

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2018:23

Postoperativ smärtlindring –
Patienters erfarenheter av att lämna sjukhuset med regional anestesi

Filippa Falk
Rasmus Hviid



Uppsatsens titel: Postoperativ smärtlindring – Patienters erfarenheter av att lämna sjukhuset med regional anestesi

Författare: Filipa Falk & Rasmus Hviid

Huvudområde: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Specialistsjuksköterskautbildning med inriktning mot anestesijukvård

Handledare: Johan Herlitz

Examinator: Birgitta Wireklint Sundström

Sammanfattning

Regional anestesi är en uppskattad metod inom operationssjukvård för sina fördelar; patienten är vaken och kan kommunicera, operationsområdet är väl smärtlindrat och förekomst av illamående och kräkningar är minimal. Patienten kan även komma hem samma dag, vilket är både kostnadseffektivt för Hälso- och sjukvården och till fördel för patienten. Dock läggs det ett stort ansvar på patienten och egenvården blir omfattande i samband med dagkirurgiska ingrepp som innebär att patienten lämnar sjukhuset med en pågående nervblockad. Efter att en operationsmottagning i södra Sverige har börjat lägga blockader på patienter inför operation i övre och nedre extremiteter, har det blivit viktigt att utvärdera den nya metoden för postoperativ smärtlindring. Syftet med denna uppsats är att beskriva patienters erfarenheter av att lämna sjukhuset och att vara postoperativt smärtlindrad med regional anestesi. Studien genomfördes i form av ett frågeformulär som utformats av operationsmottagningen. Urvalet utgjordes av patienter (n=30) som opererats för handledsfrakturer, ligament i knäled och operationer i axel/överarm. En sjuksköterska genomförde datainsamlingen via telefonintervjuer. Analysen var kvantitativ och dataprogrammet IBM SPSS Statistic Software (SPSS) tillämpades. Resultatet visar att patienterna var nöjda och påvisar vidare att patienterna inte upplevde några större problem med illamående/kräkning, förband eller information. Emellertid framkom, att smärtlindringen var otillfredsställande såväl vid hemgång som på första postoperativa dagen. Diskussionen fokuserar därför på bristande smärtlindring och hur smärtlindringen kan förbättras, samt tänkbara orsaker till varför patienterna förefaller acceptera postoperativ smärta. Ett förbättringsarbete i behandlingsstrategier för postoperativ smärtlindring efter regional anestesi rekommenderas därför i yttersta syfte att stödja patientens egenvård. Urvalet av patienter (n=30) anses inte kunna ge en generaliserbar bild men är statistiskt signifikant beträffande postoperativ smärta, vilket understryker vikten av att identifiera förbättringspotentialer.

Nyckelord: *Regional anestesi, nervblockad, postoperativ smärta, dagkirurgi, plexus block.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Dagkirurgisk vård och postoperativ smärtlindring	1
Adekvat smärtlindring är en mänsklig rättighet	2
Smärta och skattning av upplevd smärta	2
Patienters upplevelser av postoperativ vård	3
Perifer nervblockad	3
Illamående och antiemetika	3
Aktivitet och information	4
Postoperativa sår, blödning och förband	4
Kompartmentsyndrom	5
Operationsingrepp i övre- och nedre extremiteter	5
Lokal nervblockad istället för generell anestesi	5
Multimodal postoperativ analgesi	6
Regional anestesi	6
Anläggning av nervblockad och perioperativ vård	7
Biverkningar och komplikationer av nervblockad	7
Egenvård efter operation	8
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	9
METOD	9
Kvantitativ ansats och tillstånd att genomföra studien	9
Urval och informanter	9
Datainsamling	9
Dataanalys	10
Forskningsetisk övervägande	10
RESULTAT	11
Val av nervblockad och läkemedel	11
Skattad smärtupplevelse enligt NRS	11
Följsamhet till ordinerad postoperativ smärtbehandling	11
Illamående och kräkningar	12
Aktivitetsförmågan och förband	12
Information och nöjdhet	12
DISKUSSION	13
Resultatdiskussion	13
Smärta och smärtlindring	13
Aktivitet och förband	13
Illamående och antiemetika	14
Information och nöjdhet	14

Metoddiskussion	15
Förutsättningar för en bra validitet är en bra reliabilitet	16
<i>HÅLLBAR UTVECKLING</i>	16
<i>SLUTSATS</i>	16
<i>REFERENSER</i>	18
<i>Bilaga 1</i>	22
<i>Bilaga 2</i>	24

INLEDNING

Regional anestesi är en mycket använd anestesimetod på operationsavdelningar i Sverige. Anestesimetoden är uppskattad såväl av patienten som av operationspersonalen för sina många fördelar. Minskat postoperativt illamående, obehag, förbättrad kommunikationsförmåga, snabbare återhämtning, tillfredsställande smärtlindring under och efter kirurgi, samt mindre användande av starka smärtstillande läkemedel är bara några av alla fördelar som påvisats med regional anestesi.

Tidigare har en anestesiklinik i södra Sverige haft som rutin, att patienten får regional anestesi i form av en nervblockad inne på operationssalen inför operation. I syfte att optimera operationsprogrammet läggs nervblockaden på patienten numera på operationsmottagningen. Detta är en ny uppgift för operationsmottagningen och en ny rutin för hela anestesikliniken. När operationen sedan är klar och patienten befinner sig på postoperativ avdelning, kan personalen observera och fråga patienten om smärta, illamående eller upptäcka eventuella komplikationer. Dagkirurgiska patienter som åker hem kort tid efter en operation, kan inte observeras kontinuerligt av vårdpersonalen. Således läggs ett stort ansvar på patienten och egenvården blir omfattande i samband med dagkirurgiska ingrepp som innebär att patienten lämnar sjukhuset med en regional anestesi.

BAKGRUND

Dagkirurgisk vård och postoperativ smärtlindring

Många patientgrupper och operationer lämpar sig för ett dagkirurgiskt förlopp. I denna uppsats belyses användning av regional anestesi i den övre och nedre extremiteten i ett dagkirurgiskt patientförlopp. Dagkirurgisk vård innebär att patienten skrivs in och ut samma dag. Operationen är planerad och den postoperativa övervakningen är kort. Användning av regional anestesi till patienter är väl etablerat inom dagkirurgi på grund av sina fördelar. Minskad postoperativ smärta och reducerad användning av smärtstillande opioder, en snabbare återhämtning för patienten jämfört med generell anestesi, begränsat postoperativt illamående och kräkningar, ett mindre antal komplikationer som kan uppstå vid generell anestesi och tillfredsställelsen över att få komma hem samma dag är exempel på några fördelar med regional anestesi. Även sjukhusrelaterade infektioner minskar för patienterna när sjukhusvistelsen begränsas.

Det anses som en bra rutin att ringa upp patienten dagen efter operationen och fråga hur kvällen och natten har varit. Telefonsamtalet kan även användas för att reda ut om patienten upplever problem och utvärdera det dagkirurgiska förloppet tillsammans med patienten (Vacchiano & Biegner 2014; Naalsund & Steen-Hansen 2013). Det är viktigt att beakta att smärta kan bero på annat än själva operationen, till exempel en hjärtinfarkt, eller att en kirurgisk komplikation tillstött såsom infektion, blödning, trombos eller nervskada (Vacchiano & Biegner 2014).

Adekvat smärtlindring är en mänsklig rättighet

Adekvat smärtlindring är en mänsklig rättighet enligt Montrealdeklarationen. Trots detta och tillgången på adekvat smärtlindring, har det angivits att minst 50 % av patienterna upplever svår smärta efter en operation (Brennan & Cousin 2004). Huvudskälet till smärtlindring är att minska patientens lidande. Andra viktiga skäl är att reducera risken för postoperativa komplikationer såsom försämrade lungfunktion, embolier, fördröjd mobilisering, nedsatt tarmfunktion, oro/ångest och långvarig smärta (Dihle 2013).

