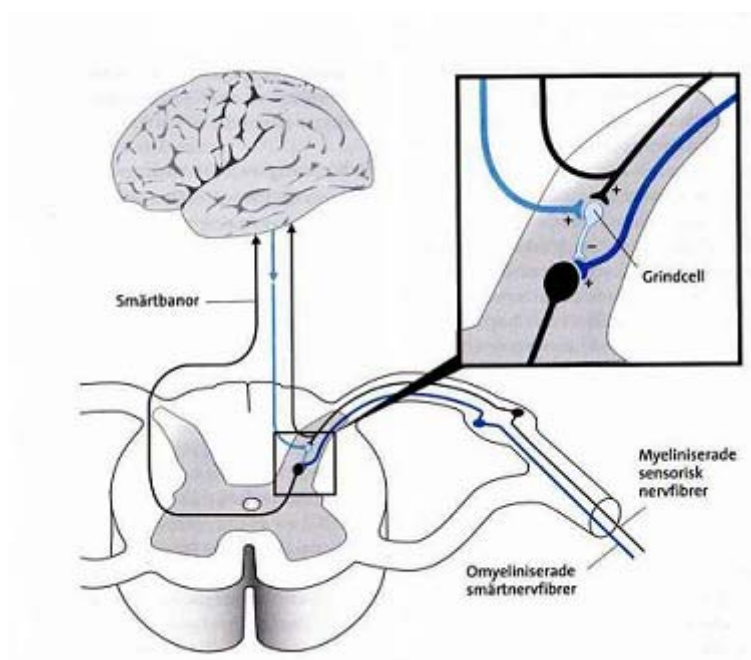
Vilka metoder som används för att smärtlindra patienten varierar beroende på typ av smärta. Metoderna kan kombineras eller tillämpas var och en för sig. Ömsesidigt förtroende är en viktig del i smärtbehandlingen. Sjuksköterskan måste tro på patientens smärtupplevelse och patienten måste lita på sjuksköterskan. Om patienten upplever tillit, respekt och trygghet ger det bättre effekt på behandlingen (Almås, 2002).

Enligt Werner och Strang, (2003) är transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) viktig behandlingsmetod inom noceseptiva och neurogena smärttillstånd. Från och med 1993 finns inga speciella direktiv angående akupunktur utan får användas på lika villkor som andra behandlingsmetoder inom sjukvården. Många som behandlas med massage upplever det behagligt och upplevs som smärtlindrande och mjukgörande. Massage ger smärtlindring vilket tros bero på gate-control-teorin, endofrinfrisättning och ökad genomblödning (Werner & Strang, 2003).

Paracetamol saknar antiinflammatorisk effekt i muskulatur och skelett. Läkemedlet rekommenderas som febernedsättande och som smärtlindrande vid små och måttliga smärtor (Simonsen, 2004). Non steroid anti inflammatory drugs (NSAID) – preparat så kallade cyklooxygenas (cox)-hämmare blockerar syntesen av prostaglandiner.

Inflammatoriska reaktioner hämmas och smärtan minskar (Grefberg & Johansson, 2007). Den används vid måttlig smärta vid akuta inflammatoriska tillstånd i muskler och skelett. Vid svåra smärtor kan opioider minskas genom att kombineras med NSAID. Opioidanalgetika har ingen inflammationshämmande effekt och dämpar inte feber (Simonsen, 2004).

Morfin som tillhör de mest effektiva smärtstillande substanserna binder sig till opioidreceptorerna som aktiverar kroppens eget smärtdämpande system (Bjålie, 1998). "Grindmekanismen" är de så kallade grindceller som finns i ryggmärgens bakhorn. Dessa kan både ha en stimulerande och en hämmande effekt. Om inte den stimulerande effekten stoppas kan smärtröskeln sänkas och smärtan blir ett lidande som påverkar hela personligheten. En akut smärta kan övergå till långvarig smärta som finns kvar långt efter det att skadan är läkt (Grefberg & Johansson, 2007). Patienter som genomgått ett kirurgiskt ingrepp kan ha smärtor kvar i månader och år efter operationen (Almås, 2002). Enligt FASS (2008) används morfin vid svåra smärttillstånd. Kontraindikationerna vid morfinbehandling är sekretstagnation, andningsdepression, akut leversjukdom, orostillstånd vid alkohol- och sömnmedelspåverkan



(Grefberg & Johansson, 2007).

Smärtans väg

Kemiska substanser som prostaglandiner, histaminer, bradykinin och olika enzymer frisätts i skadad vävnad (Bjålie 1998). I ryggmärgens bakhorn leds nervimpulserna vidare till hjärnan. Från thalamus fortsätter smärtbanorna till bestämda delar i storhjärnsbarken och det är troligen signaler från dessa områden som gör oss medvetna om vår smärta (Bjålie, 1998; Almås, 2002; Grefberg & Johansson, 2007).

Kompetensbeskrivning

I kompetensbeskrivning av sjuksköterskans arbete, oavsett verksamhet och vårdform, tar Socialstyrelsen (2005-105-1) upp att sjuksköterskan ska tillgodose patientens specifika omvårdnadsbehov. Hon skall även hantera läkemedel på ett bra sätt genom kunskap i farmakologi. Sjuksköterskan skall även observera, värdera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera patientens hälsotillstånd. Sjuksköterskan skall också uppmärksamma patientens sjukdomsupplevelse och lidande och lindra det genom åtgärd så långt som möjligt. Hon skall dokumentera enligt gällande författning och efter bästa kunskap leda och strukturera omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2005-105-1).

Konsekvenser av smärta

Werner och Strang (2003) skriver om konsekvenserna i det postoperativa skedet som är förändringar i lungfunktionen, endokrin reaktion, tromboemboliska komplikationer och mag- tarmpåverkan. Genom att smärta försvårar djupandning och upphostning av sekret ökar risk för atelektaser, pneumoni och hypoxemi. Lungfunktionens påverkan beror på storleken på det kirurgiska ingreppet och närheten till diafragma. Patienter som genomgår operationer i övre buk och thorax har mer påverkan på lungfunktionen än patienter med nedre bukkirurgi (Werner & Strang, 2003). Kirurgiska ingrepp och postoperativ smärta framkallar en endokrin reaktion som ökar nivåerna av katekolaminer, glukagoner och kortisol (Werner & Strang, 2003). Svår smärta leder till katekolaminpåslag som i sin tur leder till vänsterkammerbelastning och ökad syrekonsumention i myocardiet. Med dessa förändringar ökar risken för hjärtinfarkt särskilt hos patienter med ischemisk hjärtsjukdom. Risk för tromboemboliska komplikationer förekommer efter anestesi och under postoperativ smärtbehandling, speciellt hos högriskpatienter. Mag-tarmkanalen påverkas av kirurgiska ingrepp framförallt efter bukoperationer. Tarmparalysen brukar kvarstå 4-6 dagar efter operationen. Det är välkänt att Morfin och andra opioider försämrar mag-tarmkanalens motilitet (Werner & Strang, 2003).

