

Aud Karin Hjelpdahl Sjøveian

**Akselerert pasientforløp-
hvordan kan sykepleieren fremme
pasientens medvirkning i postoperativ
smertebehandling?**

**Masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap
Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning**

Kull 2008 deltid

Forord

*”Enten du sier at du vil lykkes, eller at du ikke vil lykkes..
så har du har uansett rett” (Henry Ford)*

Det er en egenerfart sannhet.. når man sitter med skrivebordet fullt av analysetabeller og alle ord går over i hverandre.. da er det ikke lett å se at dette skal lykkes.

Men takket være gode medstudenter og lærere på HiO som har kommet med oppmuntrende og klargjørende kommentarer har noe av frustrasjonen sluppet taket...

Jeg vil spesielt takke min veileder Marit Leegaard som har gitt meg flott veiledning i denne prosessen!

Og ikke minst takk til sykepleierne som villig stilte opp som informanter på kort varsel!



Mitt ønske er at denne studien kan være et bidrag til å beskrive et praksisfelt i store endringer, hvor nye rutiner og behandlingsformer krever en høy grad av omstillingsevne for både sykepleiere og pasienter.....

ABSTRAKT

Tittel: Akselerert pasientforløp- hvordan kan sykepleieren fremme pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling?

Formål: Formålet med studien er å beskrive sykepleieres erfaringer med akselerert behandlingsforløp ved hofte- og kneprotesekirurgi, og hvordan sykepleiere og pasienter samhandler om den postoperative smertebehandlingen.

Teoretisk forankring: Akselerert pasientforløp er en behandlingsmetode hvor preoperativ informasjon, teamarbeid, pasientdeltagelse og effektiv smertelindring skal bidra til at pasienten raskt gjenvinner normale funksjoner etter kirurgi. Tidligere studier viser en positiv medisinsk og kostnadsbesparende nytte av behandlingen, men samhandlingen mellom sykepleiere og pasienter i den postoperative perioden har ikke vært i fokus.

Metodologi: Studien har et kvalitativ deskriptivt design, hvor undersøkelsesmetoden består av fem semistrukturerte intervjuer av sykepleiere. Analysen følger de prinsipper for kvalitativ analyse som Kvale & Brinkmann (2009) beskriver.

Resultater: Pasientene er tidlig mobilisert etter hofte- og kneprotesekirurgi, men mange erfarer sterke smerter ved mobilisering 2. postoperative døgn. Mange pasienter har en passiv kommunikasjonsform, og bruk av ”numeric rate scale” viser diskrepans mellom pasientens og sykepleierens smertevurdering. Studien viser både personrelaterte og strukturelle barrierer for pasientmedvirkning i smertebehandlingen.

Konklusjon: Ved implementering av akselerert pasientforløp kreves det ikke bare en omorganisering av prosedyrer og rutiner, men det bør legges til rette for at innarbeidede holdninger, oppfatninger og roller hos helsepersonell og pasienter får tid til å endres.

Relevans for klinisk praksis: Studien har primært relevans for sykepleie ved akselerert pasientforløp, men prinsippet om pasientmedvirkning vil også være relevant ved postoperativ smertebehandling generelt.

ABSTRACT

Title: Accelerated patient care - how can nurses promote patient involvement in post-operative pain management?

Purpose: The purpose of this study is to describe nurses' experiences with accelerated patient care in hip and knee-arthroplasty, and how nurses and patients interact in postoperative pain management.

Review: Accelerated patient care is a treatment where preoperative education, team work, patient participation and effective pain management will help the patient to quickly regain normal functions after surgery. Previous studies show a positive medical and cost-effective benefit of the treatment, but little attention is shown regarding interaction between patients and nurses in the postoperative period.

Design and methods: The study has a qualitative descriptive design where the research method consists of five semi-structured interviews of nurses. The analysis follows the principles of qualitative analysis as described by Kvale & Brinkmann (2009).

Findings: Patients are mobilized early after hip and knee replacement surgery, but many experience severe pain at mobilization on the 2.nd postoperative day.

Many patients have a passive form of communication, and a discrepancy was found between the patients assessment of pain and the nurses assessment by use of a numeric rate scale. The study shows both personal and structural barriers to patient participation in pain management.

Conclusion: The implementation of accelerated patient care requires not only a reorganization of procedures and routines. Steps must also be taken to ensure that the ingrained attitudes, perceptions and roles of health personnel and patients have time to change.

Relevance to clinical practice: The study is primarily relevant to nursing in accelerated patient care, but the principle of patient participation will be relevant in postoperative pain management in general.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	8
1.1	TEMA OG PROBLEMSTILLING	8
1.2	STUDIENS AVGRENSNING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	9
1.3	BEGREPSAVKLARINGER.....	9
1.4	EGEN FORFORSTÅELSE	9
1.5	STUDIENS HENSIKT OG RELEVANS	10
1.6	DESIGN	10
1.7	ETISKE OVERVEIELSER	10
1.8	VALG AV LITTERATUR	11
2	TEORETISK BAKGRUNN FOR STUDIEN	14
2.1	JOINT CARE	14
2.2	BEHANDLINGSPRINSIPPER VED HOFTE- OG KNEPROTESEKIRURGI	16
2.2.1	<i>Årsak til behandling</i>	16
2.2.2	<i>Akselerert pasientforløp</i>	17
2.2.3	<i>Evaluering av behandling og videre forskning</i>	17
2.2.4	<i>Sykepleieintervensjoner</i>	19
2.3	POSTOPERATIV SMERTE-OG SMERTEBEHANDLING	20
2.3.1	<i>Hva kjennetegner postoperativ smerte?</i>	20
2.3.2	<i>Multimodal smertebehandling ved protesekirurgi</i>	22
2.3.3	<i>Sykepleierens rolle i smertebehandlingen</i>	23
2.4	PRESENTASJON AV BEGREPET PASIENTMEDVIRKNING	26
2.4.1	<i>Fra umyndiggjøring til medvirkning</i>	27
2.4.2	<i>Faglige, etiske og juridiske rammer for medvirkning</i>	27
2.4.3	<i>Begrepet pasientmedvirkning</i>	28
2.4.4	<i>Begrepet adherence</i>	33
2.4.5	<i>Begrepet partnership</i>	34
2.5	SYKEPLEIETEORETISK REFERANSERAMME	35
2.5.1	<i>Peplau`s teori</i>	35
2.5.2	<i>Benner og Wrubels omsorgsteori</i>	36
3	DESIGN OG METODE	39
3.1	KVALITATIV FORSKNINGSMETODE	39
3.2	KVALITATIVT DESKRIPTIVT DESIGN	40
3.3	METODE	41
3.4	ANALYSEVERKTØY	44
3.5	ETISKE OVERVEIELSER	45
4	DATAANALYSE	48
4.1	INTERVJUSITUASJONEN	48
4.2	TRANSKRIBERINGSFASEN	48
4.3	KVALITATIV INNHOLDSANALYSE	49

5	FUNN	54
5.1	HVORDAN BESKRIVER SYKEPLEIEREN PASIENTENS POSTOPERATIVE SMERTEOPPLEVELSE VED JOINT CARE?.....	55
5.1.1	<i>Kategori 1) Joint Care kontra ordinær protesekirurgi</i>	55
5.1.2	<i>Kategori 2) Smerteopplevelse og aktivitet fra 2.postoperative døgn</i>	56
5.2	HVORDAN SAMHANDLER SYKEPLEIEREN OG PASIENTEN OM SMERTEBEHANDLINGEN?	57
5.2.1	<i>Kategori 1) Pasientens initiativ til å be om smertestillende</i>	58
5.2.2	<i>Kategori 2) Bruk av smertekartleggingsverktøy</i>	58
5.2.3	<i>Kategori 3) Dialog om smerte</i>	60
5.3	HVORDAN PÅVIRKER ORGANISERINGEN AV JOINT CARE PASIENTENS DELTAGELSE I SMERTEBEHANDLINGEN?	61
5.3.1	<i>Kategori 1) Forhold ved pasienten som kan påvirke deltagelse</i>	62
5.3.2	<i>Kategori 2) Forberedelsesdagens betydning for pasientens deltagelse</i>	63
5.3.3	<i>Kategori 3) Gruppedynamikkens betydning for pasientens deltagelse i smertebehandlingen</i> .	64
5.3.4	<i>Kategori 4) Hvordan påvirker rammene for samhandlingen mellom sykepleier og pasient pasientens deltagelse?</i>	65
5.3.5	<i>Kategori 5) Hvordan påvirker det tverrfaglige samarbeid pasientens deltagelse?</i>	66
5.4	SYKEPLEIERNES FORSLAG TIL ENDRING/UTVIKLING INNEN JOINT CARE.....	67
5.4.1	<i>Kategori 1) Rutiner for smertebehandling</i>	67
5.4.2	<i>Kategori 2) Organisering av pasientgruppene</i>	68
5.4.3	<i>Kategori 3) Informasjon til pasientene</i>	68
6	DISKUSJON	70
6.1	PASIENTENS SMERTE- OG AKTIVITETSMØNSTER	70
6.1.1	<i>Variasjon i smerter og aktivitetetsnivå etter 1.postoperative døgn</i>	70
6.1.2	<i>Fysiske årsaker til smerte</i>	72
6.1.3	<i>Persepsjon av smerte</i>	72
6.2	SYKEPLEIER- PASIENTRELASJONEN, EN FORUTSETNING FOR MEDVIRKNING?	74
6.2.1	<i>Rammer for relasjonen mellom sykepleier og pasient</i>	74
6.2.2	<i>Den tilbakeholdne pasienten</i>	75
6.2.3	<i>Den deltagende pasienten</i>	76
6.2.4	<i>Dialog om smerte</i>	77
6.3	FORBEREDELSESDAGENS BETYDNING FOR PASIENTENS MEDVIRKNING I SMERTEBEHANDLINGEN	79
6.4	GRUPPEDYNAMIKKENS BETYDNING FOR PASIENTENS DELTAGELSE I SMERTEBEHANDLINGEN	83
6.5	HVORDAN PÅVIRKER DET TVERRFAGLIGE SAMARBEID PASIENTENS DELTAGELSE I SMERTEBEHANDLINGEN?	85
6.6	PASIENTMEDVIRKNING- PÅ HVILKE PREMISSE?	86
6.7	METODEKRITIKK	90
6.8	STUDIENS IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS.....	93
6.9	FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	95
7	KONKLUSJON	96
8	VEDLEGG 1) INTERVJUGUIDE	107
	VEDLEGG 2) FORESPØRSEL TIL INFORMANTENE	108
9	VEDLEGG 3) GODKJENNING FRA NSD	111

10	VEDLEGG 4) INFORMASJON OM JOINT CARE.....	113
	VEDLEGG 5) SMERTEBEHANDLING VED KNEPROTESE.....	114
	VEDLEGG 6) SMERTEBEHANDLING VED HOFTEPROTESE.....	118

1 INNLEDNING

1.1 Tema og problemstilling

Temaet i denne masteroppgaven er postoperativ smertebehandling ved akselerert pasientforløp (fast-track surgery), og hvordan sykepleiere erfarer sin samhandling med pasienten. Hovedvekten legges på hvordan sykepleieren konkret kan styrke pasientens medvirkning i smertebehandlingen.

Dihle, Bjølseth, & Helseth (2006) viser i sin studie at det er et stort gap mellom det sykepleierne sier at de gjør og det de faktisk gjør av kartlegging, behandling og preoperativ informasjon vedrørende postoperative smerter. Selv om smerter er forventet etter kirurgi, viser studien at sykepleiere ikke flinke nok til å dekke pasientens behov for smertelindring.

Fokus på pasienten som deltager i postoperativ smertebehandling fremheves av Haigh (2008), hvor pasientene oppfordres til å ta mer ansvar for egen helse, og hvor pasienter og helsearbeidere forventes å jobbe sammen som partnere for å oppnå ønsket resultat.

Tidligere forskning har hatt fokus på utvikling av nye kirurgiske metoder, nye smertebehandlingsregimer og styrking av både sykepleiernes og pasientenes kunnskaper (Bell & Duffy, 2009), og dette gjelder spesielt ved akselerert pasientforløp. Det som kjennetegner rammene for smertebehandlingen ved akselerert pasientforløp er at det er kort liggetid i sykehus, og forutsetter at pasienten er en aktiv part i behandlingen. Dette kan utfordre rollene og ansvarsforholdet mellom sykepleier og pasient.

Ved gjennomgang av tidligere studier savnes en evaluering av hvordan sykepleiere og pasienter samhandler i den postoperative fasen ved akselerert pasientforløp, og hvordan pasientens medvirkning i smertebehandlingen konkret gjennomføres. Dette perspektivet danner utgangspunktet for studiens problemstilling:

Akselerert pasientforløp- hvordan kan sykepleieren fremme pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling?

1.2 Studiens avgrensning og forskningsspørsmål

Studiens empiri er hentet fra en ortopedisk sengepost ved et av landets helseforetak, med fokus på sykepleiernes erfaringer med pasienter som deltar i Joint Care. Joint Care er en form for akselerert pasientforløp ved hofte- og kneprotese kirurgi. Et av kriteriene for at behandling med Joint Care skal ha ønsket effekt, er at pasienten er optimalt smertelindret, og dette innebærer at pasienten tar en aktiv rolle i smertebehandlingen. Studiens har fokus på samhandlingen mellom sykepleier og pasient i den postoperative perioden som ved Joint Care er normert til fire døgn. Problemstillingen er konkretisert i følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan beskriver sykepleieren pasientens postoperative smerteopplevelse ved Joint Care?
- 2) Hvordan samhandler sykepleieren og pasienten om smertebehandlingen?
- 3) Hvordan påvirker organiseringen av Joint Care pasientens deltagelse i smertebehandlingen?
- 4) Sykepleiernes vurderinger av aktuelle områder for endring og utvikling innen Joint Care.

Oppgaven består av en teoridel, en metodedel og en diskusjonsdel slik det fremkommer av innholdsfortegnelsen.

1.3 Begrepsavklaringer

I problemstillingen og i forskningsspørsmålene er følgende begreper anvendt.

- Akselerert pasientforløp. De engelske begrepene ”fast-track surgery” “accelerated course/recovery” eller “rapid recovery” er oversatt til ”akselerert pasientforløp” (Tidsskrift for den norske legeförening, 2009), og det velges å bruke dette begrepet i denne studien.
- Samhandling: Med samhandling menes en koordinering og gjennomføring av aktiviteter relatert til postoperativ smertebehandling.
- Deltagelse/medvirkning. Det er valgt å bruke begrepet ”deltagelse” i forskningsspørsmålene i stedet for ”medvirkning”, da medvirkningsbegrepet først trekkes inn i diskusjonskapitlet. Med deltagelse menes her den synlige aktivitet pasienten viser i smertebehandlingen. Medvirkning defineres i teorikapitlet.

1.4 Egen forforståelse

I perioden 2003- 2007 jobbet jeg som sykepleier og fagutviklingssykepleier ved den avdelingen studien gjennomføres ved, men jeg har ikke erfaring med Joint Care. I forbindelse med kliniske studier i masterstudiets modul 3 høsten 2009, intervjuet jeg noen pasienter som

ble behandlet i Joint Care om deres erfaring med smertekartleggingsverktøy. I tillegg deltok jeg som observatør på en preoperativ forberedelsesdag. Mitt hovedinntrykk var at både sykepleiere og pasienter hadde en positiv opplevelse av behandlingen, men at ikke alle pasienter var like godt smertelindret.

1.5 Studiens hensikt og relevans

Hensikten med studien er å kartlegge sykepleieres erfaringer ved akselerert behandlingsforløp relatert til hofte- og kneprotesekirurgi, og hvordan sykepleiere samhandler med pasienten om den postoperative i smertebehandlingen. Studien følger den modell for sykepleievitenskap som Kirkevold (2002) beskriver som den *objektivt beskrivende disiplin*, hvor hensikten er å beskrive virkeligheten uten å ta en normativ stilling til observasjonene (Kirkevold, 2002). Samtidig kan studien ha en normativ effekt ved at sykepleierne blir bevisst sin egen praksis, og ser behovet for endring og kunnskapsutvikling. Studien vil primært ha relevans for sykepleiepraksis relatert til Joint Care, men prinsippet om pasientmedvirkning vil ha overføringsverdi til postoperativ smertebehandling generelt. Studien peker framover mot implikasjoner for praksis og behov for videre forskning, som i følge Malterud (2003) styrker studiens relevans.

1.6 Design

Studien bygger på et kvalitativ deskriptivt design etter inspirasjon av Sandelowski (2000), hvor undersøkelsesmetoden består av fem enkeltintervjuer av sykepleiere. Det er brukt en semistrukturert intervjuguide, og analysen følger de trinn som Kvale & Brinkmann (2009) beskriver.

1.7 Ethiske overveielser

Krav til anonymisering av informantene er ivaretatt ved at navn på helseforetaket er erstattet med NN-HF. De interne behandlingslinjer og retningslinjer for Joint Care er anonymisert ved at logo er fjernet i vedleggene. Gjennomføring av studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, og oppbevaring og behandling av data er gjort etter gjeldende forskrifter.

1.8 Valg av litteratur

Teoritilfanget bygger på relevant pensumlitteratur fra masterstudiet i klinisk sykepleievitenskap ved Høgskolen i Oslo, samt annen sykepleiefaglig og naturvitenskapelig litteratur hentet fra bøker og artikler. Anvendt sykepleieteori er hentet fra Peplau (1991), Benner & Wrubel (1989), og noe fra Kari Martinsen. Det er anvendt litteratur som beskriver kvalitativ metode, og sentrale forfattere er Kvale & Brinkmann (2009), Malterud (2003), Polit & Beck (2006), Thorne (2006) og Sandelowski (2000). Systematisk litteratursøk er gjort i ulike databaser i helsebiblioteket. Det er søkt på reviewartikler i Cochrane og Joanna Briggs institute, samt reviewartikler og enkeltstudier i medline/pubmed/embase, cinahl, orthopaedic nursing, clinical evidence, nursing ethics og Vård i Norden. Det er også benyttet studier fra de ulike studienes referanselister. Aktuelle søkeord og kombinasjoner vises av følgende PIO-skjema. I basene medline/embase/pubmed er mesh-termer brukt. Det er ikke søkt spesifikt på ”control” som ellers inngår i et PICO-skjema, da det ikke er relevant å teste effekt av ulike intervensjoner eller behandlingsformer i denne studien. Det er først gjort søk på et og et ord, og deretter er ulike kombinasjoner av ord i den enkelte kolonne satt sammen med OR. Videre er kombinasjoner satt sammen med AND på tvers av kolonnene.

AND

OR

Patient/Problem (P)	Intervention (I)	Outcome (O)
<ul style="list-style-type: none"> • nurse/nurses/ nursing • patient/patients • hip/ knee • orthopaedic patient • elderly • osteoarthritis • fast track surgery • rapid recovery surgery • Joint Care • accelerated /perioperative • hip or knee arthroplasty/ joint replacement • postoperative care/ period • age/sex 	<ul style="list-style-type: none"> • education /preoperative education / • hospital information systems/ information/ information management • multimodal treatment • pain/pain postoperative /pain assessment/ pain management / pain measurement • multimodal analgesia/rehab • NRS / numeric rate scale /pain assessment tool/pain rating • interdisciplinary /multidisciplinary/team work/interprofessional • group dynamics/ group processes / group based education • teaching • interpersonal relations • interaction/intervention/communication • collaboration • clinical pathways/guidelines/implementation 	<ul style="list-style-type: none"> • empowerment • partnership/ participation/ involvement • autonomy • decisionmaking /shared • self-management • locus of control • satisfaction • informed patient • advocacy /paternalism • distress • coping • rehabilitation/recovery/ mobilization • adherence/compliance/ concordance • hospital stay/discharge • pain relief • symptom management • learn/learning

Fordelingen av henholdsvis kvalitative og kvantitative studier er ikke gjort ut fra bestemte kriterier, men det er vektlagt at kvantitative studier kan bidra som en bakgrunnskunnskap for behandling og smertelindring, mens de kvalitative studier belyser erfaringer knyttet til smerte og til samhandling mellom sykepleier og pasient.

I søk etter studier som omtaler akselerert pasientforløp er det gjort en avgrensning fra år 2000 til d.d, da akselerert pasientforløp er blitt implementert i løpet av denne tidsperioden i USA og Europa. Søkene resulterte i mange funn hvor behandlingsformen beskrives, og hvor fokus er på kirurgiske metoder, smertebehandlingsregimer, rehabilitering, kort hospitalisering og kostnadsreduksjon, samt den helsemessige gevinsten av behandlingen. Disse studiene er gjort av leger, og sykepleieperspektivet er dermed lite beskrevet. Studiene er hentet fra USA og Europa, og det er ikke funnet noen norske studier.

Et enkelt på søk i medline gir et eksempel på dette:

Kombinasjonen `rapid recovery.mp/ accelerated perioperative care.mp./ fast track surgery.mp.` gav 3255 treff men kombinert med `nurse.mp/nurses.mp` gav det kun 14 treff. En av studiene hadde et sykepleieperspektiv knyttet til hjertekirurgi (Naughton, Cheek & O'Hara K, 2005), og den studien fremhever at sykepleierens tilgjengelighet ved pasientsengen er en begrensende faktor ved deres rapid-recovery program. De øvrige 13 studiene nevnte sykepleieren som en del av teamet.

Gjennom mine øvrige søk har jeg ikke funnet sykepleieforskning som er rettet mot samhandlingen mellom sykepleier og pasient ved akselerert pasientforløp, og det er derfor valgt å bruke annen sykepleieforskning som beskriver sykepleierens ansvar ved postoperativ smertebehandling, og spesielt rettet mot smertekartlegging og dialog. Denne kunnskapen kan ha overføringsverdi til akselerert pasientforløp, selv om tidsrammen for smertebehandlingen er av kortere varighet.

I søk på begrepet pasientmedvirkning er det gjort et bredt søk for å finne ulike tilnærminger og definisjoner, og det er valgt å bruke studier som har fokus på sykepleiekonteksten. De valgte artikler fokuseres hverken på smerte eller kirurgisk behandling, men prinsippene er relevante for akselerert behandlingsforløp.

Det er også gjort søk på andre begreper som *shared-decision-making*, *empowerment*, *self-efficacy* og *self-management*, og en spesifikk *partnership-modell* (Hook, 2006). Dette

materialet bidro til en forståelse av kompleksiteten i begrepet pasientmedvirkning, men det er valgt å ikke introdusere disse begrepene i studien.

For å beskrive gjeldende praksisrutiner for Joint Care, er helseforetakets retningslinjer og behandlingslinjer lagt til grunn, men dette betraktes ikke som en del av kunnskapsgrunnlaget for studien. Mye av dette materialet ikke er tilgjengelig på web, og vil dermed ikke foreligge i referanselisten, men noen prosedyrer er lagt ved som vedlegg for å anonymisere informantene.

Aktuell informasjon om Joint Care ligger på hjemmesiden til Biomet®, men uten referanse til den forskning og filosofi som konseptet bygger på. Det er også en svakhet at det ikke fremkommer hvilke faggrupper som har utviklet konseptet. For å kartlegge dette er det gjort direkte henvendelse på e-post til firmaet Biomet®, men uten respons. Det er derfor valg å bruke en studie av Gordon (2010) som beskriver ”Rapid Recovery Principles” som Joint Care også bygger på. Det er søkt spesifikt på begrepet gruppedynamikk/ gruppeprosesser da det er et av prinsippene i Joint Care, men det er ikke funnet noen studier som beskriver dette begrepet i en postoperativ kontekst, annet enn at det er nevnt av Gordon (2010).

2 TEORETISK BAKGRUNN FOR STUDIEN

I den første del av kapittelet presenteres Joint Care som behandlingsform, det medisinske kunnskapsgrunnlaget for akselerert pasientforløp, forskning knyttet til postoperativ smertebehandling, og sykepleierens ansvar for smertekartlegging og dialog med pasienten.

Den sykepleiefaglige referanseramme for studien er begrepet pasientmedvirkning som er beskrevet i en sykepleier-pasientkontekst. Begrepet relateres til Peplau's teori om mellommenneskelig relasjoner i sykepleie og til Benner og Wrubels omsorgsteori.

Pasientmedvirkning er en konsekvens av pasientrollens utvikling og de overordnede etiske og juridiske rammer for autonomi.

2.1 Joint Care

Behandlingskonseptet Joint Care ble våren 2009 implementert i den sengeposten studien er gjennomført ved, og er en form for akselerert pasientforløp ved hofte- og kneprotesekirurgi. Formålet med akselerert pasientforløp er at preoperativ informasjon, teamarbeid, pasientdeltagelse og effektiv smertelindring skal bidra til at pasienten raskt gjenvinner normale funksjoner etter kirurgi (Kremer, Ulrich, Buchler, & Uhl, 2005).

Begrepet "joint" gjenspeiler både at behandlingen rettes mot leddet, samt prinsippene om gruppefelleskap og tverrfaglig samarbeid.

Joint Care bygger på prinsippene i "Rapid Recovery Program" (Biomet®), som beskrives i en studie av Gordon (2010). Programmet består av et helhetlig akselerert pasientforløp som har til hensikt å øke effektivitet og kvalitet ved hofte- og kneprotesekirurgi.

Videre presenteres kort de prinsipper for Rapid Recovery Program som Gordon (2010) beskriver, samt den konkrete implementeringen av Joint Care ved NN helseforetak.

1. Standardiserte protokoller og behandlingslinjer (Gordon, 2010). Det aktuelle helseforetaket har utarbeidet behandlingslinjer for hele pasientforløpet, samt spesifikke retningslinjer for anestesimetode, smertebehandling og fysioterapi ved Joint Care. Behandlingsmetoden ble evaluert etter 6 måneders prosjektperiode, og videre evaluering

gjøres på bakgrunn av fortløpende pasienttilfredshetsundersøkelse (Behandlings- og retningslinjer for NN-HF).

2. Pasientundervisning med fokus på pasientens forventninger (Gordon, 2010).

Ved Joint Care blir pasientene samlet gruppevis til en felles forberedelsesdag 1-2 uker før innleggelse hvor både pasienter og pårørende inviteres. Det gis informasjon av ortoped, sykepleier og fysioterapeut, samt at pasientene øver på fysikalsk opptrening. Sykepleier legger i sin informasjon vekt på den postoperative smertebehandlingen, om bruk av NRS (numeric rate scale), og om viktigheten av å rapportere smerter. Det gis rom for dialog hvor pasienten forventninger og bekymringer rundt inngrepet tas opp. I forkant av forberedelsesdagen får pasientene tilsendt et skriftlig informasjonshefte med de samme temaer som blir gjennomgått på forberedelsesdagen (Behandlings- og retningslinjer for NN-HF).

3. Fokus på pasienten som en partner i behandlingen (Gordon, 2010). Det vektlegges at pasienten er medansvarlig for behandlingen, og den preoperative undervisningen skal gjøre pasienten kompetent til dette. Ved å innta et eierforhold til egen behandling vil pasienten føle seg bemyndiget og bevisstgjort på en raskere rehabilitering, som innebærer større grad av kontroll. Det vektlegges at pasientene ikke er syke selv om de innlegges for behandling, og dette synliggjøres bl.a ved at pasientene skal bruke eget tøy postoperativt (Gordon, 2010).

For å delta i Joint Care må pasientene være oppegående, selvhjulpne og ha et kognitivt funksjonsnivå som er forenelig med de krav behandlingen medfører (Behandlings- og retningslinjer for NN-HF).

4. Fokus på gruppedynamikk. Hensikten med gruppedynamikken er at de pasientene som opereres samme dag, og som følger hverandre gjennom hele forløpet skal oppleve støtte i hverandre. Ved å skape en lett og avslappet atmosfære kan pasientene inspirere hverandre, oppleve fellesskap, trygghet og utveksle erfaringer (Gordon, 2010).

”Gruppedynamikk er en betegnelse på kreftenes spill i en gruppe, interaksjonen mellom de forskjellige medlemmene, hvordan de kommuniserer med hverandre og hvordan konflikter oppstår og løses” (Store Norske Leksikon).

Ved Joint Care opereres pasientene i grupper på tre alternativt to på samme dag, og følger hverandre fra forberedelsesdagen og helt til de utskrives. Pasientene bor fortrinnsvis på

samme rom, og ellers foregår alle daglige aktiviteter og måltider på en felles dagligstue som er innredet med justerbare hvilestoler, TV og treningsutstyr. Alle måltidene inntas felles, og det blir gitt felles informasjon og trening med fysioterapeut (Behandlings- og retningslinjer for NN-HF).

5. Tidlig mobilisering og rehabilitering (Gordon, 2010). Kombinasjonen av preoperativ undervisning og trening, spesifikke anestesi og smertelindringsprotokoller med en ny tverrfaglig tenkemåte gjør at pasienten kan mobiliseres allerede operasjonsdagen (Gordon, 2010).

Ved Joint Care gjør effektiv smertebehandling det mulig å starte opptreningen allerede noen timer etter operasjonen med forsiktig mobilisering ut av sengen. Aktivitetsnivået økes hver dag med krykketrening og individuell trening med fysioterapeut. Det anvendes numeric rate scale (NRS) som smertekartleggingsverktøy, og skalaen presenteres både på forberedelsesdagen og postoperativt. Målet med smertebehandlingen er at pasientene skal ha $NRS < 3$ i hvile (Behandlings- og retningslinjer for NN-HF)

6. Planlagt utskrivelse (Gordon, 2010). En del av den preoperative kartleggingen består av at pasientene vurderes av fysioterapeut, og eventuelle tilpasninger i hjemmet gjøres før utskrivelse. Pasienten er informert om utskrivelsesdagen allerede ved ankomst (Gordon, 2010).

Ved Joint Care blir pasientene innlagt på pasienthotell dagen før inngrepet, og operasjonsdagen overflyttes de til ortopedisk sengepost etter inngrepet. Den 4.postoperative dag utskrives pasientene til enten til hjemmet med oppfølging av fysioterapeut i kommunen, eller til videre opphold på opptreningssenter (Behandlings- og retningslinjer for NN-HF)

2.2 Behandlingsprinsipper ved hofte- og kneprotesekirurgi

2.2.1 Årsak til behandling

Bakgrunnen for hofte- og kneprotesekirurgi er osteoartritt eller slitasjegikt, en degenerasjon av leddet som medfører leddsmerter og dysfunksjon (Dosanjh, Matta, & Bhandari, 2009). Osteoartritt er et omfattende og langvarig helseproblem som øker med en stadig eldre

befolkning. Hos eldre mennesker utgjør osteoartritt i hofter og knær den vanligste årsaken til smerte og nedsatt funksjonsevne. Verdens helseorganisasjon (WHO) rapporterer at 80 prosent av pasienter med osteoartritt har ulik grad av nedsatt bevegelsesevne, og 25 prosent av disse er ikke i stand til å gjennomføre dagliglivets nødvendige aktiviteter (McHugh & Luker, 2009). Innsetting av total hofte- og kneprotese er ansett som en effektiv og anerkjent behandlingsmetode. Denne behandlingen bidrar til å redusere smerte, forbedre fysisk funksjonsevne og til å øke den helserelaterte livskvaliteten (McHugh & Luker, 2009).

2.2.2 Akselerert pasientforløp

Bakgrunnen for at akselerert pasientforløp er utviklet innen hofte-og kneprotese kirurgi beskrives av Berend, Lombardi & Mallory (2004). Ved hofte-og kneprotese kirurgi oppnås langsiktige mål som smertelindring, bedret funksjon, stabilitet og varighet i de aller fleste tilfellene. På bakgrunn av dette er det blitt satt fokus på å oppnå tilsvarende suksess i den perioperative perioden. Målet er å redusere perioperative komplikasjoner, fremme raskere opptrening og redusere antall liggedøgn i sykehus (Berend, Lombardi & Mallory, 2004). En islandsk studie (Siggeirsdottir, Olafsson, Jonsson, Iwarsson, Gudnason & Jonsson, 2005) av pasienter som gjennomgikk hofteprotese kirurgi, viser at preoperativ undervisning etterfulgt av hjemmebasert rehabilitering synes å være en effektiv måte å forkorte sykehusoppholdet på. Dette bidro også til en bedret fysisk funksjonsevne og livskvalitet (Siggeirsdottir, et al., 2005).

I følge Walter, Bass, Bock, & Markell (2007) er følgende intervensjoner avgjørende for utfallet av akselerert pasientforløp ved leddproteser: Preoperativ kartlegging av pasienten, undervisning om forventet forløp, og planlegging av egnet oppfølging etter utskrivelse. I den perioperative fasen er målet å minimalisere den kirurgiske stressresponsen ved å anvende adekvat smertelindring og minimale invasive teknikker. Postoperativt er målet å fremme tidlig tilbakevending til normal funksjon. Dette innebærer begrenset bruk og tidlig seponering av dren og katetre, raskere mobilisering, tidlig peroralt inntak av næring og analgetika, samt adekvat kvalme- og smertelindring (Walter, Bass, Bock, & Markel, 2007).

2.2.3 Evaluering av behandling og videre forskning

Det er valgt å gå i dybden på en studie fra Danmark, da implementeringen av Joint Care i Norge er inspirert av dansk forskning og behandlingsresultater.