Smärta och skattning av upplevd smärta

Smärta som fenomen är mycket komplext och det finns olika definitioner på smärta. International Association for the Study of Pain (ISAP) definierar smärta som: *”En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada, eller beskriven i termer av en sådan skada”*. Akut smärta uppstår vid vävnadsskada, t.ex. vid stick och skärsår under och efter kirurgi. Akut smärta uppstår även postoperativt efter ett kirurgiskt ingrepp. Därför är en god plan för smärtkontroll viktig för att undvika smärtans oönskade effekter på kroppen och konsekvenser för rehabilitering. Kliniska konsekvenser av smärta kan bland annat vara illamående, extrem trötthet, försvagat immunsystem med infektionsrisk, hjärtpåverkan och förstoppning. En trygg patient har goda förutsättningar för att hantera förväntad smärta. Undervisning och noggrann information från anestesijuksköterskan om postoperativ smärta medverkar därför till att patienten upplever bättre smärtlindring och ett lugn. Att skatta patientens smärtupplevelse är en nödvändighet för att kunna ge adekvat smärtlindring. Detta är också ett sätt att kvalitetssäkra de behandlingsmetoder som används. Smärta är en subjektiv upplevelse och därför är det svårt att helt värdera smärta. Man kan aldrig bevisa att en patient upplever smärta eller tvärtom. En förutsättning för att kunna göra en bra bedömning är att skapa ett gott förhållande till patienten.

Att skatta smärta ska ge svar på lokalisation, intensitet, varaktighet samt karaktär på smärtan. Det är viktigt att patienten i största möjliga mån skattar sin smärta själv och med hjälp av validerade instrument. Tre exempel på instrument som används idag är VAS (visuell analog skala), NRS (numerisk skattningsskala) samt VRS (verbal skattningsskala). VAS används ofta och består av en horisontell linje där vänster motsvarar ingen smärta och höger värsta tänkbara smärta. NRS liknar VAS och består i av en rät linje med siffror; 1–10, där 0 betyder ingen smärta och 10 värst tänkbara smärta (Dihle 2013).

Enligt SFAI; svensk förening för anestesi och intensivvård är målet att ligga under 3 på en 10-gradig skala vad gäller postoperativ smärta. SFAI skriver vidare att:

”akut och postoperativ smärta skall behandlas skyndsamt och adekvat för att öka patientens välbefinnande och minska risken för komplikationer. Svår obehandlad akut eller postoperativ smärta är att se som en avvikelse. Varje verksamhet skall ha en policy och en behandlingsstrategi som är adekvat för de patientkategorier verksamheten handlägger.”

Patienters upplevelser av postoperativ vård

Perifer nervblockad

I samband med att människan drabbas av sjukdom eller skada erfars kroppen som sårbar. En sårad och smärtsam kropp ställer ökade krav på hjälp för att klara livet, enligt Lindwall och von Post (2008). Patienter som fått perifer nervblockad hade svårt att förstå nervblockadens effekt och förlopp (Henningsen, Sort, Møller & Herling 2018). Missförstånd om blockadens effekt på känslan resulterade i rädsla för att känna smärta under operationen såväl som permanent nervskada efter operationen. Trots förebyggande paracetamol och ibuprofen upplevde patienterna svår smärta när nervblockaden släppte. En patient uttryckte följande:

”Det var som att de hällde kokande vatten över min fot - och sedan föreställ dig det i två timmar utan någon minskning av smärta. Ytterligare en annan patient uttryckte följande: Jag vaknade vid midnatt, och då var det som ... det brann och samtidigt kunde jag inte känna mina tår”.

Patienterna uttryckte även tvivel om när man skulle ta analgetika och om effekter och biverkningar (Henningsen, Sort, Møller & Herling 2018). Tvivel fanns huruvida erfarenhet av smärta var "rätt" smärta och vilken smärta som kvalificerades som "nog" för att ta smärtstillande medel. Rädsla för biverkningar hindrade många av patienterna i studien från att ta tillräckliga mängder analgetika. Osäkerhet om läkemedlets effekter och tröskeln för "acceptabel" smärta ledde till under- eller övermedicinering med morfin. Den senare är potentiellt farlig eftersom den kan leda till andningsdepression. För att undvika missuppfattningar kring smärta och behandling rekommenderade författarna till studien, slutligen att patienterna ges grundlig och upprepad information, dock får man även vara uppmärksam på missuppfattningar vad gäller läkemedel och dess biverkningar.

Illamående och antiemetika

Ett av de vanligaste problemen postoperativt är illamående och kräkning, så kallad PONV (=Postoperativ Nausea and Vomiting). Generell anestesi bidrar till ökad risk för PONV. Det är främst opioider, anestesigaser samt kirurgiska ingrepp som är orsaken, men även obehandlad smärta kan orsaka illamående. Att använda regional eller perifer blockad utan generell anestesi minskar risken för PONV. Riskgrupper för PONV är bland annat fertila kvinnor i ung ålder, icke-rökare, samt patienter som tidigare upplevt postoperativt illamående/ kräkning eller åksjuka. Även rädsla preoperativt har associerats med PONV (Valeberg 2013).

Förutom allmänt obehag för patienten så kan PONV orsaka försämrad sårhäkning och hematombildning, esofagusruptur, gastropulmonell aspiration samt elektrolytstörning. Syrgas och serotoninhämmare rekommenderas i förstahand för behandling mot PONV. Andra läkemedel med påvisbara effekter är bland annat neuroleptika (droperidol), kortikosteroider (prednisolon), vagolytika (skopolamin) samt klonidin (centralt verkande blodtryckssänkare).

Att förebygga illamående är något bland de viktigaste inom dagkirurgi, så att patienten kan klara sig i hemmet. Att tänka multimodal behandling av illamående både som förebyggande samt under hela operationsförloppet är av stor vikt (Valeberg 2013).

Som profylax mot PONV rekommenderas steroider och/ eller droperidol. En preoperativ riskbedömning kan minska risken för PONV. Detta utförs genom att tänka igenom förväntad anestesiform samt om patienten har några kända riskfaktorer. Det finns kliniska instrument i form av score system utarbetat för detta (Kovac 2000; Valeberg 2013).

Aktivitet och information

I samband med dagkirurgi är det av extra stor vikt att patienten känner trygghet och förstår all information och utmaningen ligger i att mycket information ska ges på kort tid. Både skriftlig och muntlig information är lämpligt innan hemgång. Patienten ska även känna att han eller hon har fått ställa de frågor som behövs. Forskning visar att ju bättre information patienterna kan få i förväg; preoperativt innan sjukhusvistelsen, ju mindre oro och mindre smärtor upplever de postoperativt (Naalsund & Steen-Hansen 2013).

Naalsund och Steen-Hansen (2013) ger förslag på att man tillsammans med patienten går igenom den skriftliga informationen för att försäkra sig om att han/hon har förstått den. Ytterligare en aspekt är att det ingår i professionen som sjuksköterska, att ingjuta trygghet och mod hos våra patienter. Detta kan göras till exempel i det preoperativa samtalet. Att då vara närvarande genom att lyssna och visa patienten verkligt intresse. Att visa omtanke, vara uppmuntrande samt inge patienten mod, är av stor vikt. Den korta vårdtiden kräver att sjuksköterskan är lyhörd för patientens lidande och oro inför framtiden. Detta kan bemötas genom att ta sig tid att svara på frågor samt noga informera om själva operationen med efterförlopp (Lindwall & von Post 2008).