Sjukdomslidande

Enligt Eriksson (1994) är vedertaget att det kan bli ett lidande för patienten som får smärta på grund av sjukdom eller behandling. Lidande som orsakar smärta kan lindras ifall smärtan minskas. (Eriksson, 1994). Smärta är individuell och en subjektiv upplevelse och därmed inte tillgänglig för andras kontroll. Endast den som själv har upplevt smärta vet vad det är, oftast går inte smärtan att beskrivas med ord (Almås, 2002). Ett kirurgiskt ingrepp kan hos vissa patienten upplevas som obetydlig, medan hos en annan patient upplevas som något outhärdligt (Renck, 2003). Det är lätt att bli ensam med sin upplevelse, en ensamhet som för många är svår att uthärda. Vissa smärtor är lätta att uppfatta som svullna leder och felställningar efter benbrott. Stark smärta kan också visa sig genom snabb puls, blekhet och svettning (Almås, 2002).

Smärta har beskrivits som ”naturens tidiga signal på sjukdom” varning för hotande eller verklig vävnadsskada (Almås, 2002). På nyopererade patienter tjänar inte varningssignalen sitt syfte utan skall behandlas så att patientens lidande och de negativa konsekvenserna minskas (Renck, 2003). Smärta kan ge svår invaliditet och lidande. Det finns inga objektiva metoder att mäta hur stark en smärta upplevs. Det finns många faktorer som spelar in, t.ex. ålder, kön, intellekt, social och etnisk tillhörighet, tidigare erfarenheter och aktuell livssituation (Grefberg & Johansson, 2007).

Kliniska riktlinjer/PM

Kliniska riktlinjer är till för att det inte ska förekomma variationer av vårdinsatser och för att se till att vården vilar på en evidensbaserad grund. Kliniska riktlinjer ska vara vetenskapligt beprövad och ett verktyg för sjuksköterskorna. Det är som ett stöd för sjuksköterskan när olika beslut skall fattas gällande patienten. Syftet med kliniska riktlinjer är att sammanställa en mängd fakta på ett lätt och praktiskt användbart format (Willman, Stoltz, & Bahtsevani, 2006). Riktlinjer har skapats i flera länder. Dessa rutiner är både kostsamma och personalkrävande men leder till en mer humanitär och kortare postoperativ vårdtid (Renck, 2003).

PROBLEMFORMULERING

Postoperativ smärtlindring är ett stort problem hos vuxna. Forskning visar att patienter plågas av smärtor alldeles i onödan. Trots att det finns både kunskap och medel att tillgå är inte patienten effektivt smärtlindrad. Forskning visar att sjuksköterskor har bristande kunskap om smärta och smärtbehandling. För patienter som inte har tydliga tecken på smärta blir det sjuksköterskans uppgift att identifiera patienternas smärtupplevelse. Mycket beror på sjuksköterskans lyhördhet och observationsförmåga.

Akut smärta övergår ofta till kronisk smärta och hänger kvar långt efter normal läkning. Det är därför viktigt att förhindra att akut smärta blir kronisk. Obehandlad smärta kan leda till sömnproblem, koncentrationssvårigheter, dålig aptit, svårt att djupandas vilket kan ge komplikationer och ett onödigt lidande för patienten. Riktlinjer/PM och VAS-skalan är verktyg för sjuksköterskan med syfte att smärtlindra på avdelningen.

SYFTE

Syftet är att granska sjuksköterskans riktlinjer/PM som finns för postoperativ smärtlindring på vårdavdelning.

METOD

Metoden är en litteraturöversikt som handlar om att skapa en översikt över ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde. Det innebär att ta reda på befintlig forskning inom ett område. Om det finns ett intresse av vad forskning säger om postoperativ smärtlindring på sjukhus kan riktlinjer/PM och vetenskapliga artiklar som finns på

området studeras. Den valda litteraturen kvalitetsgranskas och analyseras (Friberg 2006). Översikt av riktlinjer/PM enligt matris bilaga 1.

Datainsamling

Datainsamlingen gjordes med hjälp av att ringa runt till 24 sjukhus, Universitet och Länssjukhus i Sverige och fråga efter riktlinjer/PM på postoperativ vårdavdelning för vuxna undantaget patienter med PCA- eller EDA- pump. Vid samtalet förklarades ändamålet och vad riktlinjer/PM skulle användas till. Det var sjuksköterskan på avdelningen som efterfrågades. Sahlgrenska universitetssjukhusets (SU) riktlinjer/PM hittades på Internet Google under sökord smärtbehandling. Riktlinjerna var ifrån 2001 så telefonkontakt gjordes med Sahlgrenska universitetssjukhus för senare upplaga vilket inte fanns.

Först och främst kontaktades de närliggande sjukhusen. Kontakt togs med två avdelningar på Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) i Borås en avdelning på Skene, Alingsås och Varbergs sjukhus. Alingsås hänvisade till vårdprogrammet på Västra Götalandsregionens hemsida. Därefter söktes universitetssjukhus på Eniro och fann sju stycken och samtliga kontaktades. Efter en första kontroll av de riktlinjer/PM konstaterades att fler sjukhus behövdes kontaktas. Ny sökning på sjukhus gjordes på Eniro och tolv nya slumpmässigt valda sjukhus kontaktades. Vissa sjukhus saknade riktlinjer/PM och två skickade inte.

Linköpings Universitet sjukhus hänvisade till smärtenheten, personal var inte anträffbar vid det tillfället. Universitetssjukhus i Malmö (UMAS) hänvisade till smärtenheten som skickade riktlinjer som användes för alla avdelningar på UMAS. Två avdelningar på Lund Universitetssjukhus kontaktades, den första avdelningen hade inga riktlinjer, nästa avdelning hade riktlinjer att skicka. Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ) hänvisade till smärtenheten som skickade riktlinjer. Umeå Universitet hänvisade till olika personer runt om på Universitetssjukhuset, vilket slutade med att de inte hade några riktlinjer att skicka.