Akselerert pasientforløp ved hofte-og kneprotesekirurgi ble i Danmark utviklet og implementert etter en studie på ortopediske pasienter i 2002 (Henrik Husted, Holm, & Sonne-Holm, 2004).

Videre presenteres utdrag fra en studie (Larsen, Hvass, Hansen, Thomsen, & Soballe, 2008) hvor resultatene før- og etter implementering av akselerert pasientforløp ved hofte- og kneprotesekirurgi ble kartlagt hos pasienter. Kontrollgruppen (N=105) deltok i studien før implementering, og intervensjonsgruppen (N=142) deltok etter implementering. Resultatene ble primært målt i antall liggedøgn i avdelingen, og sekundært på uheldige konsekvenser hos pasienten i løpet av de tre første postoperative månedene. Selve operasjonsmetoden og anestesiformen var identisk for begge gruppene, og de fikk også det samme smerteregimet med perorale analgetika. Den multimodale intervensjonen besto av en felles informasjonsdag før innleggelse hvor pasientene ble informert om mål for behandlingen, om planlagt utskrivelse på 4. postoperative dag, om smertelindring og mobiliseringsstrategier, samt at pasientene fikk tildelt hjelpemidler til mobilisering. Pasienten ble oppfordret til å unngå den tradisjonelle pasientrollen ved å bruke egne klær, og ikke se på seg selv som syk. Personalet jobbet mot fastsatte daglige mål relatert til informasjon, smertelindring, kontroll av kvalme, ernæring, mobilisering og eliminasjon. De fastsatte utskrivningskriterier, både før og etter implementering, var at pasientene godkjente utskrivelsen, opplevde tilfredsstillende smertekontroll, hadde kunnskap om nedtrapping av smertestillende medikamenter og om bevegelsesrestriksjoner. I tillegg var kravet at pasienten kunne reise seg på rett måte fra liggende og sittende stilling, gå trygt med eller uten hjelpemidler, gå i trapper ved behov, kunne utføre personlig hygiene, og at det ikke var tegn til postoperativ sårinfeksjon. Nødvendige hjelpetiltak og praktiske hjelpemidler skulle også være på plass i hjemmet før utskrivelse. Resultatet av intervensjonen viser at gjennomsnittlig antall liggedøgn ble redusert fra 8.8 dager til 4.3 dager etter implementering, men ingen signifikant forskjell ble registrert når det gjelder postoperative komplikasjoner (Larsen et al, 2008).

Husted, Solgaard, Hansen, Søballe & Kehlet (2010) har senere gjennomført en studie ved de fire første avdelingene som implementerte akselerert pasientforløp ved hofte-og kneprotesekirurgi i Danmark. Alle pasientene ble inkludert i denne behandlingsformen på de aktuelle avdelingene, som for øvrig hadde svært lik organisering og behandlingsprinsipper.

Kjennetegnene var et gjennomsnittlig opphold på 2,8- 3.9 dager, standardiserte intraoperative teknikker, multimodal opioidbesparende smertebehandling, tidlig mobilisering og utskrivelse. Husted et al (2010) fremhever viktigheten av tverrfaglig preoperativ pasientundervisning, samt

bruk av skriftlige behandlingsplaner som beskriver de ulike aspektene innen behandlingsforløpet. Informasjon om det planlagte tidsperspektivet er sentralt med tanke på å motivere pasientene til å bli en aktiv deltager (H Husted, Solgaard, Hansen, Søballe, & Kehlet, 2010)

Fra 2009 og i en femårsperiode framover vil det i følge Husted et al (2010) satses på en rekke studier i Danmark med tanke på å forbedre det akselererte pasientforløpet ved hofte- og kneprotesekirurgi. Satsningsområdene er rettet mot optimalisering av smertebehandling, rehabilitering, strategier for blodtransfusjoner, tromboseprofylakse, minimalisering av postoperativ dysfunksjon og fokus på sikkerhetsaspektet (Husted et al, 2010).

Det konkretiseres ikke hva som vil være fokus for sykepleieforskningen innen dette området, og hverken Larsen et al (2008) eller Husted et al (2010) belyser hvilken rolle sykepleieren har i den postoperative smertebehandlingen av pasienten.

2.2.4 Sykepleieintervensjoner

Innen akselerert pasientforløp beskriver ikke de presenterte studier hva som kjennetegner sykepleieintervensjoner kontra medisinskfaglige intervensjoner. Implisitt har sykepleieren en sentral rolle i både den pre, per- og postoperative behandlingen ved akselerert pasientforløp. Følgende definisjon av begrepet indikerer at sykepleieren utfører ulike former for sykepleieintervensjoner innen akselerert pasientforløp.

Nursing intervention: *“Any treatment, based upon clinical judgement and knowledge, that a nurse performs to enhance patient/client outcomes. Nursing interventions include both direct and indirect care, both nurse-initiated, physician-initiated, and other provider-initiated treatments”* (Bulechek & McCloskey, 1999, s.10).

Denne definisjonen har relevans for Joint Care på ulike områder. Den direkte omsorgsintervensjonen kan handle om interaksjonen mellom sykepleier og pasient i forhold til å utføre fysiske hjelpetiltak, samt psykisk støtte og veiledning. Den indirekte omsorgsintervensjonen vil være rettet mot sykepleierens administrative og tverrfaglige funksjon, som involverer samarbeid med lege og fysioterapeut. Sykepleierens legedelegerte intervensjoner vil være knyttet til å utføre og evaluere den forordnede behandling, både knyttet til smertelindring og mobilisering.

Joint Care-behandlingens fokus på pasientens deltagelse vil være et sentralt premiss for de aktuelle sykepleieintervensjoner rettet mot postoperativ smertebehandling.

2.3 Postoperativ smerte-og smertebehandling

I dette kapitlet presenteres kompleksiteten ved den postoperative smerte og den multimodale smertebehandlingsmetoden som anvendes ved Joint Care.

Smertebehandling i sykepleiepraksis kan defineres som ”*alleviation of pain, increasing mobility levels and faciliation of comfort and dignity*” (Yang, 2010). Ved Joint Care vil det overordnede mål med pasientens deltagelse i smertehandlingen være optimal smertelindring og tidlig mobilisering, samt å redusere langsiktige plager.

2.3.1 Hva kjennetegner postoperativ smerte?

En akutt smerte

Postoperativ smerte klassifiseres som akutt smerte. Det som kjennetegner den akutte smerten er at den har en begrenset varighet, og har vanligvis en identifiserbar årsak (Kitcatt, 2010).

Akutte smerter kan ha en varighet fra noen minutter og opptil 3 måneder, men i enkelte tilfeller også opp til 6 måneder (Stubhaug & Ljoså, 2008).

Ortopedisk kirurgi er definert blant de mest smertefulle inngrep (Pasero & McCaffery, 2007).

Den sterke smerten skyldes i høy grad inngrepets art som involverer reparasjon eller rekonstruksjon av muskel - og benvev. I tillegg har flere av pasientene en bakgrunn med langvarige smertetilstander som kan komplisere den postoperative smertebehandlingen dersom smerten ikke er optimalt behandlet preoperativt (Pasero & McCaffery, 2007).

Hofte- og kneprotesekirurgi er store kirurgiske inngrep som krever intervensjoner som reduserer den kirurgiske stressresponsen (Larsen, Hansen, & Soballe, 2008). Generelt i den per- og postoperative fasen responderer kroppen med store endringer nevrologisk, endokrinologisk, metabolsk, samt forandringer i organfunksjonene (Kehlet, 1997).

I følge Gandhi, Tsvetkov, Dhottar et al (2010) er smerte den vanligste indikasjon for innsetting av leddprotese hos mennesker som har osteoartritt. Den smerteopplevelse som disse pasientene rapporterer er påvirket av fysiologiske, psykologiske og demografiske faktorer, som medfører en stor variasjon av hvordan den postoperative smerten erfares. Nøyaktig kartlegging av smertens karakter og styrke er viktig med tanke på valg av analgetika, og for å sette realistiske mål for pasienten. Det preoperative smertenivå viser seg å påvirke de langsiktige resultatene av protesekirurgi (Gandhi, Tsvetkov, Dhottar, Davey, & Mahomed, 2010).

En subjektiv opplevelse

IASP (The International Association for the Study of Pain) beskriver smerte som en subjektiv og personlig opplevelse: ” *Smerte er en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse knyttet til truende eller eksisterende vevsødeleggelse, eller beskrevet som slik ødeleggelse*” (Merskey & Bogduk, 1994).

Ved hofte- og kneprotesekirurgi vil smerten primært være en sensorisk respons på det kirurgiske inngrepet, og samtidig er smertens karakter og intensitet individuell fra pasient til pasient. Smerten som en personlig opplevelse er også definert av McCaffery : ”*Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte*” (McCaffery, 1972) .

Når det gjelder smertens emosjonelle side fremhever McMMain (2008) at selv om akutte smerter har en hensikt og er en naturlig konsekvens av inngrepet, vil ubehandlet og vedvarende smerte kunne påføre pasienten alvorlige psykiske plager. Dette kan komme til uttrykk i form av endret smerteopplevelse, økt følsomhet, frykt, bekymring, angst, søvnvansker, senket stemningsleie, lav selvfølelse og depresjon (McMMain, 2008).

En annen studie (Dambreville, Blay, Carles, Boileau, & Hovorka, 2007) viser at den postoperative smerteopplevelsen er forbundet med tidligere opplevelse av postoperative smerter, varigheten av tidligere smerter, intensiteten av preoperative smerter, og med depresjon.

Fysiologiske konsekvenser av ubehandlet smerte

Horlocker (2010) fremhever at mangelfull smertelindring ved hofte- og kneprotesekirurgi hindrer effektiv trening og rehabilitering. Trening er avgjørende for leddets bevegelighet, og nedsatt aktivitet øker risikoen for forlenget sykehusopphold og dannelse av tromboembolier (Horlocker, 2010). En reviewartikkel (Kehlet, Jensen, & Woolf, 2006) viser at akutte postoperativ smerter er etterfulgt av varige smertetilstander hos 10-50 prosent av de pasientene som gjennomgår vanlige operasjoner som lyskebrokk, bryst og thoraxkirurgi, leggamputasjoner og koronar arteriell bypass-kirurgi. Den kroniske smerten kan være alvorlig hos 2-10 prosent av disse pasientene, og derfor representerer vedvarende postoperative smerter et alvorlig klinisk problem. Tross økt kunnskap om de prosesser som medfører vedvarende postoperative smerter, og enkle metoder for å identifisere pasienter som har økt risiko for å utvikle smerter, ser man at behandling og forebygging av postoperative

vedvarende smertetilstander fremdeles er uadekvat (Khelet et al, 2006). Kroniske smertetilstander kan videre utvikle en tilstand som kalles hyperalgesi, det vil si at pasienten opplever økt intensitet i smertefulle stimuli (Babaum, Buhsnell, & Devor, 2008). I en reviewartikkel (Polomano, Dunwoody, Krenzischek, & Rathmell, 2008) framkommer det at 50 % (N:250) av postoperative pasienter rapporterer ukontrollerte postoperative smerter, og at manglende postoperativ smertebehandling medfører betydelige fysiologiske, emosjonelle, mentale og økonomiske konsekvenser. Problemet henger ofte sammen med at pasienten ikke er klar over sine rettigheter, og har vanskelig for å be om ekstra smertestillende. Mange sykepleiere og leger har manglende kunnskaper om konsekvensene av uadekvat smertelindring, og er ofte ikke i stand til å måle smerten effektivt (Polomano et al, 2008).

2.3.2 Multimodal smertebehandling ved protesekirurgi

Ved akselerert pasientforløp er behandlingen rettet mot å begrense de nevnte skadevirkninger av ubehandlet smerte. ”*Multimodal analgesia is a multidisciplinary approach to pain management, with the aim of maximizing the positive aspects of the treatment while limiting the associated side effects*” (Horlocker, 2010).

Ved ordinær hofte- og kneprotesekirurgi kreves ofte hospitalisering på 5-10 dager for å oppnå effektiv smertelindring (Kerr & Kohan, 2008). Tradisjonelt har den postoperative smertehandlingen bestått av enten intravenøs patientkontrollert analgesi (PCA) eller epidural anestesi (Horlocker, 2010). Nyere bruk av perifere eller regionale anestesiteknikker og kombinasjon av opioider og non-opioider har ført til et gjennomslag innen smertebehandlingen. Dette bidrar også til å redusere den kirurgiske stressresponsen og til å senke opioidbehovet (Horlocker, 2010).

En systematisk review (Sharma, Morgan, & Cheng, 2009) over faktorer som påvirker tidlig mobilisering etter hofteprotesekirurgi, fremhever at multimodal smertelindring sammen med reviderte anestesiprotokoller bidrar til redusert bruk av opioider parenteralt og styrker pasientens tilfredshet. Utviklingen av behandlingsmetoder som krever kortvarige sykehusopphold gir en begrenset mulighet til rehabilitering mens pasienten er inneliggende. Dette forsterker viktigheten av effektiv postoperativ smertebehandling. Sharma et al (2009) fremhever videre at multimodal smertelindring bidrar til å øke pasientens samarbeid ved akselerert pasientforløp, og at den postoperative smerteopplevelse påvirker pasientens mulighet til å delta i rehabiliteringen.

En av de sentrale komponentene i den multimodal smertebehandlingen er anvendelse av Local infiltration analgesia (LIA). Denne teknikk er utviklet av Kerr & Kohan (2008), og er basert på en systematisk infiltrasjon av medikamenter inn i vevet rundt operasjonsområdet. Målet er tilfredsstillende smertekontroll med begrenset fysiologisk ubehag, tidlig mobilisering og tidlig utskrivelse fra sykehus (Kerr & Kohan, 2008).

Joint Care bygger på det multimodale smertelindringsregimet som presenteres kort i følgende tabell .

Preoperativt	Kvelden før kl 20.00: buprenorfin plaster 5 mcg/t og paracetamol 1 g per os. Operasjonsdagen: paracetamol 1 g per os og ibuprofen 400 mg per os
Peroperativt	Spinalanestesi : fentanyl/ bupivacain Lokalanaestesi (LIA): ropivakain/adrenalin Ising (cold therapy)
Operasjonsdagen	Smerteregimet kontinueres med buprenorfin plaster, paracetamol per os og ibuprofen per os. Eventuelt: Oksykodon 5 mg per os og/eller Ketobemidon 2,5-5 mg iv Påfyll i LIA-kateter etter 4 timer
Videre forløp	Som på operasjonsdagen I tillegg gis påfyll i LIA-kateter kl.08, deretter seponeres dette. Eventuelt oppstart av oksykodon depot per os.
Adjuvant behandling	Iposer (cold therapy) legges på det opererte området etter trening med fysioterapi og ellers ved behov, hvor hensikten er å kjøle ned og dempe hevelse.

(Prosedyre for smertebehandling NN-HF, vedlegg nr 4 og 5)

2.3.3 Sykepleierens rolle i smertebehandlingen

I tillegg til effektive behandlingsteknikker vil smertelindring ved Joint Care forutsette en systematisk smertekartlegging, og her har sykepleieren et viktig ansvar. Pasienten er introdusert for bruk av NRS (numeric rate scale) i forkant av inngrepet, og bruk av dette verktøy vil være sentralt i samhandlingen mellom sykepleier og pasient.

Målet med smertekartlegging

Målet med systematisk smertekartlegging er at smertebehandlingen skal være individuell og optimal (Torvik, Skauge, & Rustøen, 2008). Kitcatt (2010) fremhever at smertekartlegging er kjernen i effektiv smertebehandling. Smerten bør kartlegges og dokumenteres regelmessig og involvere pasienten i størst mulig grad. Det er pasienten selv som vet hvordan smerten

kjennes, om de er komfortable, og om smertene er på et akseptabelt nivå. Dokumentasjon av smerte har vært mangelfull sammenlignet med andre vitale tegn, og i 1995 definerte Campbell smerte som det femte vitale tegn. Smerte skal kartlegges og registreres på lik linje med temperatur, blodtrykk, puls og respirasjon (Kitcatt, 2010).

Dihle et al (2006) fant i sin studie at smertekartlegging av postoperative pasienter var tilfeldig og i stor grad basert på sykepleiernes subjektive vurderinger. Et fåtall brukte smertekartleggingsverktøy, og manglende smertekartlegging medførte ofte at pasientene ikke ble tilfredsstillende smertelindret ved mobilisering (Dihle, Bjølseth, & Helseth, 2006).

I en litteraturreview (Bell & Duffy, 2009) som beskriver temaet smertekartlegging og smertebehandling i kirurgiske avdelinger, fremkommer følgende funn og videre anbefalinger: Ubehandlet postoperativ smerte er fortsatt et vanlig problem til tross for enorm teknologisk utvikling, grundig forskning innen smertebehandling, og effektive smertelindringsstrategier. Sykepleiere er den yrkesgruppen som tilbringer mest tid hos pasienten, og er derfor i en unik posisjon til å både kartlegge og behandle smerte. Aktuelle barrierer for effektiv smertelindring består av oppfatninger og holdninger hos pasienter og sykepleiere, og av sykepleiernes strukturering av arbeidstiden (Bell & Duffy, 2009).

Bell & Duffy (2009) presiserer at videre forskning på området er nødvendig, og det anbefales at praktikere evaluerer sin egen praksis for å utvikle bedre rutiner for smertebehandling- og kartlegging. Smerte bør kartlegges både før og etter administrering av analgetika, smerteskalaer bør benyttes for å måle effekt av smertestillende på en empirisk måte, og smerteskår bør dokumenteres i pasientens journal (Bell & Duffy, 2009).

Bruk av smertekartleggingsverktøy

Manias, Bucknall, & Botti (2004) viser til definisjonen om at "*pain is whatever the experiencing person says it is...*" (McCaffery, 1972), og fremhever at smertens natur er individuell, og at objektiv måling er vanskelig. Artikkelen belyser at smerten ikke kan måles direkte, men indirekte ved hjelp pasientens selvrapporing og manifesterte adferd. For å smertekartlegge kreves da et verktøy som gjør det mulig å reflektere den individuelle smerteopplevelsen (Elizabeth Manias, Bucknall, & Botti, 2004).

Breivik, Borchgrevink & Allen et al (2008) fremhever viktigheten av å måle intensiteten i den postoperative smerte, og at pålitelig smertekartlegging er viktig både for kliniske studier og for effektiv smertebehandling. Ved å bruke endimensjonale kartleggingsverktøy som VAS

og NRS vil man kunne avdekke endringer i pasientens smerteintensitet både i hvile og aktivitet. Disse skalaene er godt samstemte, og har høy grad av sensitivitet i målingen av postoperative smerter. VAS og NRS er best egnet til å måle pasientens subjektive opplevelse av den smerten som er tilstede i øyeblikket (Breivik, et al., 2008)

Utvikling av smertekartleggingsmetoder har foregått siden 1940-tallet, og det skilles mellom multidimensjonale og endimensjonale verktøy (Noble, et al., 2005). De multidimensjonale verktøy måler flere aspekter ved smerteopplevelsen, som for eksempel ”*McGill Pain Questionnaire*”, mens de endimensjonale måler som oftest kun smerteintensiteten (Mackintosh, 2007). Aktuelle endimensjonale skalaer er “verbal rating scale” (VRS), ”visual analogue scale” (VAS), og ”numeric rate scale” (NRS) og ansiktsskalaer. VAS består av en 10 cm lang linjal med ytterpunktene 0 og 10, hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte. De samme ytterpunktene gjelder for NRS, men NRS kan brukes verbalt og uten linjal (Noble, et al., 2005). NRS foretrekkes fremfor VAS da den er enklere å forstå for de fleste mennesker, og er ikke avhengig av godt syn, fingerferdighet, papir og penn (Breivik, et al., 2008)

Den norske lægeforenings retningslinjer for smertelindring (2009) sier at målet er at pasienter i postoperativ fase ikke overskrider NRS på 3. Dette er også det nivå som er satt for kirurgiske pasienter ved det sykehus denne studien er gjennomført.

En svakhet ved bruk av endimensjonale smerteskalaer som NRS og VAS, er at de kun avdekker smertens intensitet og ikke smertens opplevelsedimensjon (Rolfsson, 2009).

Torvik, Skauge og Rustøen (2008) fremhever at ved akutte smerter vil smerteintensitet, årsak og type smerte være mest aktuelt å kartlegge, mens ved kroniske smertetilstander er meningsaspektet mer sentralt.

Dialog mellom sykepleier og pasient

Ved Joint Care var gjennomsnittsalderen på pasientene 66,4 år det første halvår etter at prosjektet startet, og hadde et aldersspenn fra 38-80 år (Behandlings-og retningslinjer ved NNHF). Tidligere studier viser at eldre ofte bruker andre ord enn yngre for å beskrive smerte (Torvik & Bjøro, 2008), og at mange eldre ikke klarer å tallfeste sin smerte (Herr, Spratt, Mobily, & Richardson, 2004).

I det følgende vises det til studier som fremhever viktigheten av dialog som utgangspunkt for smertebehandlingen.

Eide (2008) fremhever viktigheten av sykepleierens kommunikasjonsferdigheter for at pasienter med smerter skal føle seg hjulpet. Anerkjennelse er en kommunikasjonsstrategi som er av stor betydning i samtale med pasienter, og det er spesielt viktig å anerkjenne at det pasienten beskriver som smerte, er smerte (Eide, 2008).

Schafheutle, Cantrill, & Noyce (2001) viser i sin studie at sykepleierens manglende oppmerksomhet på sin verbale og nonverbale uttrykksform kan være en ubevisst barriere for effektiv smertebehandling (Schafheutle, Cantrill, & Noyce, 2001). Dihle et al (2006) fremhever at manglende kommunikasjon kan være en av årsakene til mangelfull smertelindring. Studien viser at når sykepleiere stiller åpne og upresise spørsmål svarer ikke pasientene direkte på om de har smerter. Noen sykepleiere tar heller ikke pasientens nonverbale signaler på alvor, og kan lytte til at pasientens klage over ubehag uten å reagere med handling. Dihle et al (2006) viser at i de tilfellene hvor sykepleierne viste en aktiv tilnærming til pasientens smerteproblem, førte dette til bedre smertebehandling. Dette viser at kjernen i god smertebehandling ligger i sykepleierens evne til å kommunisere med pasienten, at hun fanger opp pasientens signaler og gjør aktiv bruk av kunnskap om smerter (Dihle et al, 2008).

Selv om disse studiene ikke har fokusert på akselerert pasientforløp, vil trolig mye av det samme mønster finne sted dersom sykepleier og pasient ikke gjøres bevisst på sin egen kommunikasjonsform. I det følgende beskrives teori knyttet til pasientmedvirkning som kan bidra til å belyse samhandlingen mellom sykepleier og pasient på en mer utdypende måte.

2.4 Presentasjon av begrepet pasientmedvirkning

Prinsippet om at pasienten skal være en aktiv deltager i behandlingen er sentralt ved Joint Care. I denne studien er det valgt å trekke frem ulike sider av begrepet pasientmedvirkning som en teoretisk bakgrunnsforståelse for hvordan sykepleier og pasient samhandler ved Joint Care-programmet.

Akselerert pasientforløp og behandlingsmetoder som Joint Care er en konsekvens av den medisinsk-tekniske utviklingen, og innebærer også en endret pasientrolle.

I det følgende beskrives utviklingen av pasientrollen i korte trekk fra 1900-tallet til i dag. Denne bakgrunnsforståelse er sentral for å sette begrepet pasientmedvirkning inn i et historisk perspektiv.

2.4.1 Fra umyndiggjøring til medvirkning

Lassen (2010) beskriver hvordan den paternalistisk tradisjon var sterk rådende i begynnelsen på 1900-tallet, der legen ble sett på som den absolutte autoritet innen sykdomsbehandling. På den tid gav nye medisinske og kirurgiske behandlingsmetoder revolusjonerende resultater, og spesielt innen kirurgi ble det gjort store framskritt. Denne utviklingen var styrende for pasientbegrepet, og pasientene ble sett på som interessante medisinske objekter (Lassen, 2010). Folkets forventninger til helsevesenet og en autoritetstro pasientkultur kulminerte i 1950-årene, der tidligere dødelige sykdommer lot seg behandle ved hjelp av antibiotika og andre tablettkurer. På 1970-tallet oppsto nye krav til behandling som følge av sosialmedisinske- og livsstilsrelaterte sykdommer. Behandlingsmetodene ble effektivisert og optimalisert, primærsektoren ble bygget ut, og nye begreper som samproblemer og egenomsorg ble innført. Helsepersonellens syn måtte endres fra å se på pasienten som et medisinsk objekt til et sykt menneske. Sykepleieelevne ble undervist i behovsorientert og pasientsentrert sykepleie, og ble introdusert teorier om omsorg, medmenneskelighet og kommunikasjon (Lassen, 2010). Mot slutten av 1900-tallet begynte flere pasientgrupper å kreve informasjon og medbestemmelse i sin behandling. Slik har pasientens rolle utviklet seg fra å være umyndiggjort og fremmedgjort til medansvarlig og informert (Lassen, 2010). I 1999 ble pasientrettighetsloven (Pasrl) innført i Norge, og pasientene i spesialisthelsetjenesten fikk lovfestet rett til medvirkning. Videre følger en kort presentasjon av de gjeldende faglige, etiske og juridiske rammer som styrer retten til medvirkning.

2.4.2 Faglige, etiske og juridiske rammer for medvirkning

I definisjonen av kunnskapsbasert sykepleie er pasientens medvirkning beskrevet:

”Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjon” (Nortvedt et al, 2008 s 15).

Pasientens ønsker og behov blir beskrevet som brukermedvirkning og brukerkunnskap, som innebærer pasientens erfaring, kunnskap, verdier og preferanser (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinar, 2008)

Pasientmedvirkning bygger på retten til autonomi som er et av de fire overordnede medisinske-etiske prinsipper; ikke-skade,- velgjørenhet,- rettferdighet - og autonomiprinsippet (Beauchamp & Childress, 2009). Relatert til medisinsk behandling vurderes pasientens

autonomi ut fra følgende kriterier; pasienten må være fullt informert og kunne forstå informasjonen og konsekvenser av ulike valg, pasienten må ha samtykkekompetanse, være fri fra ytre press, og det behandlingsvalget pasienten tar må være konsistent (Beauchamp & Childress, 2009).

Autonomiprinsippet er forankret i pasientrettighetsloven: *”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger”* (Pasrl. 1999 § 2).

Gjennom helsepersonelloven (Hlspl, 1999) har sykepleieren en motsvarende plikt til å ivareta pasientens rett til medvirkning, og i tillegg skal helsepersonelloven kvalitetssikre en faglig forsvarlig standard innen sykepleietjenesten. Pasientens rett til medvirkning er også forankret i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007) ved at sykepleieren *”fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått* (kap.1.2).

Angående pasientens rett til autonomi, fremhever Slettebø og Nortvedt (2006) hvordan presentasjon av omsorgstilbudet må tilpasses og vurderes på bakgrunn av pasientens forberedthet og ønske om å være autonom. Retten til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp betyr ikke konsekvent at pasienten skal medvirke, og i noen situasjoner må autonomiprinsippet vurderes opp mot ikke-skadeprinsippet. Helsepersonell kan ikke fraskrive seg sitt faglige ansvar til fordel for pasientens ønsker (Slettebø & Nortvedt, 2006), og i følge pasientrettighetsloven har pasientene *”rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder”* (Pasrl, 1999 § 3.1).

Ved Joint Care er pasientens rett til selvbestemmelse eller autonomi ivaretatt ved at pasienten frivillig deltar i behandlingen, etter informasjon av lege. Pasientene blir også informert både muntlig og skriftlig før innleggelse om planlagt behandlingsforløp, og hvordan de selv skal være deltagende i behandlingen.

2.4.3 Begrepet pasientmedvirkning

Begrepet ”participation” kommer av det latinske ordet ”participare” og betyr å være involvert og ta del i (Sahlsten, Larsson, Sjostrom, & Plos, 2008). Innen sykepleiefaglig sammenheng er begrepet under utvikling, og er beskrevet både empirisk og gjennom systematiske begrepsanalyser.

Sykepleieres beskrivelse av pasientmedvirkning

Sahlsten, Larsson, Lindencrona, & Plos (2005) har i en empirisk studie gjennomført fokusgruppeintervju av sykepleiere (N=31) og kartlagt deres forståelse av begrepet pasientmedvirkning. Bakgrunnen for studien er at pasientrollen innebærer en forventning om den aktive pasient som er involvert i sin behandling, men det mangler en empirisk "grounded theory" av begrepet. Flere sykepleieforskere har tidligere fremhevet betydningen av pasientmedvirkning, men ingen tidligere studier viser en felles forståelse av begrepet når det gjelder definisjoner, elementer og prosesser. Derimot anvendes ulike termer som *pasient*, *klient* og *bruker* knyttet til *involvering*, *samarbeid*, *innflytelse* og *"partnership"* (Sahlsten, Larsson, Lindencrona, & Plos, 2005).

Sahlsten et al (2005) konkluderer med at sykepleierne beskriver pasientmedvirkning som en mellommenneskelig prosess, og som kjennetegnes ved likevekt i forhandlingsprosesser basert på mellommenneskelige prosedyrer, terapeutisk tilnærming, fokus på ressurser og muligheter for innflytelse.

Pasienters beskrivelse av pasientmedvirkning

I en empirisk studie (Eldh, Ekman, & Ehnfors, 2006) gjennomføres en spørreundersøkelse med åpne spørsmål som kartlegger pasienters (N=362) opplevelse av pasientmedvirkning. Studien fremhever at pasientmedvirkning har vært et sentralt anliggende i helsevesenet helt siden 1960-70 tallet, da de sosiale bevegelsene utfordret det sosiale hierarki til fordel for den individuelle autonomi. Pasientmedvirkning er blitt et sentralt begrep innen omsorgsfeltet, og det ledende perspektiv har vært at pasientene tar del i beslutningsprosesser som påvirker deres egen situasjon (Eldh, et al., 2006). Et sentralt funn i studien til Eldh et al (2006) er at pasientenes opplevelse av medvirkning handler om å delta i beslutningsprosesser og å motta informasjon, men det må samtidig vises respekt for det individuelle, og for den kunnskap man som individ bærer med seg. Denne kunnskapen er ikke kun relatert til symptomer, men også den enkelte pasients situasjon, inkludert hvor og hvordan man må leve med sine sykdommer eller symptomer (Eldh, et al., 2006).

Analysen av begrepet pasientmedvirkning

I en reviewartikkel av Cahill (1996) beskrives pasientmedvirkning som ” *en aktiv prosess som involverer pasientens gjennomføring av kliniske eller dagligdagse ferdigheter, eller at pasienten deltar i beslutningsprosesser helt fra innleggelse til utskrivelse* ”.

Cahill (1996) gjør i sin studie en sammenligning av begrepet pasientmedvirkning med andre anvendte begreper som ”partnership”, samarbeid og involvering. Han hevder at begrepene ofte blir brukt om hverandre i litteraturen selv om disse har klare forskjeller, og kan plasseres i en hierarkisk relasjon bestående av tre nivåer (Cahill, 1996)

Det laveste nivå er beskrevet som ”*patient involvement*” eller ”*patient collaboration*” (Cahill, 1996). På dette nivået betraktes samarbeidet som en enveisprosess hvor aktivitetene er delegert til pasienten fra omsorgsgiver, og pasientens stemme er ofte ignorert. Det vektlegges ikke samme grad av tilpasset informasjon og overføring av kunnskap på dette nivået som på de øvrige nivåene. Pasienten kan ha en opplevelse av å være deltagende, men dette er avhengig av den enkelte situasjon (Cahill, 1996).

Neste nivå er ”*patient participation*”, og består av følgende kjennetegn innen en sykepleier-pasientkontekst: Det må finne sted en relasjon mellom sykepleier og pasient hvor gapet mellom pasientens og sykepleierens kunnskap og kompetanse blir begrenset. Det forutsettes overgivelse av en viss grad av makt eller kontroll fra sykepleieren. Fra pasientens side forutsettes det engasjement i valgte intellektuelle og fysiske aktiviteter i løpet av behandlingsprosessen, og som resulterer i et ønsket resultat (Cahill, 1996).

”Partnership” er definert som det øverste nivå, og beskrives som et gjensidig arbeidsforhold eller felles satsning, basert på en muntlig eller skriftlig avtale. Avtalen innebærer en felles målsetting, planlegging, implementering og evaluering. På dette nivå er pasientens involvering til stede gjennom hele behandlingsprosessen (Cahill, 1996).

Cahill (1996) fremhever at ”partnership” og ”participation” er grunnleggende prinsipper i sykepleieutøvelsen, og bør være et mål og ideal som alle praktikere jobber mot.

Sahlsten, Larsson, Sjostrom, & Plos (2008) bygger videre på studien til Cahill (1996), og presenterer en lignende beskrivelse av begrepet, men på et mer detaljert nivå. Studien innebærer en begrepsanalyse som tar utgangspunkt i pasientmedvirkning innen sykepleiepraksis, både i akuttmedisinske, kirurgiske og langtidsavdelinger i sykehus.