Det är viktigt att vårdpersonalen informerar patienten om vilka aktivitetsbegränsningar som gäller postoperativt i hemmet. Yrsel eller dåsighet kan förekomma några dagar efter operation och det är därför viktigt att patienten håller en lägre aktivitetsnivå än normalt. Skadar patienten en bedövad extremitet, märks det inte, därför är det viktigt att skydda och hålla koll på det bedövade området. Upp till 24 timmar efter operation bör patienten inte köra bil, hantera maskineri, kraftiga verktyg, dricka alkohol eller ta betydelsefulla personliga beslut. Om det finns andra specifika göromål som patienten ska undvika, ska detta förklaras noggrant för patienten (Vacchiano & Biegner 2014).

Postoperativa sår, blödning och förband

För att förhindra postoperativa sårinfektioner; en vanlig företeelse idag, krävs bra hygienrutiner rutiner pre-, peri- och postoperativt. Postoperativa förband har till uppgift att skydda såret från yttre påverkan såsom kontamination samt även förhindra läckage av blödning/ sårvätska. Vätskande sår kan utgöra en bakteriehard och förlänga sårhäkning. Postoperativa förband bör sitta tills såret är läkt om ej vätskat eller blött igenom.

Tillvägagångssättet vid omläggning av förband eller byte kan se olika ut beroende på vårdinrättning. Sårläkningsprocessen genomgår olika faser och därför är det viktigt att veta vilken fas såret befinner sig i. Exempelvis kan ett sår inte läka ordentligt vid konstant blödande, smuts/bakterier, samt för mycket eller för lite inflammation för att sår läkningen ska fortskrida.

Kompartmentsyndrom

Komplikationer som kan uppstå är till exempel kompartmentsyndrom, ytlig- eller djupare sårinfektion, artrit, blödning samt sårruptur. För att undvika detta ges några allmänna patientråd, till exempel att undvika bad, belastning såsom träning som kan öka spänningen i suturerna, samt att söka sjukvård vid infektionstecken (Järhult & Offenbartl 2013). Patienter med mjukdelsskador och frakturer måste observeras noga postoperativt med risk för kompartmentsyndrom. Detta tillstånd förädlas av ödem i vävnad som pressar samman nerver och kärl och ger muskelnekros och nervskada (Farup 2013).

Operationsingrepp i övre- och nedre extremiteter

Lokal nervblockad istället för generell anestesi

Det förekommer många olika alternativ vad gäller anestesi och smärtlindring vid axeloperationer. Enligt Chalmers, Salazar, Fingerman, Keener och Chamberlain (2017) rapporteras att generell anestesi i kombination med opioider som postoperativ smärtlindring orsakade högre upplevelse av smärta, längre rehabilitering, fler biverkningar samt ett allmänt patientmissnöje. Lokal nervblockad däremot visade sig vara högst effektiv där 98 % av patienterna knappt upplevde någon smärta och hade minskat antal biverkningar. Man fann dock att en singeldos med ropivacain med verkningstid beräknad till 12 timmar, i vissa fall orsakade så kallad ”reboundeffekt”; dvs. att smärttillståndet återgår till det ursprungliga eller blir värre än vad det var från början. Denna ”reboundsmärta” brukar enligt studien komma ungefär 20 timmar efter administrering och orsaka NRS-värden långt högre än de som man kan se efter generell anestesi i kombination med opioider (Chalmers et al. 2017).

I en annan studie studerades 164 patienter som planerades för hand- och handledskirurgi. Alla patienter fick en brachial plexusblockad¹. Denna patientgrupp jämfördes sedan med en kontrollgrupp som genomgick generell anestesi. Det framkom en tydlig skillnad såväl vad gäller den tid som patienten vårdades på operationsavdelningen som användandet av opioider. Brachial plexusblockad leder till en ökad effektivisering av ett antal operationer samt minskat postoperativt obehag i form av smärta och illamående (Head, Seib, Osborn & Schwarz 2011).

¹ Brachial plexus är ett stort nätverk av nerver i de övre extremiteterna som utgår från nacken. Interscalen nervblock, axillaris nervblock och supraklavikulär nervblock är procedurer som bedövar brachial plexus (Vacchiano & Biegner 2014).

Multimodal postoperativ analgesi

För att smärtlindra på bästa sätt används idag så kallad multimodal postoperativ analgesi. Med detta menas att man kombinerar olika typer av smärtstillande läkemedel med varierande verkningsmekanismer och administreringsätt. Då uppstår så kallad synergi, alltså bättre effekt av smärtstillande medel än med en sorts analgesi. På så sätt kan man undvika att ge högre doser av de enskilda preparaten och därmed undgå dess biverkningar (Ip, Abrishami, Peng, Wong och Chung 2009; Dihle 2013).

Paracetamol har en central verkan men fortfarande oklar verkningsmekanism. Detta preparat kombineras ofta med opioider postoperativt. Morfin är den mest kända och använda formen av opioid, men det finns alternativ som oxycodone, fentanyl och ketobemidon. Morfin verkar på opioidkänsliga receptorer och har en snabbt insättande smärtstillande effekt som vanligen används postoperativt och vid stark smärta.

Tyvär kan opioiderna ge många biverkningar såsom muntorrhet, förstoppning, andningspåverkan, illamående, klåda, sedering och urinretention. Vid snabba doshöjningar av opioider kan effekten bli den motsatta, alltså en smärthöjande effekt, så kallad opioidinducerad hyperalgesi. Då kan man behöva ge ketalar; ett snabbverkande anestetikum, som kan häva detta tillstånd (Breivik, Bang, Jalonen, Vigfússon, Alahuhta, & Lagerkranser 2010).

Ketamin som ett alternativ till postoperativ smärtlindring framkom i en litteraturstudie. Resultatet påvisade tydligt att ketamin reducerar behovet av morfin, minskar risken för postoperativt illamående och kräkning samt har i sig milda biverkningar (Bell, Dahl, Moore och Kalso 2005).

Regional anestesi

Regional anestesi är en injektion av ett lokaltverkande anestetikum nära nerverna som fortleder smärta från det området som skall opereras (Vacchiano & Biegner 2014). Lämplig anestesi metod för patienter som ska opereras i övre och nedre extremiteter kan antingen vara generell anestesi, regional anestesi eller båda i kombination. Om patienten enbart ordineras regional anestesi kräver det samarbete och undervisning av patienten, samt stöd från vårdpersonalen. Det kirurgiska ingreppet styr vilken form av regional anestesi som lämpar sig bäst för operationen på följande sätt:

- Interscalen nervblockad: Kirurgi i axeln
- Supraklavikulär nervblockad: Axelartroskopi
- Infraklavikulär nervblockad: Kirurgi i arm och hand
- Axillaris nervblockad: Kirurgi i armbåge, distal arm och hand
- Femoralisnervblockad: Akut smärtlindring vid t.ex. höftfrakturer.

Blockaden bör anläggas så tidigt som möjligt för att ha optimal effekt. Den smärtstillande effekten sitter sedan i några timmar och kan smärtstilla en patient pre-, intra- och postoperativt (Mirza & Brown 2011; Warrender et al. 2017). För ovan angivna blockader beräknas det ta 5–20 minuter innan effekt inträder, ibland upp till 30 minuter (Valeberg 2013).

Anläggning av nervblockad och perioperativ vård

Nervblockad är en form av lokalanestesi och har målsättningen att blockera elektriska impulser från nerver till större delar av kroppen. Smärtimpulser tas alltså bort från den del av kroppen som ska opereras. Nervblockader läggs antingen som en engångsdos alternativt en kontinuerlig infusion (Valeberg 2013; Vacchiano & Biegner 2014).

