

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,  
Sandvika,  
Fakultet for helsefag**

**Kandidatnummer: 619 + 621**

---

**Eksamensnavn: SYBAS 3900**

---

**Dato: 29.05.2017**

---

**Klasse: SYBAS klasse S 2014H**

---

**Kull: Høst 2014**

---

**Antall ord: 11 848**

---

# PREOPERATIV ANGST OG SMERTE

*Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere preoperativ angst og smerte hos pasienter som skal gjennomgå elektiv amputasjon av underekstremitet?*

Publikasjonsår: 2016

Antall ord: 11 848

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn for oppgaven:** Vi ønsket å gjennomføre denne studien da vi på bakgrunn av egne erfaringer mener at preoperativ angst og smerte tillegges for lite fokus hos vår valgte pasientgruppe.

**Problemstilling:** *Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere preoperativ angst og smerte hos pasienter som skal gjennomgå elektiv amputasjon av underekstremitet?*

**Metode:** Denne oppgaven er et litteraturstudie. Ved hjelp av faglitteratur, artikler funnet i databasene Medline og Cinahl og egne erfaringer og synspunkter har vi dermed drøftet oss frem til et svar på ovennevnte problemstilling.

**Resultater:** Funn viser at høy tilstedeværelse av preoperativ angst og smerte har negative konsekvenser for det postoperative forløpet.

**Diskusjon:** Med tanke på resultatene over mener vi at sykepleier har en vesentlig rolle i å redusere preoperativ angst og smerte hos pasienter som skal gjennomgå elektiv amputasjon av underekstremitet. Vi har kommet frem til ulike forutsetninger som vi mener må være tilstede for at sykepleier kan få best mulig innsikt i pasientens opplevelse av sykdommen, slik at det dermed kan iverksettes effektive angst- og smertereduserende tiltak. Det er av stor betydning at sykepleier ser pasienten i sin helhet og er bevisst sine ulike funksjoner for dermed å utføre helhetlig sykepleie.

## Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Oppgavens sykepleiefaglige relevans og hensikt	5
1.3 Problemstilling	6
1.4 Avgrensning	6
1.5 Begrepsavklaring.	7
2.0 METODE	9
2.1 Litteraturstudie som metode	9
2.2 Artikkelsøk/søkeprosess	10
2.3 Presentasjon av faglitteratur og forskningsartikler	11
2.4 Kildekritikk	13
3.0 TEORI	15
3.1 Angst	15
3.2 Amputasjon	16
3.3 Smerte	17
3.3.1 Hva er smerte?	18
3.3.2 Eldre og smerter	19
3.3.3. Sykepleiers kartlegging av smerte	20
3.4 Sykepleier - pasient rolle	20
3.4.1 Sykepleiers rolle i den preoperative fasen	21
3.4.2 Kommunikasjon	22
3.4.3 Kunnskapsbasert praksis	22
3.5 Joyce Travelbee	23
3.6 Lovverk og etikk	24
4.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER BIDRA TIL Å REDUSERE PREOPERATIV ANGST OG SMERTE HOS PASIENTER SOM SKAL GJENNOMGÅ ELEKTIV AMPUTASJON AV UNDEREKSTREMITET?	26
4.1 Pasientens psykososiale dimensjon	26
4.1.1 Sykepleiers kunnskap om angst	26
4.1.2. Den gode relasjonens betydning	29
4.1.3 Hvordan redusere angst?	31
4.2 Pasientens fysiske dimensjon	34
4.2.1 Preoperativ smerte og det postoperative forløpet	34
4.2.2 Utfordringer ved smertebehandling	36
4.3 Helhetlig sykepleie	38
5.0 AVSLUTNING	41
LITTERATURLISTE	43

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema.