Det er formulert en definisjon av begrepet som innebærer at pasientmedvirkning eksisterer når alle de følgende kjennetegn er til stede: En etablert relasjon mellom sykepleier og pasient, overgivelsen av makt og kontroll fra sykepleier til pasient, delt informasjon og kunnskap, og aktiv engasjement i både intellektuelle og fysiske aktiviteter (Sahlsten, et al., 2008).

I det følgende gjengis de faktorer som Sahlsten et al (2008) definerer som kjennetegn, forutsetninger og konsekvenser av pasientmedvirkning.

1. Kjennetegn ved pasientmedvirkning.

Et av kjennetegnene er at det er etablert en relasjon mellom sykepleier og pasient som karakteriseres som god, likeverdig, tillitsfull, respektfull, og med konitinitet. Sykepleieren uttrykker en genuin interesse og empati, og bruker tid til å bli kjent med pasienten.

Pasientmedvirkning kjennetegnes ved at det overgis en viss makt og kontroll fra sykepleier til pasient. Den grad av kontroll sykepleieren besitter vil påvirke pasientens grad av medvirkning. Kontroll overgis ved at sykepleieren oppmuntrer og støtter pasienten til å delta i beslutninger, og til å ta ansvar for egenomsorg og andre aktiviteter han kan mestre. Dette ansvaret forutsetter også en forpliktelse fra pasientens side.

Pasientmedvirkning innebærer også at det utveksles meningsfull informasjon og kunnskap mellom sykepleier og pasient. Dette innebærer at sykepleierene får tak i pasientens meninger, forventninger og erfaringer, og sørger for individuelt tilpasset informasjon og kunnskap. Dialogen fortsetter inntil informasjonsutvekslingen er komplett, og pasienten frivillig og på eget initiativ søker den informasjon han/hun ønsker.

I tillegg er et aktivt gjensidig engasjement i både intellektuelle og fysiske aktiviteter til stede gjennom alle ledd i sykepleieprosessen. Sykepleieren motiverer, oppmuntrer og støtter pasienten til å samarbeide etter hans evne. Dette gjelder både i planlegging, implementering og evaluering av sykepleietjenesten. Pasientens villighet til å delta er forbundet med flere faktorer som dyktighet, helsestatus, holdninger og tillit (Sahlsten, et al., 2008).

2. Forutsetninger for pasientmedvirkning

Forutsetninger er beskrevet som ”*de forhold eller hendelser som må ligge til rette for at pasientmedvirkning kan finne sted*” (Sahlsten, et al., 2008).

Sahlsten et al (2008) fremhever viktigheten av at sykepleieren anerkjenner pasientens individualitet og likeverdighet, samt evne til å ha ansvar, makt og kontroll.

Samtidig må pasienten være villig til å påta seg dette ansvar, og ha tilgang på tilstrekkelig, egnet, forståelig informasjon som gir kunnskap og trygghet. Pasientmedvirkning forutsetter en kontinuitet i relasjonen ved at det utpekes en definert sykepleier. Rolleavklaring mellom sykepleier og pasient er også en avgjørende forutsetning (Sahlsten et al, 2008).

3. Konsekvenser av pasientmedvirkning

I følge Sahlsten et al (2008) er det en stor mangel på empiriske studier som har satt fokus på konsekvensene av pasientmedvirkning innen sykepleiefaget, men i noen studier er konsekvensene nevnt som funn selv om dette i utgangspunktet ikke var hovedfokus.

Følgende konsekvenser er beskrevet som de ”forhold eller hendelser som oppstår som et resultat av pasientmedvirkning” (Sahlsten et al, 2008).

De positive konsekvensene av pasientmedvirkning er at pasientene opplever økt tilfredshet med behandling og sykehusopphold, økt forståelse og trygghet, samt bedre tilpasning til situasjonen. I tillegg beskrives konsekvensene som bedre behandlingsresultater, bemyndigelse av pasienten og begrenset sårbarhet.

De negative konsekvensene som er beskrevet av pasienter, er opplevelse av ubehag når medpasienter lytter til rapportering ved sengen.

Fra sykepleiernes side er det rapportert at opplevelse av maktesløshet, risiko for utbrenthet og stress kan oppstå når de blir forhindret fra å implementere pasientmedvirkning i praksis (Sahlsten et al, 2008).

Forhold som begrenser pasientmedvirkning

Sahlsten et al (2008) beskriver også forhold som begrenser pasientmedvirkning. Aktuelle forhold er konflikter mellom sykepleier og pasient, overbeskyttelse fra sykepleier, begrenset kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, oppgaveorienterte gjøremål, omgivelser som begrenser pasientens privatliv, og at det ikke eksisterer en likeverdig relasjon mellom sykepleier og pasient. Andre begrensninger er at pasientene ikke blir møtt med respekt, ikke får informasjon, eller at deres behov og ønsker ikke blir ivaretatt (Sahlsten et al, 2008)

2.4.4 Begrepet adherence

Som en del av pasientens medvirkning i Joint Care er det sentralt å trekke inn begrepet ”adherence”. Pasienten har sagt seg villig til å delta i et standardisert behandlingsforløp som innebære faste smertelindringsregimer, og forutsetningen for at behandlingen skal lykkes er at pasienten er optimalt smertelindret. I forhold til autonomiprinsippet er det da et spørsmål om pasienten har et reelt valg i forhold til smertebehandling.

I en begrepsanalyse (Bissonnette, 2008) gis følgende definisjon av ”adherence”: ” *the extent to which patients follow the instructions they are given for prescribed treatments.* ”

Begrepet ”adherence” ble innført som en erstatning til ”compliance” etter anbefaling fra Verdens Helseorganisasjon i 2003. Adherence skulle innebære at pasienten frivillig følger de gitte anbefalinger framfor å passivt adlyde, slik som compliance–begrepet kunne oppfattes. Likevel viser ingen helseforskning om pasientens enighet i behandlingen resulterer i endret adferd ved å betegne dette som ”adherence” fremfor ”compliance”. Begrepet er blitt ytterligere utviklet til begrepet ”concordance” som innebærer en allianse mellom pasient og helsepersonell basert på realistiske forventninger, forhandlinger, gjensidighet og delte beslutningsprosesser. Likevel er det ikke gjort noen studier som viser om disse vilkårene fører til endring av pasientens adferd relatert til behandling (Bissonnette, 2008).

Bissonnette (2008) fant i sin studie at innen helsefaglig forskning er det ingen forskjell på beskrivelsene av ”compliance” og adherence”, og det er ikke gitt noen definisjon av ”adherence” som gjenspeiler en pasient-sentrert tilnærming . Kaufmann & Birks (2009) beskriver faktorer som påvirker ”adherence”, og nevner demografiske forhold bestående av pasientens bakgrunn, alder og utdanning. Videre nevnes kunnskap og forståelse av den informasjon som er gitt, pasientens motivasjon og evne til å følge et behandlingsregime, og eventuelle oppfatninger av skadelige bivirkninger og frykt for avhengighet (Kaufman & Birks, 2009).

Begrepene ”adherence” og ”concordance” viser at pasientens medvirkning i smertebehandling ved Joint Care er avhengig av god informasjon og forståelse hos pasienten som gjør at han frivillig følger de anbefalte retningslinjer.

2.4.5 Begrepet partnership

I ”rapid recovery principles” som Joint Care bygger på defineres pasienten som en partner i behandlingen (Gordon, 2010), uten at det fremkommer hvilken faglig tradisjon og referanseramme dette begrepet er hentet fra.

Gallant, Beaulieu, & Carnevale (2002) har gjennomgått litteratur fra perioden 1982-2000 som omtaler begrepet partnership innen sykepleier-klientrelasjonen. Denne litteraturen er hentet både fra disiplinene sykepleie, medisin, sosialvitenskap og psykologi. I artikkelen brukes begrepet klient i stedet for pasient, og derfor brukes klientbegrepet også i den følgende beskrivelse.

Studien fremhever at fordelen med ”partnership” er empowerment (bemyndigelse) av klienten. Empowerment blir her beskrevet som klientens økte mulighet til å handle på egne vegne gjennom kontroll, kompetanse og tillit (Gallant, Beaulieu, & Carnevale, 2002)

Gallant et al (2002) fremhever at partnership består av en strukturert relasjon som kjennetegnes ved deling av makt og forhandlinger.

Den strukturerte relasjonen involverer en innlednings- og en arbeidsfase som har ulike fokus og mål, og hvor parternes roller og ansvarsfordeling avklares. Bruk av forhandlinger er den viktigste kommunikasjonsformen innen ”partnership”-prosessen, og dette bidrar til at klienten oppnår større kontroll og ansvar for sine beslutninger (Gallant et al,2002).

1. Innledningsfasen

Relasjonen innledes med en enighet mellom partene, og involverer en grundig kartlegging av helse- eller sykdomsrelaterte bekymringer som vil være et videre fokus for samarbeidet.

Sykepleieren forventes å ha en aktiv lyttende rolle med å hjelpe klienten til å identifisere hvilke områder som danner grunnlaget for videre handling, og til å sette mål. Denne prosessen fremmer klientens identifisering av sin personlige styrke, lærer han å bli selvrefleksiv, og det bygges tillitt i relasjonen (Gallant et al, 2002).

2. Arbeidsfasen

Videre beskrives det en arbeidsfase, der sykepleier og klient deler ulike typer formell og erfaringsbasert kunnskap relatert til helse og håndtering av helserelaterte problemer.

Sykepleieren bidrar med sin fagkompetanse som underviser, tilrettelegger og hjelper, mens

klienten innehar spesifikk kunnskap om mestring av symptomer og erfaring med å leve med sin sykdom.

En viktig del av arbeidsfasen er å evaluere det arbeidet som gjøres mot det fastsatte mål. Dette kan føre til at rollene og ansvarsfordelingen mellom partene endres. Sykepleieren arbeider for klientens bemyndigelse og kompetanse, bistår i hans/hennes utvikling, støtter i beslutningsprosesser, og hjelper klienten til å lære nye kunnskaper og ferdigheter (Gallant et al, 2002). Deling av makt er en av hjørnesteinene i ”partnership”-begrepet. Selv om det er klargjort at makten er delt, eksisterer det i følge Gallant en forvirring omkring maktdelingens omfang og karakter. Gallant et al (2002) refererer til et rammeverk som identifiseres tre ulike typer makt:

- Den makt som kommer innenfra er beskrevet som den personlige makt som er avhengig av styrke, egeninnsikt, karakter og selvdisciplin.
- Betegnelsen ”makt med” er beskrevet som den energi og optimisme som skapes i samvær mellom mennesker, deling av felles evner og muligheter, og det å lære av hverandre.
- Betegnelsen ”makt over” representerer den patriarkalske bruk av dominans, utnyttelse og tvang som har til hensikt å kontrollere den andres adferd.

Gallant et al (2002) fremhever at ”makt med” samsvarer med partnership-filosofien da den legger vekt på den positive styrke som skapes mellom partnere, og at denne styrken bærer og driver relasjonen framover. Studien problematiserer også at selv om sykepleier og pasient finner et ”makt med”-rammeverk å jobbe innenfor, vil de være påvirket av tidligere erfaringer, verdier og oppfatninger om makt, samt av en lang tradisjon av patriarkalsk maktstruktur som har preget helsevesenet. Det fremheves at sykepleiere i ulik grad ønsker å overgi sin makt til pasienten, men det vil eksistere mange byråkratiske og administrative barrierer som hindrer endring av maktforholdet (Gallant et al, 2002).

2.5 Sykepleieteoretisk referanseramme

2.5.1 Peplau`s teori

Gallant et al (2002) fremhever at ”partnership” kan settes inn i en sykepleieteoretisk referanseramme, og bygger på mange av de samme prinsippene som i Peplau`s teori om ”interpersonal relations in nursing” (1952 og 1991).

Peplau (1991) beskriver sykepleier-pasientrelasjonen som en relasjon med en viss struktur og som består av tre faser. Den første fasen kalles orienteringsfasen, der sykepleier og pasient blir kjent med hverandre, og sykepleieren kartlegger pasientens behov, bekymringer og helsetilstand. Den neste fasen kalles arbeidsfasen hvor det sentrale arbeidet utføres. Her rettes fokus på pasientens reaksjon på sykdom, og på å utvikle pasientens forståelse av hva helsetilstanden krever av han/hun. Den mellommenneskelige kommunikasjon er sentral med tanke på å ivareta pasientens behov for respekt og verdighet. I denne fasen kan helseundervisning gis på ulike måter, både gjennom formidling, erfaringsdeling, demonstrasjon, relevant litteratur og andre former. Sykepleieren fyller her rollen både som omsorgsgiver på det fysiske området, som pedagog, og rollen som samtalepartner gjennom intervju og veiledning. Til sist beskrives avslutningsfasen hvor det er tid for å oppsummere og avslutte det samarbeidet som er gjort. I sykehus er hele sykepleie-pasientrelasjonen ofte av en kort varighet, og planlegging av utskrivelse starter ofte i arbeidsfasen og oppsummeres i avslutningsfasen (Peplau, 1991).

Peplau peker på et likeverdig forhold mellom sykepleier og pasient med et felles mål om å løse pasientens problemer. Selv om denne teori er rettet mot sykepleie til psykisk syke pasienter, er prinsippene overførbare til en postoperativ kontekst.

2.5.2 Benner og Wrubels omsorgsteori

For å belyse pasientens rolle i smertebehandlingen, kan elementer fra Benner og Wrubels omsorgsteori (1989) gi et nytt perspektiv på hva som fremmer medvirkning.

Sentrale elementer er menneskets opplevelse av mening, helse, sykdom og symptomer, menneskets kroppslige kunnskap, og hva som kan påvirke stress og mestring i en sykdomsperiode. Benner og Wrubel definerer omsorg (caring) som å bry seg om noe eller noen, og at noen områder i livet er mer betydningsfulle enn andre. Omsorgen kan være rettet mot personer, ting, prosjekter eller situasjoner. Det å ha omsorg gir opphav til både muligheter for å oppleve mening og mestring, men samtidig blir man disponibel for risiko og stress. Omsorgen er utadrettet ved at den binder mennesket til noe utenfor seg selv, og det å bry seg om noe/noen gir muligheter både til å gi og motta hjelp (Benner & Wrubel, 1989).

Benner og Wrubel vektlegger at mennesket lever i en verden og forholder seg til verden, og kan ikke anses som fullstendig autonomt og isolert. Hvert menneske er en selvfortolkende skapning som både skapes og skaper seg selv gjennom ulike kontekster i livet. Den

grunnleggende sammenheng som eksisterer mellom personen og hans/hennes kontekst består av fire karakteristiske trekk: Kroppslig intelligens(embodied intelligence), bakgrunnsforståelse (background meaning), spesielle anliggende (concerns) og den situasjonen/konteksten (the situation) man befinner seg i (Benner & Wrubel, 1989).

Den kroppslige intelligensen handler om at personen får kunnskap direkte via sin kropp, både gjennom de medfødte følelser og sanser og den videre utvikling gjennom livet. Den kroppslige kunnskapen er ikke mindre viktig enn den kognitive kunnskapen, men er derimot beskrevet som en høyt utviklet ferdighet. For eksempel kan en kronisk syk pasient utvikle en kroppslige viten/ferdigheter som gjør han i stand til å mestre sin situasjon, og en erfaren sykepleier kan utvikle en kroppslige viten/ferdigheter til å stelle syke pasienter og handle adekvat i ulike situasjoner(Benner & Wrubel, 1989).

Bakgrunnsforståelse er beskrevet som den forståelse som man som menneske tilegner seg ved å vokse opp i en kultur eller samfunn. Denne forståelsen er ofte ikke artikulert eller blitt direkte undervist til noen, men som indirekte formidles gjennom både språk og påvirkning fra kultur, subkultur og familie. Denne bakgrunnsforståelse er ikke komplett eller statisk, men kan endre seg ved at livet tar nye retninger (Benner & Wrubel, 1989).

Kroppslig kunnskap og bakgrunnsforståelse gjør at livet ikke alltid trenger å kreve en mental anstrengelse, og begge disse områdene forklarer *hvordan* mennesket er i hverden.

Spesielle anliggende(concern) Et annet viktig aspekt ved det å være menneske er at ting har betydning for en. "Concern" beskriver ikke bare hvordan et menneske er i verden, men *hvorfor* det er i verden. En stol kan være plassert "in a room", men bare en person kan være "in love". Spørsmålet om hvorfor mennesker tar bestemte valg er blitt besvart gjennom teorier av motivasjon, men Benner og Wrubel trekker dette videre og hevder at motivasjons-spørsmålet handler om hva som *beveger* mennesker . Selve begrepet kan leves ut på ulike måter og det presenteres to ulike former for "concern". Den ene formen er den overdrevne engstelse/bekymring som gjør at man overtar for andre mennesker på en måte som kan føre til avhengighet og undertrykkelse. Den andre formen er at man støtter og hjelper den andre slik at han kan gjenvinne uavhengighet, og slik at man bemyndiger den andre til å være den han ønsker å være. Dette beskrives som det endelige mål i sykepleieutøvelsen (Benner & Wrubel, 1989).

Situasjonsbegrepet er det fjerde området som trekkes fram. På bakgrunn av både kroppslig kunnskap, bakgrunnsforståelse og "concerns" vil mennesker oppfatte og involvere seg i

situasjoner på bakgrunn av den menig situasjonen gir. Situasjonen er knyttet til erfaringen her-og nå. Situasjonsbegrepet skiller seg fra kontekstbegrepet som er et videre begrep.

Konteksten omhandler både personens historiske, kulturelle og sosiale sammenheng, samt den fasen i livet mennesket befinner seg i på det personlige plan. Ved store endringer i menneskets kontekst, som for eksempel ved sykdom, vil ofte menneskets bakgrunnsforståelse og kroppslig kunnskap ikke lenger strekke til for å møte de nye utfordringene. Mennesket fungerer ikke lenger uhemmet, og det oppstår en tilstand av stress (Benner & Wrubel, 1989).

Stress er definert som: ” *et brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon slik at fare, tap eller utfordring erfares, og sorg, tolkning eller nye ferdigheter er påkrevet* ” (Benner & Wrubel, 1989, s.59)

Mestring er i følge Benner og Wrubel det personen gjør med det bruddet som oppstår.

Mestringsmulighetene vil på samme måte som stressopplevelsen være avhengig av personens ”concerns”, bakgrunnsforståelse og ferdigheter. Valg av mestringsstrategier vil være styrt av hva personen opplever som stressende, og hva som oppleves meningsfylt og ikke meningsfylt for personen . Når det gjelder stress forbundet med sykdom skiller Benner og Wrubel(1989) mellom den patologiske betydningen av sykdom (disease) og personens opplevelse av helsesvikt(illness). Det vektlegges at i en sykepleiesammenheng er det ”illness”-begrepet som er sentralt, og hvilken konsekvens og mening sykdommen har for pasienten.

Benner og Wrubels beskrivelse av både kroppskunnskap, bakgrunnserfaring, ”concerns”, situasjon og kontekst, vil i denne studien være relevant i forhold til pasientens måte å mestre sine postoperative smerter ved hofte-og kneprotesekirurgi. Ved Joint Care er pasientene inneliggende i kun fire døgn, og det legges stor vekt på deres mestringsevne både før, under og etter sykehusoppholdet.

3 DESIGN OG METODE

Studiens hensikt er å beskrive sykepleiernes praksiserfaringer, og følger derfor på et kvalitativt deskriptivt design, hvor metoden er semistrukturerte intervjuer. Bruk av intervju er begrunnet både ut fra studiens problemstilling, tidsperspektiv, tilgang til informanter, anerkjent metodelitteratur, samt egne preferanser om å bruke samtale som metode.

I det følgende gjøres det rede for kvalitativ forskning og deskriptivt design, og videre presenteres intervjumetoden og det analyseverktøy som Kvale & Brinkmann(2009) beskriver. Den praktiske gjennomføring av de ulike analysenivåer beskrives i kapittel 4.

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

Denzin og Lincoln (2005) beskriver kvalitativ forskning på følgende måte:

Qualitative research study things in their natural setting, attempting to make sense of, or interpret, phenomena in terms of the meaning people bring to them. Qualitative research is a situated activity that locates the observer in the world. (...)They turn the world into a series of interpretations, including field notes, interviews, conversations, photographs, recordings, and memos to the self. (Denzin & Lincoln, 2005) s.3.

I denne studien vil den naturlige sammenhengen være sykepleierens praksiserfaringer, og forskerens aktivitet vil være plassert i en intervjusituasjon med sykepleierne.

Malterud (2003) fremhever at kvalitativ forskning i internasjonal litteratur er omtalt som naturalistisk eller fortolkende, og at de kvalitative metodene bygger på den hermeneutiske tradisjon, hvor det er sentralt å tolke meningen i de menneskelige uttrykk, men tolkningsgraden vil være avhengig av studiens hensikt og design. Målet med kvalitative metoder er i følge Malterud (2003) å beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som studeres. Forskeren anses som en aktiv deltager i en kunnskapsutvikling som handler mer om å stille nye spørsmål enn om universelle sannheter. Kvalitative metoder kan belyse spørsmål som ”hva er..?”, ”hva betyr..?”, ”hvordan foregår..?” osv., og målet er å forstå framfor å forklare . Disse typer spørsmål er egnet hvis man befinner seg på områder der det i liten grad er satt ord på det som skjer, eller de sentrale fenomenene i liten grad er definert eller beskrevet (Malterud, 2003).

I denne studien er det gjort et bevisst valg på at den kvalitative tilnærmingen egner seg bedre enn den kvantitative med tanke på å besvare problemstillingens *hvordan-spørsmål*.

Det legges vekt både på de spontane uttrykk fra informanten, og at forskeren kan stille oppklarende og utdypende spørsmål som gir en økt forståelse for informantenes erfaring.

3.2 Kvalitativt deskriptivt design

I denne studien er det kvalitativt deskriptivt design valgt i den hensikt å kartlegge og beskrive gjeldende praksis slik den erfares av sykepleierne. I følge Polit & Beck (2008) er det i kvalitative studier ikke påkrevet å følge en bestemt disiplin eller metodologisk retning, og studier som ikke passer inn i en bestemt form faller inn under betegnelsen deskriptivt eller beskrivende design (Polit & Beck, 2008).

Polit & Beck (2008) refereres til Sandelowski (2000) som beskriver det kvalitativt deskriptivt design som et eklektisk design, med en logisk kombinasjon av utvalg, datasamling, analyse og representasjonsteknikker. Designet er naturalistisk i sin karakter, der forskeren i størst mulig grad studerer fenomenet i sin naturlige tilstand uten å være styrt av en bestemt teoretisk retning. Hensikten er å gi en forståelig oversikt over situasjoner og hendelser, beskrivelse av et fenomen, eller å finne konkrete svar på spørsmål som er relevante både for sykepleiere og andre fagpersoner som arbeider med å utarbeide retningslinjer for praksis. Aktuelle spørsmål kan være knyttet til personers tanker og opplevelser knyttet til en situasjon, eller en kartlegging av forhold som kan fremme eller hindre forbedring i praksis (M Sandelowski, 2000).

Denne studien har ikke fokus på å endre praksis, men vil berøre sentrale områder både relatert til gjeldende retningslinjer vedrørende Joint Care-programmet, og hvordan sykepleierne erfarer å jobbe med en relativt ny behandlingsform. Det ligger også i grunnprinsippene til Joint Care at behandlingen skal være gjenstand for jevnlig evaluering med sikte på å videreutvikle praksis. Selve intervju-situasjonen kan også ha en sekundærgevinst ved at sykepleierne blir bevisst sin egen praksis, og kan begynne å reflektere over smertebehandlingen ut fra nye perspektiver.

Selv om designet i hovedsak er beskrivende, fremhever Sandelowski (2000) at innen forskning vil alle beskrivelser inneholde en viss grad av tolkning, fordi beskrivelsen alltid vil være preget av forskerens egne oppfatninger, preferanser og bevissthet. Forskeren gjør et

valg på *hva* man vil beskrive, og under tolkningsprosessen vil den opprinnelige erfaringen eller hendelsen blir omformet og belyst med nye perspektiver (M Sandelowski, 2000).

Thorne (2008) er inspirert av Sandelowskis litteratur, men Thorne legger større vekt på forskerens tolkende rolle i sin beskrivelse, og bruker dermed betegnelsen ”interpretive description”.

“Interpretive description is a strategy for excavating, illuminating, articulating, and disseminating the kind of knowledge that sits somewhere between fact and conjecture, but which is of central importance to the applied disciplines such as education, community development, human geography, and the health professions” (Thorne, 2008, s 15).

Det å finne den kunnskap som ligger gjemt mellom fakta og tolkning er sentralt i denne studien. Grad av tolkning vil være styrt av at det er sykepleiernes praksiserfaringer som er i fokus, og tolkningen vil gjennom nye perspektiver og relevant teori bidra til belyse aktuelle sammenhenger eller mønster.

3.3 Metode

Semistrukturerte intervjuer

Inspirasjon for å bruke intervju som metode er hentet fra Kvale og Brinkmann (2009), som beskriver at det kvalitative forskningsintervju søker å forstå verden fra intervjupersonenes side, få frem folks erfaringer og avdekke deres forståelse av verden. Intervjuet er en aktiv kommunikasjonsprosess der intervjueren og intervjupersonen produserer kunnskap sammen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Målet med intervjuene i denne studien er å se mønstre og variasjoner i sykepleiernes beskrivelser av både egen praksis og av pasientenes opplevelser. Det er lagt vekt på at det ikke finnes noe rett og galt svar, og at samhandlingen mellom forsker og informant former dataene sammen. Thorne (2008) bruker begrepet datakonstruksjon i stedet for datainnsamling, da kvalitative data praktisk talt ikke ligger og venter på å bli ”høstet”. Verden er full av syner, lyder, lukter, inntrykk, observasjoner og opplevelser, og som forsker er man fokusert på å innhente kunnskap om et spesielt fenomen. Forskeren samler derfor ikke data, men konstruerer en forståelse av hva dataene består av, og hvordan de kan defineres. Ved å bruke begrepet datakonstruksjon rettes oppmerksomheten mot forskerens aktive rolle i

forhold til å velge blant mulige alternativer av hva som kan legges oppi ”datakurven”. Dataene danner senere et utgangspunkt for de analytiske overveielene (Thorne, 2008). Det er valgt å bruke en semistrukturert intervjuguide som i følge Kvale og Brinkmann (2009) er en guide som sirkler inn bestemte temaer og forslag til spørsmål. Målet er å ha en åpen tilnærming som sikrer rikholdige og varierte data, og samtidig holde fokus på smerte og pasientmedvirkning. Intervjuguiden følger tematikken i forskningsspørsmålene (Vedlegg 1). Kelly (2010) fremhever at semistrukturerte intervjuer gir en større grad av standardisering enn de rent naturalistiske studier som har en mer åpen intervjuform. Denne intervjuformen er beskrevet som balansen mellom forskerens alminnelige kommunikasjonsferdigheter som oppmerksomhet, aktiv lytting, refleksjon og takt, og forskerens profesjonelle dyktighet i å lede, fokusere, holde kursen og sørge for progresjon. Det vil si at forskeren skal både vise et engasjement og samtidig håndtere den datamengde som fremkommer (Kelly, 2010).

Utvalget

Det er gjort et strategisk utvalg av informanter i samarbeid med enhetsleder for ortopedisk avdeling. Utvalget består av fem sykepleiere som har erfaring med Joint Care som behandlingsform, og hensikten er å få fram ulike erfaringer knyttet til denne pasientgruppen. Sykepleierne er kvinner og har et aldersspenn fra 24-46 år. Deres ansiennitet som sykepleier varierer fra ca 2-15 år, derav 1,5-12 år ved ortopedisk avdeling. Sykepleierne dekker følgende funksjoner i avdelingen; en har ansvar for forberedelsesdagen ved Joint Care, en er ressurs innen smertebehandling, en er fagutviklingssykepleier, og to har ingen spesifikke ansvarsområder.

Ved bruk av strategisk utvalg i kvalitative studier fremhever Magilvy & Thomas (2009) at det bør stilles følgende krav til deltagerens kvalifikasjoner: de må ha erfaring med det fenomenet som studeres, ha evne til å kommunisere med forskeren, og være villig til å dele sine erfaringer, og da ofte på lydopptak. En typisk utvalgsstørrelse kan variere fra 3-5 og opptil 20 personer. For noviseforskere anbefales et lite utvalg som en trening i å praktisere intervju- og opptaksferdigheter, å være en god lytter, og å generere en håndterbar datamengde (Magilvy & Thomas, 2009).

Utvalgets antall og sammensetning i denne studien er gjort på bakgrunn av de nevnte anbefalinger, og hva som er praktisk gjennomførbart innenfor den tidsrammen studien strekker seg over.

Rammer

Intervjuene ble gjennomført våren 2010 over en periode på 4 uker. Hvert av intervjuene varte fra 45-60 minutter, og ble gjennomført på et egnet møterom på informantens arbeidssted.

Alle intervjuene ble gjennomført i sykepleiernes arbeidstid på dagvakt. Det ble brukt en lydopptaker under intervjuene som ble plassert på bordet mellom informantene og intervjueren. Alle informantene fikk tilsendt intervjuguiden en uke på forhånd slik at de kunne bruke litt tid på å forberede seg. Hensikten var å sikre mest mulig gjennomtenkte data, og unngå unødig bruk av intervjutiden til å forklare meningen med spørsmålene. Før selve intervjuet startet ble det gitt kort informasjon om den praktiske gjennomføringen av intervjuet, oppklarende spørsmål vedrørende studiens mål, sjekk av recorder, samt litt uformelt snakk for å få informanten til å slappe av.

Erfaringer med bruk av intervjuguide

Selv om intervjuguiden ble brukt som retningsgivende for samtalen, ble det lagt vekt på de føringer som Polit & Beck (2008) gir om at intervjuerens rolle er å oppmuntre informantene til fritt å snakke om emnet, og å dele sine erfaringer med egne ord.

Thorne (2008) fremhever at det kan ligge "skjulte skatter" i fortellinger som ikke kun er svar på spørsmål. Sykepleieren som deltok i pilotintervjuet synes noen av spørsmålene i intervjuguiden var vanskelig å svare på, og på bakgrunn av dette ble guiden justerte noe, og jeg var også mer bevisst på å justere måten spørsmålene ble stilt på etter hvert. Etter pilotintervjuet ble det satt av mer tid i starten av hvert intervju til å informere om hensikten med studien.

Det å bruke intervjuguide opplevdes som en god hjelp i forhold til å skape forutsigbarhet og struktur, men det er mulig den også kunne ekskludere andre relevante data. I spesielt et av intervjuene opplevdes guiden som bindende, og samtalen gikk litt tungt. Denne intervjusituasjonen bar preg av en spørsmål-og-svarform som opplevdes ufri. Det virket som informanten ikke hadde satt seg så godt inn i intervjuguiden på forhånd, og svarte ofte at "*det vet jeg ikke*", "*ingen har sagt noe til meg om det*", "*det er det noen andre som tar seg av*". etc. Dette påvirket meg også ved at jeg måtte hele tiden stille nye spørsmål, og jeg hadde nok en tendens til å stille ledende spørsmål, men samtidig var det nyttig å bekrefte mine antagelser. "*Er det slik at...?*". Hun refererte ofte til gjeldende rutiner og lite om hva hun konkret gjorde selv i møte med pasientene. Det hadde nok vært nyttig å heller stille mer åpne

spørsmål og får henne til å beskrive sin hverdag fritt, men som nybegynner var fokuset mer rettet mot å få inn de ønskelige dataene som var. Kvale og Brinkmann (2009) diskuterer bruk av ledende spørsmål i intervjuer, og fremhever at dette kan styrke intervjuvarenes pålitelighet, og bekrefte forskerens fortolkninger. I det påfølgende intervju fungerte intervjuguiden mer som et utgangspunkt for dialog, og samtalen hadde en bedre flyt. Denne sykepleieren var full av inntrykk etter å ha hatt undervisning på forberedelsesdagen rett før intervjuet. Jeg brukte her også den samme guiden som i intervjuet ovenfor, men her trengte jeg bare å stille spørsmålene, og så kom sykepleieren helt spontant med sine erfaringer og tanker. Det var tydelig at sykepleieren fremhevet det som skjedde på forberedelsesdagen som spesielt viktig.

Selve samtaleformen varierte litt ut fra personligheter og sjargong til den enkelte, og jeg var bevisst på å tilpasse meg deres form uten å miste fokus i samtalen.

Noen av sykepleierne var veldig engasjerte i spesielle deler av temaene, og andre temaer ble derfor ikke like godt utdypet. Samtidig vektla jeg å ikke dempe sykepleiernes engasjement ved å gå over til neste spørsmål før de hadde snakket seg ferdig.

Etter hvert intervju ble det skrevet et kort refleksjonsnotat med hensyn til tid, sted, stemning, forstyrrelser, forhold som kan påvirke resultatene, vurderinger knyttet til hvordan jeg var i forskerrollen, hvordan jeg fungerte som påvirker, medaktør, lytter og samtalepartner (Fagermoen, 2005). Under transkriberingen ble jeg bevisstgjort at jeg ofte stilte oppfølgingsspørsmål eller bekreftende støtteord før informantene rakk å ha en tenkepause.