Följande sjukhus skickade riktlinjer/PM; Halmstads Länssjukhus, Akademiska och Värnamo sjukhus, SÄS i Borås, Länssjukhuset Ryhov i Jönköping och Karolinska Universitetssjukhuset. Sjukhus som kontaktades men som inte hade riktlinjer/PM var följande Kalmar, Västervik och Falköping sjukhus. Kungsbacka sjukhus uppgav att de inte hade någon postoperativ avdelning, utan bara dag kirurgi. Kalix skulle skicka riktlinjer vilket inte gjordes, Karlstad hade egna riktlinjer som de inte ville lämna ut. På Kiruna sjukhus var växeln stängd och ingen ny kontakt gjordes. På Skövde sjukhus var personalen upptagna men ville att vi skulle återkomma, vilket vi inte gjorde eftersom tillräckligt med material hade inkommit. På Helsingborgs sjukhus var personalen upptagna och ville bli uppringda vid ett annat tillfälle, vilket inte gjordes för att tillräckligt med material hade inkommit. Sjukhus som skickade riktlinjer/PM blev totalt tolv stycken. De vetenskapliga artiklarna som finns i bakgrund och resultatdiskussion har sökts på databasen Chinal med sökord som Sweden, pain, postoperative och databasen Science Direkt med sökorden assesment, Sjöström. Övrig litteratur har sökts på högskolans bibliotek i Borås, Kinnas bibliotek och Campus bibliotek i Varberg med

sökord som smärta, smärt- och smärtbehandling, postoperativ smärta, Björn Sjöström och Nirander Rawal.

Inklusionskriterier: Vuxna patienter som vårdas på en postoperativ avdelning i Sverige.
Exklusionskriterier: PCA och EDA- pump och intensivvårdsavdelningar för att det krävs en specialutbildning. Varbergs sjukhus hade enbart riktlinjer/PM för uppvakningsavdelningen.

Dataanalys

Att göra en litteraturöversikt är enligt Friberg (2006) att skapa en översikt över ett problem inom sjuksköterskans verksamhetsområde. Det innebär att ta reda på befintlig forskning inom ett område. Om du t.ex. är intresserad av vad forskning säger om postoperativ smärtlindring på sjukhus kan riktlinjer/PM som finns på området studeras. Den valda litteraturen kvalitetsgranskas och analyseras. Riktlinjerna/PM har lästs flera gånger för att finna likheter och skillnader. Innerhåll från riktlinjer/PM skrevs ned på färgade papper. Varje Universitet/Länssjukhus/sjukhus hade var sin färg. Sedan skrevs meningsenheter ned på färgade smålappar både likheter och skillnader. De färgade smålappar hade samma färg som de stora pappren för att veta från vilket Universitet/Länssjukhus/sjukhus de kom ifrån. Utifrån subtemana skapades passande tema. Temana bildade sedan rubriker i resultatet (Friberg, 2006).

<u>Tema</u>	<u>Subtema</u>
Smärtskattning	Olika smärtskattningsskalor Tillvägagångssätt vid smärtskattning
Kontraindikationer	
Läkemedel och administreringsätt	Injektioner Olika direktiv vid administrering av läkemedel Tabletter
Biverkningar	Andningsdepression
Dokumentation	
Kvalitetssäkring	

RESULTAT

Smärtskattning

Olika smärtskattningsskalor

Samtliga sjukhus använder sig av Visuellt analog skala (VAS) som smärtskattningsskalor utom Värnamo sjukhus som inte nämner vilken metod som används vid smärtskattning. På Karolinska universitetssjukhuset användes fyra olika skalor; Visuellt analog skala (VAS), Numerisk skala (NRS), Verbalt beskrivande skala (VDS) och Beteenderelaterad skala. Patienterna fick bestämma vilken skala som kändes lättast att förstå. På Länssjukhus Ryhov i Jönköpings användes tre olika skalor VAS, NRS och VDS för att patienter med språksvårigheter lättare skall förstå skalorna. Det är viktigt att ta hänsyn till de patienter som har ett handikapp eller på annat sätt har svårt att uttrycka sig. Dessutom är det betydelsefullt att fråga anhöriga/vårdare för att få en bättre bild av hur patienten betar sig vid smärta. Alingsås Lasarett nämnde enbart att de använde VAS- skalan.

Tillvägagångssätt vid smärtskattning

På Karolinska Universitetssjukhuset skattades patienterna de första fyrtioåtta timmarna var fjärde timme, tills patienten hade skattat sig tre eller mindre, tre gånger i rad med eller utan behandling samt att skattning alltid skall göras före och efter behandling. UMAS och Akademiska universitetssjukhuset skattade sina patienter var fjärde timma i vila och rörelse och de skulle ligga under tre på VAS skalan medan riktlinjerna/PM på Lunds Universitetssjukhus inte uppgav hur ofta skattningen skulle göras. På USÖ skulle patienterna ligga på tre eller under tre på VAS- skalan. På Länssjukhus Ryhov i Jönköpings avslutas smärtskattningen när patienten endast använder grundsmärtlindring eller ingen smärtlindring och skattar sig under 4 tre gånger i rad. På SU registrerades VAS var tredje timme. Vid VAS mer än 3 skall åtgärder vidtagas (samtal, lägesändring, rörelse eller analgetika) utvärdera effekten efter 30-45 minuter. VAS- kontrollen avbryts när VAS är mindre än 3, tre gånger efter varandra. På SÄS i Borås räckte det att vara under fyra på VAS- skalan. Alingsås lasarett betonar vikten med smärtlindring vid mobilisering och att skilja på vilosmärta och rörelsesmärta men ingen siffra eller hur ofta patienterna fick sin smärta skattad.

Slutsatsen blev att övervägande sjukhus hade tre på VAS- skalan, medan hur ofta skattningen skedde, framgick enbart på tre sjukhus av elva totalt. Det som skall stå med i dokumentationen är vilken skala som används samt vilket värde patienten har skattat samt effekter och biverkningar från given analgetika. Det är det som ligger till grund för utvärdering och justering av den smärtbehandling som ges.

Kontraindikationer

UMAS och Akademiska sjukhuset nämner leverpåverkan i samband med användning av paracetamol men UMAS uppger även hjärt-njurinsufficiens som en kontraindikation. Lund Universitetssjukhus menar att det inte finns några egentliga kontraindikationer på paracetamol. USÖ varnar för överkänslighet för paracetamol vid ikterus eller annat

tecken på nedsatt leverfunktion. Övriga sjukhus nämner inget om kontraindikationer på paracetamol.

Kontraindikation på NSAID är levercirros nämner UMAS och Värnamo i sina riktlinjer/PM. På UMAS, Akademiska och Värnamo sjukhus uppges hjärt-njursvikt som kontraindikation. UMAS och Värnamo sjukhuset nämner graviditet och ökad blödningsbenägenhet. På UMAS och Akademiska sjukhuset uppges även hypervolemi som kontraindikation på NSAID. Akademiska sjukhuset nämner vidare intrakraniella ingrepp och vissa ortopediska ingrepp. UMAS nämner överkänslighet mot acetylsalisylsyra (ASA) och NSAID- preparat, om patienten har eller haft gastrointestinala (GI) blödningar. Inflammatorisk tarmsjukdom, tillstånd med ökad blödningsbenägenhet i samband med NSAID nämner de att Diklofenak inte bör användas vid operationer där strikt hemostas är nödvändig.