Vi er to studenter som har valgt å skrive om preoperative sykepleietiltak rettet mot preoperativ angst og smerte i forbindelse med amputasjon av underekstremitet. Dette er en pasientgruppe vi møtte i vår kirurgiske praksis sist høst, og fortsatt møter i vårt nåværende arbeidsforhold. Vi har valgt dette temaet da vi synes sykepleie til personer som skal gjennomgå amputasjon er både meget spennende og utfordrende. Vi mener at det dessverre kan se ut til at flere preoperative forhold hos denne pasientgruppen blir tatt for lite hensyn til, og da spesielt psykologiske forhold. Vi har observert ulik tilnærming hos sykepleiere på post når det kommer til den preoperative fasen. I tillegg har flere av sykepleierne uttrykt et behov for mer informasjon i forbindelse med sykepleie som ytes til denne pasientgruppen. Vi har gjort oss noen tanker om at sykepleiefaget overskygges av det medisinske legeperspektivet i den preoperative fasen og at den postoperative delen tillegges mer fokus enn den preoperative.

### 1.2 Oppgavens sykepleiefaglige relevans og hensikt.

Vi mener at kunnskap om preoperative faktorer for denne pasientgruppen er høyst relevant for sykepleier å ha god innsikt i for å kunne gi pasienten god sykepleie. Det er viktig å belyse temaet amputasjon og forhold i forbindelse med det fra sykepleiers ståsted og ikke kun det legevitenskapelige.

I denne oppgaven ønsker vi å ta for oss sykepleietiltak som kan iverksettes ved preoperativ angst og smerte. Vi ønsker også å se på viktigheten av at det utføres god helhetlig sykepleie.

Vi henviser til læringsutbytter for kirurgisk praksis som peker på sykepleiers rolle i å legge til rette for pasientens medbestemmelse og autonomi gjennom kommunikasjon og samhandling (Høgskolen i Oslo og Akershus [HiOA] , 2016).

### 1.3 Problemstilling.

Etter å ha diskutert ulike vinklinger på vårt tema, kom vi frem til følgende problemstilling:

***Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere preoperativ angst og smerte hos pasienter som skal gjennomgå elektiv amputasjon av underekstremitet?***

### 1.4 Avgrensning.

Vår problemstilling inneholder begrepet angst og smerte, men vi ønsker spesielt å vektlegge angst.

Pasientgruppen vi har valgt er elektive pasienter som skal gjennomgå amputasjon av underekstremitet. Vi har tatt utgangspunkt i at vi befinner oss på en ortopedisk avdeling på sykehus i spesialisthelsetjenesten. Her gjøres det preoperative forberedelser i 5-6 dager før selve det kirurgiske inngrepet. Dette gjøres for å stabilisere pasienten før kirurgi (væskebalanse, diabeteskontroll osv). Vi har lett i litteratur etter angivelse av antall dager for den preoperative forberedelsen, men har ikke funnet noe. Angitt tidsperspektiv er derfor satt på grunnlag av hva vi har erfart i praksis. Vi velger i denne oppgaven å ta for oss både femur- og crusamputasjoner. Vi ønsker ikke å ta for oss mindre amputasjoner som for eksempel amputasjon av tå da vi mener at det sannsynlig er større fysisk og psykologisk påkjenning å amputere et større lem.

Det finnes forskjellige årsaker til amputasjon av underekstremiteter som for eksempel aterosklerose, traume, tumor og infeksjon (Landfald & Ytrehus, 2016, s. 283). Imidlertid skyldes 80-90 % av underekstremitetsamputasjoner iskemi på grunn av aterosklerotisk sykdom (Grønsløth, Roa, Kjønnøy & Almås, 2016, s. 199). Dette utgjør en betydelig pasientgruppe. Vi ønsker å ha fokus på amputasjoner grunnet iskemi, uten at vi skiller på årsakene til utvikling av aterosklerotisk sykdom. Arteriell insuffisiens er et ofte benyttet samlebegrep i denne sammenheng.

I og med at aterosklerotisk sykdom er en progredierende tilstand hvor alvorlighetsgraden øker med alder (Landfald & Ytrehus, 2016, s. 282) velger vi å fokusere på aldersgruppen 60 år og oppover.

Pasienter med aterosklerotisk sykdom har ofte lang anamnese bestående av ulike inngrep og behandling for å bevare tilstrekkelig blodsirkulasjon (Landfald & Ytrehus, 2016, s. 283). Vi velger dermed å omtale disse pasientene som elektive da sykdommen ikke har oppstått akutt og operasjonen er planlagt i god tid på forhånd.