3.4 Analyseverktøy

Hensikten med analysen er å beskrive funnene så nær informantenes erfaringer som mulig, men samtidig frembringe nye beskrivelser og perspektiver på problemstillingen. Som analyseverktøy er det brukt de tre fortolkingskontekster som Kvale og Brinkmann (2009) beskriver, samt supplerende perspektiver fra Morse (1994), Thorne (2009) og Lundemann og Graneheim (2003).

Kvale og Brinkmann (2009) presenterer tre forskjellige fortolkningskontekster:

1) informantenes selvforståelse, 2) forskerens kritisk commonsense-forståelse, og 3) forskerens teoretiske forståelse. Dette analyseverktøy er spesifikt rettet mot intervjuanalyser med fokus på tolkning av mening.

Selvforståelse innebærer at intervjupersonene beskriver sin livsverden, hva de tenker og foretar seg relatert til et bestemt emne. Det vektlegges liten grad av fortolkning eller forklaring fra hverken intervjupersonene eller intervjueren. Underveis i intervjuet vil intervjupersonene selv oppdage nye forhold mens de snakker, og ser nye betydninger av det de opplever og erfarer. Intervjueren fortetter og tolker det som blir fortalt, og sender budskapet tilbake for å få en bekreftelse på om dette samsvarer med intervjupersonens mening (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette nivå er i denne studien anvendt i selve intervjusituasjonen, og i noen grad under presentasjon av funn.

Forskerens kritisk commonsense-forståelse innebærer at forskeren har en videre fortolkning og en bredere forståelsesramme enn det som fremkommer av informantenes selvforståelse. Man kan ved å trekke inn allmenn kunnskap om et emne forsterke og berike et utsagn. Forskeren er også fri til å være kritisk til det som blir sagt, og kan fokusere enten på utsagnet eller på den som sier det, da utsagnet i enkelte tilfeller kan si noe om intervjupersonen (Kvale & Brinkmann, 2009). I denne studien bygger tolkningen av datamaterialet på den kritiske common-senseforståelse med refleksjoner og vurderinger både under og etter intervjuene, i transkriberingen, den videre analyseprosess og i presentasjon av funn.

I *forskerens teoretiske forståelse* legges det en teoretisk ramme som grunnlag for fortolkningen av et utsagn. Fortolkningen rekker da utover både intervjupersonenes selvforståelse, og forskerens commonsense-forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009).

I denne studien vil den teoretiske forståelsen får en større vektlegging i diskusjonsdelen, der funnene drøftes i lys av relevant forskning og teori.

3.5 Ethiske overveielser

Studien er godkjent av personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (Vedlegg 3), og ivaretar krav til informert samtykke, konfidensialitet og informantenes velferd (Fontana & Frey, 2005).

Krav om informert samtykke (Helsinkideklarasjonen, 1964/2000 og Helseforskningsloven, 2009) er innfridd ved at det i forkant av intervjuene ble sendt skriftlig informasjon til alle deltagerne (Vedlegg 2). Det ble informert om studiens mål og hensikt, rammer for intervjuene, hvordan data blir behandlet/oppbevart og at deltagelse i studien er frivillig med

mulighet for å trekke seg underveis. Informantene signerte for at de ønsket å delta, og skjemaene ble samlet inn av enhetsleder. I tilbakemeldingen fra NSD ble det informert om at ved intervju trenger ikke samtykket å være skriftlig, og det at informantene møter til intervju er å betrakte som et samtykke.

Helsinkideklarasjonen (1964/2000) sier i pkt. 20 at ”*Alle forholdsregler skal tas for å respektere forsøkspersonenes privatliv, behandle pasientopplysninger konfidensielt og redusere til et minimum studiens mulige innvirkning på vedkommendes fysiske og mentale integritet og personlighet*”.

Kravet om konfidensialitet ble ivaretatt ved at intervjuene ble gjennomført på et lukket møterom, og hver av informantene ble også muntlig informert om bruk av recorder og hvordan datamaterialet blir oppbevart og behandlet. Under intervjuene ble all omtale av arbeidsplassen, kolleger eller pasienter gjort med respekt, og det var heller ikke mulig å identifisere enkeltpersoner, men spesifikke funksjonsområder hos ansatte i avdelingen ble nevnt på et generelt grunnlag. Selv om det ikke ble sagt eksplisitt, ble det under intervjuene lagt vekt på at sykepleierne ikke kan fristilles fra sitt taushetsløfte (Hlspl , 1999 kap. 5), og at de kun kan uttale seg om erfaringer som ikke røper noe gjenkjennbart hos pasienten.

Det transkriberte innholdet er anonymisert ved at hverken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Dialekter og særegne uttrykksformer er omskrevet noe. I rapporten gjengis kun løsrevne sitater som ikke kan kobles til den enkelte informant. Oppbevaring av lydopptak og liste med navn på informantene er gjort etter de retningslinjer som NSD har satt, og dette slettes etter at studien er avsluttet.

Selv om informantene består av frivillige og informerte deltagere er det viktig å ikke misbruke den tillit som informantene viser ved å delta i studien. Helsepersonell som deltar i studier ikke er beskyttet av Helsinkideklarasjonen med hensyn til ivaretagelse av velferd på samme måte som pasienter, og det er derfor viktig at man som forsker viser etisk skjønn i møte med deltagerne (Malterud, 2003). Det å forske på kollegaer kan medføre noen etiske utfordringer som det er nyttig å klargjøre.

I følge Slettebø og Nordtvedt (2006) skiller sykepleiere seg relativt klart fra andre faggrupper ved at de har en sterk moralsk selvjustis og selvgranskning rettet både mot seg selv og andre. Deres opplevelse av å ikke strekke til kan oppleves som et etisk problem, og dette kan trolig

ha sammenheng med det altomfattende omsorgen de utøver i det daglige (Slettebø og Nordtvedt, 2006).

Min problemstilling er knyttet til sykepleiernes erfaringer, og selve intervjuet vil kunne oppleves som en sårbar og sensitiv situasjon hvis sykepleierne opplever at de må forsvare egen praksis. Malterud (2003) begrunner denne sårbarheten med at informantene eksponeres ovenfor intervjueren. Kvale (1997) fremhever også at intervjusituasjonen kan være en ømtålig balansegang mellom det å innhente relevante opplysninger og de etiske sidene ved den menneskelige samhandlingen. Her må man som forsker ta hensyn til at det i en intervjusituasjon kan oppstå et asymmetrisk maktforhold mellom intervjuer og informant (Kvale, 1997). Mitt tidligere kollegaforhold til flere av informantene kan bidra til å utjevne denne maktballansen, samt at det kan oppleves som en anerkjennelse for sykepleierne at deres praksiserfaringer brukes som empiri i studien.

4 DATAANALYSE

Dataanalysen følger trinnene i forskningsprosessen og gjenspeiles i intervjusituasjonen, transkriberingsfasen og den videre innholdsanalyse.

4.1 Intervjusituasjonen

Viser til kapittel 3.3 der erfaringer med intervjuene er beskrevet. Under intervjuene var hensikten med tolkningen å få tak i informantens erfaring, og det Kvale og Brinkmann (2009) kaller intervjupersonenes selvforståelse. Det ble lagt vekt på at spørsmålene skulle være så praksisnære som mulig, slik at sykepleierne skulle oppleve at dette handlet om deres verden, og ikke en akademisk tilnærming.

Kvale og Brinkmann (2009) presiserer at et av kvalitetskriteriene i et intervju er at forskeren forsøker å verifisere sine tolkninger av informantens svar, og det ble gjort i disse intervjuene ved å stille oppklarende spørsmål. Mine spørsmål var stort sett åpne, men det ble også stilt oppklarings spørsmål som for eksempel..”*mener du da at..?*”. Forøvrig var jeg mer bevisst på å bruke formuleringer som: ” *har du noen tanker om.. kan du beskrive, hvordan opplever du..?* Den kritiske common-senseforståelse var rettet mot at det skulle være en logisk oppbygging av intervjuet, og at spørsmålene hadde relevans både for informantene og for studien. Kvale og Brinkmann (2009) nevner ulike typer intervju spørsmål, og et av disse er de fortolkende spørsmål som har til hensikt å få bekreftet sin oppfattelse av budskapet. I gjennomføringen av intervjuene ble det ofte anvendt spørsmål som var rettet mot å forstå kjernen i utsagnet, og det kunne være spørsmål som ” *tidligere nevnte du at... betyr det at... ?* ” eller at jeg gjentok stikkord fra det siste som ble sagt. Som intervjuer hadde jeg under intervjuene en fortløpende kritisk refleksjon over hvordan samtalene forløp, og hvordan jeg som intervjuer kunne endre eller spisse spørsmålsstillingen for å få fram andre eller mer utfyllende data både i det nåværende, og i de påfølgende intervjuer.

4.2 Transkriberingsfasen

Under intervjuene ble det ble det brukt en lydopptaker med en lagringsfil, og innholdet ble videre lagret på PC med egen passordtilgang. Avspillingen ble gjort uten at andre var til stede i rommet, og hele transkriberingen ble utført på egen hånd.

Analyseenheten, det vil si det området som skal undersøkes (Graneheim & Lundman, 2003), består av hele intervjutranskriptet på ca 70 sider. For å kvalitetssjekke transkriptet er det tatt utgangspunkt i artikkelen til MacLean et al (2004), som fremhever at transkripsjon er en sentral del av analysen, og danner grunnlaget for det videre analysearbeidet. Likevel kan ikke den transkriberte tekst favne det som skjer i samspillet mellom forsker og informant, og den kan heller ikke være fullstendig feilfri (MacLean, Meyer, & Estable, 2004).

Transkriptet ble skrevet verbatim (MacLean et al, 2004) hvor alle spørsmål og svar er ordrett nedtegnet i den rekkefølge som intervjuene ble gjennomført. Pauseord som ..”eh”, sukk, latter osv ble utelatt, da dette ville forstyrre innholdet. For å anonymisere dataene ble informantene kalt ”sykepleier 1, 2,.. ” osv, og det ble opprettet et adskilt dokument med navn og relevante demografiske data av hver sykepleier. Andre data som navn på kolleger, arbeidsplass, forhold ved pasienter eller avdeling som kunne gjenkjennes ble også anonymisert.

Lydkvaliteten var god, men det hendte at noen ord var utydelige fordi informanten enten snakket fort eller hadde dialekt, og det var da viktig å repetere avspillingen flere ganger.

Under transkriberingen ble det utført ”spot-check” hvor deler av transkriptet ble lest mens lydopptaket ble spilt uavbrutt, dette var spesielt nyttig der det var forstyrrelser på båndet, eller noen av ordene ble utydelig uttalt (MacLean, et al., 2004).

Analysen fortsetter videre i transkriberingsfasen. Selve transkriberingen gir en direkte gjengivelse av informantenes selvforståelse i tekst, men samtidig erfarte jeg at min kritiske commonsense- forståelse er et sentralt redskap for å forstå og tolke de sammenhenger og mønster som kommer til uttrykk. Som intervjuer erfarte jeg et mer nyansert bilde av de ulike sykepleiernes svar når jeg kunne lytte til intervjuene uten å være en aktiv samtalepartner.

Underveis i transkriberingsprosessen ble jeg også gjort oppmerksom på egen rolle som intervjuer, og på måter å lede samtalen på som enten kan virke lukkende eller åpne for samtalen.

4.3 Kvalitativ innholdsanalyse

Tolkningsnivå

Den videre prosess består av en kvalitativ innholdsanalyse av transkriptet. Lundemann og Granheim (2003) fremhever at i den kvalitative innholdsanalysen skilles det mellom det manifeste og det latente innholdet i en tekst, og at tolkningsnivået avgjør hvordan man leser

de konkrete fakta og den bakenforliggende mening. Her vil forskerens preferanser og studiens hensikt være avgjørende (Lundemann og Granheim, 2003). På dette nivå erfarte jeg at min kritiske common-senseforståelse var gjeldende på en mer systematisk måte enn under intervjuene, spesielt med tanke på utformingen av kategorier og temaer, og hvilke sammenhenger som finnes. I utarbeidelse av kategorier støttet jeg meg til Morse (1994). Morse anbefaler enten a) å gjøre en sammenlignende analyse hvor man først danner seg et helhetsbilde av hver informant, eller b) å lage kategorier som gjenspeiler felles kjennetegn hos informantene. Kategoriene består da av utdrag eller notater fra transkriptet som representerer flere informanter (Morse, 1994).

Siden det kun er fem informanter i denne studien valgte jeg det siste alternativet for bedre å ivareta anonymiteten til sykepleierne. Samtidig var det heller ikke nok data til å se noen typiske karakterer hos hver av sykepleierne. Det er derfor valgt å se etter felles mønstre i datamaterialet, og eventuelt hva som er avvikende eller er motstridende funn.

Identifisering og fortetting av meningsenheter

I den videre prosess ble det jobbet ut fra transkriptet, og neste trinn besto i å finne meningsenheter i teksten. I følge Kvale og Brinkmann (2009) består meningsenheter av de deler av en intervjuetekst som kan stå alene og som gir mening innenfor et sentralt tema. Malterud (2003) bruker begrepet *meningsbærende* enhet om den del av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen.

For å identifisere meningsenheter og gjøre den videre analyseprosessen mer oversiktlig, er det i denne studien først formulert fire forskningsspørsmål med utgangspunkt i problemstillingen, og som danner en grovsortering av transkriptet.

Forskningsspørsmålene lyder som følger:

1. *Hvordan beskriver sykepleieren pasientens postoperative smerteopplevelse ved Joint Care?*
2. *Hvordan samhandler sykepleieren og pasienten om smertebehandlingen?*
3. *Hvordan påvirker organiseringen av Joint Care pasientens deltagelse i smertebehandlingen?*
4. *Sykepleiernes vurderinger av aktuelle områder for endring og utvikling innen Joint Care*

Deretter ble alle intervjuene merket med ulike tekstfarger for hver informant, slik at alt som sykepleier nr. 1 sa var skrevet i blå tekst, sykepleier nr. 2 i grønn tekst osv.

Videre ble hvert intervju delt opp i meningsenheter, som bestod av de spørsmål og tilhørende svar fra transkriptet som gir et selvstendig meningsinnhold. Meningsenhetene ble ordrett

skrevet fra transkriptet. Meningsenhetene ble videre merket med henholdsvis forskningsspørsmål 1, 2, 3 og 4. Noen av meningsenhetene kunne passe inn under flere forskningsspørsmål, og inntil den endelige kategoriseringen var ferdig kunne en meningsenhet tilhøre to eller flere forskningsspørsmål.

Det ble så opprettet et dokument for hvert forskningsspørsmål hvor alle meningsenhetene fra de ulike sykepleierne ble ”limt” inn. Det er videre gjort en meningsfortetting, eller kondensering av den enkelte meningsenhet etter beskrivelse av Kvale & Brinkmann (2009). Essensen i meningsenheten er trukket ut og unødige fyllord er fjernet. I denne prosessen er noen av sitatene gjengitt i sin helhet for å skape mer nærhet til selve opplevelsen/beskrivelsen, og for å bruke dette som illustrasjoner ved presentasjon av funn. Jeg lot min veileder lese gjennom noen av de kondenserte meningsenhetene og sammenlignet dette med det opprinnelige transkriptet.

Kategorisering av data

Kategoriene ble utviklet på bakgrunn av essensen i flere meningsenheter, og kategoriene har en beskrivende tittel som samsvarer med sykepleiernes utsagn. Utenfor hver meningsenhet med tilhørende kategori skrev jeg ned egne kommentarer og tolkninger av innholdet. Fremgangsmåten kan illustreres i tabell 1, hvor det er trukket ut et eksempel fra forskningsspørsmål 2 og 3. Under arbeidsprosessen erfarte jeg at disse to forskningsspørsmålene ofte har utgangspunkt i den samme meningsenhet. For oversiktens skyld er disse to spørsmål satt i samme tabell (tab.1).

Tabell 1)

Fortettet meningsenhet	Forskningssp.2 <i>Hvordan samhandler sykepleieren og pasienten om smertebehandlingen?</i>	Forskningssp.3 <i>Hvordan påvirker organiseringen av Joint Care pasientens deltagelse i smertebehandlingen?</i>	Egne kommentarer/ tolkninger
<p><i>Sykepleiere nr... sier at pasientene er tilbakeholdne med å be om smertestillende. Selv om pasientene har smerter under aktivitet så må dei ofte tilbys smertestillende. Dette kan ha sammenheng med at pasientene har vært på forberedelsesdagen, lest i papirene sine hva de skal gjennom og hva de får av smertestillende. Det kan hende de føler at det er dette de kan få?</i></p>	<p>Kategori: Pasientens initiativ til å be om smertestillende</p> <p><i>-Pas. er tilbakeholdne med å be om smertestillende selv om de har smerter</i> <i>-Sykepleierne må tilby smertestillende</i> <i>-Pas. tror ikke de kan få mer enn de faste medisinene</i></p>	<p>Kategori Forberedelsesdagen</p> <p><i>-Pas. er informert om smerte på forberedelsesdagen</i> <i>-Pas har fått skriftlig informasjon</i></p>	<p><i>-Er pasientene er prisgitt systemet, redd for å være til bry?</i> <i>-- Har pas. en mangelfull forståelse av viktigheten av å være godt smertedekket?</i> <i>-Hva sier annen forskning/teori?</i></p>

Slik bygges tabellene videre opp, slik at alle de fortattede meningsenhetene fra de ulike sykepleierne merkes med ulike kategorinavn. Flere av sitatene inneholder flere momenter som kunne passe inn i flere forskningsspørsmål og flere kategorier, og disse ble midlertidig plassert flere steder. Det var et mål at kategorinavnene både dekket innholdet og samtidig hadde en faglig betydning.

Denne prosessen ble drøftet både med veileder og på seminarer med andre studenter og lærere, og det var nyttig å få innspill slik at kategoriene ble mest mulig deskriptive. Navn på enkelte av kategoriene ble også endret etter at jeg begynte å skrive funnkapitlet da dette gav en klarere mening, og kategoriene presenteres i tabell 2.

Thorne (2008) anbefaler å ikke låse seg i kategorier, men å ha et helhetsperspektiv hvor man leter etter sammenhenger på tvers av kategoriene. Denne vekslingen fra detaljnivå til overordnet nivå var noe som kjennetegnet analyseprosessen i denne studien. Det ble vektlagt både å trekke ut meningen i hvert sitat, og samtidig beholde et helhetsperspektiv på hva dette forteller om pasientenes erfaring med smerte og deres deltagelse i smertebehandlingen.

Identifisering av tema

Etter at alle meningsenhetene var blitt sortert i kategorier, oppsummerte jeg alt som den enkelte sykepleier hadde uttalt innen hver kategori og flyttet dette over i et nytt dokument. Deretter lette jeg etter hvilke kjennetegn som var felles hos flere av sykepleierne og hva som eventuelt var avvikende eller motstridende data. Dette dannet utgangspunktet for å identifisere temaer. Granheim & Lundmann (2003) fremhever at temaer dannes ved å sammenbinde det underliggende innholdet i flere kategorier på et tolkende nivå. De kaller dette ” *den røde tråden* ” av mening som går igjen i kategoriene, og at temaet besvarer spørsmålet ” *hvordan* ”. I denne studien inneholder tre av forskningsspørsmålene en ”hvordan”-formulering, og temaene besvarer spørsmålene på en overordnet måte. Temaene danner også en overskrift over funnene.

Tabell 2)

Forskningsspørsmål 1 <i>Hvordan beskriver sykepleieren pasientens postoperative smerteopplevelse ved Joint Care?</i>	Forskningsspørsmål 2 <i>Hvordan samhandler sykepleieren og pasienten om smertebehandlingen?</i>	Forskningsspørsmål 3 <i>Hvordan påvirker organiseringen av Joint Care pasientens deltagelse i smertebehandlingen?</i>	Forskningsspørsmål 4 <i>Sykepleiernes vurderinger av aktuelle områder for endring og utvikling innen Joint Care</i>
Kategorier 1. Joint Care kontra ordinær protesekirurgi 2. Smerte- og aktivitetsnivå 1.postoperative døgn 3. Smerte- og aktivitetsnivå fra 2.postoperative døgn	Kategorier 1.Pasientens initiativ til å be om smertestillende 2. Bruk av smerte-kartleggingsverktøy 3.Dialog om smerte	Kategorier 1. Kjennetegn ved pasientgruppen 2.Forberedelsesdagens betydning 3. Gruppedynamikkens betydning 4. Rammer for samhandlingen mellom sykepleier og pasient 5. Det tverrfaglige samarbeid	Kategorier 1. Smertebehandling 2.Pasientgruppene 3.Informasjon
Tema Pasienten opplever adekvat smertelindring som fremmer tidlig mobilisering	Tema Sykepleier og pasient anvender smerte-kartleggingsverktøy og dialog som utgangspunkt for smertebehandlingen.	Tema 1 Preoperativ informasjon og gruppedynamikken fremmer pasientens deltagelse i smertebehandlingen. Tema 2 Pasienten involveres i liten grad i det tverrfaglige samarbeid	Tema Videreutvikling av rutiner for smertekartlegging, gruppesammensetning og informasjon.

5 FUNN

Forut for presentasjon av funn er det lagt vekt på tre spørsmål som Thorne (2008) beskriver som sentrale; 1) *Hva er hovedbudskapet?* 2) *Hva vet jeg nå etter å ha gjennomført studien som jeg ikke visste før, eller* 3) *som jeg ikke visste på den samme måten?*

Kapitlet er strukturert etter de fire aktuelle forskningsspørsmål, med de underliggende kategorier og tema som er presentert i tabell 2 (s. 53). Hvert underkapittel innledes med tema og en kort presentasjon av hovedfunnene.

Da studien har et deskriptivt design, vil presentasjonen fremheve informantenes erfaringer både gjengitt i sitater og i narrativ form. Samtidig er det vektlagt at sitatene ikke taler for seg selv, men er gjenstand for forskerens vurderinger og tolkninger (M. Sandelowski, 1998). Sitatene blir derfor ikke presentert som funn (M Sandelowski & Barroso, 2002), men blir brukt som illustrasjoner som gjør presentasjonen mer levende og praksisnær.

Det er tilstrebet i størst mulig grad å gjengi sitatene i sin opprinnelige sammenheng ved at de er sortert under de respektive forskningsspørsmål. For å forstå bakgrunnen for den informasjonen sykepleierne gir, vises det til kapittel 2.1 der rutiner for Joint Care blir presentert.

Det er lagt vekt på at alle sykepleiere blir referert eller sitert for å hindre en skjev fremstilling av empirien. Egne tolkninger og kommentarer er ikke gjengitt, og det gjøres derfor eksplisitt at dette kapitlet gjenspeiler en oppsummering av sykepleierne uttalelser så nær rådataene som som mulig. Da det kun er fem informanter i studien er det valgt å ikke tallfeste hvor mange som representerer de ulike synspunkter, men der det er motstridende uttalelser er dette nærmere spesifisert. Det er lagt vekt på at hver enkelt informants utsagn kan representere flere sykepleiere i avdelingen.

Tolkningsnivået vil til en viss grad gjenspeile informantenes selvforståelse der sitatene er gjengitt direkte, men på bakgrunn av at dataene er blitt bearbeidet, plukket fra hverandre, og systematisert i kategorier og tema, vil forskerens kritisk common-senseforståelse (Kvale og Brinkmann, 2009) være tydeligere i denne fasen av analysen.

5.1 Hvordan beskriver sykepleieren pasientens postoperative smerteopplevelse ved Joint Care?

Tema: Pasienten opplever adekvat smertelindring som fremmer tidlig mobilisering

Pasientene opplever mindre smerter ved Joint Care enn ved ordinær protesekirurgi, og de er generelt tidligere mobilisert. De fleste pasientene er godt smertelindret det første postoperative døgn, men natt til 2. postoperative døgn opplever mange økende smerter.

Det fremkommer motstridende data på smerteintensiteten ved henholdsvis hofte- og kneprotesekirurgi.

5.1.1 Kategori 1) Joint Care kontra ordinær protesekirurgi

Det fremheves at pasientene i Joint Care er generelt raskere, friskere og mer motivert for å komme i gang med trening enn ved tradisjonell protesekirurgi. Spesielt de pasientene som tidligere er proteseoperert er fornøyd med denne behandlingsformen, og ser fordelene av at man slipper epidural- og urinkateter i forhold til tidlig mobilisering. Selv om aktivitetsnivået er ulikt de første dagene, er de fleste pasientene selvhjulpne med krykker, prekestol eller rullator ved utskrivelse 4. postoperative dag, mens ved ordinær kirurgi tar det ofte 7 dager å oppnå tilsvarende aktivitetsnivå.

Smertemønsteret varierer i det postoperative forløpet, men det fremheves at pasientene i Joint Care har generelt mindre smerter enn ved ordinær protesekirurgi.

”Men selvfølgelig det er noen som kanskje har lavere smerteterskel, eller ikke synes at det har noen kjempeeffekt, men det er vel mindretallet som føler at de kanskje ikke har den samme effekten som de burde hatt. Så da må vi sette andre tiltak inn for å prøve å smertelindre de. Men de fleste har en god.. og de fleste sier det også at de er overasket over at de har så lite smerter i forhold til hva de trodde de skulle ha.”

Noe som fremstår som et motstridende funn er at en av sykepleierne erfarer at pasientene ved Joint Care har sterkere postoperative smerter ved hofte- enn ved kneprotesekirurgi, og at dette fenomenet er motsatt ved ordinær protesekirurgi. Dette begrunner sykepleieren ved at epidural smertelindring generelt har god effekt ved hofteprotesekirurgi, og at i Danmark er det helt slutt på å sette lokalkateter ved hofteproteser, det settes kun ved kneprotesekirurgi. Sykepleieren påpeker også at hoftesmerter beskrives som en sviende, murrende smerte i sår og muskulatur, og dette er spesielt uttalt hos yngre pasienter med strammere muskulatur. Derimot uttrykker en

annen sykepleier at ved Joint Care erfarer pasientene sterkere smerte ved kne- enn ved hofteprotesekirurgi. Samtidig fremhever hun at pasientene med kneprotese har mindre bevegelsesrestriksjoner og er enklere å mobilisere enn de som har hofteprotese.

Smerteopplevelse og aktivitet det 1.postoperative døgn

Det 1.postoperative døgn opplever de fleste pasienter optimal smertelindring gitt i LIA-kateteret, og angir ofte NRS på 0 i hvile og 3-5 eller mer i aktivitet. Det er fast prosedyre det første døgnet å legge på isposer for å kjøle ned og dempe hevelse på kneproteser, og det brukes også i varierende grad på hofteproteser. En sykepleier fremhever at hos et fåtall pasienter er det ingenting som fungerer av smertelindrende tiltak de to første postoperative døgn, og ” *de som har vondt, de har veldig vondt, men det er færre enn tidligere.* ”

Om kvelden operasjonsdagen er de fleste pasientene oppe, enten de bare går litt på rommet eller står ved senga, men det er noen pasienter som må vente med å stå opp til 1.postoperative dag. I følge sykehusets retningslinjer for Joint Care skal pasientene stille seg på badet før frokost første postoperative dag, men dette er ikke alltid gjennomførbart.

” De fleste pasientene er ikke så kvikke at de klarer å gå på badet før de har fått påfyll i LIA-kateteret, så da er det ofte at de setter seg på sengekanten med et vaskefat og får frokost på senga, og så få på støttestrømper og klær og sånn etter frokost, og så går de ut på stua. Da får de ikke det stresset heller. . ”

Andre pasienter opplever blodtrykksfall, besvimelse, kvalme og smerter når de skal opp av sengen eller sette seg på sengekanten 1.postoperative dag. Dette kan i følge en av sykepleierne skyldes fasting og kvalme på operasjonsdagen. Noen pasienter får en ”*liten støkk*” og mister motet etter dette og vil helst holde sengen, men de fleste kommer seg og sier de blir bedre etterpå. Det nevnes også at tidkrevende prosedyrer ved seponering av dren og påfyll i LIA-kateteret, samt generelt tidspress hos sykepleierne, medvirker til at flere pasienter steller seg på pasientrommet i stedet for på badet.

5.1.2 Kategori 2) Smerteopplevelse og aktivitet fra 2.postoperative døgn

Etter 1. postoperative døgn fremheves det at smerteopplevelsen varierer hos pasientene.

”Det er veldig mange faktorer som spiller inn..ja, hvordan man opplever sin egen smerte.., noen synes det er greit å ha litt smerte, og har kanskje hatt mye smerte opp i

gjennom og synes at dette bare er forbigående. Mens andre trenger jo mer hurtigvirkende smertestillende.”

Det som går igjen i flere av intervjuene er at pasientene opplever en smertetopp den påfølgende natt og dag etter at LIA-kateteret er seponert. Mange pasienter er ikke forberedt på dette og opplever en ”nedtur”. Til tross for at det er gitt dobbel dose smertestillende i LIA-kateteret rett før seponering om morgenen, angir flere pasienter NRS på 6-7 utover kvelden. Dette blir begrunnet med at pasientene ofte er litt for aktive 1.postoperative dag, da de kan føle seg i relativt god form. Noen pasienter opplever at denne smerten er forbigående, mens andre trenger hyppigere og større doser med hurtigvirkende analgetika. Samtidig er det flere pasienter som er adekvat smertelindret kun med grunnmedisineringen etter at LIA-kateteret er seponert. Pasientene får litt hjelp og tilrettelegging i stell de to første postoperative dagene, men ellers skal de gjøre mest mulig selv. Noen av sykepleierne fremhever at ikke alle pasientene tar ansvar for å bevege seg, og må ofte påminnes om dette. *”Det hender ofte man gjerne må si det både en og to ganger at `nå må du både kle på deg og stå opp .”*

I følge en sykepleier er det i liten grad smertene som hindrer pasientene fra å trene. Hun påpeker at noen pasienter er tilbakeholdne og synes sengen er god, og at disse ikke vil få samme effekt av treningen som de andre. Denne uttalelsen står i kontrast med funn som viser at mange pasienter ikke er tilfredsstillende smertelindret under trening med fysioterapeut, og at dette forsinker treningen.

5.2 Hvordan samhandler sykepleieren og pasienten om smertebehandlingen?

Tema: Sykepleiere og pasienter anvender smertekartleggingsverktøy og dialog som utgangspunkt for smertebehandlingen.

Mange pasienter er tilbakeholdne med å rapportere smerter og be om smertestillende, men de er bevisst på å rapportere ved manglende effekt av det gitte medikament, spesielt etter påfyll i LIA-kateter. Pasienter og sykepleierne bruker smerteskala (NRS) aktivt det første døgnet, og etter dette er det varierende praksis. Studien viser en diskrepans mellom pasientenes NRS-skår og sykepleierenes vurdering av smerte. Dialog om smerte fremheves som et viktig supplement til bruk av smerteskala.

5.2.1 Kategori 1) Pasientens initiativ til å be om smertestillende

Det fremheves at mange av pasientene er tilbakeholdne med å be om smertestillende selv om de har smerter, og at mange burde ha sagt fra tidligere. Dette fører til at sykepleieren må tilby smertestillende ofte, og minne pasienten om å rapportere smerter.

I forhold til andre pasientgrupper er det liten forskjell på hvor ofte pasientene spør om smertestillende, men de er bevisste på å rapportere ved *manglende effekt* av det gitte medikamentet, spesielt etter påfyll i LIA-kateteret. En av sykepleierne fremhever at de fleste pasienter sier i fra ved behov for smertestillende, ”..men jeg hadde en som ikke sa i fra. Han hadde jo gør-vondt. Ja, det var helt.. du så det på han at han hadde vondt, men når du spurte han.. nei, det gikk da greit, han hadde ikke så vondt han”.

Sykepleierne forklarer at mulige årsaker til pasientens tilbakeholdenhet kan ha sammenheng med at de ikke tror de kan få mer enn de faste medisinene. Pasientene godtar det smerteregimet de er informert om, og synes de får mer medikamenter enn det de til vanlig pleier å ta .

”De aller fleste sier: `jeg tar det du kommer med`, eller : `bare jeg får noe, så er det samme hva`” Mange har hatt mye smerter i forkant og sier at ”den vondten her den må jeg bare klare` ” ..for de vet at det blir til det bedre”.

To av sykepleierne fremhever at pasientene er deltagende, og begrunner dette med at pasientene ikke har noen barrierer mot å be om smertestillende, og at de spør ved behov også utenom faste tider. Dette mener en av sykepleierne er et resultat av den preoperative informasjonen som bidrar til forutsigbarhet og bevisstgjøring. På forberedelsesdagen gjøres pasientene kjent med måter å utdype smerter på, enten ved hjelp av NRS eller ved å beskrive smerten verbalt.

Det påpekes at de pasientene som tidligere har gjennomgått ordinær protesekirurgi ikke har en annen smerteopplevelse ved Joint Care enn de som opereres for første gang, men de viser generelt mer initiativ til å be om smertestillende.