För att hitta de nerver som ska bedövas använder man ultraljud eller nervstimulator. Det är enkelt och relativt säkert att anlägga blockaden med ultraljudsvägledning då läkaren lokaliserar nerven direkt. Lämpade läkemedel för plexusanestesi är ropivakain, lidokain, mepivakain samt bupivakain. Det valda anestetikumet ges i små, upprepade doser (cirka 20–40 ml) där man aspirerar för att se så läkemedlet inte hamnar intravasalt. Detta moment kan svida och spänna för patienten och därför väljer man även att lokalbedöva i vissa fall. Effekt uppnås efter cirka 20 – 30 minuter. Ju högre koncentration av aktiva molekyler som injiceras, desto snabbare uppnås effekten. Om flera nerver blockeras, så blir effekten mer påtaglig. Faktorer som vaskulärt blodflöde, protein- och lipidbindning i målområdet samt eventuella tillägg av vasokonstriktorer påverkar också effekten (Vacchiano & Biegner 2014).

Efter anläggning av blockaden känns armen tung och stum, beröring kan ibland kännas, men smärtekänsligheten kommer att vara borta. Nervblockaden har vanligtvis effekt i cirka 10 timmar. Vid långvariga operationer eller vid operationer där behov av postoperativ smärtlindring är nödvändig, kan man anlägga en kateter för att tillföra ytterligare anestesimedel och på så sätt förlänga blockaden. Vid anläggandet av blockaden övervakas patientens vitala funktioner med bland annat EKG, samt mätning av blodtryck, puls och syremättnad (Valeberg 2013; Vacchiano & Biegner 2014).

Femoralisblockad har målsättningen att blockera nervimpulser från femoralisnerven. Detta är ett bra sätt att smärtlindra akut vid till exempel höftfrakturer. Blockaden bör anläggas så tidigt som möjligt för att ha optimal effekt. Den smärtstillande effekten sitter sedan i några timmar och kan smärtstilla en patient pre-, intra- och postoperativt (Haslam, Lansdown, Lee & van der Vyver 2013). Läkemedlet som används till detta är ropivakain (FASS 2018). Precis som ovanstående blockader kommer det ta 5–20 minuter innan effekt inträder, ibland upp till 30 minuter (Valeberg 2013).

Biverkningar och komplikationer av nervblockad

Blodkärlen dilateras i de nedre extremiteterna när bedövningen börjar verka vilket kan orsaka blodtrycksfall. För att förebygga detta ger man i stort sätt alltid Ringer acetat eller NaCl 9 mg/ml (Valeberg 2013).

Horners syndrom kan uppstå där patienten får övergående ansiktsförslamning, hes röst samt pupillvidgning. Detta orsakas av att N. phrenicus och N. reccurrens påverkas (Flores, Riguzzi et al. 2015). Pneumothorax kan uppstå om pleura punkteras i samband med anläggandet. Detta är dock mycket ovanligt om anesthesiologen använder ultraljud (Gauss et al. 2014).

Anafylaxi är en annan allvarlig biverkning som patienten i ovanliga scenarier kan drabbas av. Tillståndet är en överkänslighetsreaktion som engagerar ett eller flera

organsystem, där svårighetsgrad samt symtombild varierar. Kliniska tecken på anafylaxi är: hudreaktioner som urtikaria och rodnad, takykardi, luftvägsreaktioner som kan orsaka fullständig obstruktion, perifer kärlvidgning och ökad kapillär permeabilitet som kan orsaka kraftig minskning av hjärtminutvolym och i sin tur leder till blodtrycksfall och eventuell asystoli. Detta tillstånd förebyggs bland annat genom att alltid efterfråga allergier sedan tidigare samt om närmsta familjemedlemmar haft allvarliga allergiska reaktioner (Berg & Hagen 2013).

Systemisk toxicitet är en ovanlig med allvarlig komplikation efter lokalanestesi, så kallad LAST (=Local Anesthetic Systemic Toxicity). Denna typ av komplikation medför CNS-påverkan och kardiovaskulär påverkan och slutligen kollaps som kan resultera i plötslig död (Hoegberg et al. 2016).

Egenvård efter operation

Att patienten går hem samma dag som operation ställer stora krav på egenvård. Enligt Socialstyrelsen är egenvård inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (Socialstyrelsen 2017). Egenvård som definition är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra.

Patienter som skrivs ut från sjukhuset är ofta oförberedda på egenvård i hemmet, enligt Currie, Strachan, Spaling, Harkness, Barber och Clark (2015). Tre specifika fynd som belystes var: 1) Trots betydande ansträngningar använder sjukhusenheterna inte sina resurser på ett sätt som adekvat stödjer patienten i det egna hemmet efter utskrivning. 2) Patienten tycks sakna de viktigaste delarna vad gäller både kunskap och 3) resurser för att kunna vara självgående och hantera sin egenvård utanför sjukhuset.

Det framkom tydligt att patientens egenvård förbättrades när vårdpersonalen hade varit lyhörda och intresserade av deras individuella behov, samt förmedlat information på ett engagerat och tydligt sätt (Spaling, Currie, Strachan, Harkness & Clark 2015). Otillräcklig kommunikation och bristande kontinuitet blev däremot till hinder för god egenvård. Slutsatsen i studien blev att interaktionen mellan patient och vårdpersonal påverkar starkt patienternas förståelse för sitt tillstånd och hur han/hon på bästa sätt kan upprätthålla hälsa.

PROBLEMFORMULERING

Dagkirurgiska operationer innebär korta vårdtider vilket i sin tur kräver att sjuksköterskan är lyhörd för patientens lidande och oro inför framtiden. Att sjuksköterskan svarar på frågor och noga informerar om själva operationen och dess efterförlopp är då avgörande, speciellt viktigt är att patienten har tillräcklig postoperativ smärtlindring. Det kan dock vara problematiskt att patientens ansvar och egenvård blir omfattande i samband med dagkirurgiska ingrepp som innebär att patienten lämnar sjukhuset med en pågående nervblockad. Egenvården omfattar även att observera eventuella komplikationer och själv behandla postoperativt illamående och kräkningar.

SYFTE

Studiens syfte är att beskriva patienters erfarenheter av att lämna sjukhuset och vara postoperativt smärtlindrad med regional anestesi.

METOD

Kvantitativ ansats och tillstånd att genomföra studien

En kvantitativ ansats används till designen i syfte att utvärdera den postoperativa smärtlindringen. Frågeformuläret var utarbetat av personalen på en dagkirurgisk operationsmottagning, vilka också har initierat undersökningen. Kvantitativ metod är lämplig när olika variabler i grupper skall mätas. När kvantitativa resultat sedan skall redovisas, är tabeller användbara. Åskådligheten ökar med tabeller när fördelningar skall presenteras (Eliasson 2013).

Tillstånd till att ta del av den insamlade data från operationsmottagningens frågeformulär gavs av verksamhetschefen (Bilaga 1).

Urval och informanter

Alla patienter som i samband med dagkirurgi fick regional anestesi med syfte att bedöva övre och nedre extremiteter tillfrågades. Patienterna skulle acceptera att svara på frågor vid hemgång och ge tillåtelse till att bli uppringd dagen efter operation. Frågeformuläret påbörjades i november 2017 och i januari 2018 fanns det 30 informanter som hade svarat.