Kontraindikationer på cox-2 hämmare nämner UMAS allergiska reaktioner av ASA, NSAID eller specifika cox-2 hämmare, svår nedsättning av leverfunktionen, graviditet och amning. I samband med cox-2 hämmare nämns kontraindikationer som pågående magsår eller GI- blödning, inflammatorisk tarmsjukdom, svår kronisk hjärtinsufficiens och svår njurinsufficiens. De nämner försiktighet med patienter som har nedsatt lever, hjärta, njur funktioner och patienter som har tendens till vätskeretention, dehydrerade patienter och tidigare GI- blödning.

Vid UMAS och Lunds universitet skriver kontraindikationer på Tramadol vid pågående behandling med medel mot nedstämdhet (MAO)-hämmare och 2 veckor efter utsättande av MAO-hämmare, gravt nedsatt njur- och lever funktion. Kontraindikationer på Dexofen nämner UMAS överkänslighet för ingående substanser, missbruk, samtidig intag av alkohol och psykofarmaka. De nämner en varning som att läkemedlet skall användas restriktivt speciellt till äldre och rekommenderar därför så kort behandlingstid som möjligt. UMAS skriver att en kontraindikation på Citodon är gallväggsspasm.

Länssjukhus i Halmstad och UMAS uppger att kontraindikation på morfin är sekretstagnation, andningsdepression, orotillstånd under alkohol- eller sömnmedelpåverkan, skallskador och nedsatt lever- eller njurfunktion. Men UMAS nämner även försiktighet som bronkialastma skallskador och gallbesvär vid användning av morfin. SÅS i Borås anger även att det är viktigt att observera symtomgivande astma, sömnapné, gallstens - anamnes och saturation på mindre än 90 %. Värnamo och Akademiska sjukhusen, SÅS i Borås och UMAS nämner ålder och vikt i samband med morfin administrering. Övriga sjukhus nämner inget om vikt eller ålder. På Akademiska sjukhuset nämner de inte kontraindikationer utan det skrivs riskfaktorer i samband med morfin behandling som hög ålder, högrisk patienter exempel svårt medtagna patienter, lung-hjärt-lever-njur sjukdom. Akademiska sjukhuset nämner även försiktighet med morfin vid skallskador, förhöjt intrakraniellt tryck och vissa neuologiska sjukdomar, samtidig tillförsel av sederande läkemedel, hög dos i samband med att VAS är under 2-3, patienter med sömnapné i anamnesen, anamnes på kraftig sedation/andningsdepression vid tidigare opioidbehandling. Vid SU kan Ketogan ges vid nedsatt njurfunktion. Karolinska Universitetssjukhuset och Alingsås sjukhus nämner inget om kontraindikationer i sina riktlinjer/PM.

Läkemedel och administreringsätt

Injektion

På Alingsås Lasarett används 5 mg Ketogan subkutant vid behandling av smärta. Sjuksköterskorna på USÖ, Halmstads och Länssjukhus Ryhov i Jönköping och Akademiska sjukhuset gav sina patienter 1-2 mg morfin eller Ketogan Novum intravenöst. Denna dos upprepades med 5 minuters mellanrum tills patienten var smärtlindrad. Skillnaden var att Länssjukhuset Ryhov i Jönköping upprepade dosen med 5-10 minuters mellanrum istället. Halmstad länssjukhus uppger att ifall inte 10 mg ger smärtfrihet inom 40 minuter skall läkare tillkallas. Patienten skall observeras 30 minuter efter senast given injektion.

På SU administrerade morfin efter kroppsvikt 50-75 kg, 2 mg intravenöst och över 75 kg, 4 mg därutöver gavs även subkutant eller intramuskulärt efter kroppsvikt 50-75 kg 5 mg, 75-100 kg 7.5 mg och över 100 kg 10 mg. SU uppger i sina riktlinjer/PM för ett snabbt anslag får patienten en halv dos intramuskulärt eller subcutan injektion kombineras med en dos intravenöst. På SÄS i Borås gick de också efter vikt men gav Morfin mellan 0,05-0,1-0,15-0,2-0.3 mg per kg intravenöst det vill säga stor dosvariation. På UMAS ges Morfin 1mg/ml eller Ketogan Novum 1 mg/ml intravenöst tills patienten är adekvat smärtlindrad och VAS under fyra eller tills patienten är nöjd. De nämner också att patienten skall observeras 30 minuter efter given dos men det är inte nödvändigt att stanna hos patienten. UMAS uppger också att de doserar efter vikt och ålder när morfin och Ketogan ges 1mg/ml intravenöst administreras som 50-75 kg ges 5- 7.5 mg, och över 75 kg ges 7.5-10 mg. Vid subkutan administrering av morfin 10 mg/ml ges samma dos. Vid användning av Ketogan 5 mg/ml subkutant ges 5-7.5 mg om patienten väger 50-75 kg. De nämner även att om patienter är över sjuttio år skall dosen reduceras med 25-50 %.

Vid Lunds universitetssjukhus fick patienterna morfin 10 mg/ml subkutan 0.5 ml-1.0 ml vid behov högst 4 gånger/dygn eller Ketogan 5 mg/ml 0.5-1.0 ml. På Värnamos sjukhus gavs 2.5 mg morfin intravenöst eller morfin subkutant 2.5 -5 mg. Kräver patienten upprepade injektioner fler än fyra gånger inom tolv timmar skall läkare kontaktas. På Karolinska universitetssjukhuset nämns inget om injektioner i riktlinjer/PM. Slutsatsen blev att tio av elva Universitet/Länssjukhus/sjukhus nämner injektion.

Olika direktiv vid administrering av läkemedel

Enligt Länssjukhuset Ryhov i Jönköping är den vanligaste behandlingsmetoden vid postoperativ smärta fortfarande intramuskulära eller subkutana injektioner trots att intravenösa injektioner bör ges för att förbättra den postoperativa smärtan. Akademiska sjukhuset nämner i sina riktlinjer att morfin är första hans preparat och i andra hand Ketogan samt att endast ett administreringsätt med opioider skall förkomma. SÄS i Borås skriver att Morfin praktiskt taget alltid ska kombineras med paracetamol och NSAID-preparat, kombinationen har en morfinsparande effekt. UMAS uppger i sina riktlinjer att som alternativ till intramuskulära och subkutana injektioner kan en kvarliggande subkutan nål sättas för att bespara patienten från upprepande smärtsamma injektioner.