5.2.2 Kategori 2) Bruk av smertekartleggingsverktøy

Rutiner for smertekartlegging

Det fremheves at retningslinjene for Joint Care gir klare føringer for hva som er målet for smertebehandlingen, og at kartlegging ved hjelp av NRS er en del av behandlingen. En av sykepleierne fremhever at NRS blir hyppigst brukt i forbindelse med påfyll i LIA-kateteret, og blir mindre brukt etter første postoperative døgn. Angående rutiner for jevnlig

smertekartlegging (utenom ved påfyll i LIA-kateteret) svarer en annen sykepleier: *”Det eneste er jo at man spør jo hvordan det går i løpet av dagen, men ikke sånn spesiell kartlegging av smerter, det er det ikke”*. Sykepleieren påpeker også at det trolig ikke er så mange sykepleiere som anvender NRS ved de faste medisinerundene, men at det i hovedsak anvendes ved behovsmedisinering. Hun fremhever også at det burde vært gjort systematisk smertekartlegging gjennom hele døgnet for å avklare når pasienten har sterkest smerter. Det fremheves at en del av behandlingsopplegget består i at sykepleieren skal spørre pasienten om smerte, og ikke bare se, da det varierer om pasienten har synlige tegn på smerte eller ikke.

Det synlige kjennetegn på et akseptabelt smertenivå blir av en sykepleier beskrevet ved at *”pasienten kan slappe av, spise, lese avisa og konsentrere seg om andre ting”*.

Det påpekes også at noen pasienter er sterkt preget av smerter og er lett lesbare, mens andre er det ikke så lett å se det på. Det nevnes at spesielt eldre pasienter ofte har problemer med å forklare sitt smertenivå, de blir ukonsentrerte og klarer ikke å fokusere på noe annet enn smerten.

Diskrepans mellom sykepleierens og pasientens smertevurdering

Det som kjennetegner sykepleierens erfaringer med NRS, er at de enten ikke tror pasienten forstår bruk av skalaen, eller de er uenig i den NRS-verdi pasienten angir. Noen sykepleiere sier at de misliker skalaen, og andre synes den er vanskelig å bruke. Dette blir begrunnet med at det ikke er forenlig at pasienten både kan angi NRS på 6-8 og likevel sitte og lese, snakke i telefon, le, spise, eller gå i korridoren. I denne forbindelse uttrykkes det at *”pasienten har misforstått på veien”*. Andre elementer som ble trukket fram er at pasienten ikke kan ha NRS på 8-9 hvis blodtrykk og puls er normalt.

En av sykepleierne stiller kontrollspørsmål til pasienten hvis hun er usikker på pasientens angitte NRS. *”Nei, da må jeg jo si at.. `jeg opplever ikke at du har så vondt`.. man må jo være så direkte.. og jeg lurer på `forstår du hva jeg mener med denne skalaen?` Så man må jo bare være konkret, enkelt og greit og si det som det er.. ”har du virkelig behov for det?” og hvis de sier `ja` så må de jo får smertestillende.*

En av sykepleierne uttrykker at selv om det er vanskelig å forstå de ulike NRS-nivåene pasienten angir, synes hun skalaen er et nyttig hjelpemiddel til å evaluere effekt av analgetika. Dette eksemplifiseres med at de fleste pasientene angir en reduksjon i NRS-skår før og etter

påfyll i LIA-kateteret. Etter påfyll hender det ofte at pasientene oppjusterer utgangsverdien, og innrømmer at de hadde mer vondt enn det de først trodde.

5.2.3 Kategori 3) Dialog om smerte

Sykepleierne legger vekt på å forklare NRS-skalaen i dialog med pasienten, og at det er spesielt vanskelig for pasienten å angi NRS i forhold til den verst tenkelige smerte. Noen pasienter kan for eksempel uttrykke: *”Skulle jeg hatt 10 så skulle jeg gjerne ønsket jeg var død..og så vondt har jeg ikke at jeg liksom skulle ønske jeg var død, så da ligger jeg ikke så nært ”*,. og da synes pasientene at de har tolket skalaen rett”.

De forklaringsmåter sykepleierne nevner som eksempler på *den verst tenkelige smerte* kan for eksempel være fødselssmerter for kvinner, eller at NRS på 10 er *”den verste fysiske eller psykiske opplevelsen du har hatt som ikke du kunne tenke deg å ha igjen”*.

Andre måter som sykepleiere beskriver NRS-nivået på kan være: *”når NRS øker fra 3 til 4 er det vanskelig for deg å sitte i ro, og ved 5 er det ordentlig ubehagelig, ..da er du virkelig urolig”*.

En annen sykepleier kan si til pasienten: *”Når du er på 8 så har du egentlig lyst å være en helt annen plass enn ute å gå..., da har du ikke lyst å bevege deg noe i det hele tatt”*.

Hun vektlegger at det er viktig å klargjøre hva pasienten mener med NRS= 8. Videre fremhever hun at noen pasienter bruker andre avledningsstrategier for å få fokuset bort fra smerten, mens andre klarer ikke å tenke på annet enn smerte. Hun presiserer da ovenfor pasienten at: *” du har fryktelig vondt hvis ikke du klarer å tenke på noe annet enn smerter. Da vil jeg si du er på en ”åtter”*.

Hvis pasientene er usikre på hvordan de skal bruke skalaen, kan den samme sykepleieren forklare at: *”nå har du klart å spise mat, nå har du klart å gå til stua. Når du har klart det, da tenker jeg at det er en NRS under 3, for det ser ikke ut som du trenger mer smertestillende. Men nå får du en beskrivelse av hva 3 er, må du ha mere smertestillende da?”*. Etter dette opplever sykepleieren at pasienten skjønner bruk av NRS.

En annen sykepleier fremhever at spesielt ved NRS på 8-9 prøver hun å få pasientene til å beskrive smerten i tillegg. De fleste angir verking i såret, andre beskriver smerten som om de *”vrenger foten”*, *”stikkende smerter”* eller *”får en tykk kniv vridd rundt”*.

Dette oppfatter sykepleieren som sterkere smerter enn *”murring”*, som hun ikke ser for seg kan gi en NRS på 8-9. Sykepleieren trekker fram at medvirkende faktorer til høy NRS-skår kan være angst for smerte, og/eller sosiale forhold hos pasienten.

Sykepleierne erfarer ofte at pasientene bruker verbale beskrivelser for smerte, som for eksempel sviende/murrende smerter hos pasienter med hofteprotese. Som et ledd i smertekartleggingen pleier en av sykepleierne først å spørre pasienten om de har smerter, og deretter kartlegge intensiteten ved hjelp av NRS. Hun erfarer at det varierer om pasienten skjønner bruk av NRS, og hun må da bruke pasientens verbale beskrivelser som kartleggingsmetode. Noen pasienter klarer ikke å sette sin smerte på en skala, mens andre går det greit for. En pasient sa ” *det er ikke så kjempevondt*”, og da ba sykepleieren han si hva ”*kjempevondt*” er for ham, og at han må angi et tall på en skala. Andre bruker ord som ”*veldig vondt*”, ”*sinnssykt vondt..*” .

”..Hvis de ligger med synlige tegn på at de har smerter .. noen ligger og gråter og har ordentlig vondt, mens andre er det ikke så lett å se det på.. så må en jo bare spørre.. hvordan det er med smertene?.. Så jeg bruker jo ofte det, og spør hvordan de har det.”

En annen sykepleier fremhever også bruk av dialog og pasientens egne ord/beskrivelser i smertekartleggingen. Hun kartlegger først om det er i det opererte området smerten sitter, eller om det er andre typer smerter. *Sier pasienten at `jeg har grusomme smerter i hoften`, da spør jeg videre om det er sårsmarter, smerter inni beinet`”.*

Andre måter (enn NRS) pasientene uttrykker smerte på kan være ”*det er så vondt at jeg kunne tenkt meg og bare lagt meg ned og ikke våkne igjen`”.. eller ..`det her er nesten som å våkne opp under operasjonen`”.*

5.3 Hvordan påvirker organiseringen av Joint Care pasientens deltagelse i smertebehandlingen?

Tema 1: Preoperativ informasjon og samarbeid i gruppen fremmer pasientens deltagelse

Pasientens alder og kjønn kan påvirke deres pågåenhet i forhold til å be om smertestillende, men dette erfares ikke av alle sykepleierne. Pasientene viser at de gjennom forberedelsesdagen er forberedthet på den postoperative smerten, og er mer aktive i forhold til å be om smertestillende og anvende NRS. Grad av aktivitet er også påvirket av den preoperative informasjon. Gruppedynamikken bidrar til støtte, motivasjon og samhørighet som kan virke avledende på smerteopplevelsen. Det er lite som tyder på at gruppen spiller noen rolle i forhold til å rapportere smerte, men grupper minner hverandre på den informasjon som er gitt.

Tema 2: Organisatoriske strukturer kan hindre pasientens deltagelse

Studien viser en manglende kontinuitet i samhandlingen mellom sykepleier og pasient, og systematisk smertekartlegging gjennom hele døgnet er ikke gjennomført. Pasienten trekkes i liten grad inn i samarbeidet mellom sykepleier, lege og fysioterapeut. Studien viser manglende rutiner for smertebehandling før trening med fysioterapeut, og diskrepans mellom sykepleiernes og fysioterapeutenes smertevurdering. Dette resulterer i at pasientene ofte ikke er tilfredsstillende smertelindret under trening.

5.3.1 Kategori 1) Forhold ved pasienten som kan påvirke deltagelse

Når det gjelder evnen til å formidle sine smerter, bekrefter en av sykepleierne: *"Alle er på en måte friske og kan snakke for seg, og det gjør de aller fleste"*.

Noen av sykepleierne trekker fram alders- og kjønnsperspektivet som en medvirkende faktor ved pasientenes deltagelse i smertebehandlingen.

Pasientene er hovedsakelig pensjonister, men det finnes også pasienter i 50-årene.

Sykepleierne erfarer at eldre, spesielt menn over 60-70 år er mer forsiktig med å be om smertestillende enn yngre, og de ligger ofte lenge med sterke smerter før de sier fra. Dette er spesielt fremtredende hos pasienter med langvarige smertetilstander som ofte synes at operasjonen er en befrielse. Yngre pasienter har generelt en større forventning om å være smertefri, og spesielt kvinner under 50 år uttrykker mer smerte.

Når det gjelder postoperativ mobilisering sier en av sykepleierne: *"Vi hadde en gang ei som var rundt 60, og ei som var 80 ..og hun på 80 spratt jo ut av senga, mens hun på 60 bare.. Nei..jeg vil vente litt og ta det litt med ro` og.. var litt mer bekymret"*.

Når det gjelder kjønnsmessige variasjoner fremheves det at de kvinnelige pasientene ofte er mer tiltaksløse og tyngre i kroppen enn menn, og må trekkes mer i gang. *"Menn er litt mer `ja, vi må opp, og vi skal jo prøve det her og vi skal ut å gå og, og vi skal jo bli bedre enn det vi var"*.

En annen sykepleier poengterer at smerteopplevelsen ikke er fremtredende hos noen av kjønnene, men at kvinner og menn formidler det ulikt. Menn viser mer at de skal *"bite det i seg"*, mens kvinner er litt *"flinkere"* til å si fra. Hun påpeker at det også er kvinner som sier at dette går over all forventning og at de ikke har smerter, men de som har smerter er flinkere til å si fra enn menn. *"Selv om de føler at de maser så oppmuntrer vi til å si ifra, fordi den informasjonen pasienten selv gir er avgjørende for å kunne gjøre jobben som sykepleier"*.

5.3.2 Kategori 2) Forberedelsesdagens betydning for pasientens deltagelse

Det fremheves at pasientene i Joint Care virker trygge, er komfortable med å ha ansvar, og er mentalt innstilt på forhånd. Pasientene har en bevissthet om at de ikke er syke, og skal ta i bruk kroppens ressurser til å komme videre i forløpet. Dette har i følge en av sykepleierne sammenheng med forberedelsesdagen, skriftlig informasjon, tid til å bearbeide informasjon og samtale med pårørende i forkant. På forberedelsesdagen blir det for eksempel sagt til pasientene: *”Det er en som gammel bil som trenger å bytte ut en slitt del..det er akkurat det samme med dere, bare at dere får smerter, men de går over. ”*

Det poengteres på forberedelsesdagen at pasientene kommer til å kjenne smerte, og spesielt ved overgangen fra 1.til 2.postoperative døgn. En sykepleier uttrykker at pasienten etter inngrepet kan si: *”De sa jo det at det kommer til å gjøre vondt .. OK, jeg spør etter mer smertestillende .”*

Pasientene har en forventning, men ikke så mye spørsmål når de blir innlagt, men noen trenger gjentatt informasjon om videre smertebehandling. De fleste pasientene er mentalt forberedt på smertene, men noen er ikke så godt forberedt. I følge en sykepleier har noen pasienter sagt at *”jeg trodde ikke det var.. at jeg skulle ha så vondt”*. Dette blir begrunnet med at enkelte kan ha misoppfattet den preoperative informasjonen vedrørende smertelindring. Andre pasienter har en innstilling om at det er bedre at det kjennes at det er gjort et inngrep enn at det ikke kjennes.

”Jeg tror jo at den uka eller to i forveien gjør at de fleste tar et par runder med seg selv, at nå vet de... nå har jeg de dagene på meg.. `Ok, hvis jeg har veldig smerter så får det være den dagen`... men allikevel så må de på en måte hente seg inn..og de aller fleste klarer det”.

En av sykepleierne trekker frem at pasientene er flinke til å be om smertestillende før trening. Dette begrunnes med pasientens tidligere smerteerfaring, og/eller at pasienten er informert om å tenke forebyggende. Det fremheves også at kunnskap om at ikke proteser vil løsne ved belastning, bidrar til at pasientene er tryggere under mobilisering. Det presiseres også på forberedelsesdagen at bevegelse og rett hvilestilling for det opererte leddet er de beste smertelindringstiltak pasienten kan gjøre selv. Pasientene blir informert om viktigheten av å rapportere smerter, å aktivt bruke NRS, og at smertelindring er en forutsetning for mobilisering. Det fremheves at det er treningen som gjør at pasientene kommer seg etter inngrepet og at de ikke blir friske av å holde senga.

En sykepleier sier: *”Det er en positiv gruppe å jobbe med, for at jeg merker den informasjonen, hvor viktig den er for rehabiliteringen etter operasjonen. Så de er veldig innstilt på å komme i gang....selv om pasientene kan ha litt smerter lar de ikke dette stoppe treningen”*.

På forberedelsesdagen legges det vekt på at pasientene er deltagende i behandlingen for at resultatet skal bli bra, og en av sykepleierne bekrefter at hun ser deltagelsen fra pasientene allerede fra forberedelsesdagen.

”Både i kommunikasjon, væremåte og hele veien .. det gir de et mer sånn eierskap til hva de skal gjennom tror jeg..”(.....)” Vi legger stor vekt på å ikke sykeliggjøre pasienten, og det er noe vi ser forskjell på. De skal ha på eget tøy, pasientrommet er kun til å sove på om natten hvis det ikke er noe spesielt, og det er på oppholdsrommet at ting skjer. Fokuset er framover og det å klare seg hjemme”.

5.3.3 Kategori 3) Gruppedynamikkens betydning for pasientens deltagelse i smertebehandlingen

En av sykepleierne mener at gruppedynamikken fungerer best når alle i gruppen er av samme kjønn og kan bo på samme rom. Menn og kvinner ligger på hver sine rom, men en av sykepleierne mener de burde vært blandet, da dette ville ha en positiv effekt på det å stelle seg på badet og ta på seg egne klær.

Gruppedynamikken etableres på forberedelsesdagen, hvor pasientene synes å ha en god kjemi og viser en trygghet på at de ses igjen. Pasientene fungerer videre som hverandres medspillere gjennom hele forløpet, og det registreres mye latter og godt humør blant pasientene.

En sykepleier hevder at det kan være varierende kjemi i gruppen, ikke alle er like engasjert i de andre, men det er alltid en god tone mellom pasientene. Sykepleieren sammenligner dette med å ha født barn i samme tidsperiode, man deler noen felles erfaringer selv om man ikke er nære venner.

De fysiske omgivelsene og atmosfæren inne på den fellesstuen pasientgruppen er samlet på, har i følge en av sykepleierne er mulig avledende effekt på smerteopplevelsen. Hun trekker fram at pasientene har gode stoler, bruker egne klær, ser på TV, snakker og spiser sammen. *” De får et litt annet fokus, for det med sykehuskjorta...det tror jeg blir mye borte hos de her” (. ...)”Også at de har andre som har det på samme måten,.. det gjør noe med oss tror jeg.. sånn ubevisst.”*..

Noen sykepleiere erfarer at pasientene snakker lite om smerter, behandling eller andre tema fra forberedelsesdagen, og at de stenger ute det som skjer på sykehuset. Samtidig fremheves det at pasientene oppmuntrer og støtter hverandre, snakker om personlige temaer og den videre opptrening. Det beskrives et konkurranseinstinkt hos pasientene, men uten at dette går på bekostning av å be om smertestillende. Fellesskapet betyr at man ikke er alene om den opererte hoften eller kneet, og pasientene har noen å trene og å nå et mål sammen med.

”Vi har jo sett også det at i grupper på 3 hvor den ene kanskje henger litt etter, veldig gjerne vil og kanskje ikke hadde ytt så mye hvis han hadde vært alene, at en kanskje fortere hadde gitt litt opp og tenkt at `nei, jeg har for vondt, og jeg er for kvalm og jeg orker ikke opp`. Men når han da ser de 2 andre som er litt sprekere... at en gjerne vil, og så kommer man seg opp, og så blir det greit allikevel.

Andre fremhever at pasientene deler erfaring om smerter og smertelindring, og minner hverandre på den informasjon de har fått på forberedelsesdagen; *”Er det ikke sånn at vi skal opp i kveld, husker du hvordan det var?”*

Derimot mener andre sykepleiere at gruppefunksjonen gir en følelse av tilhørighet, men den har trolig ingen betydning for smerteopplevelsen og pasientens rapportering av smerte. Spesielt på operasjonsdagen har pasientene mest fokus på seg selv og sin egen smerte. Videre gjennom forløpet erfares det at pasientene ber om smertestillende selv om de andre pasientene i gruppen ikke har vondt. Det fremheves at pasientene generelt er bevisste på snakke med hverandre om smerter.

5.3.4 Kategori 4) Hvordan påvirker rammene for samhandlingen mellom sykepleier og pasient pasientens deltagelse?

Sykepleierne fremhever at det første postoperative døgn er det alltid en sykepleier som har romansvar for pasientene i Joint Care-behandlingen, og de deltar både i tilrettelegging av stell, måltider, samtaler og medisinadministrering. Om morgenen 1. postoperative dag gis påfyll av smertestillende i LIA-kateteret før det seponeres. Dette er en tidkrevende prosedyre som gjør det vanskelig å mobilisere pasienten før frokost, slik sykehusets retningslinjer tilsier. Sykepleierne har ofte ansvar for andre pasienter i tillegg.

Noen sykepleiere vektlegger dialog med pasienten den tiden de gir påfyll i LIA-kateteret. Fra 2. postoperative dag kan det like gjerne være en hjelpepleier som har romansvar, men da er det den sykepleieren som er gruppeleder som har det sykepleiefaglige ansvaret. Dialog med

pasienten foregår på medisinerunder, legevisitt eller etter henvendelse fra pasient eller hjelpepleier. Det gjennomføres ikke rutinemessig smertekartlegging utover ved administrering av smertestillende i LIA-kateteret og ved administrering av behovsmedikamenter.

5.3.5 Kategori 5) Hvordan påvirker det tverrfaglige samarbeid pasientens deltagelse?

De tverrfaglige samarbeidspartene som ble omtalt under intervjuene var sykepleier, lege og fysioterapeut. Når det gjelder samarbeid med legene opplever sykepleierne at det er de som må formidle pasientens smerteproblematikk ovenfor legen, men legene etterspør også effekt av LIA-kateteret. Legene justerer smerteregimet etter innspill fra sykepleiere, og det varierer om legen direkte spør pasienten om smerter. Sykepleierne formidler at de gir medikamenter ut fra en ordinert behovsliste for Joint Care, og når de har forsøkt de alternative medikamentene kontaktes lege og /eller anestesipersonalet. En av sykepleierne fremhever at legene i liten grad bruker NRS-skala i samtale om pasientens smerte, men at sykepleierne tilstreber å dokumentere NRS i hovedkurven for å synliggjøre dette for legene. Hun fremhever at det er et forbedringspotensiale på dette området.

Det formelle forum hvor sykepleier og fysioterapeut samarbeider om pasienten smerte er under legevisitten, og det er ellers ingen faste møtepunkter for samarbeid.

En av sykepleierne fremhevet at fysioterapeutene ofte rapporterer smerter under trening med pasienten, men at dette ikke samsvarer med den smerterapporteringen pasienten gir til sykepleier. Dette medfører at pasienten ofte må ha pause i treningen inntil ny smertelindring er oppnådd. Sykepleieren sier at dette er et stort problem som avdelingen må ta tak i, og at det må gjøres klarere avtaler for når pasienten trenger smertestillende.

”Ja, vi vet jo når de skal trene, men det er vel litt av ideen dette her at de.. man skal jo ikke gi noe hvis ikke det er nødvendig. Og de får jo de her faste.. og hvis det ikke er behov så skal man jo heller ikke gi noe mer. Men ..jeg kan ikke huske... noen ganger så må man jo gi en oxynorm (oxycodon) for eksempel.. men det synes jeg er veldig sjeldent.”

En annen sykepleier formidlet derimot at det ikke er store sprik mellom sykepleierne og fysioterapeutens observasjoner av smerter, og at det er ukjent for henne at smerte avbryter treningsøkten. Hun fremhever derimot at fysioterapeutene er aktive i å spørre sykepleierne om

mer smertestillende under trening, og at dette ikke er noe stort problem slik hun har erfart det. Andre innspill som kom fram var at sykepleierne opplever et godt samarbeid med fysioterapeutene ved Joint Care-behandlingen. Det fremheves at fysioterapeutene er blitt mye mer bevisste på å gi tilbakemeldinger på om pasienten trenger smertestillende i forkant av treningen, men samtidig nytter ikke å komme et kvarter før trening å be om peroral smertelindring.

5.4 Sykepleiernes forslag til endring/utvikling innen Joint Care

Tema) Videreutvikling av rutiner innen smertekartlegging, gruppesammensetning og pasientinformasjon

Sykepleierne trekker frem følgende forslag til endring og utvikling:

Informasjon om viktigheten av å rapportere smerter bør vektlegges i større grad både på forberedelsesdagen og i den postoperative perioden. Rutiner for informasjon om nedtrapping av smertestillende bør standardiseres, samt faste rutiner for å ringe pasientene noen uker etter utskrivelse. Det bør innarbeides bedre kontinuitet i rutineene for smertekartlegging og for smertelindring før trening med fysioterapeut.

Det bør åpnes for å blande kvinner og menn på samme pasientrom for å fremme mobilisering og påkledning av privat tøy. Pasientgruppene bør være på minst tre pasienter for at gruppedynamikken skal fungere.

5.4.1 Kategori 1) Rutiner for smertebehandling

En av sykepleierne har selv aldri vært på forberedelsesdagen, men hun tror at man der kan gi enda mer informasjon om smerte og oppfordre pasienten til å si fra, og samtidig spesifisere om det er noen tidspunkt på døgnet hvor smerten er sterkere.

Pasienter med ekstra sterke smerter bør også gis mer informasjon postoperativt, men generelt bør alle pasienter etter inngrepet få en ny påminnelse om å rapportere smerter, og det er viktig at pasienten ikke føler at de maser. I forhold til hva som bør jobbes videre med for gjøre pasienten mer deltagende i smertebehandlingen, svarer en av sykepleierne at de jobber hele tiden med å etterspørre pasientens smerte, de ber dem om å si fra og observerer om de har smerter. Hun trekker også fram at det å gi smertestillende 20 minutter før trening med

fysioterapeut, er et aktuelt forbedringsområde. Sykepleierne tilstreber å dokumentere NRS i hovedkurven for å synliggjøre dette for legene, og en av sykepleierne mener at sykepleiere og leger kan bli flinkere til å bruke NRS i dialogen om smertebehandlingen.

5.4.2 Kategori 2) Organisering av pasientgruppene

I forhold til gruppesammensetningen svarer en av sykepleierne at hun ser fordelene av å blande kvinner og menn på samme pasientrom, selv om dette vil få mye kritikk. Men dette ville ført til økt selvstendighet for pasienten og at de kommer seg raskere opp. De kan ellers lett dannes en holdning blant pasientene om at de kan stelle på rommet, ta et vaskefat og ligge med dyna halvveis av.

En annen sykepleier påpeker at etter Joint Care ble avsluttet som prosjekt og overført til vanlig drift, er det ofte bare to pasienter i hver gruppe. Hun fremhever at for at gruppedynamikken skal ha noen funksjon bør det være minimum tre pasienter i gruppen. Man registrerer mer smerte og kvalme nå enn tidligere uten at man helt vet årsaken.

Det er en diskusjon på det gjeldende helseforetak om at Joint Care skal bli standardisert behandlingsmetode ved all protesekirurgi. I følge en av sykepleierne vil dette gå på bekostning av gruppeprinsippet, da man ikke har kapasitet til å operere grupper på 2-3 pasienter flere dager i uken.

Når det gjelder alderssammensetningen i pasientgruppene fremhever en av sykepleierne at det ikke alltid er gunstig for de eldste pasientene med en aldersspredning på 25 år eller mer. Dette kommer spesielt til uttrykk på forberedelsesdagen der informasjonen skal tilpasses den enkeltes bakgrunn.

5.4.3 Kategori 3) Informasjon til pasientene

En sykepleier fremhever at det er viktig at alle sykepleierne er med på forberedelsesdagen så de vet hva som snakkes om der, og at alle gir den samme informasjon postoperativt slik at pasientene ikke blir forvirret. Hun mener at det kan være litt ulikt hvordan informasjonen blir fulgt opp av sykepleierne.

Det fremheves også at det bør innføres en fast rutine på at pasientene får god informasjon om nedtrapping av medisiner før utskrivelse. Sykepleieren forslår at dette burde vært tema på et personalmøte hvor man diskuterer hva som er forventet smerte etter utskrivelse, hvilken tid på døgnet det er lurt å ta ekstra smertestillende, og hvilken dose det er lurt å trappe ned på først.

Pasientene blir informert om nedtrapping på forberedelsesdagen, men det er uklart hvordan den enkelte sykepleier følger opp denne informasjonen, og det står ikke noe i den skriftlige informasjonen om nedtrapping. To av sykepleierne svarer at det å ringe pasientene etter utskrivelse burde vært en fast rutine for at pasienten skal føle seg ivaretatt. Samtidig er sykepleierne interessert i å vite hvordan pasientene har det etter utskrivelse.

Etter 3 måneder er pasientene på kontroll på poliklinikken, men sykepleier mener at man burde ringt dem ca to uker etter at de kom hjem fra opptreningssenteret. Aktuelle kartleggingsområder er hvordan de opplever å komme hjem, smerteopplevelse, og hvordan de fungerer i det daglige.

”Vi higer egentlig etter å få tilbakemelding om hvordan de har hatt det. Og kanskje vi ikke har vært på jobb og så har du hatt noen pasienter du har hatt på informasjonsdagen, og så er du fryktelig spent på hvordan det har gått. Så det er litt viktig for at vi vet hvor vi ligger hen på det..., for det er faktisk den informasjon.. den muntlige kan være en ting, den skriftlige kan være noe helt annet, så det er jo litt viktig at vi får det fram og. Men det kan godt hende de skal samle det litt over tid for å legge det fram sånn, for å få tallfestet de ordentlig, hvor fornøyd og misfornøyd de er egentlig med hele opplegget”

En annen sykepleier påpeker at personalet kan bli bedre på å huske å gi pasientene det pasienttilfredshetsskjema de skal fylle ut siste dag. Disse skjemaene er det andre i systemet som oppbevarer, hun er usikker på hva de skal brukes til, og hun vet heller ikke om det er noen felles mønster i svarene.

6 DISKUSJON

I dette kapittel diskuteres de aktuelle funn på bakgrunn av tidligere forskning og relevant teori, og analysenivået vil gjenspeile forskerens teoretiske forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Pasientmedvirkningsbegrepet er trukket inn med hovedvekt på de kjennetegn som Sahlsten et al (2008) beskriver. Begrepene deltagelse og medvirkning brukes om hverandre i diskusjonen, da deltagelse er det begrepet som brukes i intervjuguiden. Videre diskuteres studiens pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet. Til slutt presenteres studiens implikasjoner for praksis hvor noen av de endringsforslagene sykepleierne trekker fram er tatt med, og dette danner videre et utgangspunkt for forslag til videre forskning. Strukturen følger samme rekkefølge som innholdet i forskningsspørsmålene, men har andre overskrifter.

6.1 Pasientens smerte- og aktivitetsmønster

I følge Sahlsten et al (2008) vil en av konsekvensene av pasientmedvirkning være bedret behandlingsresultat. At pasientene er utskrivningsklare og selvhjulpne 4. postoperative dag er et konkret eksempel på at behandlingen er målrettet, men samtidig er ikke pasientens egen opplevelse av delt makt, kunnskap og autonomi kartlagt. I hvilken grad smerteopplevelse og funksjonsnivå er en konsekvens av effektive behandlingsrutiner, og/eller en konsekvens av pasientens medvirkning, kommer ikke fram i denne studien.

6.1.1 Variasjon i smerter og aktivitetsnivå etter 1.postoperative døgn

Sykepleierne viser en felles oppfatning av at pasientene er bedre smertelindret ved Joint Care enn ved ordinær kirurgi, men samtidig kommer det ikke klart frem i hvilken grad pasientene er adekvat smertelindret ved aktivitet.

Ortopedisk kirurgi er definert blant de mest smertefulle inngrep (Pasero & McCaffery, 2007), og funnene i studien tilsier at pasientene ved Joint Care ofte har en smertetopp 2. postoperative døgn.

Det viser seg at pasientene har god smertelindring av LIA-kateteret, men det er uklart hvorfor pasientene har større variasjon i smerteopplevelsen videre i forløpet, og hva det er ved LIA-behandlingen som gjør mobiliseringen enklere og smertene mindre enn ved bruk av EDA.

Funnene viser at pasientene klarer å etterfølge retningslinjene for mobilisering på operasjonsdagen, men ikke alltid om morgenen 1. postoperative dag. Dette forklares på bakgrunn av at pasientene kan være plaget av smerter, svimmelhet og kvalme, samt

strukturelle forhold som sykepleierens prioritering av arbeidsoppgaver. Det fremkommer ikke om pasientens funksjonsnivå operasjonsdagen og 1.postoperative dag avhenger av om de er operert tidlig og sent på dagen. Samtidig fremhever noen av sykepleieren at pasientene ofte er litt for aktive 1. postoperative dag, og at det medvirker til smertetoppen ved overgangen til 2.postoperative døgn. Hvordan pasientene blir veiledet i forhold til å tilpasse aktivitetsnivået, kom ikke klart fram under intervjuene.

Sharma et al (2009) underbygger hvordan det multimodale smerteregimet med bruk av LIA-kateter har en dokumentert effekt på tidlig mobilisering etter hofteprotesekirurgi, og at dette styrker pasientens tilfredshet. En annen studie viser også at bruk av LIA-kateter har en dokumentert effekt ved kneprotesekirurgi (Andersen, Bak, Christensen, Harazuk, Pedersen & Søballe, 2010).

Det kom fram under intervjuene at noen mente det var mer smerter forbundet med hofte- enn ved kneprotesekirurgi, og andre hevdet det motsatte, så dette er gjenstand for videre kartlegging. Et interessant funn er at en av sykepleierne fremhever at i Danmark settes det ikke lenger lokalkateter ved hofteproteser, kun ved kneproteser. Samtidig sies det ikke noe om hvordan pasienter med epiduralkateter kan delta i Joint Care. Dette diskuteres heller ikke i de studiene som er presentert i kapittel 2.

Det synes å være en utfordring at LIA-kateteret seponeres 1.postoperative dag, og samtidig øker aktivitetsnivået med oppstart av fysioterapi og egenaktivitet for pasienten.

I en studie rettet mot kneprotesekirurgi (McDonald et al, 2005) fremheves det at den individuelle smertebehandlingen bør økes etter 1. postoperative dag da de rutinemessige aktivitetene intensiveres. Studien til McDonald et al (2005) er ikke relatert til akselerert pasientforløp, men prinsippet om at intensivering i smertebehandling bør økes i tråd med aktivitetsnivået kan ha overføringsverdi til Joint Care.

McDonald, et al (2005) påpeker at noen helsearbeidere vil vurdere moderat smerte som uunngåelig ved kneprotesekirurgi, og dermed vil være mindre lydhøre for pasienter som kommuniserer smerte etter det første postoperative døgn. Ved Joint Care fremhever derimot noen av sykepleierne at de er blitt mer oppmerksomme på smerteutviklingen i overgangen fra 1. til 2. postoperative døgn både ved hofte- og kneprotesekirurgi, og at de er blitt mer bevisst på å forebygge smerte. Samtidig sier enkelte sykepleiere at de bør bli flinkere til å gi smertestillende før natt til 2. døgn. Dette kan indikere at rutinene ikke er klare i forhold til å forebygge den forventede smertetoppen.