Efter hemgång fick patienterna nedanstående behandlingsschema vad gäller smärtlindring:

- 10 timmar efter blockadanläggning: Oxycontin 10 mg + 2 st. Alvedon 665 mg
- Efter ytterligare 8 timmar: Oxycontin 10 mg + 2 st. Alvedon a 665 mg
- Efter ytterligare 8 timmar: Oxycontin 10 mg + 2 st. Alvedon a 665 mg
- Vid behov tillägg av Oxynorm 5 mg

Datainsamling

Frågeformuläret (Bilaga 2) var elektroniskt och bestod av åtta frågor rörande smärta, analgetika, illamående, antiemetika, aktivitet, förband, nöjdhet samt information. Frågorna klassificerades enligt skalorna NRS 1–10 vad gäller smärta och 2–5 svarsalternativ vad gäller analgetika, illamående, antiemetika, aktivitet, förband, nöjdhet samt information. Det var en sjuksköterska som genomförde datainsamlingen via telefonintervjuer dagen efter att patienten hade lämnat sjukhuset och den postoperativa vårdavdelningen. I några av frågeformulären blev inte alla frågor besvarade.

Dataanalys

Svaren i frågeformuläret från patienterna har förts över i ett Word Excel dokument. Sedan gjordes en gruppering och omkodning i ett nytt Exceldokument, av alla frågor och svar. Grupperingen och omkodningen gjordes för att kunna överföra exceldokumentet i dataprogrammet SPSS. Signifikansberäkning utfördes med Two-Sample T-Test och 95 % CI.

SPSS användes sedan för att kunna räkna ut resultat och få fram tabeller: Analyze → Descriptive Statistics → Frequencies → Väljer variabler → Statistics → Väljer Mean, Minimum, Maximum och Std. Deviation(SD) → Continue → OK
(Brace et al., 2016).

Forskningsetisk övervägande

Alla individer i samhället som deltar i forskning får inte skadas fysiskt eller psykiskt, kränkas eller förödmjukas. Ett grundläggande krav för etiska övervägande gentemot individer är individskyddskravet. Fyra fundamentala krav i individskyddskravet är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

- Informationskravet innebär att individen skall informeras om alla delar i undersökningen som kan påverka villigheten till deltagande. Individen skall även informeras om att deltagande är frivilligt och att vederbörande kan avbryta sin medverkan när som helst. Undersökningens syfte skall förklaras och ifall det finns risker eller eventuella obehag, skall detta anges.
- Samtyckeskravet skall säkerställa att det är individen själv som bestämmer över sin medverkan. I sitt beslut om medverkan får individen inte utsättas för opassande påtryckningar, ej heller om individen väljer att avbryta sin medverkan.
- Konfidentialitetskravet betyder att individen skall ges största möjliga konfidentialitet och har en koppling till offentlighet och sekretess.
- Nyttjandekravet medför att uppgifter om enskilda individer endast får användas i forskningssyfte. Vidare får insamlade uppgifter om individen inte påverka beslut eller åtgärder för behandling eller vård utan tillstånd från den berörda individen (Vetenskapsrådet 2002).

Enligt Patientuppgiftslagen SFS 1998:204 (Justitiedepartementet 2010) får personuppgifter användas för statistikändamål under förutsättning att samtycke har givits av berörda personer. Personuppgifter till statistisk forskning får användas, tillsammans med samtycke, om statistikprojektet har ett samhällsintresse som väger över risken för olämpligt intrång i individens integritet. I alla tabeller och i beskrivande text är samtliga patienter från enkätundersökningen anonymiserade. Patientuppgifter och andra indikatorer som kan avslöja identitet, har inte funnits med i data från frågeformuläret som används i denna uppsats.

RESULTAT

Totalt deltog 30 patienter i studien som utvärderar patienters erfarenheter av postoperativ smärtlindring då patienter lämnar sjukhuset med regional anestesi. I resultatet redovisas patienters erfarenheter vid hemgång och första postoperativa dagen med avseende på smärta och illamående. Andra variabler berör aktivitetsförmåga, förband, information och patientens upplevda nöjdhet.

Val av nervblockad och läkemedel

Supraklavikulär blockad var den vanligast förekommande nervblockaden (N=12; 80 %). Därefter kom axillarisblockad (N=7). Minst använd var interscalen (N=4) och femoralisblockad (N=1). Beträffande val av läkemedel utföll Narop som vanligast använt läkemedel (N=21; 70 %). Beträffande val av blockad och anestetikum redovisas totalt 24 patienter, bortfallet var 6 patienter.

Skattad smärtupplevelse enligt NRS

Medelvärde för smärtskattning enligt NRS var högre första postoperativa dagen än vid hemgång, det vill säga en signifikant högre skattad smärta första postoperativa dagen (Tabell 1). Vid hemgång hade 11 patienter (13 %) ett NRS värde ≤ 3 . Motsvarande smärtupplevelse första postoperativa dagen var tre patienter (10 %).

Tabell 1. Skattad smärtupplevelse vid hemgång och första postoperativa dagen.

NRS	Vid hemgång (N=30)	1:a postoperativa dagen (N=30)	<i>P</i>
Medelvärde +/- SD, 3*	4,6+/-2,9	7,2+/-2,4	0.001
Min-Max	1-10	2-10	

*Bortfall

Följsamhet till ordinerad postoperativ smärtbehandling

Följsamheten till ordinerad smärtbehandling var stor. Det var 26 patienter (drygt 86 %) som hade tagit läkemedel enligt anvisningarna (Tabell 2).

Tabell 2. Följsamhet till ordinerad smärtbehandling.

Följsamhet till ordinerad smärtbehandling	Frekvens (N=30)
Ja, enligt anvisning n (%), 2*	26 (86,7)
Nej	2 (6,7 %)

*Bortfall

Illamående och kräkningar

Få patienter upplevde illamående och kräkningar både vid hemgång och på första postoperativa dagen. Totalt var det 25 patienter (83,3 %) respektive 24 (80 %) som inte hade upplevt något illamående över huvud taget (Tabell 3). Postoperativt redovisas att 22 patienter (73,3 %) inte behövt antiemetika på ordination.

Tabell 3. Illamående och kräkningar.

	Vid hemgång Frekvens (N=30) 1*	1:a postoperativa dagen Frekvens (N=30)
Inget illamående, n (%)	25 (83,3)	24 (80,0)
Lite illamående	1 (3,3)	2 (6,7)
Mycket illamående	1 (3,3)	2 (6,7)
Enstaka kräkningar	1 (3,3)	1 (3,3)
Flera kräkningar	1 (3,3)	1 (3,3)

*Bortfall

Aktivitetsförmågan och förband

Aktivitetsförmågan påvisades vara god både vid hemgång och under första operativa dagen. Vid båda tillfällena var det totalt 21 patienter (70 %) som upplevde att aktivitetsförmågan var utan anmärkning. Bortfallet var 2 respektive 1 patient.

Förbanden upplevdes inte orsaka problem för patienterna. Totalt var det 27 patienter (90 %) som rapporterade att förbandet satt utan anmärkning. En patient behövde byta sitt förband. Bortfallet var 2 patienter.

Information och nöjdhet

Det var 28 patienter (drygt 93 %) upplevde att de fick tillräcklig med information. Ett bortfall. Beträffande patientens nöjdhet var det 29 patienter (närmare 97 %) som rapporterade sig vara nöjda med operationsförloppet. Ett bortfall. Detta innebär att 100 % av patienterna som har svarat uppvisar nöjdhet.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Smärta och smärtlindring

Resultatet visar att patienterna hade ett NRS-medelvärde på 4,6 vid hemgång från sjukhuset. Enbart 11 patienter (13 %) hade ett NRS värde på tre eller lägre vilket är rekommenderat av SFAI. Dihle (2013) skriver att NRS över 3 har en negativ inverkan på rehabiliteringsförloppet.