Vi har valgt pasienter som ikke har kognitiv svikt og vi skiller ikke på etnisitet. Pasientene behersker norsk muntlig og skriftlig. Våre utvalgte artikler omtaler *både* kvinner og menn. Dersom eventuelle kjønnsforskjeller påpekes i forskningen vil dette komme frem i drøftingsdelen. Det er dermed ingen referanse til kjønn i problemstillingen. Vi har valgt å utelate pårørende, da vi ønsker å tillegge fokus på samspill mellom pasient og sykepleier i den preoperative fasen.

### 1.5 Begrepsavklaring.

Preoperativ kommer av det latinske ordet pre som betyr før eller foran. Begrepet benyttes dermed om tiden fra det er fattet en beslutning om at det skal utføres kirurgi og frem til vedkommende blir operert (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy & Eide, 2016, s. 309).

Begrepet elektiv brukes om pasienter som står på venteliste til et planlagt kirurgisk inngrep. For at dette skal kunne gjennomføres må pasienten både ha gitt samtykke og ha vært igjennom en grundig preoperativ forberedelse (Nakstad, 2014, s. 564).



## 2.0 METODE

I dette kapitlet skal vi kort beskrive litteraturstudie som metode. Deretter presenterer vi vårt artikkelsøk og faglitteratur og forskningsartikler vi benyttet oss av i oppgaven. Kildekritikk tas opp i siste underkapittel.

En metode er måten man går frem på for blant annet å tilegne seg ny kunnskap (Dalland, 2012c, s. 110-112). Man kan dele metode inn i kvantitativ og kvalitativ. Den kvantitative gir opplysninger som kan måles i enheter og er hensiktsmessig der man ønsker en matematisk fremstilling. Her brukes strukturerte og systematiske verktøy (som spørreskjemaer, strukturerte observasjoner), der innhentet data kan gjøres om til tall. Andre trekk ved denne metoden er at det hentes lite opplysninger fra/om mange informanter og forskeren forblir meget nøytral. Kvalitativ metode innebærer å kunne få frem et mer personlig perspektiv med innhold av opplevelse og mening. Her anvendes intervju uten svaralternativer og ustrukturerte observasjoner. Data som hentes inn er ofte detaljert og kommer fra få informanter.

### 2.1 Litteraturstudie som metode.

Thidemann (2015, s. 79) beskriver litteraturstudie som en tredelt metode der man begynner med innsamling av relevant litteratur. Denne litteraturen skal deretter vurderes og analyseres. Til slutt skal resultatene av jobben sammenfattes. Jfr. programplanen for studiet skal bacheloroppgaven være et litteraturstudie innen et felt som berører sykepleiefaget (Høgskolen i Oslo og Akershus [HiOA], 2017). Vi har dermed ikke hatt anledning til å velge metode for denne oppgaven.

Et litteraturstudie bygger man på andres forskning, og forsker dermed ikke selv. Dalland (2012b, s. 132) forteller at man må finne ut hva som finnes av kunnskap i forhold til det man har valgt å skrive om. Denne kunnskapen finner man ved å søke etter forskning og lete i

faglitteratur. Akkurat dette har vi gjort ved å ta i bruk ulike databaser og benytte forskjellig pensumlitteratur fra alle studieår. Videre sier han at disse to måtene ikke alltid er nok og at man også må søke kunnskap fra praksis.

## 2.2 Artikkelsøk/søkeprosess.

Vi har i løpet av søkeprosessen benyttet oss av databasene *Medline*, *Cinahl* og *Google scholar*.

I begynnelsen av søkeprosessen brukte vi ordene *nurse/nursing AND amputation*. Dette ga oss funn som ikke var relevante da disse ikke omtalte den preoperative fasen vi vil fokusere på eller disse var av eldre dato.