Tabletter

Paracetamol användes på samtliga sjukhus. Akademiska sjukhuset, SÄS i Borås och USÖ kombinerade paracetamol och NSAID. Alingsås lasarett och SU använder sig av Oxynorm och Oxycontin men SU använde sig också av Panocod. Värnamo sjukhus hade Citodon, NSAID och Tradolan att välja emellan. Universitetssjukhuset i Lund använde Tramadol som smärtlindring. UMAS nämner i sina riktlinjer att de använder NSAID/Diklofenak men inte till patienter som opereras, med frakturer eller vid ryggkirurgi, det är operatören som bestämmer om NSAID är tillåtet att ge. De har även tabletter som Tramadol, Dexofen/Doloxen, Citodon, selektiv cox-hämmare som Celebra, Morfin, Ketogan, Oxycontin och Oxymorm att välja emellan i sina riktlinjer. Karolinska Universitet sjukhuset och Halmstad Länssjukhus nämner inget om tabletter i sina riktlinjer/PM. Slutsatsen blev att åtta Universitets/Länssjukhus/sjukhus nämner vilka tabletter de använde medan på tre Universitets/Länssjukhus/sjukhus uppgavs inget om tabletter.

Biverkningar

På UMAS nämns det i riktlinjerna/PM att biverkningar på NSAID är huvudvärk, yrsel, epigastrisk smärta, utslag, transaminasstegringar, illamående, buksmärtor, diarre och flatulens. Försiktighet bör iaktas för att det kan finnas ett samband mellan dosen och allvarliga gastrointestinala biverkningar och lägsta effektiva dosen bör eftersträvas. Som biverkningar på cox-2 hämmare nämns buksmärtor och perifert ödem och på Tamadol uppges yrsel, dåsigheit, svettningar, huvudvärk, illamående, kräkningar dyspepsi, förstoppning och muntorrhet. På Dexofen nämns trötthet, huvudvärk yrsel, förstoppning och kräkning. På Citodon delar de in biverkningarna var för sig som paracetamol som kan ge leverpåverkan, allergisk reaktion och kodein kan ge trötthet, illamående, förstoppning och allergisk reaktion från hud. Morfin kan ge biverkningar som andningsdepression, sedering, illamående, kräkning, mios, frisättning av anti diuretiskt hormon (ADH), psykiska besvär samt histaminfrisättning. Halmstad Länssjukhus anger också andningsdepression som en biverkan till morfin. På Länssjukhuset Ryhov i Jönköping anges att vid all opioidanvändning är illamående en vanlig biverkan, därför skall illamående efterfrågas, åtgärdas och dokumenteras. Övriga sjukhus nämner inget om biverkningar i sina riktlinjer/PM.

Andningsdepression

På Länssjukhuset Ryhov i Jönköping, USÖ, SU, UMAS och Halmstad Länssjukhus observeras patienten i 30 minuter efter sista injektonen opioid och vid påtaglig slöhet och andningsfrekvens under 10/min ges injektion Narcanti 0,4 mg/ml och narkosläkare kontaktas. Universitetssjukhuset i Lund och Värnamo sjukhus nämner att dom använder Narcanti vid andningsdepression. På SÄS i Borås, Akademiska Sjukhuset och Alingsås Lasarett och Karolinska universitetssjukhus nämner de inget om andningsdepression eller Narcanti i sina riktlinjer/PM.

Dokumentation

Karolinska universitetssjukhus anger att det är viktigt att skriva om VAS- och verbal skalan till siffror. Vidare är det av betydelse att ta reda på var smärtan är lokaliserad, vilken typ, frekvens och hur intensiv smärta patienten har. Även det värde som patienten har skattat preoperativt och det värde som patienten skattar postoperativt samt ifall patienten förnekar smärta skall det vara med i dokumentationen. På Länssjukhuset Ryhov i Jönköping sker dokumentationen regelbundet och de har egna symboler för att det skall bli mer tydlig vilket bidrar till en ökad säkerhet och en bättre kontinuitet i dokumentation. På Akademiska sjukhuset nämner de kort om dokumentation i samband med intravenös behandling av morfin. Alingsås sjukhus tar upp dokumentation i samband med smärtlindring och bedömning enligt VAS. På SÄS i Borås summeras dosen och skrivs in i dokumentationen. På SU skall ordinationen verifieras och signeras av läkare vid nästföljande rond. UMAS nämner dokumentation i samband med VAS skalan. Vid Lunds Universitetssjukhus, Värnamos sjukhus, Halmstad länssjukhus och USÖ nämns inget om dokumentation.

Kvalitetssäkring

På Värnamo sjukhus var varken namn, befattning, eller när det skulle revideras utsatt, endast datum. På resterande sjukhus stod det namn och datum, men befattningen på de personer som hade utformat dokumentet var inte utsatt på SÄS i Borås, USÖ, Karolinska Universitetssjukhuset och Alingsås sjukhus. På Akademiska sjukhuset stod namn och befattning men inget datum. Länssjukhuset Ryhov i Jönköping var namn och befattning samt datum utsatt. När riktlinjerna/PM skulle revideras var det enbart USÖ, Karolinska Universitetssjukhuset och Universitetssjukhuset i Lund som nämnde det i sina dokument. I UMAS och Halmstad Länssjukhus riktlinjer/PM står det befattningen på de personer som har utfärdat riktlinjerna/PM samt vem som har godkänt dokumentet både datum och när revideringen skulle ske. Länssjukhuset Ryhov i Jönköping, Universitetssjukhuset i Lund och Karolinska Universitetssjukhus har även med referenser i sina riktlinjer/PM. Övriga sjukhus nämner inget om referenser.

DISKUSSION

Metod diskussion

Metoden litteraturöversikt har varit en bra modell att använda till uppsatsen. Modellen belyser postoperativ smärtlindring på ett bra sätt men det går inte att generalisera. Det har varit svårt att få tag på riktlinjer/PM. En sjuksköterska på en avdelning på Universitetssjukhuset i Lunds visste inte ifall de hade några riktlinjer/PM utan gav en muntlig redovisning hur de hanterade patienternas postoperativa smärta men en annan sjuksköterska på en annan avdelning på samma sjukhus visste mycket väl om riktlinjer/PM. Det flesta sjuksköterskor som har kontaktas har varit lite osäkra om sjukhuset har några riktlinjer/PM för postoperativ smärtbehandling. En av de riktlinjer/PM som har används i uppsatsen är ifrån 2001. Men eftersom Universitetssjukhuset inte hade någon ny att skicka beslutades att använda riktlinjerna/PM ändå. Det visar att det finns brister i uppdatering av riktlinjer/PM. Om

uppsatsen skulle göras en gång till skulle sjuksköterskorna på avdelningarna kontaktas per post istället för per telefon. Sjuksköterskorna på avdelningarna var upptagna och hade inte tid att svara på frågor vilket kanske gjorde att de inte tog sig tid att leta ifall de inte visste om sjukhuset hade några riktlinjer/PM. Både Universitetssjukhus, Länssjukhus och sjukhus har kontakter gjorts både uppe i Kalix i norr och Malmö i söder för att få en bred översikt. I de riktlinjer/PM som har granskas var det lätt att hitta tema och subteman. Riktlinjerna/PM hade även betydelsefulla meningar vilket var svårt att sätta rubrik till, för att det handlade om väldigt olika direktiv.