6.1.2 Fysiske årsaker til smerte

At pasientene som deltar i Joint Care har smerteutfordringer, kan forklares ut fra tidligere studier som viser sammenheng mellom langvarige smertetilstander og postoperative smerter. Smerteproblematikk på grunn av artrose er ofte hovedårsaken til protesekirurgi (McHugh & Luker, 2009). Den bakenforliggende smertehistorie ortopediske pasienter har komplisere og forsterke kompleksiteten i den postoperative smertebehandlingen (Pasero & McCaffery, 2007). Langvarige smertetilstander medfører en tilstand av hyperalgesi (Stubhaug og Ljoså, 2008) som innebærer en forsterkning av nociseptive signaler. En tidligere studie (Prowse, 2007) viser også at eldre pasienter (over 65 år) opplever intensiteten i akutte smerter i like stor grad som yngre. Den akutte smertebehandlingen av eldre i sykehus er kompleks på grunn av fysiologiske aldersforandringer og farmakologiske faktorer. I tillegg spiller holdninger, oppfatninger og den eldres sosiale konstruksjon i en sykehussammenheng en viktig rolle (Prowse, 2007). Aldersrelaterte forskjeller på smertesensitivitet påført av mekanisk press, viser at eldre i alder 75 +/- 4 år har lavere smertetoleranse enn yngre i alder 26 +/- 3 år (Cole, Farrell, Gibson, & Egan, 2010).

På bakgrunn av de nevnte studier er det en indikasjon for at både inngrepets art, pasientens alder, og tidligere smerteerfaring medvirker til sterke smerter ved hofte- og kneprotese kirurgi. Dette står i en kontrast til et av funnene i studien, som viser at eldre pasienter med langvarige smertetilstander rapporterer mindre smerter enn yngre. Samtidig er det uklart om dette betyr at eldre pasienter reelt sett har mindre smerter. Her savnes det en dokumentasjon av pasientens selvopplevde smerte, enten verbalt eller i form av NRS.

På den andre siden viser studien at eldre pasienter har smerter, og at de ofte kan ligge lenge med sterke smerter før de ber om smertestillende. Sykepleierne trekker fram at dette er fremtredende hos pasienter med langvarige smertetilstander, og som opplever operasjonen som en befrielse.

6.1.3 Persepsjon av smerte

Dersom det er et faktum at eldre pasienter i Joint Care- programmet erfarer mindre smerter enn yngre, kan dette ikke forklares fysiologisk, men mulig på bakgrunn av andre aspekter ved smerteopplevelsen. Definisjonen på at *”smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte”* (McCaffery, 1972) illustrerer at det kun er pasienten selv som kan definere sin egen smerte.

I følge Stubhaug & Ljoså (2008) er smerte et perseptuelt fenomen, og består både av kognitive, affektive og sensoriske aspekter. Den aktuelle pasientgruppen har en langvarig erfaring med artrosesmerter, og deres opplevelse av mening med den akutte smerten kan påvirke det kognitive og affektive aspektet i selve smerteopplevelsen. Man kan også anta at de har lært seg å utholde smerte, og ikke alltid uttrykker smerten slik som yngre gjør. Torvik & Bjøro (2008) påpeker at eldre ofte forbinder smerte med en naturlig del av alderdommen, og at de lett kan bli mer passive i forhold til å be om smertestillende. Mange eldre er også mer skeptisk til bruk av medikamenter av frykt for bivirkninger og avhengighet. I tillegg til at helsepersonell ofte ikke kartlegger smerter hos eldre systematisk kan dette føre til at forekomst av smerter hos eldre er underrapportert. Torvik og Bjøro (2008) fremhever også at pasienter som har hatt smerter i flere år ofte utvikler strategier for å mestre smertene, og derfor er en grundig smertekartlegging sentralt når pasienter blir innlagt på sykehus (Torvik & Bjøro, 2008).

Denne utvikling av mestringsstrategier kan også ses i lys av Benner og Wrubels teori (1989) ved at mestring har sammenheng med opplevelse av mening og sammenheng. I Joint Care legges det vekt på at pasienten ikke er syk, og dette kan mulig også påvirke pasientens måte å uttrykke smerten på, da pasientene gjøres trygge gjennom den preoperative informasjonen. Benner og Wrubel (1989) skiller mellom den patologiske betydningen av sykdom "disease", og personens opplevelse av helsesvikt, "illness". Etter et proteseinngrep er pasienten ikke definert som syk ut fra en patologisk forståelse, men studien viser at pasienten kan oppleve ulike former for ubehag i form av kvalme, smerter og svimmelhet, og dette kan relateres til begrepet "illness". Innen den evidensbaserte praksisutviklingen finnes en utfordring ved at det skjer en manualisering av praksis, der helsepersonell forholder seg til lidelser og sykdom ut fra manualer og standardiserte prosedyrer (Martinsen, 2005). De behandlingsprinsipper og den sykdomsforståelse som ligger til grunn for Joint Care kan medføre at pasientens sårbarhet lett kan bli oversett, og at deres helsetilstand vurderes ut fra objektive standarder for en vellykket behandling.

6.2 Sykepleier- pasientrelasjonen, en forutsetning for medvirkning?

I følge Sahlsten et al (2008) er et at kjennetegnene for pasientmedvirkning at det finnes en etablert relasjon mellom sykepleier og pasient som preges av likeverdighet, tillit og kontinuitet. Studiens problemstilling ”*Akselerert behandlingsforløp- hvordan kan sykepleieren fremme pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling?*” forutsetter at det finnes en relasjon mellom sykepleier og pasient, selv om tidsrammen for relasjonen kan variere.

6.2.1 Rammer for relasjonen mellom sykepleier og pasient

Både Gallant (2002) og Peplau (1991) beskriver viktigheten av det innledende møte mellom pasient og sykepleier, og hvordan både tillitsforhold og den videre plan for pleien legges der. I Joint Care etableres det første møtet på forberedelsesdagen hvor to av postens sykepleiere har ansvar for en del av undervisningen. Det er da tilfeldig om pasientene vil møte de samme sykepleierne i den postoperative perioden.

I den postoperative perioden er den normerte tidsrammen for sykepleier –pasientrelasjonen fire døgn, og vil innbefatte den fasen som Gallant et al (2002) kaller arbeidsfasen. Denne fasen kjennetegnes ved at det kontinuerlig gjøres en evaluering av de oppsatte mål som pasient og sykepleier er blitt enige om (Gallant et al, 2002). I Joint Care er målet satt før innleggelsen både i forhold til anestesimetode, smertelindring, postoperativ mobilisering og utskrivelse, og dette vil primært være de områdene sykepleier og pasient samarbeider om i arbeidsfasen.

Gallant et al (2002) fremhever viktigheten at det er en definert sykepleier som inngår i relasjonen med pasienten. Studien viser at det 1. postoperative døgn bruker sykepleierne relativt mye tid hos pasienten i forbindelse med observasjoner og smertebehandling i LIA-kateteret, og at pasienten da gis anledning til å komme med sine tanker og spørsmål. Videre i forløpet viser studien en manglende kontinuitet, da det ikke alltid er samme sykepleier som følger pasienten. Dette vil da avbryte den sykepleier-pasientrelasjonen som er etablert, og tillitsforholdet må innarbeides på nytt ved møte med nye sykepleiere.

Den relasjon som synliggjøres mellom sykepleier og pasient i denne studien kan tyde på samhandlingen er styrt av avdelingens arbeidsrutiner. Sykepleierne nevner for eksempel at de ofte må avvike fra rutinene for mobilisering 1. postoperative dag da de må prioritere å

administrere smertestillende i LIA-kateterer, eller utføre arbeidsoppgaver for andre pasienter. De dagene sykepleier ikke har romansvar er samhandlingen med pasientene begrenset til medisinerundene eller etter henvendelse fra hjelpepleier.

På forberedelsesdagen og videre under hele forløpet vektlegges betydningen av å ha med en pårørende som støttespiller, samt den støttende funksjon som medpasientene har. Dette synliggjør at mye av sykepleier-pasientrelasjonen i Joint Care erstattes av andre støttespillere, og sykepleieren får en mer administrativ rolle. Hverken relasjon til pårørende, medpasienter eller det tverrfaglige teamet er nevnt i studiene til Cahill (1996), Gallant et al (2002) eller Sahlsten et al (2008). Dette kan begrunnes med at det er sykepleier-pasientkonteksten som er grunnlaget for de aktuelle begrepsanalyser.

6.2.2 Den tilbakeholdne pasienten

Det framkommer at pasientene er deltagende og handler på det de er blitt bedt om i forhold til å rapportere effekt av det gitte medikamentet, men mange pasienter er tilbakeholdne med å be om smertestillende selv om de har smerter, og flere burde ha sagt fra tidligere. Dette fører til at sykepleieren må tilby smertestillende ofte, og minne pasienten om å rapportere smerter. Denne underrapportering av smerte kan medføre at den postoperative mobiliseringen blir redusert eller forsinket.

Postoperative pasienter har i følge en studie (E Manias, Botti, & Bucknall, 2005) ofte en passiv rolle i forhold smertebehandling. Manias et al (2005) viser at sykepleierne ofte stilte pasienten spørsmål om smerte på tidspunkter som passet dem selv, som ved vaktens begynnelse, ved måling av vitale tegn og ved vaktskifte. Pasientene kunne erfare smerter på andre tidspunkter, men de tok ikke initiativ til å formidle dette til sykepleierne.

Noen av de samme funne som Manias et al (2005) beskriver kommer også til uttrykk i enkelte av intervjuene i denne studien. Det påpekes at pasienter har smerter under trening med fysioterapeut, og at de ikke ber om smertestillende på forhånd. Samtidig uttrykker en av sykepleierne at det i utgangspunktet ikke skal gis smertestillende når pasienten ikke har smerte. Dette viser at rutiner for forebygging av smerter ikke er innarbeidet i avdelingen.

Manias, Botti & Buchnall (2006) fremhever at i en postoperativ kontekst hvor pasienten møter ukjente krav og forventninger, er de ofte nølende og overlater smertebehandlingsansvaret til sykepleiere. En passiv tilnærming fra pasientene resulterer i en dårligere smertebehandling

enn hos de pasientene som er aktive med i problemløsningsprosessen (E. Manias, Botti Mari, Buchnall Tracey, 2006).

En av sykepleierne i studien uttrykte at pasienten tar det de blir tilbudt av smertestillende, og at de ikke stiller kritiske spørsmål til hva de får. Dette kan forklares ut fra compliance-begrepet (Bissonnette, 2008), ved at pasientene kun blir passive mottakere av medikamenter uten å ta en aktiv del av behandlingen. Et annet perspektiv er at mange av pasientene i Joint Care er eldre (over 65 år) og er vant til en mer underdanig rolle når det gjelder smerter og smertebehandling. En studie (Hansson, Fridlund, & Hallström, 2006) viser at yngre og høyere utdannede pasienter synes å velge en mer aktiv deltagende rolle i smertebehandlingen enn eldre og de med lavere utdanning. Ved Joint Care viser funn i studien at yngre, og spesielt kvinner er mer pågående i forhold til å rapportere og til be om smertestillende. Dihle et al (2006) viser at i de situasjonene hvor sykepleierne viste en aktiv tilnærming til pasientens smerteproblem, opplevde pasientene bedre smertelindring.

Det som skiller pasientgruppene i studien til Hansson et al (2006) og Dihle et al (2006) fra den aktuelle studien, er at pasientene i Joint Care er blitt informert på forhånd om viktigheten av å være deltagende, og at mye av ansvaret er overført til pasienten. Samtidig kan de se ut som pasientens innarbeidede barrierer kan begrense hans initiativ til å rapportere smerter.

Carr (2007) fremhever at barrierene ofte er knyttet til pasientens usikkerhet ved innleggelse, forventning om at de ikke blir adekvat smertelindret, historier fra andre, eller tidligere erfaringer med dårlig smertebehandling. Barrierene kan også skyldes forestillinger om at det er helsepersonell som har ansvaret for smertebehandlingen, redsel for å forstyrre kirurgen, redsel for injeksjoner, ønske om å ikke bli upopulær eller at smerten ikke er alvorlig nok (Carr, 2007). Dette indikerer at eldre pasienter generelt trenger en mer aktiv tilnærming fra sykepleier, og at overføringen av makt og kontroll bør vurderes ut fra den enkelte situasjonen.

6.2.3 Den deltagende pasienten

I kontrast til de nevnte funn som viser at pasienten er tilbakeholdne, fremhever to av sykepleierne at pasientene er deltagende, og ber om smertestillende før trening og ellers ved behov. Dette begrunnes både med den preoperative informasjon, samt at tidligere proteseopererte pasienter er mer aktive til å be om smertestillende enn de som opereres for første gang. Det at pasientene er aktive kan forklares på bakgrunn av en studie (Older, Carr,

& Layzell, 2010) som er gjort av dagkirurgiske pasienters holdning til smertebehandling.

I tillegg til de faktorer som er relatert til selve smerteopplevelsen og bruk analgetika, er tidligere erfaringer med smerter og relasjonen og tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell en medvirkende faktor hos pasienten (Older, et al., 2010). Studien viser ikke om pasientens deltagelse i smertebehandlingen ved Joint Care er ensbetydende med at de blir optimalt smertelindret. Studien viser heller ikke i hvilken grad pasientene ber om smertestillende gjentatte ganger ved manglende effekt. Det kommer heller ikke tydelig fram om det er den tilbakeholdne eller den deltagende tilnærmingen som dominerer, og det kan synes som om sykepleierne erfarer dette ulikt. Studien viser at pasientens deltagelse i behandlingen ikke handler kun om smerterapportering, men også deltagelse i fysisk aktivitet, samhandling med medpasienter, og at de viser en positiv innstilling til å gjennomføre behandlingen. Pasientenes subjektive opplevelse av medvirkning er ikke kartlagt av sykepleierne.

6.2.4 Dialog om smerte

Studien viser at NRS er et standardisert kartleggingsverktøy ved Joint Care, men at den praktiske anvendelsen er varierende. Mange pasienter bruker NRS hvor de angir smertenivået før og etter inntak av analgetika, og andre anvender beskrivende og illustrerende uttalelser. Dette kan forstås på bakgrunn av at eldre ofte bruker andre smerteuttrykk enn yngre (Torvik & Bjørø, 2008), og at eldre ikke alltid klarer å tallfeste sin smerte (Herr , 2004). Eldre pasienter kan også ha nedsatt evne til å kommunisere sin smerte i form av et tall hvis den kommer opp på et høyt nok nivå (McDonald, Thomas, Livingston, & Severson, 2005). Dette viser at sykepleiernes observasjon av pasientens smerteopplevelse ved Joint Care krever ulike kommunikasjonsstrategier, slik at sykepleieren får tak i pasientens subjektive opplevelse. Som Eide (2008) fremhever et det sentralt at pasienten blir trodd på sin smerteopplevelse. I en studie (Walid, Donahue, Darmohray, Hyer Jr, & Robinson Jr, 2008) diskuteres det at en ensidig bruk av smerteskala underslår den empatiske samtalen, og at skalaen ikke skal brukes som en byråkratisk sjekkliste, men bidra til god kommunikasjon (Walid et al, 2008).

Angående tidspunkt for smertekartlegging svarer en av sykepleierne at hun spør pasientene hvordan det går i løpet av dagen, men det er ikke faste rutiner for smertekartlegging utenom ved påfyll i LIA-kateter og ved behovsmedisinering. Det kom ikke klart fram om

sykepleieren stiller et ” *hvordan går det* ”-spørsmål til pasienten, men viktigheten av at helsearbeiderens innøver gode kommunikasjonsferdigheter presiseres av McDonald et al (2005). Hverdaglige fraser kan oppmuntre pasienten til å svare på en sosialt akseptert måte, og bidra til å undertrykke sin bekymring for smerten (McDonald, et al., 2005). Viktigheten av direkte spørsmål vedrørende smerte fremheves også av Dihle et al (2006), og at upresise spørsmål gir upresise svar.

Det er gjennomgående i studien at sykepleierne vektlegger dialog, og at NRS alene ikke gir et fullstendig bilde av pasientens smerteopplevelse. Dihle et al (2006) fant i sin studie en diskrepans mellom sykepleiernes egne oppfatninger av det de selv gjorde og hvordan de i realiteten utførte smertelindrende intervensjoner. Dette kan indikere at selv om sykepleierne opplever at de vektlegger dialog i smertekartleggingen ved Joint Care, er det ikke sikkert pasientene opplever å være deltagende i dialogen.

Det kommer heller ikke klart fram under intervjuene hva sykepleierne legger i god dialog, men kun hvilke temaer de snakker med pasienten om. Studien kan indikere at sykepleierne vektlegger å forklare framfor å forstå pasientens opplevelse, spesielt i de tilfellene hvor pasientens NRS-verdi ikke samsvarer med sykepleierens vurderinger. At pasientene kan skåre NRS på 8, og likevel være fysisk aktiv eller ha normalt blodtrykk og puls, blir ikke uten videre akseptert av sykepleierne. Dette kan handle om feiloppfatninger eller usikkerhet hos sykepleierne av hva som er hensikten med bruk av NRS, og om de fysiologiske forandringene som følger den akutte smerte.

I følge McCaffery & Beebe (2001) vil den akutte smerte gi en umiddebart fysiologisk respons. Disse tegnene er vanligvis ikke langvarige, og det skjer en fysiologisk og adferdsmessig tilpasning i løpet av sekunder eller minutter. Det fremheves at pasienter kan gå i sjokk på grunn av alvorlige smerter, men likevel viser de fleste en fysiologisk tilpasning (McCaffery & Beebe, 2001).

Tidligere studier viser også at det er diskrepans mellom pasientens selvrapporterte smerte og hvordan sykepleiere vurderer smerten (Solomon, 2001). Generelt undervurderer sykepleiere pasientens smerteintensitet ved sterke smerter (Sloman, Rosen, Rom, & Shir, 2005).

Det at flere av sykepleierne i studien ikke var fortrolig med bruk av NRS, ble forklart med at pasienten ikke skjønnte skalaen, og at det ikke fantes noen objektive kriterier for å angi NRS. Sykepleieres barrieres mot å anvende NRS er beskrevet i en tidligere studie (Young, Horton, & Davidhizar, 2005). Denne studien viser at sykepleiere opplever smertekartleggings-

verktøy som subjektive, upresise, individuelle og vanskelige å relatere til andre, eller at pasientene ikke vet hvordan de skal gradere smerten (Young et al, 2005). Rolfsson (2009) stiller også kritiske spørsmål til om smerte lar seg måle gjennom endimensjonale tallskalaer, da smerte også har sammenheng med opplevelse av mening, og er påvirket av en rekke indre og ytre faktorer (Rolfsson, 2009).

Sahlsten et al (2008) fremhever at et kjennetegn på pasientmedvirkning er at kunnskap utveksles mellom sykepleier og pasient. Peplau (1991) fremhever også viktigheten av helseundervisning i sykepleier-pasientrelasjonen. Studien viser at i de situasjonene hvor det foregår en form for kunnskapsutveksling mellom sykepleier og pasient, er i forbindelse med smertekartlegging. Samtidig er det uklart om pasienten har tilstrekkelige forkunnskaper for å bruke NRS, og sykepleierne viser en skepsis til pasientens angitte NRS som vanskeliggjør smertekartleggingen. Studien viser at det ikke er faste rammer for kunnskapsutveksling i den postoperative perioden, og det er uklart i hvilken grad pasienten tar initiativ til å søke kunnskap fra sykepleier.

6.3 Forberedelsesdagens betydning for pasientens medvirkning i smertebehandlingen

Betydningen av kunnskap og kompetanse

En forutsetning for at kunnskap utveksles mellom sykepleier og pasient, er at sykepleier legger til rette for individuelt tilpasset informasjon og kunnskap (Sahlsten et al, 2008).

Ved Joint Care er forutsetningen for pasientens deltagelse i smertebehandlingen at de har kunnskap om behandling, smertelindringsmetoder og hvordan formidle egen smerte. En implementert intervensjon er at tilpasset informasjon gis både via informasjonsbrosjyren og på den preoperative forberedelsesdagen. Pasientene leser også informasjonsbrosjyren på nytt etter at de har vært på forberedelsesdagen, og forstår den da på en bedre måte.

Tveiten (2008) fremhever at kunnskap en forutsetning for kompetanse, og kompetanse innebærer dyktighet, ferdigheter eller evner innen visse områder, eller når det gjelder spesielle hensikter (Tveiten, 2008).

Hvordan sikrer sykepleierne at pasienten i Joint Care innehar den type kunnskap som gjør han kompetent til å medvirke i den postoperative smertebehandlingen? Studien viser ingen

faste evalueringsmetoder av den kunnskapen pasienten innehar, annet enn at pasienten selv evaluerer sin tilfredshet med den preoperative forberedelsesdagen, og om den er relevant for videre forløp. Sykepleierne hadde på det aktuelle tidspunkt ikke kjennskap til resultatene av pasienttilfredshetsundersøkelsen.

Walker (2007) har gjennom en litteraturstudie belyst hvilken effekt den preoperative informasjon har for pasienttilfredsheten, og konkluderer med at adekvat informasjon øker pasientens evne til å ta avgjørelser og valg på bakgrunn av kunnskaper (Walker, 2007). Studien viser at forberedelsesdagen bidrar til at pasientene er godt forberedt på den postoperative perioden med tanke på trening, smertebehandling og bruk av smertekartleggingsverktøy. Dette kommer til uttrykk ved at pasientene generelt er mer aktive til å rapportere smerter og å til å be om smertestillende sammenlignet med andre pasienter. Mange av pasientene husker den informasjon som er gitt angående smerter, og når de selv erfarer at dette stemmer, tar de initiativ til å be om smertestillende.

Sammenhengen mellom preoperativ informasjon og postoperativ smertelindring støttes av tidligere studier. I en studie av pasienter som fikk innsatt hofte- eller kneprotese (McDonald et al, 2005) ble det i tillegg til ordinær informasjon vist en powerpoint-presentasjon hvor betydningen av å kommunisere smerte, samt å rapportere effekt av analgetika ble fremhevet. Denne intervensjonen resulterte i bedre smertelindring enn hos andre lignende pasientgrupper (McDonald et al, 2005). Sceduri (2006) viser at hos pasienter som gjennomgår kneprotesekirurgi, bidrar kombinasjonen av pre- og postoperativ undervisning til å øke pasientens kunnskaper og motivasjon gjennom forløpet (Sceduri 2006).

Andre funn i studien kan tyde på at ikke alle pasientene i Joint Care-programmet har like god nytte av informasjonen. Dette kommer til syne ved at pasientene ikke forstår bruk av NRS-skalaen, er tilbakeholdne med å be om smertestillende, og mange har sterke smerter under trening. Det fremkommer i studien at noen pasienter erfarer mer smerter enn de hadde forestilt seg, og andre mindre.

Denne variasjon kan forklares ved at den kunnskap som formidles i den preoperative fasen ikke omsettes til læring før pasienten erfarer den postoperative smerten, og handler på bakgrunn av denne erfaringen. I følge Redmann (2001, s. 21) kan læring beskrives som “ *a change in an individual caused by experience and do not include changes caused by development* ” (Redmann, 2001). Dette illustrerer at den preoperative informasjonen ikke fullt ut kan forberede pasienten på smerten, men pasienten får en handlingsberedskap i forhold til

når de skal rapportere, og hvordan de skal beskrive smerten.

Betydningen av pasientens forventninger og motivasjon

Viktigheten av at preoperativ informasjon er tilpasset pasientens læringsform og forforståelse fremheves av Kruzik (2009). Pasientene har ulike mestringsstrategier for hvor mye informasjon og for hvor detaljert informasjon de klarer å absorbere. Pasienten kan ha helt andre bilder i hodet av det de skal gjennom enn det sykepleieren selv har (Kruzik, 2009).

Den kompetanse pasientene i Joint Care opparbeider gjennom preoperativ informasjon vil også bygge på tidligere erfaringer knyttet til både akutte og langvarige smertetilstander. Som tidligere beskrevet er mestringsstrategiene avhenging av tidligere smerteopplevelse (Torvik & Bjørø, 2008). Benner og Wrubel (1989) fremhever at pasienter innehar både kroppslig kunnskap og erfaringskunnskap, samt at de befinner seg i ulike kontekster i livet. Pasientene som deltar i Joint Care har ofte gått med atrosesmerter i flere år, og de fleste har tilegnet seg en kompetanse i å mestre hverdagen med smerter. Som det fremkommer i studien vil mange oppleve den akutte smerten som en befrielse i forhold til tidligere smerteerfaring, og dette vil mulig utfordre både sykepleier og pasient til å vurdere hva som er et akseptabelt smertenivå i den postoperative fasen.

Den metaforen som en av sykepleierne bruker hvor hun sammenligner inngrepet med en ”slitt bildel som må byttes ut”, kan bidra til at pasienten ser optimistisk på inngrepet, og at de ikke skal se på seg selv som syk. Samtidig kan en slik formulering bidra til å bagatellisere de bekymringer pasienten måtte ha, og signalisere et syn på kroppen som et objekt som skal repareres. Pasientens personlige anliggende (concerns) fremheves av Benner & Wrubel (1989), og vil ved Joint Care være sentralt både i den pre- og postoperative dialogen med sykepleier. Det overordnede mål med inngrepet er smertelindring og forbedret gangfunksjon, men i tillegg vil det være individuelle opplevelser hos den enkelte pasient av hva som er viktig. Hva pasientene forventer av inngrepet ble ikke utdypet i intervjuene, men de pasientene som tidligere har gjennomgått protesekirurgi viser generelt en mer aktiv tilnærming i forhold til å be om smertestillende enn de som opereres for første gang. Forberedelsesdagen har en tydelig effekt på pasientens motivasjon til å gjennomføre behandling og opptrening, men dette er ikke ensbetydende med at pasientene er optimalt smertelindret.

Ranawat & Ranawat (2007) viser i sin studie at både motivasjon og adekvat smertelindring

er forutsetninger for at pasienter kan delta i et akselerert pasientforløp. Pasientens motivasjon vil hjelpe han til å fullføre behandlingen, men samtidig kan ingen form for oppmuntring og opplæring motivere pasienten dersom han ikke er adekvat smertelindret (Ranawat & Ranawat, 2007). Dette viser at den preoperative informasjon ved Joint Care ikke kan erstatte sykepleierens ansvar for å smertelindre pasienten, og spesielt med tanke på at eldre pasienter viser en mer passiv tilnærning til sin egen smertebehandling.

På forberedelsesdagen blir det presisert at pasientene ikke kan forvente å være helt smertefri, men samtidig skal være smertelindret nok til å mobiliseres. Hva som er akseptabel smerte, og hva som kjennetegner NRS under 3, er et spørsmål som også sykepleierne er usikre på. Dette viser viktigheten av den fortløpende dialog mellom sykepleier og pasient etter inngrepet.

Betydningen av undervisningens form

Dialog er et av virkemidlene på forberedelsesdagen, og i følge Tveiten (2008) er ikke informasjon alene en egnet kommunikasjonsform der hvor pasientmedvirkning er et mål, men informasjon må suppleres med dialog. Fordelen med at pasientene i Joint Care-programmet får undervisningen i grupper er at de har anledning til å stille oppklarende spørsmål underveis, og kan supplere hverandre. Studien viser at sammensetning av pasientgruppene har betydning for hvordan den preoperative undervisningen forløper, og spesielt der hvor det er stor aldersspredning kan det være vanskelig for de eldste pasientene å følge med på det de yngre er opptatt av.

Thomas & Sethares (2008) viser i en studie at tverrfaglig preoperativ klasseroms-undervisning før protesekirurgi gir et bedre kunnskaps- og funksjonsnivå postoperativt enn ved individuell undervisning av sykepleier. Studien viser ikke klart hvilke aspekter ved intervensjonene som var mest effektive, og dette krever en videre studie (Thomas & Sethares, 2008).

Selv om studien viser at pasientene møter godt forberedt på forberedelsesdagen, og mange har lest informasjonsheftet flere ganger, har pasientene ulike forutsetninger for både å ta inn informasjon og å omsette dette i praksis. I en studie som omtaler gruppebasert undervisning for pasienter (Rodgers, 2006), legges det vekt på at kunnskapen ikke bare skal oppfattes, men at pasientene skal forstå informasjonen i relasjon til sin egen helse, i den hensikt å gjøre helserelaterte endringer. Denne studien er rettet mot diabetes-pasienter men prinsippene vil være de samme ved preoperativ informasjon. Rodgers (2006) fremhever også at for å kunne

endre adferd er det en forutsetning at personen ser alvoret i situasjonen, at de er utsatt for uheldige konsekvenser, og at deres handling kan påvirke resultatet. Dette krever en undervisningsform som stimulerer deltageres tanker, følelser og oppfatninger (Rodgers, 2006). I forhold til den preoperative undervisningen ved Joint Care vil en slik tilnærming kunne bidra til at pasienten opplever kontroll over den trussel som postoperative smerter kan innebære, ved at de gis mulighet til å påvirke smertebehandlingen gjennom selvrappotering.

6.4 Gruppedynamikkens betydning for pasientens deltagelse i smertebehandlingen

Avledningseffekt

Studien viser at pasientene i de ulike pasientgruppene har en støttende og motiverende relasjon, og at dette mulig kan avlede smerteopplevelsen. Ut fra Benner og Wrubels teori (1989) vil begrepet omsorg kunne knyttes til pasientens omsorg for medpasienter i Joint Care-gruppen. Dette kan være en bevisst eller ubevisst avledningsstrategi, ved at man retter oppmerksomheten mot de andre pasientene i stedet for mot egen smerte.

Følelsen av å være av betydning for noen både ved å gi og motta omsorg kan også gi en positiv sideeffekt. Pasienten tildeles da en annen rolle enn kun å være mottager av helsehjelp. Avledning blir av McCaffery og Beebe (2001) beskrevet som å fokusere på andre stimuli enn smerteopplevelsen. Under avledningssekvensen er ikke smerten i sentrum for oppmerksomheten, men den vil igjen være i fokus når avledningsstimuliene opphører (McCaffery & Beebe, 2001). Den fysiske avledningsmekanismen ved Joint Care vil også omfatte det ytre miljøet. Pasienten kommer ut av pasientrommet og inn på en fellesstue hvor de har gode stoler, TV og bruker privat tøy.

Samspeillet i gruppen

Innen gruppeprosesser vil det normalt oppstå en rollefordeling på bakgrunn av interaksjonen i gruppen, og det skiller i hovedsak mellom oppgaveorienterte og sosialemosjonelle roller. De oppgaveorienterte rollene har et klart mål, mens de sosialemosjonelle rollene har fokus på trivsel og relasjoner (Oudenhoven, 1987).

Studien viser at noen pasienter snakker lite om smerte eller tema fra forberedelsesdagen,

mens andre er bevisst på å minne hverandre på de rutiner de skal gjennom. Denne forskjellen har nødvendigvis ingen sammenheng med om pasientene har forstått informasjonen, men kan mulig forklares på bakgrunn av personlige anliggende (Benner og Wrubel, 1989) og hva pasientene opplever som viktig i den aktuelle situasjon. Dette vil også være påvirket av samspillet i gruppen.

Det kom ikke fram under intervjuene om gruppene har en bevisst og målrettet prosess eller et typisk rollemønster, annet den spontane dialogen hvor pasientene snakker om opptrening, smerter og andre personlige anliggende. Det kom heller ikke fram om sykepleieren har et definert faglig ansvar for å lede gruppen, og om gruppen tar opp felles temaer som de er opptatt av med sykepleier. Dette kan føre til at gruppen overlates til seg selv, og at pasienter deler en type kunnskap som kan bygge på misforståelser.

Det fremkom under intervjuene at pasienter som henger etter i treningen blir motivert av de andre til å komme opp, men samtidig er det uklart om det er indre motivasjon eller ytre press som ligger bak treningen. En av sykepleierne i studien presiserer at pasientene i Joint Care har en positiv effekt på andre pasienter som de deler rom med, og at andre pasienter også blir motivert til mobilisering. Dette kan illustrere at pasientene i Joint Care har tilegnet seg en form for kunnskap som de ubevisst deler med andre gjennom sin adferd.

Sykepleierne beskrev gruppedynamikken som positiv selv om ikke ”kjemien” var like god i alle gruppene. Det savnes her en kartlegging av hva som kjennetegner en god gruppedynamikk, og hva som særpreger samtalen mellom pasientgruppen i Joint Care i forhold til andre som har gjennomgått samme inngrep.