Vidare fann vi att patienterna hade ett NRS-medelvärde på 7,2 dagen efter operation. Tre patienter (10 %) hade ett NRS värde på tre eller lägre. Utifrån detta resultat går det inte att förklara varför patienterna skattade sig högt i smärtupplevelse. En teori är att det skulle kunna röra sig om så kallad reboundsmärta, där smärtan blir densamma eller värre än innan smärtlindring gavs i samband med operationen. Enligt Chalmers et al. (2017) brukar denna smärta uppkomma cirka 20 timmar efter administrering av den periferera nervblockaden. För att undvika reboundeffekten, använde man sig i samma studie av en kvarliggande kateter i området med en kontinuerlig dos av ropivacain.

Sites, Bertrand och Gallagher (2006) upptäckte att långtidsblockader kan maskera ett postoperativt kompartmentsyndrom som i sin tur kan orsaka allvarlig nervskada. Balansen mellan att vara adekvat smärtlindrad och ändå kunna känna av symptom på allvarliga biverkningar, kan vara svårhanterad. Utifrån ett patientperspektiv kan det dock anses vara oacceptabelt att 90 % av patienterna hade ett NRS värde på fyra eller högre. Detta trots att 87 % hade tagit smärtlindrande läkemedel enligt anvisning. Var femte patient hade ett NRS värde på 10, det vill säga värst tänkbara smärta, dagen efter operationen, trots att de följt smärtlindringsschema. Vad gäller smärtlindringsschemat var patienterna tillsagda att ta en extra morfintablett så fort de började känna av minsta smärtan, redan på NRS 1–2. Det är dock oklart om man gjort detta då ingen sådan kontrollfråga ställdes i frågeformuläret.

Tidigare studier har påvisat att läkemedlet ketamin var ett bra komplement till den postoperativa smärtlindringen (Bell et al. 2005). Ketaminadministrering gav en reducering av såväl morfin konsumtion som förekomst av PONV. Fysiologiska biverkningar från ketamin var i stort sett obefintliga. Dock kan ketamin orsaka mardrömmar och hallucinationer. Ketamin kombineras därför med andra läkemedel, till exempel bensodiazepiner. Resultatet som presenteras i denna uppsats kan ge underlag för vidare fördjupade undersökningar om hur patienterna uppnår tillfredställande smärtlindring postoperativt.

Aktivitet och förband

Hela 70 % av patienterna svarade att de inte upplevde några aktivitetsproblem vid hemgång, eller dagen efter operation. Den aktivitetsförmåga som patienten åkte hem med, föreföll inte att bli försämrad dagen efter operation. De patienter som hade lite eller stora bekymmer med aktivitet vid hemgång hade oförändrade bekymmer dagen efter operation. Bra information om aktivitetsbegränsningar postoperativt, kan vara en faktor som gör att en eventuell aktivitetsproblematik inte uppstår för patienten efter

hemkomsten. Patienternas förband hade inte orsakat bekymmer postoperativt. En patient fick byta ett blodigt förband. Följsamhet till aktivitetsbegränsning har eventuellt ett samband med låg förekomst av komplikationer med förband.

Illamående och antiemetika

Resultat avseende illamående överensstämmer väl med tillgänglig litteratur. Endast 4 patienter (13 %) hade någon form av PONV symptom. Det är svårt att veta vilka av patienterna som fick generell anestesi och om det var de som sedan mådde illa och hade kräkningar. Hela 73,3 % fick inte ordinerat antiemetika vilket delvis kan tänkas bero på kunskapen om att regional anestesi minskar förekomst av PONV.

Information och nöjdhet

Nittio-tre procent av patienterna uppgav sig vara nöjda med informationen. Detta måste anses vara ett bra resultat. Enligt Dihle (2013), kan bra information bidra till att patienten klarar sig bättre i rehabiliteringsfasen. Bidragande faktorer till detta är mindre behov av smärtlindring och minskad oro för patienten. Att minska lidande och oro genom att ingjuta hopp och trygghet är något som ingår i sjuksköterskans profession enligt Lindwall och von Post (2008). Att sjuksköterskor är skickliga på detta skulle också kunna vara en bidragande orsak till patienternas nöjdhet.

Att 93 % av patienterna var nöjda med det postoperativa förloppet, trots ett högt NRS värde på smärtskalan dagen efter operation, kan ifrågasättas. Är det möjligt att noggrann information om potentiell förestående postoperativ smärta, kompenserar för det faktum att patienten har mycket ont? Detta är uppsatsens stora frågetecken mot bakgrunden av att en stor andel av patienterna skattade den postoperativa smärtan högt. Vilka omständigheter kan ha gjort att patienterna ändå kände sig nöjda? Vacchiano och Biegner (2014) skriver att polikliniska patienter är nöjda med att få komma hem samma dag som operationen genomfördes. Kan detta vara en faktor som väger tungt för att få en nöjd patient? Tidigare erfarenhet av generell anestesi med illamående och lång återhämtning kanske ligger till grund för att patienterna är nöjda när de istället erbjuds regional anestesi? Om så är fallet, så blir graden av nöjdhet mera ett relativt begrepp. Detta resultat understryker svårigheterna med att beforska patienters upplevelse av vården, speciellt då det gäller nöjdhet. I all form av vård har vårdaren dessutom ett övertag, vilket automatiskt placerar patienten i ett underläge där maktfördelningen är ojämn (Løgstrup 1997).

En studie påvisade att 69,6 % av patienterna som skulle opereras i övre eller nedre extremitet, ville vara med och bestämma anestesiometod inför operation (Hwang, Lee, Jang, Gim, Kim & Lim 2014). Sextiofyra procent av patienterna valde generell anestesi över regional anestesi och efter operationen var 93,4 % av patienterna nöjda. Dock ville knappt 50 % av dessa ha en bestämmande roll vid framtida anestesi. Detta resultat kan tolkas som att anestesiologiska avdelningar behöver främja och utveckla patientcentrerad vård.

Metoddiskussion

Inom kvantitativ forskning beskriver Borg och Westlund (2012) två begrepp, extern och intern validitet. Dessa två begrepp avgör i vilken utsträckning som frågeformuläret och analysen verkligen undersöker det som vi avser att undersöka. Extern validitet i relation till undersökningen, kan innebära huruvida resultaten kan generaliseras till övriga operationsmottagningar i Sverige.

Att generalisera föreliggande resultat till andra operationsmottagningar eller andra dagkirurgiska patienter kan ifrågasättas. Olika rutiner på olika sjukhus för smärtlindring, kriterier för hemgång samma dag, kriterier för annan pre, intra- eller postoperativ behandling, gör att en generalisering och överförbarhet till andra operationsmottagningar är begränsad.

Denna analys innehåller enbart 30 patienter med olika typer av blockader och ingrepp, vilket är att betrakta som för få patienter, för att kunna generalisera resultatet. Dock kan resultatet vara användbart för att ge en uppfattning och en snabb överblick över vilka områden i frågeformuläret som sticker ut och som är intressanta att arbeta vidare med.

Dessutom, beträffande postoperativ smärta är studiens resultat statistiskt signifikant och påvisar stark intern validitet, alltså hög giltigt för den undersökta patientgruppen. Vilket måste betraktas som uppsatsens viktigaste resultat. Den interna validiteten verkar ha svagheter beträffande använda begrepp. Frågan som innehåller ”Nöjd” är ett exempel på detta. Det är oklart vad svaret nöjd specifikt innebär, då det inte finns en väldefinierad underliggande fråga eller förklaring. Tillförlitligheten till resultat på ”Nöjd” anses därför vara begränsad och den interna validiteten blir därför i detta avseende låg. För att vara säker på att undersökningen riktades mot det som avses, är det nödvändigt med en begreppsdefinition (Borg & Westlund 2012). Observera vidare att undersökningen, och därmed analysen inte väger in omständigheter som till exempel patientålder, sjukdomshistoria, kön och BMI.