Resultat diskussion

Smärtskattning

Det underlättar både för patienten och för sjuksköterskan om sjuksköterskan använder sig av ett instrument när patienten ska smärtskattas, eftersom smärta är en subjektiv upplevelse och det är enbart patienten som kan beskriva hur det känns. Även om VAS-skalan inte är ett mätbart instrument som blodtryckmanschett och termometer är det bättre än inget när smärtskattning ska ske. Det ger en uppfattning av hur patienten upplever sin smärta. Regelbundna kontroller gör kanske att de patienter som inte vågar eller tycker att de är till besvär blir uppfångade när en regelbunden smärtskattning görs.

Enligt Rawal (1999) är det viktigt att kontrollerna görs regelbundet var tredje till fjärde timme på vårdavdelning. Görs det för många kontroller kan det i stället bara irritera patienten. I tre riktlinjer/PM nämndes att smärtskattning skedde vid olika tillfällen. Rawal (1999) menar också att om smärtskattning sker både före och efter behandling är det en hjälp när utvärdering ska göras. Att smärtskatta tre gånger per dag morgon, middag och kväll kan verkas rimligt. Något som också är viktigt är att patienten förstår innerbörden av smärtskalan och då menar vi att det är viktigt att använda sig av olika skalor som en del sjukhus har med i sina riktlinjer. För varje människa är unik och uppfattar olika och då krävs det att det finns ett urval av skalor att tillgå. I en av riktlinjerna/PM uppgavs att de ställer frågor som *Skulle du ha tagit en smärtstillande tablett om du varit hemma?* Om då patienten svara ja, ska patienten ha smärtlindring oavsett smärtskattningsvärde.

Sjuksköterskans möjligheter att smärtlindra

När sjuksköterskan ska smärtlindra är det bra om hon har tillgång till olika administreringsätt samt att det finns olika läkemedel att tillgå för att minska lidandet för patienten. För varje patients upplevelse av smärta är individuell. Det är viktigt att ett förtroende skapas mellan sjuksköterskan och patienten så att patienten känner sig trygg och kan anförtro sig sin smärta. Om det inte finns en öppen dialog mellan patient och sjuksköterska kan lätt missförstånd uppstå. Enligt Travelbee (2001) är kommunikation en process som kan göra sjuksköterskan i stånd att skapa en människa till människa förhållande och därmed hjälpa patienten att förebygga och bemästra sjukdom och lidande.

I de riktlinjer/PM som har granskats nämns inget om att smärtlindring ska vara individuell. Det är viktigt att sjuksköterskan är lyhörd och har en god observationsförmåga för att kunna uppfatta patientens smärtupplevelse. I en studie av Hesook, Schwartz-Barcott, Tracy, Fortin och Sjöström (2005) visade vad sjuksköterskan observerade när hon bedömde om patienten hade smärta. En del sjuksköterskor tittade mer på patientens ansiktsuttryck, kroppsspråk, puls och blodtryck än att lyssna på vad patienten sa. Vissa sjuksköterskor litade på vad patienten sa antingen dom hade ont eller inte. Andra sjuksköterskor gick efter typ av operation och en viss förväntad smärta. Ett rättesnöre att följa i förhållande till andra människor enligt Travelbee (2001) är att människor är mer olika varandra än att dom är lika, så därför ska sjuksköterskan fråga patienten. Den enskilda människan är unik.

I en av riktlinjerna nämns att intravenös injektion är att föredra för att förbättra den postoperativa smärtan. Fördelen enligt Rawal (1999) är att intravenös injektion ger individuell smärtbehandling. Nackdelen är att det krävs övervakning av kvalificerad sjuksköterska. Även om det är tidskrävande blir patienten nöjd och konsekvenserna minskar. Hovind (2002) skriver att alla opioider sätter ned andningscentrums känslighet för koldioxid, smärta däremot stimulerar andningscentrum och kommer på så vis att motverka opioidens hämmande effekt. Andningsdepression kan förhindras om dosen opioider anpassas till den enskilda patienten.

Sjuksköterskan har även tabletter att tillgå när patienten skall smärtlindras. I de flesta riktlinjer finns det många olika läkemedel sjuksköterskan kan använda sig av och det tycker vi är bra. Enligt Hovind (2002) delades förut analgetika in efter om dom hade perifer eller central verkan. Senare har det visats att perifert verkande analgetika även har central smärtstillande effekt. De smärtstillande medel som verkar centralt har också receptorer perifert.

I riktlinjerna/PM nämns det inte något om alternativa metoder. Rawal (1999) menar att varje patient ska kunna kräva en bra postoperativ smärtbehandling. Idag finns det både farmakologiska och icke- farmakologiska metoder att smärtlindra patienter. För att behandlingen skall bli optimal krävs det att den är individuell. I en studie av Nilsson (2003) visas det att om patienten får lyssna på musik under operationen och efter operation krävde patienterna mindre smärtstillande läkemedel. Enligt Hawthorn (1999) finns många alternativa behandlingar att tillgå så som musikterapi, akupunktur, massage och transkutan nervstimuli (TNS). Enligt Eklöf (2004) finns det kurser om komplementärmedicin för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal på allt fler Universitet och högskolor i Sverige.

Almås (2002) skriver att transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) stimulerar perifera nerver så att kroppens egna smärtstimulerande effekter aktiveras. Akupunktur är en effektiv behandling i vissa situationer. Enligt västerländsk uppfattning tros akupunktur verka på olika sätt även om mekanismen inte är helt klarlagd. En möjlighet är att akupunktur påverkar de nedgående banorna i centrala nervsystemet. Förmodligen stimulerar akupunktur till att grindmekanismen i ryggmärgen blockeras. En annan möjlighet är att den egna opioidproduktionen stimuleras Almås (2002). Eklöf (2004) skriver att akupunktur används i Västerlandet till smärtlindring. Förklaringen till akupunktorens smärtstillande effekt antas bero på att nålarna stimulerar vissa nervtrådar

som i sin tur leder impulser till hjärnan. Hjärnan utsöndrar morfinliknande ämnen som endorfin och enkefalin som i sin tur hämmar de inkommande smärtsignalerna. Det är oftast sjukgymnasten som utför akupunktur och TENS behandling.