Mulige utfordringer ved pasientgrupper

Ved Joint Care kommer pasientene tett på hverandre, særlig når alle i gruppen sover på samme rom. Hall og Graubæk (2010) diskuterer hva som kjennetegner pasientkulturen og fellesskapet mellom pasienter når de er innlagt på et flersengsrom på sykehus. Pasienter kan oppleve et dilemma mellom behovet for fellesskap og psykisk støtte fra medpasienter, og samtidig ønske å ha et privatliv hvor de kan ha sine smerter og tanker for seg selv. Den tette kontakten mellom pasienter kan skape stress, og det kan oppleves anstrengende å være så tett på andre både fysisk og emosjonelt (Hall & Graubæk, 2010). Sahlsten et al (2008) beskriver også at en av de uønskede konsekvenser ved pasientmedvirkning er at pasientene opplever det belastende at medpasienter lytter til rapporteringen ved sengen. På bakgrunn av

autonomiprinsippet og rett til medvirkning vil pasientens rett til å ta valg også kunne gjelde grad av involvering i andre pasienters liv. Pasienter har ingen etisk eller juridisk plikt til å være til stede for andre pasienter.

Studien viser at de uformelle strukturer i gruppen bidrar til at pasientene utveksler erfaringer og motiverer hverandre til å gjennomføre opptreningen.

Det savnes en forskningsbasert begrunnelse for pasientgruppens hensikt i den postoperative periode. De teorier som beskriver pasientmedvirkning og partnership (kap.2) nevner ikke medpasienter som en part i behandlingen. Tidligere studier om akselerert pasientforløp (kap.2) viser ikke hvilken effekt gruppedynamikken kan ha for smerteopplevelse og mobilisering, og heller ikke hvordan dette er blitt evaluert av pasienter. Rodger (2006) viser at gruppeundervisning har en pedagogisk nytte, men ved akselerert pasientforløp er ikke gruppens pedagogiske funksjon i den postoperative fasen beskrevet.

6.5 Hvordan påvirker det tverrfaglige samarbeid pasientens deltagelse i smertebehandlingen?

Pasienten har smerter under trening

I følge Dihle et al (2006) er mangelfull smertekartlegging før og under mobilisering en av hovedårsakene til at postoperative pasienter ikke er adekvat smertelindret.

Et sentralt funn i studien er at mange pasienter ikke er optimalt smertelindret under trening med fysioterapeut, og det foreligger uklare retningslinjer for hvordan smertebehandlingen i forkant av trening skal gjennomføres. Det kommer ikke klart fram hvilken dag i det postoperative forløpet dette problemet er størst, men studien viser at pasientene har sterkest smerte 2. postoperative dag. Studien viser at pasientene uttrykker sterkere smerter ovenfor fysioterapeut enn ovenfor sykepleier, og sykepleierne er ofte ikke klar over pasientens behov for smertelindring i forkant av trening. Kehlet & Wilmore (2008) fremhever at en god organisering av det tverrfaglige samarbeidet, samt en aktiv og bevisst deltagelse fra de ulike helsefaglige profesjonene, er en av forutsetningene for at akselerert behandlingsforløp skal gjennomføres (Kehlet & Wilmore, 2008).

Pasientens rolle i det tverrfaglige samarbeidet

Det tverrfaglige samarbeidet skiller seg fra forberedelsesdagen og gruppedynamikkens betydning ved at pasienten ikke har en definert funksjon i dette samarbeidet. Pasienten er en deltager i behandlingen, men har ingen formell innflytelse i de faglige beslutningsprosesser. Pasientens rolle er sentrert rundt muligheten til å formidle smerte og hva han mestrer å gjennomføre av daglige aktiviteter. Samtidig hevder noen sykepleiere at pasientene er aktive til å be om smertestillende før trening, men effekten av dette ble ikke nevnt konkret. Dette kan illustrere at observasjonene er basert på subjektive vurderinger og ikke en grundig kartlegging av pasientens NRS før, under og etter trening.

I denne studien fremkommer det at samarbeidet om smertebehandlingen i Joint Care involverer dialog mellom sykepleier, fysioterapeut og lege, samt at både sykepleier og fysioterapeut har hver sin dialog med pasienten. Likevel er det ingen organiserte møter mellom sykepleier, fysioterapeut og pasient hvor tidspunkt for smertebehandling og mobilisering planlegges. Diskusjon rundt pasientens smerteopplevelse skjer i hovedsak på legevisitten, og bruk av NRS i dialog mellom sykepleier og lege er ikke en innarbeidet rutine annet enn 1.postoperative døgn. Dette kan illustrere en organisatorisk barriere for pasientmedvirkning slik Gallant et al (2002) beskriver. Pasientens rolle i det tverrfaglige samarbeidet er ikke tydelig definert, og mye av organiseringen med oppgavefordeling mellom sykepleier, hjelpepleier og fysioterapeut gjenspeiler at hver yrkesgruppe har ansvar for sin egen fagutøvelse. Et område som mulig fremmer pasientens deltagelse i det tverrfaglige samarbeidet er at de møter både sykepleier, lege og fysioterapeut på forberedelsesdagen, og de gjennomgår også de postoperative opptreningsøvelsene der. En allerede etablert relasjon til de ulike faggruppene kan bidra til at terskelen for å delta og stille spørsmål er lavere.

6.6 Pasientmedvirkning- på hvilke premisser?

Den videre diskusjon går på tvers av forskningsspørsmålene, og har en mer normativ vinkling. I følge Sahlsten et al (2008), Cahill (1996) og Gallant et al (2002) handler pasientmedvirkning først og fremst om relasjonen mellom sykepleier og pasient, og de øvrige beskrivelse av begrepet er underordnet denne relasjonen. Haig (2008) fremhever at dersom pasienten er en reell partner i behandlingen ville han kreve adekvat smertelindring, forvente å få sin smerte kartlagt, forvente at den kartlagte smerten ble tatt på alvor og at hans selvrappporterte smerte ble trodd.

Sykepleier- pasientrelasjonen

Et av kjennetegnene på pasientmedvirkning er i følge Sahlsten et al (2008) at det overgis en viss grad av makt og kontroll fra sykepleier til pasient. Dette forutsetter også en forpliktelse ved at pasientene er deltagende og villig til å påta seg ansvar (Sahlsten et al, 2008).

Overføring av ansvar blir beskrevet av Sahlsten et al (2008) ved at sykepleieren oppmuntrer pasienten til å ta ansvar for egenomsorg og andre aktiviteter som han kan mestre.

Men hvordan blir pasientene ansvarliggjort? Balansen mellom sykepleierens og pasientens ansvar fremkommer ikke klart i studien, men det fremheves at pasienten har et ansvar for å rapportere smerte, melde fra ved manglende effekt av smertebehandlingen og delta i det fastsatte programmet. Her skilles det mellom det faglige, juridiske og etiske ansvar som sykepleierne har som yrkesutøvere, og pasientens rett til autonomi og frivillige ansvar ved å delta i Joint Care. En ansvarsfraskrivelse fra sykepleierens side vil være et brudd på helsepersonelloven (1999) og sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (2007). Pasienten har derimot kun juridiske rettigheter og ingen plikter til å være medansvarlig (Pasrl, 1999).

Sykepleierne har en plikt til å informere pasientene om konsekvenser av å ikke ta ansvar for å rapportere smerte eller delta i opptreningen. I ytterste konsekvens kan dette resultere i at pasienten trekkes ut fra Joint Care- programmet og overføres til ordinær postoperativ behandling. Sykepleierne har også et faglig ansvar i forhold til å følge sykehusets retningslinjer for bruk av NRS som smertekartleggingsverktøy ved Joint Care. Samtidig viser studien at forutsetningene for å bruke NRS ikke er alltid er til stede hverken hos sykepleiere eller pasienter, og at det er sykepleierens subjektive vurdering som danner utgangspunkt for smertevurderingen.

Cahill (1996) viser at de ulike nivåer av pasientmedvirkning gjenspeiler om pasientene kun involveres i enkelte handlinger, deltar i beslutninger, eller om han har medbestemmelse gjennom hele prosessen. Ved Joint Care viser ikke studien om pasienten har en reell medbestemmelse i beslutninger, eller om han kun har tildelte ansvarsområder. Funnene indikerer at pasientene ofte befinner seg på det nivå som Cahill (1996) kaller involvering eller samarbeid. Studien gir kun en beskrivelse av de ytre tegn på medvirkning i form av verbal og fysisk handling, men gir ikke svar på om pasienten subjektivt opplever kontroll og deling av makten. At pasientene er fornøyd med behandlingen trenger ikke bety at de opplever medvirkning, og det er uklart om medvirkning er tema i dialogen mellom pasient og sykepleier. Som det vises i studien til Eldh et al (2006) handler ikke medvirkning kun om å

delta i beslutningsprosesser og motta informasjon, men å bli vist respekt for sine personlige kunnskaper og erfaringer.

Gallant et al (2002) fremhever at bemyndigelse av pasienten skjer ved at han gis mulighet til å handle på egen vegne gjennom kontroll, kompetanse og tillit. Ved Joint Care vil grunnlaget for kontroll, kompetanse og tillitt legges gjennom den preoperative informasjon, i møte mellom sykepleier og pasient, samt at pasienten opplever å bli vist tillit når han formidler sine smerter. Martinsen (2005) fremhever at tillit er elementært i enhver samtale, og at tillit tilhører en grunnleggende verdi og livsyttring hos et hvert menneske. Å vise tillit betyr å utlevere seg for å bli imøtekommet. I møte mellom sykepleier og pasient mener Martinsen (2005) at sykepleiere også bør vise en form for "utleverhet" og en sensitivering som gjør det mulig å sette seg inn i pasientens situasjon.

Studien viser at enkelte sykepleiere ikke tror på pasientens angitte smerte hvis den ikke samsvarer med synlige tegn. På bakgrunn av at pasienten utleverer sin sårbarhet ved å formidle smerte, vil det å ikke bli trodd gi grunnlag for et tillitsbrudd. Pasientene er blitt introdusert for et smertekartleggingsverktøy som de erfarer ikke blir anerkjent i alle situasjoner.

Martinsen (2005) fremhever at paternalisme ofte gjenspeiler en ekspertmystikk og bedrevitenhet som gjør pasienten maktesløs. Hun anbefaler derimot en svak paternalisme der sykepleieren handler ut fra sitt faglige skjønn og interesse for pasienten (Martinsen, 2005). Studien viser at sykepleierne lett kan innta en paternalistisk rolle ved at de både direkte og indirekte sier at de ikke tror på pasientens angitte smertenivå, og noen kan gi pasientene gjentatte instruksjoner om å stå opp og kle på seg. Samtidig vises det individuelle hensyn til hva pasienten er i stand til å gjennomføre av fysiske aktiviteter, og en villighet til dialog om smertebehandlingen.

Forholdet mellom paternalisme og autonomi kan være en hårfin balanse ved smertebehandlingen ved Joint Care. På den ene siden er sykepleierne styrt av nye retningslinjer hvor pasienten skal være en aktiv deltager, og på den andre siden er det ikke implementert en ny grunnlagstenkning som er styrende for sykepleiernes holdninger og kommunikasjonsform.

Dette kan videre føre til en konflikt mellom åpne og skjulte verdier hos sykepleierne (Aadland, 1998). De åpne verdiene kan i dette tilfelle handle om en normativ påvirkning om at bruk av NRS er evidensbasert og gir en objektiv måling av pasientens smerte. I de skjulte verdiene kan det ligge en mistro til at NRS er et egnet verktøy, og at sykepleierne stoler mer

på sine subjektive vurderinger. Gallant et al (2002) presiserer at selv om praksis legger til rette for partnership, vil de innarbeidede holdninger som både pasienter og sykepleiere bærer med seg være en mulig barriere for gjennomføring.

Organiseringen av Joint Care

Selv om pasientens medvirkning er et overordnet prinsipp ved Joint Care, er det flere faktorer ved behandlingsforløpet som begrenser pasientens område for medvirkning. De ytre rammene for behandlingen er lagt på forhånd, og pasientens medvirkning knyttet til behandlingen handler om å velge å delta på bakgrunn av grundig informasjon.

Dette indikerer at pasienten er styrt av en forpliktelse, og ved at de har sagt seg villig til å delta i et intensivt program må de også følge de rutiner som gjelder. Pasientens deltagelse kan også være styrt av adherence-prinsippet (Bissonnette, 2008), ved at de kognitivt forstår viktigheten av å be om smertestillende for å kunne mobiliseres, men dette innebærer nødvendigvis ikke en frivillig form for medvirkning. Pasientene kan for eksempel ikke la være å rapportere smerte, de kan ikke velge å trekke seg unna gruppefellesskapet eller velge å utsette treningen. Pasientene kan heller ikke velge medpasienter eller hvilken pleier de skal forholde seg til, og utskrivelsesdagen er heller ikke valgfri.

Studien viser en stor grad av overføring av ansvar til pasienten i Joint Care-programmet, men det kommer ikke klart frem om pasientens personlige ønsker blir imøtekommet, og i hvilken grad pasienten opplever et "makt-med"-prinsipp slik Gallant et al (2002) beskriver. Dette synes å være personavhengig, ved at det er det opp til hver enkel pasient og sykepleier hvordan de velger å løse de daglige utfordringer i forhold til smertelindring og mobilisering.

Som beskrevet av Sahlsten et al (2008), Cahill (1996) og Gallant et al (2002) er relasjonene mellom sykepleier og pasient den grunnleggende forutsetningen for pasientmedvirkning.

Ved Joint Care kan organiseringen av pasientoppfølgingen legge en begrensning for kontinuitet i relasjonen. Det tverrfaglige samarbeidet viser også en strukturell barriere for pasientmedvirkning ved at pasienten ikke involveres i større grad i planlegging av smertebehandling og mobilisering.

Hva kan fremme eller hemme pasientmedvirkning?

Pasientens subjektive opplevelse av medvirkning fremkommer ikke av studien, og funnene vil dermed kun belyse de observerbare tegn på medvirkning. Studien viser at følgende forhold kan

bidra til pasientmedvirkning; Pasientene får gjennom preoperativ informasjon tilgang til nødvendig kunnskap om postoperativ smertebehandling og aktivitet, pasientene gis et konkret ansvar for å rapportere smerte, pasientene blir støttet av medpasienter, og det vektlegges dialog mellom sykepleier og pasient som et supplement til bruk av NRS.

Mulige barrierer for pasientmedvirkning kan ligge både i sykepleier-pasientrelasjonen og i organiseringen rundt Joint Care, og kan oppsummeres i følgende hovedpunkter:

Samhandlingen om smertebehandling bygger på misoppfatninger hos sykepleierne, og hensikten med bruk av NRS er ikke samstemt mellom sykepleiere eller pasienter. Pasientens rolle som deltager i smertebehandling er uklar. Det er uklare rutiner for smertelindring før fysisk trening, manglende kontinuitet i smertekartlegging gjennom døgnet, manglende rutiner på å gjenta undervisning for pasienten i den postoperative fasen, og manglende kontinuitet i relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Det tas forbehold om at de nevnte forhold er basert på tolkninger av empirien, og gjenspeiler ikke den objektive virkelighet.

6.7 Metodekritikk

I det følgende diskuteres studiens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet, og hva som kan være mulige begrensninger eller feilkilder.

Studiens pålitelighet

Begrepet reliabilitet blir av Kvale & Brinkmann (2009) beskrevet som forskningsresultatets pålitelighet, og at det er konsistens og troverdighet gjennom intervju situasjonen, transkriberingen og analysen. Fangen (2010) bruker begrepet bekreftbarhet som innebærer at forskeren forholder seg kritisk til egne tolkninger, og underbygger sine tolkninger med annen forskning (Fangen, 2010).

Intervjuene i denne studien var situasjoner hvor jeg skulle møte tidligere kolleger, og i den forbindelse var jeg bevisst på å ikke gå inn i kollegarollen, og vektla at sykepleierne kun har rollen som informanter i prosjektet. Fordelen med å intervju tidligere kolleger var at de kjente meg, og viste tillit ved å stille til intervju og dele sine erfaringer. Intervjuets tema var heller ikke et truende eller sensitivt. Sykepleierne uttrykte at å jobbe med Joint Care er en ny

og spennende arbeidsform, og de virket selv stolte over hva de hadde fått til uten å være ukritisk til sin egen yrkesutøvelse.

En faktor som kunne påvirke intervjuenes innhold, var at jeg i forbindelse med masterstudiet hadde hatt kliniske studier ved sykehusets smerteenhet ca 5 måneder før, og deltok da som observatør på en av forberedelsesdagene ved Joint Care, og hadde også samtaler med enkelte av pasientene i den postoperative fasen. Dette kan mulig påvirke både min egen spørsmålsstilling, og at sykepleierne også snakker til meg som en som kjenner feltet, og dermed unnlater å fortelle en del inneforståtte kunnskaper som de kanskje hadde fortalt til en ukjent intervjuer. På den andre side bidro mine kliniske forkunnskaper til å gjøre intervjuet mer strukturert enn om jeg kun hadde teoretiske forkunnskaper. Det at forskeren skal ha forkunnskaper om feltet er støttet av Morse (1994), og hun vektlegger at denne kunnskapen er viktig med tanke på å ikke ”finne opp hjulet på nytt”. Det er diskutert i kapittel 4.1 at jeg hadde en tendens til å stille ledende spørsmål. Kvale & Brinkmann (2009) forsvarer at intervjuer skal være ledet av forskeren, og dette styrker studiens pålitelighet med tanke på å få fram relevant kunnskap.

I ettertid ser jeg at intervju spørsmålene både i guiden og i samtalene kunne vært enda mer rettet mot hvordan sykepleierne samhandlet med pasienten om den postoperative smertebehandlingen, og hvordan de kommuniserte og observerte pasienten. Samtalene hadde en tendens til å omhandle sykepleierne subjektive vurdering av pasientens smerteopplevelse og de generelle rutinene.

Transkriberingen er beskrevet i kapittel 4.2, og alle ord ble skrevet ordrett ned utenom pauseord som ”eh” og sukk. Det som kan være en mulig feilkilde er at pausene i sykepleiernes utsagn er markert med ulike tegn som komma, punktum, prikker eller parentes. Hvordan setninger deles opp kan i følge Kvale & Brinkmann (2009) påvirke meningen i innholdet. Av hensyn til informantenes anonymitet ble det valgt å ikke involvere andre i transkriberingen. Fordelen ved å gjennomføre transkriberingen selv er at man får en tett kontakt med dataene, og gjenopplever intervjusituasjon. Samtidig ville en annen forsker kunne oppfatte andre nyanser, og mulig sette pausetegnene andre steder.

Dataanalysen. For å kvalitetssikre at innholdet i de kondenserte meningsenheter samsvarer med transkriptet er utdrag fra teksten gjennomlest av veileder for studien.

Det er lagt vekt på en transparent fremstilling av dataanalysen hvor det i kapittel 4.3 vises eksempler på meningsenheter, kategorier og temaer. Utarbeidelse av kategorier er gjort etter dialog med veileder, øvrige lærere og medstudenter ved masterstudiet.

En mulig feilkilde i presentasjonen av funn kan være at viktige sitater er utelatt, eller at den omskrevne tekst ikke gjenspeiler sykepleiernes opprinnelige mening med budskapet. At noen sykepleiere er tydeligere i kommunikasjonsformen enn andre kan også gi en skjev vinkling av innholdet.

Studiens gyldighet

I følge Kvale & Brinkmann (2008) kan begrepet validitet erstattes med gyldighet innen kvalitativ forskning. Gyldigheten gjenspeiler om metoden undersøker det den er ment å undersøke. Denne studien har til hensikt å kartlegge sykepleierens praksiserfaringer, og dermed regnes deres utsagn som gyldige data.

Sykepleiernes forberedthet ved å lese intervjuguiden på forhånd bidro også til å fremme gyldighet i studien. Noen av spørsmålene ble oppfattet som uklare i pilotintervjuet, og dette ble korrigert i de påfølgende intervjuene. Under intervjuene ble det brukt praksisnære begreper som sykepleierne var fortrolige med, og det var heller ingen skjult hensikt med studien som kunne gi rom for uklarheter.

En faktor som kan begrense studiens gyldighet er at selve begrepet pasientmedvirkning ikke var introdusert for sykepleierne, og at operasjonalisering av begrepet hovedsakelig ble gjort etter at transkriberingen var ferdig. Intervjuguiden dekket et større område enn selve problemstillingen, og dette resulterte i mye data som ikke var relevant i studien. Samtidig er begrepet pasientmedvirkning et mangfoldig begrep, og gir ingen entydig mening. Derfor var det viktig å kartlegge praksis så nært informantenes erfaringer som mulig før begrepet ble koblet til funnene.

En annen begrensning for studiens gyldighet er at sykepleierne blir talsmenn for pasientene, for eksempel når det gjelder pasientens smerteopplevelse. Funnene hadde trolig blitt annerledes ved direkte intervju av pasientene, eller ved observasjon.

Begrensningen ved å bruke intervju som metode er at den ikke gjenspeiler praksis direkte, men kun gjenfortalt, og ofte i en bearbeidet versjon. Studien til Dihle et al (2006) er et konkret eksempel på at sykepleierne gir en helt annen beskrivelse av sin praksis i en intervjusituasjon enn det de i realiteten gjør. Thorne (2008) fremhever at det er mange

områder innen menneskets erfaringsområder som ikke lar seg artikulere, eller hvor ord ikke er dekkende. *Hva* vi snakker om og *hvordan* vi snakker er i stor grad en sosial konstruksjon. I en intervju situasjon kan dette bety at informanten er tilbøyelig til å rette oppmerksomheten mot det de tror intervjueren vil forstå, framfor å fortelle det som gjenspeiler kompleksiteten i deres erfaringer (Thorne, 2008).

Studiens generaliserbarhet

I tillegg til studiens pålitelighet og gyldighet stiller Kvale & Brinkmann (2009) spørsmål om resultatene har overføringsverdi til andre personer eller situasjoner.

Studien har relevans utover hofte-og kneprotesekirurgi, og kan relateres til andre pasientgruppen både innen akselerert – og ordinært forløp. Funnene bekrefter at postoperativ smertebehandling er kompleks, og at det stilles krav til kommunikativ og klinisk kompetanse hos sykepleierne. Pasientens rett til medvirkning er lovfestet, og en bevisstgjøring av pasientens kompetanse i behandlingsteamet vil være nødvendig i alle deler av helsetjenesten. Studiens videre implikasjoner for praksis presenteres i det følgende.

6.8 Studiens implikasjoner for praksis

“Qualitative clinical researchers bring several powerful perspectives to the clinical encounter that helps surface the unseen an unheard and add also depth to what is already present ...”.(Miller & Crabtree, 2005).

Denne studien avdekker noen forhold og forbedringsområder innen smertebehandlingen ved Joint Care som har implikasjoner for praksis. De aktuelle endringsområdene er primært rettet mot den avdelingen studien er gjort ved, men prinsippene har overføringsverdi til andre former for akselerert pasientforløp.

I følge Martinsen (Martinsen & Eriksson, 2009) er noe av utfordringen ved den evidensbaserte kunnskap at den ensidig bygger på det medisinske kunnskapsregime. Det skjer en standardisering av forskningsresultater som raskt skal omsettes til praksis, og sykepleiernes skjønnsmessige vurderinger blir satt under press. Martinsen stiller også noen kritiske spørsmål til at evidensbasert kunnskap er vokst frem fra en samfunnsnyttig og økonomisk tenkning, der kunnskapen skal ha dokumentert nytte for flest mulig mennesker (Martinsen & Eriksson, 2009). De områdene Martinsen problematiserer er relevante i denne studien, da Joint Care

som konsept er blitt implementert i Norge etter modell fra andre europeiske land, og er betegnet som en evidensbasert og effektiv behandlingsform. Joint Care har kun vært implementert i ca 1 år ved gjennomføringen av intervjuene, og det er sannsynlig at sykepleierne trenger lengre tid til å endre innarbeidede roller både i forhold til smerte-kartlegging og det å overgi ansvar til pasienten.

Studien viser at organiseringen av Joint Care legger noen rammer både for kunnskap, forutsigbarhet og kontroll gjennom preoperativ informasjon, mens rammene for relasjonen mellom sykepleier og pasient, og for pasientens medvirkning i smertebehandlingen ikke er optimale.

Studien gir et for sparsomt grunnlag til å iverksette nye intervensjoner, men sykepleiernes egne uttalelser og en helhetsvurdering av funnene gir grunnlag for et videre kartleggingsarbeid og evaluering av avdelingens rutiner. Forslag til videreutvikling i praksis har ingen normativ hensikt, og det tas forbehold om at tolkningen kan være farget av spesielle hensyn og preferanser, samt at sykepleiernes utsagn ikke er representative for personalgruppen.

Strukturelle forhold

Et område som er gjenstand for videreutvikling er en større involvering av pasienten i det tverrfaglige team, der beslutnings- og kommunikasjonslinjene inkluderer pasienten. Dette kan innebære en omorganisering av legevisitten, og rutinene for både skriftlig og muntlig dokumentasjon. Det kan jobbes videre med å implementeres faste tidspunkter for fysioterapi og administrering av smertestillende før trening. Et forslag er at sykepleiere observerer pasientene under en treningsøkt, og måler NRS før, under og etter trening.

Sykepleierne fremhever at det i større grad bør poengteres både på forberedelsesdagen og postoperativt hvor viktig det er å rapportere smerter og be om smertestillende.

For å fremme kontinuitet i behandlingen er det en fordel at samme sykepleier følger pasienten over flere dager, og at sykepleieren ikke har ansvar for andre pasienter 1. postoperative dag.

For å sikre at pasienten har forstått og husker den preoperative informasjon, kan det være hensiktsmessig å sette opp noen faste møtepunkter hvor sykepleier oppsummerer temaene sammen med pasientgruppen.

Kunnskaper og holdninger

Det kan jobbes videre med å bevisstgjøre sykepleierne på hvordan smerte erfares og uttrykkes hos postoperative pasienter, samt å implementere felles forståelse i personalgruppen om hvorfor og hvordan NRS skal anvendes. Et aktuelt satsningsområde kan være at personalgruppen utarbeider et felles verdigrunnlag for hva de legger i begrepet pasientmedvirkning generelt, slik at alle er bevisst hvilke verdier og prinsipper de jobber etter. Dette vil trolig føre til en mer målrettet overføring av makt og kunnskaper til pasientene både ved Joint Care og ved andre behandlingsformer.

6.9 Forslag til videre forskning

På bakgrunn av nye behandlingsmetoder og større krav til effektivisering i spesialisthelsetjenesten er pasientens rolle i endring, og dette innebærer at pasienten i større grad må ta en aktiv del av smertebehandlingen (Bell & Duffy, 2009). Det anbefales videre forskning som belyser pasientenes mulighet til å delta i smertebehandlingen i større grad, og å teste implementering av ulike opplæringsprogram som inkluderer oppfølging av både behandlingsteamet og pasientene i akuttavdelinger (Hansson et al, 2006).

På bakgrunn av denne studien kan det være aktuelt å gjøre videre forskning som beskriver samhandlingen mellom sykepleiere og pasienter i akselerert pasientforløp på en eller flere avdelinger. Et annet sentralt område er å kartlegge pasientenes erfaring med å delta i grupper, både med tanke på motivasjon, kunnskap og smertebehandling.

Aktuelle metoder er trianguleringsstudie hvor man først observerer sykepleierens samhandling med pasienten gjennom den postoperative perioden, og deretter intervjuer sykepleieren og /eller pasienten.

7 KONKLUSJON

Studien har kartlagt 5 sykepleieres erfaring med Joint Care, hva som kjennetegner pasientens postoperative smerteopplevelse, hvordan sykepleier og pasient samhandler om smertebehandlingen og hvordan organiseringen av Joint Care påvirker pasientens deltagelse.

Følgende hovedfunn er beskrevet:

Pasientene opplever mindre smerter ved Joint Care enn ved ordinær protesekirurgi, og de er generelt tidligere mobilisert. De fleste pasientene er godt smertelindret det første postoperative døgn, men fra overgangen til 2. postoperative døgn opplever mange pasienter økende smerter.

Mange pasienter er tilbakeholdne med å rapportere smerter og be om smertestillende, men de er bevisst på å rapportere ved manglende effekt av det gitte medikamentet.

Studien viser en diskrepans mellom pasientenes NRS-skår og sykepleierenes vurdering av smerte.

Pasientens alder og kjønn kan ha en mulig innvirkning på pasienten pågåenhet i forhold til å be om smertestillende.

Pasientene viser at de gjennom forberedelsesdagen er forberedthet på den postoperative smerten, og er mer aktive i forhold til å be om smertestillende og anvende NRS.

Gruppedynamikken bidrar til støtte, motivasjon og samhørighet som kan virke avledende på smerteopplevelsen. Det er lite som tyder på at gruppen spiller noen rolle i forhold til å rapportere smerte, men gruppens medlemmer minner hverandre på den informasjon som er gitt.

Studien viser manglende rutiner for smertebehandling før trening med fysioterapeut, og diskrepans mellom sykepleiernes og fysioterapeutenes smertevurdering. Dette resulterer i at pasientene ofte ikke er tilfredsstillende smertelindret før trening.

Studien kan sammenfattes i at implementering av evidensbaserte behandlingsformer medfører et behov for å gjennomføre målrettede kunnskaps- og holdningsendrende intervensjoner i personalgruppen.

REFERANSELISTE

Den samlede litteratur utgjør over 4000 sider, og inkluderer både de referansene som er anvendt i teksten i tillegg til annen relevant fordypning. Litteraturen er godkjent av veileder.

Følgende litteratur er brukt som kildehenvisninger i studien.

Andersen, K., Bak, M., Christensen, B., Harazuk, J., Pedersen, N., & Søballe, K. (2010). A randomized, controlled trial comparing local infiltration analgesia with epidural infusion for total knee arthroplasty. *Acta Orthopaedica*, 81(5), 606-610.

Babaum, A., Buhsnell, M. C., & Devor, M. (2008). Pain: Basic Mechanisms. *Pain 2008- An Updated Review. Refresher Course Syllabus*. Ed. Jose M. Castro Lopes. Srinivasa Raja. Martin Schmelz. IASP Press, Seattle.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.

Bell, L., & Duffy, A. (2009). Pain assessment and management in surgical nursing: a literature review. [Article]. *British Journal of Nursing (BJN)*, 18(3), 153-156.

Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.

Bissonnette, J. M. (2008). Adherence: a concept analysis. [Review] [71 refs]. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 634-643.

Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundstad, L., Hals, E. K. B., et al. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101(1), 17-24.

Bulechek G.M & McCloskey J.C (1989) Nursing diagnoses, interventions and outcomes in effectiveness Research. I: Bulechek, G.M & McCoskey, J.C. Nursing interventions. Effective nursing treatments. 3rd Ed. W.B. Saunders company. Philadelphia.

Cahill, J. (1996). Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 561-571.

Carr, D. B., & Goudas, L. C. (1999). Acute pain. [Article]. *Lancet*, 353(9169), 2051-2058.

Carr, E. (2007). Barriers to effective pain management. *The Journal of perioperative practice*, 17(5), 200-208.

Cole, L. J., Farrell, M. J., Gibson, S. J., & Egan, G. F. (2010). Age-related differences in pain sensitivity and regional brain activity evoked by noxious pressure. [doi: DOI: 10.1016/j.neurobiolaging.2008.04.012]. *Neurobiology of Aging*, 31(3), 494-503.

Dambreville, A., Blay, M., Carles, M., Boileau, P., & Hovorka, I. (2007). Can the postoperative pain level be predicted preoperatively? *Revue de Chirurgie Orthopedique et Reparatrice de l'Appareil Moteur*., 93(6), 541-545.

-
- Dihle, A., Bjølseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. [Article]. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 469-479.
- Dosanjh, S., Matta, J., & Bhandari, M. (2009). The final straw: a qualitative study to explore patient decisions to undergo total hip arthroplasty. *Arch Orthopaedic Trauma Surgery*, 129 719-727.
- Eide, H. (2008). *Kommunikasjon, relasjon og smerte*. I: Rustøen & Wahl. Ulike teksten om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eldh, A., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in healthcare. *Nursing Ethics*, 13 (5), 503-514.
- Fagermoen, M. S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7, nr 2, 40-54.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforl.
- Fontana, A., & Frey, J. (2005). The Sage handbook of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Gallant, M. H., Beaulieu, M. C., & Carnevale, F. A. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. [Article]. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 149-157.
- Gandhi, R., Tsvetkov, D., Dhottar, H., Davey, J., & Mahomed, N. (2010). Quantifying the pain experience in hip and knee osteoarthritis. *Pain research & management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 15 (4), 224-228.
- Gordon D, Malhas A, Goubran A, Subramanian P, Messer C & Houlihan-Burne D. (2010). Implementing the Rapid Recovery Program in primary hip and knee arthroplasty in a UK state run hospital. *European Journal of Orthopaedic Surgery and Traumatology*. 21 (3) (pp 151-158)
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hall, E., & Graubæk, A. (2010). *Å være pasient: en innføring i pasientologi*. [Oslo]: Akribe. 96
- Hansson, E., Fridlund, B., & Hallström, I. (2006). Effects of a Quality Improvement Program in Acute Care Evaluated by Patients, Nurses, and Physicians. [doi: DOI: 10.1016/j.pmn.2006.06.002]. *Pain Management Nursing*, 7(3), 93-108.
- Herr, K., Spratt, K., Mobily, P., & Richardson, G. (2004). Pain intensity assessment in older adults. Use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clinical Journal of Pain*, 20 (4): 207-219
- Horlocker, T. (2010). Pain Management in Total Joint Arthroplasty: A Historical review. *Orthopedics 2010, volume 3 (9)*.