För att en undersökning ska uppnå en bra reliabilitet (noggrannhet), ska undersökningen ge samma resultat om den upprepas under likartade förhållanden av samma eller andra personer. Reliabilitet handlar alltså om hur mycket slumpen snedvridar resultatet, vilket är oönskat när hög reliabilitet vill uppnås (Eliasson 2013; Borg & Westlund 2012). En begränsning för reliabiliteten i de analyserade frågorna, är att flera patientsvar och information om blockadtyper saknades i den insamlade data. Anledningen till detta är oklar. Vidare saknades det definitioner av begrepp och intervjumetod.

Tillvägagångssättet i en enkätundersökning som använder frågeformulär, där intervention och utvärdering gjorts i efterhand med retrospektiva frågor, har svagheter och anses som en tveksam design för en kvantitativ undersökning. Det finns ingen kontrollgrupp, randomisering eller tidigare interna studier att jämföra med och därför är det oklart hur orsak och verkan påverkar varandra (Borg & Westlund 2012).

En metod som kan tänkas vara relevant för undersökningar i framtiden, skulle kunna vara en randomiserad design med kontrollgrupp, också kallad experiment. Denna forskningsmetod anses ha den högsta reliabilitet och vara den bästa undersökningsmetoden när det gäller att klarlägga orsak och verkan.

Förutsättningar för en bra validitet är en bra reliabilitet

Två faktorer är viktiga för att belysa effekten av en medicinsk intervention i ett experiment; kontroll och randomisering. Kontroll innebär att forskaren har full kontroll över exempelvis den behandling som patienten får, alltså orsaken till en viss effekt. Inom medicin där människor är undersökningsobjekt, krävs nästan alltid att den aktuella behandlingen utvärderas i en randomiserad studie. Randomisering innebär att patienten slumpvis lottas till att antingen erhålla den behandling som man vill studera eller att bli kontroll (Borg & Westlund 2012). Om denna undersökningsmetod skulle kunna öka kunskap om postoperativ smärtlindring till patienter som erhållit dagkirurgisk vård, är ett antagande utan att veta om förutsättningarna faktiskt finns.

Resultatets trovärdighet mot den undersökta patientbehandlingen bör dock vara användbar i viss utsträckning, då den handlar om en sammanställning och beskrivning av redan insamlade data. Det sätt på vilket den sedan presenteras och beskrivs ska vara sakligt och objektivt, vilket har varit författarnas målsättning. Resultatet som framkommit får dock inte resultera i omfattande slutsatser, utan mera fungera som vägledning och grund för vidare reflektion till operationsmottagningen, i det arbete som har gjorts fram till nu.

Väljer operationsmottagningen att fortsätta med frågformuläret, rekommenderas det att lägga till kontrollfrågor angående smärtlindringsschema dagen efter operationen. Som exempel kan nämnas ”Har du följt smärtlindringsschemat som ordinerats?” Vidare behövs i vissa avseenden en begreppsdefinition så det specificeras vad som efterfrågas och vad som menas med nöjdhet. Som exempel kan sjuksköterskan under telefonintervju be patienten fritt berätta om sin upplevelse.

HÅLLBAR UTVECKLING

Det faktum att patienten redan samma dag kan gå hem, resulterar i att fler operationer kan genomföras dagligen. Det yttersta målet menar Anåker och Elf (2014) är dock att upprätthålla en miljö som inte skadar nuvarande och framtida generations möjlighet till god hälsa. Smärta och hur den ska lindras, bör därför vara central i en holistisk omvårdnad av patienten. Med stöd i föreliggande resultat är användning av regional anestesi tveklöst betydelsefullt både ur ett patientperspektiv och för framtidens hälso- och sjukvård.

SLUTSATS

Resultatet i föreliggande uppsats visar att patienter som genomgått dagkirurgiska ingrepp i regional anestesi hade illamående i liten omfattning och få patienter hade bekymmer med aktivitet eller förband. Alla patienter var nöjda med operationsförloppet. Emellertid framkom det även, att smärtlindringen var otillfredsstillande såväl vid hemgång som på första postoperativa dagen. Ett förbättringsarbete i behandlingsstrategier för postoperativ smärtlindring efter regional anestesi rekommenderas därför i yttersta syfte att stödja patientens egenvård. Att vara under god

smärtlindring postoperativt är en mänsklig rättighet. Att alla patienter hade svarat ja beträffande nöjdhet, försvarar inte det faktum att en stor del av patienterna hade mycket ont dagen efter operation.

Urvalet av patienter (n=30) anses inte kunna ge en generaliserbar bild men är statistiskt signifikant beträffande postoperativ smärta, vilket understryker vikten av att identifiera förbättringspotentialer.

REFERENSER

- Anåker, A. & Elf, M. (2014). Sustainability in nursing: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 28(2), ss. 381-389. DOI: 10.1111/scs.12121
- Bell, R. F., Dahl, J. B., Moore, R.A & Kalso, E. (2005). Peri-operative ketamine for acute post-operative pain: a quantitative and qualitative systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 49(10), ss. 1405-1428. DOI: 10.1111/j.1399-6576.2005.00814.x
- Berg, T. & Hagen, O. (2013). Förebygga och behandla anestesirelaterade komplikationer. I Hovind, I. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 283-306.
- Borg, E. & Westlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare*. Lieber.
- Brace, N., Kemp, R. & Sneglar, R. (2016). *SPSS for Psychologists [and everybody else]*. macmillan education.
- Breivik, H., Bang, U., Jalonen, J., Vigfússon, G., Alahuhta, S. & Lagerkranser M. (2010). Nordic guidelines for neuraxial blocks in disturbed haemostasis from the Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54(1), ss. 16-41. DOI: 10.1111/j.1399-6576.2009.02089.x
- Cousins, M., Brennan, F & Carr, D. B. (2004). Pain relief: a universal human right. *Pain*, 112(1-2), ss. 1-4. DOI: 10.1016/j.pain.2004.09.002
- Chalmers, P. N., Salazar, D., Fingerman, M. E., Keener, J., D. & Chamberlain A. (2017). Continuous interscalene brachial plexus blockade is associated with reduced length of stay after shoulder arthroplasty. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 103(6), ss. 847-852. DOI:10.1016/j.otsr.2017.06.007
- Currie, K., Strachan, P.H., Spaling, M., Harkness, K., Barber, D., & Clark, A.M. (2015). The importance of interactions between patients and healthcare professionals for heart failure self-care: A systematic review of qualitative research into patient perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(6), ss. 525-535. DOI: 10.1177/1474515114547648
- Dihle, A. (2013). Smärta och smärtlindring. I Hovind, I. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 89–110.
- Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.
- Farup, B. (2013). Ortopedisk kirurgi. I Hovind, I. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 523–528.

FASS Vårdpersonal (2018). Ropivacain.