Biverkningar

Sjuksköterskan ska även vara vaksam över biverkningar som patienten kan få av läkemedel. Då är det viktigt att ha kunskap om vilka biverkningar de olika läkemedlen kan ge. Två av riktlinjerna/PM nämner inget om biverkningar.

Troligen beror den största orsaken till att patienten är underbehandlad på rädslan för andningsdepression. Enligt Hawthorn och Redmond (1999) är andningsdepression ett livshotande tillstånd och är vanligast hos patienter som inte har behandlats med opioider förut. Smärta stimulerar andningscentrum och om inte patienten är tillräckligt smärtlindrad, utgör inte andningsdepression något problem. I fem riktlinjer som har granskat tas andningsdepression upp och hur det ska åtgärdas. Detta tycker vi borde stå med i alla riktlinjer för att då kanske sjuksköterskorna inte är rädda för att ge opioider.

Dokumentation

Det är viktigt att sjuksköterskan dokumenterar patientens smärtupplevelser för att kunna följa upp patientens smärta och för att kunna ge effektiv behandling. De data som sjuksköterskan samlar in menar Travelbee (2001) består av det som ses, hörs, luktar och känns allt som kan uppfattas genom våra sinnen. Det är viktigt att identifiera och samla in data för tolkning. En patient som ”rynkar ögonbrynen” kan tolkas ha smärta, vara bekymrad, uppgivenhet eller vara deprimerad. Sjuksköterskan har ingen möjlighet att veta vad det är om hon inte frågar patienten. Det väsentliga är att sjuksköterskan klarar av att registrera och notera det som verkligen blev sett och hört utan egen tolkning. Sen är det även viktigt att samla in data om hur patientens upplever situationen (Travelbee, 2001). Många av riktlinjerna/PM nämnde inget om hur de dokumenterade.

Kvalitetssäkring

Vården som skall bedrivas skall vara vetenskapligt beprövad. Sjuksköterskan ska kritiskt reflektera över rutiner och metoder som används och argumentera för ny kunskap (Socialstyrelsen, 2005) Vid granskning av riktlinjerna/PM visades att datum saknades och en del var inte reviderade utan att gamla riktlinjer användes, även befattning saknades på personerna som skrivit riktlinjerna. Det är viktigt att riktlinjerna följs upp och är uppdaterade så att patienten får den smärtbehandling som är vetenskapligt beprövad. Enligt ICN (2006) ingår det i sjuksköterskans profession att ha ansvar för utarbetning och tillämpning av godtagbara riktlinjer.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763) mål är en god hälsa och vård på lika villkor till hela befolkningen. Och enligt den definitionen ska det inte vara någon skillnad på vården i Malmö i söder eller på Akademiska i öst. Riktlinjerna/PM som har granskats skiljer sig mycket från olika sjukhus. I tre riktlinjer/PM används flera olika smärtskattningsskalor VAS, NRS, VDS och beteenderelaterad skala, övriga

riktlinjer/PM använder endast VAS- skalan. De flesta riktlinjer/PM har smärtgräns 3 på VAS- skalan andra har 4 som smärtgräns.

Riktlinjer/PM

PM står för att det ska vara en kortfattad beskrivning enligt nationalencyklopedin (2008). Vid granskning av de riktlinjer/PM som har gjorts ger en del riktlinjer/PM väldigt utförlig information om smärtbehandling vilket är bra för sjuksköterskan. I en av riktlinjerna/PM fanns även en innerhållsförteckning som gjorde det lättöverskådligt. I en av riktlinjer/PM nämns en kortfattad information om intravenös smärtbehandling på ett lättöverskådligt sätt. Som sjuksköterska är arbetet på en avdelning många gånger stressigt, och då ska de riktlinjer/PM som ska följas vara lätta att hitta och framför allt lättöverskådliga. Även när ny personal ska informeras om avdelningens rutiner.

Enligt Rawal (1999) är det viktigt att om riktlinjer för smärtbehandling och övervakning skall införas krävs det att det finns ett smärtombud på avdelningen. En anestesilog, smärtsjuksköterskan och ett smärtombud på kirurgiska avdelningar skall tillsammans utforma rutiner för avdelningarna. På dessa möten kan det diskuteras smärtproblem och modifieringar av behandlingsprotokoll samt eventuella förbättringar av smärtbehandlingen. I några riktlinjerna/PM har det varit en smärtgrupp som har utformat dokumentet. Vid jämförelse visas det att de sjukhus som har en smärtenhet att tillgå har betydligt utförligare riktlinjer/PM. Koden ICN (2006) menar att sjuksköterskan skall se till att riktlinjer följs inom omvårdnad. Sjuksköterskan skall även vara aktiv med och utveckla evidensbaserad vård. Det är viktigt att en person på avdelningen är ansvarig för att de riktlinjer/PM som avdelningen ska följa blir uppdaterade och informerar övriga sjuksköterskor om gällande smärtbehandling. Enligt Rawal (1999) är det sjuksköterskan som har mest patient kontakt och då är det viktigt att sjuksköterskan håller sig uppdaterad inom smärtbehandling för att kunna ge effektiv vård.

PRAKTISKA IMPLIKATIONER

Det som har framkommit i denna studie att riktlinjerna/PM som används på avdelningar i Sverige är av varierande kvalitet. Vissa har utförlig information och vissa inte. För att patienten skall vara smärtlindrad bör sjuksköterska ha tillgång till bra och utförliga riktlinjer/PM. Det är även viktigt att sjuksköterskan håller sig själv uppdaterad inom smärtbehandling.

Det som bör stå med i riktlinjerna/PM är följande:

- Att smärta är en subjektiv upplevelse och därför krävs en individuell smärtbehandling.
- Att det finns ett urval av smärtskattningsskalor att tillgå.
- Hur patienten informeras preoperativt angående smärta och VAS-skalan, vilket värde patienten skattar preoperativt om medicinering och hur operationen går till.

- För att patienten ska vara tillräckligt smärtlindra krävs det att VAS- skalan används regelbundet både i vila och i rörelse.
- Vilket smärtskattningsvärde som tolereras innan smärtbehandling sker.
- Vad sjuksköterskan bör observera vid smärtbedömning: hur patienten ser ut, ansiktsuttryck, kroppshållning och även ställa frågor som kan du sova, djupandas och röra på dig?
- Viktigt att det står tro på patienten när han säger att han har ont.
- Se till att lindra smärta så att det inte blir en långvarig smärta.
- Använda intravenös administreringsätt för att det är mest individuellt.
- Har riktlinjerna mycket information i dokument kan en innerhållsförteckning vara att föredra, det gör det mer överskådligt.
- Det har stor betydelse att riktlinjerna/PM är undertecknade med både namn, befattning, datum och när riktlinjerna/PM ska revideras.
- I riktlinjerna/PM bör det finnas ett urval av läkemedel som kan används vid smärtbehandling.
- Vad dokumentationen bör innehålla.
- Att det finns referenser till innerhållet i riktlinjerna/PM.