-
- Husted, H., Holm, G., & Sonne-Holm, S. (2004). [Reduced length of hospital stay after total hip and knee arthroplasty without increased utilization of other resources]. *Ugeskrift for Laeger*, 166(37), 3194-3197.
- Husted, H., Solgaard, S., Hansen, T., Søballe, K., & Kehlet, H. (2010). Care principles at four fast-track arthroplasty departments in Denmark. *Danish medical bulletin*, 57 (7), 41-66.
- Kaufman, G., & Birks, Y. (2009). Strategies to improve patients' adherence to medication. *Nursing Standard*, 23(49), 51-57.
- Kehlet, H. (1997). Multimodal approach to control postoperative patophysiology and rehabilitation. *British Journal of Nursing (BJN)*, 78, 606-617.
- Kehlet, H., Jensen, T., & Woolf, C. (2006). Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *The Lancet*, 367, 1618-1625.
- Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2008). Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Annals of Surgery*, 248(2), 189-198.
- Kelly, S. (2010). The Sage handbook of qualitative methods in health research. In R. ingwall R. De Vries & I. Bourgeault (Eds.), (pp. XXV, 760 s.). London: Sage.
- Kerr, D. R., & Kohan, L. (2008). Local infiltration analgesia: a technique for the control of acute postoperative pain following knee and hip surgery: a case study of 325 patients. *Acta Orthopaedica*, 79(2), 174-183.
- Kirkevold, M. (2002). *Hva slags vitenskap er sykepleievitenskapen?* : Munksgaard. Danmark
- Kitcatt, S. (2010). *Concepts of pain and the surgical patient*. In: Pudner, R & Ramsdan, I. Nursing the surgical patient. Edinburgh: Elsevier. 97
- Kremer, M., Ulrich, A., Buchler, M. W., & Uhl, W. (2005). Fast-track surgery: the Heidelberg experience. *Recent Results in Cancer Research*, 165, 14-20.
- Kruzik, N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN Journal*, 90(3), 381-387.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview: introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzel.
- Larsen, K., Hansen, T. B., & Soballe, K. (2008). Hip arthroplasty patients benefit from accelerated perioperative care and rehabilitation: a quasi-experimental study of 98 patients. *Acta Orthopaedica*, 79(5), 624-630.
- Larsen, K., Hvass, K. E., Hansen, T. B., Thomsen, P. B., & Soballe, K. (2008). Effectiveness of accelerated perioperative care and rehabilitation intervention compared to current intervention after hip and knee arthroplasty. A before-after trial of 247 patients with a 3-month follow-up. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9, 59.

-
- Lassen, T. (2010) I: Hall, E., & Graubæk, A. (2010). *Å være pasient: en innføring i pasientologi*. [Oslo]: Akribe.
- Mackintosh, C. (2007). Assessment and management of patients with post-operative pain. [Article]. *Nursing Standard*, 22(5), 49-55.
- MacLean, L., Meyer, M., & Estable, A. (2004). Improving Accuracy og Transcripts in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 14(1), 113-123.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative meotder i medisinsk forskning*: Universitetsforlaget, Oslo.
- Manias, E., Botti, M., & Bucknall, T. (2005). Nurses' strategies for managing pain in the postoperative setting. *Pain Management Nursing*, 6(1), 18-29.
- Manias, E., Botti Mari, Buchnall Tracey. (2006). Patients decicion-making strategies for managing postoperative pain. *The Journal of pain*, 7 (june) 2006, p 428-437.
- Manias, E., Bucknall, T., & Botti, M. (2004). Assessment of patient pain in the postoperative context. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 751-769. 98
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K., & Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse: om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe.
- McCaffery, M. (1972). *Nursing Management of the Patient whith Pain*. Philadelphia, PA.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (2001). *Smerter: lærebok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- McDonald, D. D., Thomas, G. J., Livingston, K. E., & Severson, J. S. (2005). Assisting older adults to communicate their postoperative pain. *Clinical Nursing Research*, 14(2), 109-126.
- McHugh, G. A., & Luker, K. A. (2009). Influences on individuals with osteoarthritis in deciding to undergo a hip or knee joint replacement: A qualitative study. *Disability & rehabilitation*, 31(15), 1257-1266.
- McMain, L. (2008). Principlec of acute pain management. *The Journal of periopertaive practice*, 18 (nov)(11), 472-478.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Classification of Chronic Pain, Description of Chronic Pain, Syndromes and Definitions of Pain Terms. *Second Edition, IASP Press, Seattle WA*, 209-213.
- Miller, W., & Crabtree, B. (2005). *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Morse, J. M. (1994). *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Noble, B., Clark, D., Meldrum, M., Have, H. T., Seymour, J., Winslow, M., et al. (2005). The

measurement of pain, 1945-2000. . *Journal of Pain and Symptom Management* 29 14-21.

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinar, L. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapbasert- en arbeidsbopk for sykepleiere*: Norsk sykepleierforbund, Oslo.

Older, C., Carr, E., & Layzell, M. (2010). Making sense of patients' use of analgesics following day case surgery.. *J Adv Nurs. Mar;*, 66(3), 511-521.

Oudenhoven, J. P. v. (1987). *Gruppen under lupen: en innføring i gruppedynamikk*. [Oslo]: Gyldendal. 99

Pasero, C., & McCaffery, M. (2007). Orthopaedic Postoperative Pain Management. [doi: DOI: 10.1016/j.jopan.2007.02.004]. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 22(3), 160-174.

Peplau, H. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing- A conceptual Frame of Referense for Psyscodynamic Nursing*. New York: Springer Publishing Company.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Polomano, R. C., Dunwoody, C. J., Krenzischek, D. A., & Rathmell, J. P. (2008). Perspective on pain management in the 21st century.[reprint in Pain Manag Nurs. 2008 Mar;9(1 Suppl):S3-10; PMID: 18294589]. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23(1 Suppl), S4-14.

Prowse, M. (2007). Postoperative pain in older people: a review of the literature.[see comment]. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 84-97.

Ranawat, A., & Ranawat, C. (2007). Pain Management and Accelerated Rehabilitation for Total Hip and Total Knee Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*22(7), 12-14.

Redmann, B. K. (2001). *The practice of patient education*. St. Louis, Missouri Mosby.

Rodgers, J. (2006). Guidance on delivering effective group education. . *British Journal of Community Nursing*. , 11(11):476-82

Rolfsson, H. (2009). Fallgropar vid mätning av smärta. Visuella analogskalan som smärskattningsmetod ifrågasatt. *Läkartidningen nr 9 volym 106, s 591-93*.

Sahlsten, M. J., Larsson, I. E., Lindencrona, C. S., & Plos, K. A. (2005). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 35-42.

Sahlsten, M. J., Larsson, I. E., Sjostrom, B., & Plos, K. A. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*, 43(1), 2-11.

Sandelowski, M. (1998). Writing a good read: strategies for re-presenting qualitative data. *Research in Nursing & Health*, 21(4), 375-382.

Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340.

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2002). Finding the findings in qualitative studies. *Journal of 100 Nursing Scholarship*, 34(3), 213-219.

Sceduri, G. (2006). Preoperative planning and perioperative management for minimally invasive knee arthroplasty *American journal of orthopedics*. , Vol. 35 4-6.

Schafheutle, E. I., Cantrill, J. A., & Noyce, P. R. (2001). Why is pain management suboptimal on surgical wards? *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 728-737.

Sharma, V., Morgan, P., & Cheng, E. (2009). Factors Influencing early Rehabilitation After THA *Clin Orthop Relat Res*, 467, 1400-1411.

Slettebø, Å. (2006). *Etikk og jus* (pp. S. 18- 34). Oslo: Gyldendal akademisk.

Slettebø, Å., & Nortvedt, P. (2006). *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sloman, R., Rosen, G., Rom, M., & Shir, Y. (2005). Nurses' assessment of pain in surgical patients. [Article]. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 125-132.

Solomon, P. (2001). Congruence between health professionals' and patients' pain ratings: a review of the literature. . *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(2), 174-180.

Stubhaug, A., & Ljoså, T. (2008). *Hva er smerte?* I: Rustøen, T & Wahl, AK. Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal akademisk.

Thorne, S. E. (2008). *Interpretive description*. Walnut Creek: Left Coast Press. 272 s.

Torvik, K., & Bjørø, K. (2008). *Smerte hos eldre*. I: Rustøen, T & Wahl, AK. Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal akademisk.

Torvik, K., Skauge, M., & Rustøen, T. (2008). *Smertekartlegging. Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler*. I: Rustøen, T & Wahl, AK. Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforl.

Walid, M. S., Donahue, S. N., Darmohray, D. M., Hyer Jr, L. A., & Robinson Jr, J. S. (2008). The Fifth Vital Sign—What Does It Mean? [Article]. *Pain Practice*, 8(6), 417-422.

Walker, J. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of nursing*. , Volum 16(1) 27-32. 101

Walter, F. L., Bass, N., Bock, G., & Markel, D. C. (2007). Success of clinical pathways for total joint arthroplasty in a community hospital. *Clinical Orthopaedics & Related Research*, 457, 133-137.

Yang, S. (2010). Models of knowledge in the assessment of postoperative pain *British Journal of Nursing (BJN)*, 19(8), 511-514.

Young, J., Horton, F., & Davidhizar, R. (2005). Nursing attitudes and beliefs in pain

assessment and management. *The Authors. Journal compilation.* (S 412-418).

Aadland, E. (1998). *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Samlaget. 255 s

WEBADRESSER

Behandlings- og retningslinjer for Joint Care.

<http://www.NNhf.no/helsepersonell/Behandlingslinjer/> (hentet 14.05.2011)

Biomet. <http://www.biomet.no/no-medical/no-rapid-recovery> (hentet 04.10.10)

Helseforskningsloven (2009) <http://www.lovdato.no/all/nl-20080620-044.html> (hentet 22.01.11)

Helsinkideklarasjonen(1984) <http://www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen>
Rev.2000 <http://www.legeforeningen.no/id/2244> (hentet 23.02.11)

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).(1999) <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-064.html> (hentet 14.05.11)

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) (1999) <http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-063.html> (hentet 14.05.11)

Retningslinjer for smertelindring. Den norske legeforening (2009)
http://www.legeforeningen.no/asset/42585/1/42585_1.pdf. (hentet 14.05.11)

Store norske leksikon <http://www.snl.no/gruppetdynamikk/psykologi> (hentet 14.05.11)

Tidsskrift for den norske legeforening. 04.11.09 http://www.tidsskriftet.no/?nyhe_id=20330
(hentet 14.05.11)

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere(2007):

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF

(hentet 14.05.11)

WHO (World Health Organisation) (1999). Men ageing and health. Geneva:WHO.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_nmh_nph_01.2.pdf (hentet 14.05.11)

TILLEGG: RELEVANT FORDYPNINGSLITTERATUR

Alvsvåg, H. (2002). Klinisk skjønn *Møte mellom pasient og sykepleier* (pp. S. 208-222). Oslo: Gyldendal akademisk.

Askheim, O. P., Starrin, B., & Heyerdahl, C. (2007). *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Aubrun, F., Salvi, N., Coriat, P., & Riou, B. (2005). Sex- and Age-related Differences in Morphine Requirements for Postoperative Pain Relief *American society of Anesthesiologists, Vol 103(1) s.156-160*

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman. 604 s.

Brockopp, D. Y., Downey, E., Powers, P., Vanderveer, B., Warden, S., Ryan, P., et al. (2004). Nurses' clinical decision-making regarding the management of pain. *International Journal of Nursing Studies, 41(6)*, 631-636.

Brockopp, D. Y., Ryan, P., & Warden, S. (2003). Nurses' willingness to manage the pain of specific groups of patients. *British Journal of Nursing, 12(7)*, 409-415.

Bucknall, T., Manias, E., & Botti, M. (2007). Nurses' reassessment of postoperative pain after analgesic administration. *Clinical Journal of Pain, 23(1)*, 1-7.

de Haes, H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. [doi: DOI: 10.1016/j.pec.2006.06.012]. *Patient Education and Counseling, 62(3)*, 291-98. 103

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Dieterich, A. (2007). The modern patient - Threat or promise?: Physicians' perspectives on patients' changing attributes. [doi: DOI: 10.1016/j.pec.2007.03.017]. *Patient Education and Counseling, 67(3)*, 279-285.

Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing, 33(5):Mar,*

668-676

Edwards, A., & Elwyn, G. (2009). *Shared decision-making in health care: achieving evidence-based patient choice*. Oxford: Oxford University Press. 414 s.

Flory, D. A., Fankhauser, R. A., & McShane, M. A. (2001). Postoperative pain control in total joint arthroplasty: a prospective, randomized study of a fixed-dose, around-the-clock, oral regimen. *Orthopedics*, 24(3), 243-246.

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.

Hook, M. L. (2006). Partnering with patients--a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 133-143.

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad notam Gyldendal.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Lejsgaard Christensen, S., & Huus Jensen, B. (2003). *Pedagogikk og pasientutdanning: sykepleiens pedagogiske felt*. Oslo: Akribe.

Leegaard, M. (2009). *Self-management of postoperative pain: women's experience after early discharge from cardiac surgery*. Unipub, Oslo

Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (pp. S. 159-172). Lund: Studentlitteratur. 104

Lorensen, M. (1998). *Spørsmålet bestemmer metoden: forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Universitetsforl.

Mach-Zagal, R., & Saugstad, T. (2009). *Sundhedspædagogik for praktikere*. København: Munksgaard.

Nortvedt, F., & Nortvedt, P. (2001). *Smerte - fenomen og forståelse*. : Gyldendal forlag.

Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Peplau, H. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167.

Rienecker, L., & Jørgensen, P. (2006). Den gode oppgaven- håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole. *Book*

Rosseland, L. A., & Stubhaug, A. (2004). Gender is a confounding factor in pain trials: women report more pain than men after arthroscopic surgery. *Pain (03043959)*(Department of Anaesthesia, Rikshospitalet University Hospital, Oslo), 284-252.

Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*: Fagbokforlaget. Bergen

Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. . *Research in Nursing & Health*. [Journal Article] 33(1):77-84, Feb.

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2003a). Classifying the findings in qualitative studies. *Qualitative Health Research*, 13(7), 905-923.

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2003b). Toward a metasynthesis of qualitative findings on motherhood in HIV-positive women. *Research in Nursing & Health*, 26(2), 153-170.

Sandelowski, M., Barroso, J., & Voils, C. I. (2007). Using qualitative metasummary to synthesize qualitative and quantitative descriptive findings. *Research in Nursing & Health*, 30(1), 99-111.

Sandelowski, M., Voils, C. I., Barroso, J., & Lee, E.-J. (2008). "Distorted into clarity": a methodological case study illustrating the paradox of systematic review. *Research in Nursing & Health*, 31(5), 454-465.

Valeberg, B. T., & Wahl, A. K. (2008). Smerte og mestring *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet* (pp. s. 308-324). Oslo: Gyldendal akademisk.

Vik, L. J. (2007). Makt og myndiggjering: utfordringar for helse- og sosialarbeidarar *eistring og myndiggjering: - reform eller retorikk?* (pp. S. [83]-101). Oslo: Gyldendal akademisk.

Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., & Suominen, T. (2006). Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 282-292.

Wilson, J. (2010). Breaking down barriers to patient engagement. *British Journal of Nursing (BJN)*, pp. 473-473.

Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=49700132&site=ehost-live>

Aadnanes, P. M. (2007). Den uavhengige avhengige: empowerment-idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren : eit kulturalanalytisk perspektiv *Meistring og myndiggjering: - reform eller retorikk?* (pp. S. [224]-245). Oslo: Gyldendal akademisk.

8 VEDLEGG 1) INTERVJUGUIDE

I intervjuet bruker jeg følgende guide, som er basert på en modell for symptommestring, og du svarer ut fra dine egne erfaringer så langt der er mulig.

1. ERFARING AV SYMPTOMET (smerte)

Hvordan vil du beskrive pasientens smerteopplevelse etter joint-care kirurgi?

2. STRATEGIER FOR Å HÅNDBERE SMERTE

- Hvilke intervensjoner/tiltak iverksettes for å lindre smerte?
- Hvordan kartlegges pasientens smerteopplevelse?
- Hvordan vil du beskrive pasientenes deltagelse i sin egen smertebehandling?
- Andre forhold?

3. RESULTAT AV SMERTE

Hvordan påvirker smerteopplevelsen pasientens funksjonsnivå og/eller andre områder?

4. OMGIVELSER/RAMMER

Har du observert noen sammenheng mellom pasientens smerteopplevelse/ smertehåndtering og f. eks: preoperativ informasjon, sammensetning av pasientgrupper, fysiske omgivelser, tidsramme/behandlingsforløp?

- Andre forhold?

5. PERSONLIGE FORHOLD VED PASIENTEN

Har du observert noen sammenheng mellom pasientens smerteopplevelse/ smertehåndtering og f.eks: alder, kjønn, sosial bakgrunn, kunnskapsnivå, helsetilstand, tidligere smerteerfaring ?

- Andre forhold ved pasienten?

VEDLEGG 2) FORESPØRSEL TIL INFORMANTENE

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

”Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning relatert til postoperativ smertebehandling ved `fast-track surgery`?”

Bakgrunn og hensikt

Jeg er masterstudent ved Høgskolen i Oslo, avdeling for sykepleieutdanning. I denne forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave, og dette prosjektet avsluttes 15.05.2011.

Mitt tema er knyttet til postoperativ smertebehandling ved ”fast-track surgery” (aksellerert pasientforløp), og jeg vil da fokusere på joint-caregruppen.

Studier viser at innen ”fast-track surgery” er smertebehandling trukket fram som en sentral forutsetning for at behandlingen skal lykkes, samt at pasientene får systematisk preoperativ informasjon i grupper. Fokus på pasientinkludering, og at pasienten er delaktig i hele prosessen er også sentralt.

Etter å ha fått tillatelse fra klinikkleder og enhetsledere, er dette en forespørsel om du kan tenke deg å delta som informant i et intervju. Hensikten med intervjuet er å kartlegge sykepleiernes erfaringer med pasientens postoperative smerteopplevelse, og hvordan pasienten er deltagende i smertebehandlingen.

Hva innebærer studien?

Dette er individuelle intervjuer med 5 sykepleiere fra ortopedisk avdeling, og det vil bli stilt åpne spørsmål tilknyttet problemstillingen. Det er opp til den enkelte deltager hvor mye og hva man vil si. Hensikten med intervjuet er å få fram sykepleiernes egne praksiserfaringer, og ikke den teoretiske forståelse av smertebehandling. Intervjuet vil vare ca 45 minutter, og vil bli gjennomført på et møterom hvor vi ikke blir forstyrret.

Mulige fordeler og ulemper

Det vil ikke ytes noe form for honorar for å delta i studien, men studien kan på sikt bidra til fagutviklingsarbeid som kan komme pasientene til gode.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuet tas opp på en lydopptaker og vil bli slettet etter prosjektslutt. Innholdet blir skrevet ut i tekst og anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. De sitatene som blir brukt i publiseringen får du anledning til å lese gjennom og godkjenne. Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke tilbake ditt samtykke til å delta i studien, men det som allerede er tatt opp på lydbånd vil kunne bli benyttet som datamateriale.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side(er utført). Om du nå sier ja til å delta, kan du likevel på et senere tidspunkt trekke tilbake ditt samtykke.

Kontaktperson/er

Veileder for prosjektet er førsteamanuensis Marit Leegaard ved Høgskolen i Oslo, avd. for sykepleierutdanning. E-post: marit.leegaard@su.hio.no, tlf. 22453769

For ytterligere informasjon ta kontakt med Aud Karin Sjøveian,
e-post: aud_karin@yahoo.no, mob. 94164247

Mvh Aud Karin Sjøveian

Samtykke til deltakelse i studien

"Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning relatert til postoperativ smertebehandling?"

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

9 VEDLEGG 3) GODKJENNING FRA NSD

Prosjektnr: 23950. Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning relatert til postoperativ smertebehandling ved fast-track surgery?

Tirsdag 11. mai 2010 13.17

Fra:

"Kjersti Håvardstun" <kjersti.havardstun@nsd.uib.no>

Til:

aud_karin@yahoo.no

Vi viser til revidert informasjonsskriv av 12.04.10. Ombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende. Vi gjør for øvrig oppmerksom på at dersom du allerede har rekruttert utvalget ditt, og innhentet samtykker, kan den manglende informasjonen gis supplerende muntlig, f. eks før det enkelte intervju. Dersom du synes det er bedre å dele ut det reviderte skrivet, gjør du det. Det viktige er at den enkelte mottar all relevant informasjon, slik at samtykket er dekkende for den behandling som finner sted.

Har du spørsmål til dette kan undertegnede kontaktes.

-- Vennlig hilsen
Kjersti Håvardstun
Rådgiver
(Adviser)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
(Norwegian Social Science Data Services)
Personvernombud for forskning
Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 29 53

Tlf. sentral: (+47) 55 58 21 17

Faks: (+47) 55 58 96 50

Email: kjersti.havardstun@nsd.uib.no

Internettadresse www.nsd.uib.no/personvern

10 VEDLEGG 4) INFORMASJON OM JOINT CARE

Fra helseforetakets nettside, lastet ned 13.05.2011

Nytt behandlingskonsept for hofte- og kneprotesepasienter - Joint Care

Sykehuset NN har startet med et nytt behandlingsforløp for pasienter som skal få innsatt hofte – eller kneprotese. Programmet heter JOINT CARE ® og praktiseres ved flere sykehus i USA, Europa og noen andre norske sykehus.

Joint care® er kort fortalt et raskere forløp med bedre tverrfaglig informasjon, og kvalitet i alle ledd av behandlingsskjeden. Målet er at pasientene skal få en bedre behandling med kortere liggetid, mindre ubehag og komme raskere tilbake til hverdagen.

- Pasientene blir innkalt til en forberedelsesdag 1-2 uker før operasjonen. Denne dagen gjøres forberedelser til operasjonen, - bl.a. blodprøver, EKG, anestisivurdering og legeundersøkelse. I tillegg får man grundig informasjon av ortoped, sykepleier og fysioterapeut/ergoterapeut. Pasienten oppfordres til å ha med seg en venn eller pårørende denne dagen. Poenget er å avklare forventninger og trygge pasienten gjennom god informasjon og deltagelse. Programmet setter fokus på det friske mennesket og pasienten som en aktiv medspiller både før og etter operasjonen.
- Tre pasienter opereres samme dag og følger hverandre gjennom forløpet.
- Opptreningen starter allerede noen timer etter operasjonen hvor målet er å komme ut av sengen og gå til toalettet. Erfaringene er at de fleste klarer dette pga en ny smerte- og anestesi prosedyre. Fra dagen etter operasjonen skal pasienten ha på seg sitt private tøy og tilbringe mesteparten av dagen på dagligstua. Det er innredet en egen dagligstue med gode, elektriske hvilestoler, TV og treningsutstyr. På stua vil det bli gitt felles informasjon og trening med fysioterapeut. Alle måltidene skal også inntas i dagligstua. Aktiviteten økes hver dag frem til utskriving etter fire dager.
- I Joint Care® oppfordrer vi pasientene til å reise rett hjem med oppfølging av fysioterapeut på hjemstedet, samt oppfølging fra oss ved sykehuset. Det er imidlertid ikke noen forutsetning for å delta i programmet. Hvis den medisinske tilstanden, boforholdene eller andre omstendigheter tilsier det, vil vi hjelpe til med å søke om rehabiliteringsopphold.
- Det er legen på poliklinikken som etter visse kriterier avgjør om pasientens medisinske tilstand tilsier at de kan delta i programmet.

Joint Care® Biomet

Sist oppdatert: 25.01.2010

VEDLEGG 5) SMERTEBEHANDLING VED KNEPROTESE

Fra helsteforetakets nettside, lastet ned 13.05.2011

JOINT CARE kne anestesi, smerte kvalmeregime

1. **Prosedyreskjema "JOINT CARE" (3 sider) er et bilag til hovedkurven. Det skal festes navnelapp og prosedyreskjema skal dateres og signeres av ansvarlig lege ved ortopedisk avdeling (alle 3 sider). Medikamenter som skal gis den aktuelle pasient skal skrives og kvitteres på hovedkurven etter vanlige rutiner.**
2. **Premedikasjon kvelden før kl 20.00**
 - Norspan Plaster 5 mcg/t
 - T. Paracet 1 g p.o.
3. **Preoperativt på sengepost operasjonsdagen**
 - T. Paracet 1 g p.o.
 - T. Ibux 400 mg
 - Pasienten tømmer urinblæren og blærescannes. Resturin registreres.
4. **Mottak og innslosing på operasjonsenheten**

Innslosing og inntak på innledningsrom foretas i samarbeid mellom operasjons- og anestesisykepleier. På grunn av "lett spinal" er det viktig at det går kortest mulig tid mellom anleggelse av spinal og start av operasjon. (Operasjons-sykepleier pakker ut utstyr og forbereder leiringsutstyr før anleggelse av spinal.)
5. **Innledning av anestesi på innledningsrommet**
 - Fortecortin 0,20 mg/kg, max 12 mg administreres i.v.
 - Det legges ikke KAD, med mindre resturin over 300 ml eller inkontinens. Dersom KAD legges inn på operasjon skal det ikke fjernes før pas. Er tilbake på sengepost.
 - Det tilkobles standard overvåkning og 1000 ml Ringers acetat.
 - "Lett spinalanestesi" settes i nivå L3/L4, evt L2/L3.
 - Fentanyl 50 mcg/ml 0,3 ml (= 15 mcg) settes først på spinalnålen.
 - Deretter Marcain tung 5 mg/ml 1,5 ml
 - Pasienten skal ligge i sideleie med kne som skal opereres ned og forbli i sideleie i minimum 6 minutter (6-10 min) etter at spinal er satt. Lokalanestesi testes med sprit, anestesi nivå registreres på anestesikurve.

6. Peroperativt regime på operasjonstua

Standard operasjonsleiring. Pumper og medikamenter til TIVA skal finnes tilgjengelig på operasjonstua, men medikamenter skal ikke trekkes opp på forhånd. Pasienten tilbys sedasjon. Dersom pasienten ønsker dette gis i første omgang propofol 1mg/kg/t.

Pasienten testes med smertestimulering. Dersom smerter i operasjonsområdet ved smertestimulering vurderes TIVA/larynxmaske i samråd med anestesilege.

Peroperativt væskeregime: Det gis rutinemessig Ringers acetat 1000 ml + Tetraspan 500 ml peroperativt. Ved blødning ut over 500 ml erstattes i tillegg ml for ml med Tetraspan . Transfusjonsgrense vurderes for den enkelte pasient. Ved blødning ut over 1000 ml gis evt Ringer acetat 4 ml pr. ml blødning. Transfusjon etter avtale med anestesilege/operatør. Lokalanestesi: Naropin/adrenalin og ising etter lokalanestesiprosedyre for hhv kne- og hofteprotese.

7. På oppvåkningen

Smerteregime kontinueres

T. Paracet 1 g x 4 p.o.

T. Ibux 400 mg x 4 p.o.

Påfyll i lokalt smertekateter 4 timer etter avsluttet operasjon. Se retn.linje ID 11512

Drenet skal stå avstengt ½ time etter påfyll, og så åpnes igjen.

Ising med isposer ("engangs") etter lokalanestesiprosedyre for hhv kne- og hofteproteser

Evt påfyll i lokalt smertekateter , se lokalanestesi prosedyre

Evt Oxynorm 5 mg p.o ved behov

Evt. Fentanyl 50 – 100 mcg i.v. ved behov

Postoperativt væskeregime: Ringers acetat 1000 ml + Tetraspan 500 ml postoperativt til neste morgen. Ved postoperativ blødning som gir sirkulasjonspåvirkning konfereres med anestesilege/operatør. Flytting til sengepost etter 90 minutter dersom stabil pasient.

8. På sengepost operasjonsdagen

Smerteregime kontinueres:

T. Paracet 1 g x 4 p.o.

T. Ibux 400 mg x 4 p.o.

Påfyll i lokalt smerterkateter 4 timer etter avsluttet operasjon

Kneproteseopererte pasienter: Ising av kneet med kjøleelementer ("flergangs")

Evt påfyll i lokalt smertekateter , se lokalanestesiprosedyre

Evt Oxynorm 5 mg p.o v. behov

Evt Ketorax 2,5 – 5 mg i.v. ved behov

Påfyll av lokalanestesi i spesialkateter etter 4 timer: Knfr lokalanestesiprosedyre

9. På sengepost videre forløp

Smerteregime:

T. Paracet 1 g x 4 p.o.

T. Ibux 400 mg x 3 p.o.

Evt Oxynorm 5 mg p.o v. behov

Evt Ketorax 2,5 – 5 mg i.v. ved behov

Evt oppstart av Oxycontin etter legeordinasjon

Påfyll av lokalanestesi i spesialkateter på morgenen kl 08 Knfr lokalanestesiprosedyre.

Deretter fjernes spesialkateteret.

Kvalme postoperativt

Generelle tiltak:

Sjekk hypotensjon, angst, smerter, hypoksi; iverksett adekvate behandlingstiltak.

Generelt tilstrebes en mer aggressiv behandling av postoperativ kvalme!!

Medikamentelle behandling i prioritert rekkefølge:

1. **Metoklopramid** (*AFIPRAN*) 10 - 20 mg iv ,

gjentas etter en halv time hvis manglende effekt eller når kvalme kommer tilbake, maks døgndose bør ikke overskride 100 mg.

2. **Haloperidol** (*HALDOL*) 1 mg iv,

gjentas etter en halv time hvis dårlig effekt.

Døgndose bør ikke overskride 6-8 mg når det brukes på denne indikasjonen

3. Ved kvalme som har vart over 2 timer med utilstrekkelig effekt av punkt 1 og 2

Ondansetron (*ZOFRAN*) 4 mg (= 1 amp) iv (injiseres langsomt). Kan gis 3-4 ganger i døgnet.

VEDLEGG 6) SMERTEBEHANDLING VED HOFTEPROTESE

Fra helseforetakets nettside, lastet ned 13.05.2011

JOINT CARE Hofte lokanestesiproedyre

PEROPERATIVT PÅ OPERASJON

Før operasjon lager operasjonssykepleier følgende blanding:

I en 100 ml plastflaske NaCl 9 mg/ml tilsettes

Naropin 7,5 mg/ml 40 ml, totalt 300 mg

Adrenalin 1 mg/ml 1,5 ml

NaCl 9 mg/ml 8,5 ml

Dette gir en beholder med 150 ml injeksjonsvæske med følgende konsentrasjoner

Naropin 2 mg/ml

Adrenalin 10 mcg/ml

Injiseres med en grønn ekstra lang kanyle: 0,8 x 80 mm, benytt 20 ml sprøyte m Luer-lock (ligger på epiduralsettet)

Blandingen injiseres *peroperativt av operatør etter følgende prosedyre*

1. 40 ml settes omkring *acetabulum* etter at komponenten er innsementert. Injiseres omkring *acatabularkanten* og i kapselen, fordeles jevnt.
2. 50 ml settes i *hardingeplastikken, gluteus og tractus* etter at femurkomponenten er innsementert.
3. 30 ml settes i *fascien og subcutant*
4. 20 ml infiltreres omkring cicatrisen etter hudsutur. 3 cm avstand fra incisjonen.

Kateter fra epiduralsettet anlegges intraarticulært, testes med saltvann før såret lukkes.

Hofte bandasjeres som vanlig. Utenpå denne bandasjen legges lett trykkbandasje og to stk engangs isposer (side ved side), bandasjeres med støttetruse og sandsekk.

5. Til slutt settes de siste 10 ml av Naropinblanding *i kateteret*.

POSTOPERATIVT PÅ SENGEPOST

Pasienten skal ha påfyll av lokalanestesi på kateteret fra epiduralsettet 4 timer etter avsluttet operasjonen. Dette påfyllet av det intraartikulære kateteret settes av sykepleier på sengepost.

Blandingen er den samme som brukes peroperativt: Naropin 2 mg/ml / Adrenalin 10 mcg/ml.

Blandingen lages ved å trekke opp

Naropin 2 mg/ml 20 ml

Adrenalin 1 mg/ml 0,20 ml

Ved NRS (VAS) over 3 skal denne dosen av Naropin/Adrenalin gjentas. Denne dosen kan repeteres inntil hver tredje time og inntil 3 ganger frem til morgenen første postoperative dag.

På morgenen første postoperative dag før mobilisering skal pasienten ha nytt påfyll av lokalanestesi i det intraartikulære kateteret. Blandingen som benyttes er den samme som tidligere og settes av sykepleier på sengepost. Det skal da injiseres totalt 50 ml etter fast prosedyre, samtidig som kateteret trekkes ut og fjernes.

Blandingen lages ved å trekke opp

Naropin 2 mg/ml 50 ml

Adrenalin 1 mg/ml 0,5 ml

Prosedyre ved siste injeksjon: 15 ml av blandingen injiseres før det trekkes i kateteret. Deretter injiseres de resterende 35 ml langsomt i bløtdelene samtidig med at kateteret langsomt trekkes ut og fjernes. (Kateteret ligger totalt 20 cm inne)