<http://fass.se/LIF/product?userType=0&npId=20090407000073>. [2018-02-03]

Flores, S., Riguzzi, C., Herring, A. A. & Nagdev, A. (2015). Horner's Syndrome after Superficial Cervical Plexus Block. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 16(3), ss 428-431. DOI: 10.5811/westjem.2015.2.25336

Gauss, A., Tugtekin, I., Georgieff, M., Dinse-Lambracht, A. Keipke, D & Gorsewski, G. (2014). Incidence of clinically symptomatic pneumothorax in ultrasound-guided infraclavicular and supraclavicular brachial plexus block. *Anaesthesia*, 69(4), ss. 327-336. DOI: 10.1111/anae.12586

Haslam, L., Lansdown, A., Lee, J. & van der Vyver (2013). Survey of Current Practices: Peripheral Nerve Block Utilization by ED Physicians for Treatment of Pain in the Hip Fracture Patient Population. *Canadian Geriatrics Journal*, 16(1), ss 16-21. DOI: 10.5770/cgj.16.52

Head, S. J., Seib, R., Osborn, J. A. & Schwarz, S. K. (2011). A "swing room" model based on regional anesthesia reduces turnover time and increases case throughput. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 58(8), ss. 725-732. DOI: 10.1007/s12630-011-9518-2

Henningsen, M. J., Sort, R., Møller, A. M. & Herling, S. F. (2018). Peripheral nerve block in ankle fracture surgery: a qualitative study of patients' experiences. *Anaesthesia*, 73(1), ss. 49-58. DOI: 10.1111/anae.14088

Hoegberg, L. C., Bania T.C., Lavergne V., Bailey B., Turgeon A.F., Thomas S.H., Morris M., Miller-Nesbitt A., Mégarbane B., Magder S. & Gosselin S. (2016). Systematic review of the effect of intravenous lipid emulsion therapy for local anesthetic toxicity. *Clinical Toxicology*, 54(3), ss. 167-193. DOI: 10.3109/15563650.2015.1121270

Hultell, D. (u.å). *Hjälp till självhjälp - En lathund för SPSS*. Tillgänglig: Karolinska Institutet. [2018-01-22]

Hwang, S. M., Lee, J. J., Jang, J. S., Gim, G. H., & Kim, M. C. (2014). Patient Preference and Satisfaction with Their Involvement in the Selection of an Anesthetic Method for Surgery. *Journal of Korean Medical Science*, 29(2), ss. 287–291. DOI: 10.3346/jkms.2014.29.2.287

Ip, H. Y., Abrishami, A., Peng, P.W., Wong, J. & Chung, F. (2009). Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology*, 111(3), ss. 657-677. DOI: 10.1097/ALN.0b013e3181aae87a

Justitiedepartementet (2010). Personuppgiftslag (1998:204).

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204. [2018-03-28]

- Järhult, J & Offenbartl, K. (2013). *Kirurgiboken: vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomer*. Lieber.
- Kovac, A. L. (2000). Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting. *Drugs*, 59(2), ss. 213-243.
- Lindwall, L & von Post, I. (2008). *Perioperativ vård -att förena teori och praxis*. Studentlitteratur.
- Løgstrup K.E. (1997). *The Ethical Demand*. Notre Dame: University of Notre Dame. Press.
- Mirza, F & Brown, A.R. (2011). Ultrasound-guided regional anesthesia for procedures of the upper extremity. *Anesthesiology Research and Practice*, 30. DOI: 10.1155/2011/579824
- Naalsund, U. & Steen-Hansen, E. (2013). Dagkirurgiska patienter. I Hovind, I. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss.465-478.
- Sites, B. D., Bertrand M.L. & Gallagher J.D. (2006). An abnormal clinical course of an ultrasound-guided supraclavicular brachial plexus block using 0.375% bupivacaine. *Journal of Clinical Anesthesia*, 18(6), ss. 449-451. DOI: 10.1016/j.jclinane.2006.01.005
- Socialstyrelsen (2017). *Egenvård. Socialstyrelsens allmänna råd - Personlig assistans och sjukvårdsuppgifter. SOSFS 1996:9*. <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-6> [2018-03- 27]
- Spaling, M.A., Currie, K., Strachan, P.H., Harkness, K. & Clark, A.M. (2015). Improving support for heart failure patients: a systematic review to understand patients' perspectives on self-care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2478-2489. DOI: 10.1111/jan.12712
- Vacchiano, C. A. & Biegner, A. (2014). Regional anesthesia- Upper and Lower Extremity Blocks. I Nagelhaut, J. & Plaus, K. *Nurse Anesthesia*. Fifth Edition. Elsevier, ss.1102-1126.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> [2018-03-25]
- Valeberg, B.T. (2013). Illamående och kräkningar postoperativt. I Hovind, I. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 117-126.
- Valeberg, B. T. (2013). Patienter i regional anestesi. I Hovind, I. (red.) *Anestesiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss. 347-350.
- Warrender, W.J., Syed, U.A.M., Hammoud, S., Emper, W., Ciccotti, M.G., Abboud, J.A. & Freedman, K.B. (2017). Pain Management After Outpatient Shoulder

Arthroscopy: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *The American Journal of Sports Medicine*, 45(7), 1676-1686. DOI: 10.1177/0363546516667906

Bilaga 1

RH

Rasmus Hviid



Thu 1/18, 3:36 PM

nina.widfeldt@vgregion.se;

johan.herlitz@hb.se;

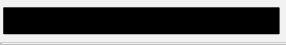
stina.harlid@vgregion.se

Till Nina Widfeldt

Vi är två studenter vid Högskolan i Borås som läser till anestesijuksköterskor. Vår magisteruppsats har syftet att beskriva patienters erfarenheter av att lämna sjukhuset och vara postoperativt smärtlindrad med regional anestesi. Uppsatsen bygger på kvantitativ metod. Förhoppningsvis kan vårt resultat komma till nytta för ert pågående utvecklingsarbete. Vi har haft kontakt med huvudhandledare Kerstin Westerling och VEC Stina Harlid om att få ta del av data från en pågående studie på operationsmottagningen.

Formellt behöver vi ett godkännande från dig, huruvida vi kan få tillgång till att använda data ni har samlad in.

Vi har bestämd träff med Stina Harlid på måndag den 22/1 kl. 14:00 för vidare planering.

För eventuell kontakt med vår handledare är kontaktuppgifterna enligt följande; Professor Johan Herlitz, j 

Med vänlig hälsning

Filippa Falk och Rasmus Hviid

NW

Nina Sjöblom Widfeldt <nina.widfeldt@vgregion.se>

Thu 1/18, 5:50 PM

Hej

Talade med Stina tidigare idag och hon ser inga problem och nackdelar med att genomföra projektet, snarare tvärt om. Jag ställer mig således positiv till detta under förutsättning av riktlinjer kring patientsäkerhet och integritet följs på adekvat sätt.

Med vänliga hälsningar

Nina

Nina Widfeldt

MD, PhD

Överläkare / tf Verksamhetschef, Läkarchef Anestesi och Intensivvård

Bilaga 2

Frågeformulär - Erfarenheter från patienter som har lämnat sjukhuset med regional anestesi.

1.) Smärta

Vid hemgång

NRS- skala: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dagen efter

NRS- skala: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2.) Analgetika- Dagen efter operation

Ja enligt anvisning

Nej

3.) Illamående

Vid hemgång

*Inget illamående
Lite illamående
Mycket illamående
Enstaka kräkningar
Flera kräkningar*

Dagen efter

*Inget illamående
Lite illamående
Mycket illamående
Enstaka kräkningar
Flera kräkningar*

4.) Antiemetika – Dagen efter operation

*Ej ordinerats
Ja, enligt anvisning
Vid behov*

5.) Aktivitet

Vid hemgång

*Utan anmärkning
Lite bekymmer
Stora problem*

Dagen efter

*Utan anmärkning
Lite bekymmer
Stora problem*

6.) Förband – Dagen efter operation

*Sitter utan anmärkning
Blodig, behöver bytas*

7.) Nöjd – Dagen efter operation

*Ja, nöjd.
Nej, inte nöjd.*

8.) Information – Dagen efter operation

*Tillräcklig information
Otilräcklig information*