REFERENSER

Almås, H. (red) (2002). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber

Bjålie, J.G. (1998). *Människokroppen: Fysiologi och anatomi*. Stockholm: Liber.

Eklöf, M.(red.) (2004). *Perspektiv på komplementär medicin*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber Utbildning.

Fass, (2008) <http://www.fass.se/LIF/home/index.jsp>. Hämtad 2008-05-10

Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Grefberg, N., Johansson, L. G. & Larsson, O. (2007). *Medicinboken: Vård av patienter med invärtes sjukdomar*. Stockholm: Liber.

Hawthorn, J. & Redmond, K. (1999). *Smärta: Bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Hesook, S-K.,Schwartz-Barcott,D.,Tracy,S-M.,Fortin,J-D.,Sjöström,B.(2005) Strategies of pain assessment used by nurses on surgical units. *Pain management nursing* 6(1):3-9

Hovind, I.L. (2002). *Anestesiologisk omvårdnad*. Akribe forlag: Studentlitteratur.

Hälsa- och sjukvårdslagen, (1982:763).

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, (2006). Svensk Sjuksköterskeförening.

Nationalencyklopedin, (2008) <http://www.ne.se/jsp/customer/login.jsp> Hämtad 2008-05-11

- Nilsson, U. (2003) *The effect of music and music in combination with Therapeutic suggestions on postoperative recovery*. Department of medicine and care, Division of nursing science, Faculty of health sciences. Linköping: Sweden
- Nisell, R. & Einhorn, S. (2007). *Ont i kroppen: Om att förstå och lindra smärta*. Stockholm: Forum.
- Rawal, N. (1999). *Postoperativ smärta: Behandling, kvalitetsäkring och organisation*. Lund: studentlitteratur.
- Renck, H. (2003). *Svikt av vitala funktioner*. Skånetryck AB, Genevad.
- Simonsen, T. (2004). *Illustrerad farmakologi 2: Sjukdomar och behandling*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Socialstyrelsen (2005) <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm>. Hämtad 2008-05-12.
- Svensson, I., Sjöström, B. & Haljamäe, H. (2000). Assessment of pain experiences after elective surgery. *Journal of pain and symptom management* 20(3) :193-201
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Warren-Stomberg, M., Sjöström, B. & Haljamäe, H. (2003). The roll of the nurse anaesthetist in the planning of postoperativs pain magement. *AANA journal* 71(3):197-202
- Werner, M. & Strang P. (red.) (2003). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Överblick av analyserade skriftliga riktlinjer **Bilaga 1**

Titel/Årtal	Författare	Avdelning	Innehåll
<p>Akademiska sjukhuset</p> <p>Grundläggande principer</p> <p>Inget datum</p>	Befattning och namn	Uppges inte	Nämner patentinformation, smärtskattning/smärtbehandlingsstrategi, personalrutiner, organisation och den grundläggande smärtbehandlingen samt smärtbehandling med intravenösa opioider, vad som är viktigt att tänka på vid administrering av dessa preparat och vilka rutiner som används vid sjukhuset
<p>Alingsås Lasarett</p> <p>Vårdprogram</p> <p>Framtagen 2005-10-24</p> <p>Reviderad 2006-11-13</p>	Namn	Kirurg- och ortoped kliniken	Allmänna synpunkter, komplikationer och restriktioner. Hur inskrivningen utförs. Preoperativ omvårdnadsprogram.
<p>Södra Älvsborg Sjukhus (SÄS) i Borås</p> <p>Medicinskt PM</p> <p>Postop och smärta</p> <p>2007-11-27</p>	Namn	Akutvårds avdelning	Bakgrund, fördelar med intravenös tillförsel, dosering och kontraindikationer. Hur morfin administreras. Dokumentation. Hur behandling av opioidtoleranta patienter behandlas.
<p>Halmstad Länssjukhus</p> <p>PM/Riktlinjer</p> <p>Författad: 2001-12-31</p> <p>Reviderad: 2004-05-07</p>	Befattning och namn	Kirurgi	Dosering vid intravenös morfinbehandling. Viktigt att patienten är nöjd med behandlingen. Vad som är viktigt att tänka på vid administrering av morfin samt biverkningar. Kontraindikationer och biverkningar.
<p>Universitets Sjukhus Karolinska</p> <p>PM om akut postoperativ smärta</p> <p>2007-03-20</p>	Befattning och namn	Kirurgi	Allmänt om vad smärta är och kommer ifrån och att smärta är en subjektiv upplevelse. Smärtskattningsinstrument, information till patienten, hur de observerar patienten hur dokumentationen sker.

Revideras senast 2009-03-20			
Universitets sjukhuset i Lund Postoperativ smärtbehandling Giltig 2008-11-30	Namn och befattning	Kirurgi	Hur postoperativ smärta behandlas. Olika läkemedel för smärtlindring samt kontraindikationer. Hur VAS- skalan används.
Universitet sjukhuset i Malmö UMAS Riktlinjer för behandling av postoperativ smärta på UMAS	Namn och befattning	Smärtenheten Anestesikliniken samt opererande kliniker	Är indelad i två delar, en allmän del där mål och syfte med postoperativ smärtbehandling beskrivs. Och en medicinsk del där olika preparat beskrivs, som dosering, kontraindikationer och biverkning.
Länssjukhuset Ryhov i Jönköping Postoperativ smärtbehandling med opoider intravenöst på kirurgkliniken 04-12-09	Namn och befattning	Smärtenheten	Bakgrund, fördelar med injektioner, metoder för hur injektioner skall ges. Hur VAS- skalan används och dokumentation av VAS- skalan
Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) Smärtbehandling av vuxna patienter Senast uppdaterad 2001-12-18	Namn och befattning	Ortopedi	Grundläggande och kompletterande smärtlindring. Hur de olika medicinerna skall administreras, opiatbiverkningar och hur VAS- skalan skall användas.
Värnamo sjukhus PM	Inget namn och ingen befattning	Kirurgkliniken	Hur smärta behandlas med olika preparat, både tabletter och injektioner. De nämner kontraindikationer samt biverkning på morfin.

29 mars, 2007			
<p>Universitet sjukhuset i Örebro(USÖ)</p> <p>Riktlinjer för postoperativ smärtbehandling med intravenösa injektioner</p> <p>Giltig från och med 2007-01-01 Till och med 2008-02-29</p>	Namn	Uppges inte	Metod för injektion samt övervakning. Hur Paracetamol administreras.