Dette medførte at vi måtte velge andre søkeord som er blant nøkkelordene i vår problemstilling, men som ikke nødvendigvis berører sykepleiefaget. Vi fikk gode resultater på følgende engelske søkeord som vi grupperte slik:

- *amputation*,
- *pain, phantom limb, postoperative pain*,
- *anxiety*
- *preoperative, preoperative care, preoperative period*

OR og AND ble brukt for å kombinere disse søkeordene.

*Amputation AND pain or postoperative pain AND phantom limb* ga oss 161 artikler i databasen *Medline*. Ved begrensning til publikasjoner fra de 5 siste år fikk vi opp 15 artikler. Vi valgte artikkelen *Clinical Evaluation of Postamputation Phenomena Including Phantom Limb Pain after Lower Limb Amputation in Dysvascular Patients* (Richardson, Crawford, Milnes, Bouch & Kulkarni, 2015) og artikkelen *Phantom phenomena and body scheme after limb amputation: a literature review* (Pirowska et al., 2014).

Vi søkte deretter i samme database etter *amputation AND pain or postoperative pain AND preoperative* som key word og fikk 26 artikler. Vi valgte dette søket for å se om

amputasjonssmerter er forsket på i henhold til preoperative forhold. Vi avgrenset også her til utgitt dato de 5 siste år og fikk opp 7 artikler. Vi valgte å ta med artikkelen *Preoperative state anxiety, acute postoperative pain, and analgesic use in persons undergoing lower limb amputation* (Raichle et al., 2015).

Etter å ha lest sistnevnte artikkel, valgte vi å se bredere på preoperativ angst og søkte deretter etter artikler som har dette i fokus.

Vi benyttet databasen *Cinahl* for søk. Her ble det benyttet søkeordene *anxiety AND preoperative* hvor det kom frem 11 artikler. Det ble dermed huket av for artikler kun med fulltekst og også her ikke eldre enn 5 år. Dermed ble resultatet 3 artikler hvor artikkelen *Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review* (Alanazi, 2014) ble valgt for oppgaven.

Til slutt brukte vi på nytt *Medline* og søkte med ordene *anxiety AND preoperative care OR preoperative period*, begrenset til publikasjoner de siste 5 år og fikk et resultat på 231 artikler. Vi begrenset dermed til review artikler og fikk 20 artikler hvorav vi valgte *Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes* (Wilson et al., 2016).

Andre avgrensninger i forbindelse med søk innebar at artikkelen skulle være på engelsk. Vi ønsket å unngå andre fremmedspråklige artikler på grunn av muligheten til å forstå teksten, og vi tenkte i tillegg at vi kom til å få et bredt nok utvalg fra de engelskspråklige. Vi krysset ikke av for land. I enkelte søk begrenset vi for review artikler da vi så etter gode oppsummeringer av tidligere foretatte studier. På grunn av at review artikler dekker et bredt tidsperspektiv valgte vi dermed å søke etter slike artikler fra de siste 5 år.

### 2.3 Presentasjon av faglitteratur og forskningsartikler.

Vi har valgt å benytte litteratur fra et utvalg fagbøker som har vært pensum de siste tre årene ved vår bachelorutdanning. Spesielt Klinisk sykepleie Bind 1 og 2, Grunnleggende sykepleie Bind 1, Sentrale begreper i klinisk sykepleie og Geriatrisk sykepleie har vært benyttet mye i oppgaven. I tillegg til dette har vi søkt etter forskningsartikler.

Vi har valgt å kort presentere våre artikler med utgangspunkt i deres fokusområder og relevans for vår problemstilling.

To av våre valgte artikler omtaler preoperativ angst hos elektive pasienter, uten å spesifisere pasientgruppe. Begge disse er meget relevante for vår oppgave da de har fokus på den preoperative fasen og angstrettede tiltak. Den ene er en review artikkel og evaluerer kartleggingsverktøy og tiltak i forhold til preoperativ angst med tanke på å få et best mulig postoperativ resultat. Hovedfunnene forteller at både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak har vist seg å ha en reduserende effekt på preoperativ angst og at undervisning av pasienten står sentralt i dette arbeidet. Den andre artikkelen er en systematisk oversikt som ser på angstdempende tiltak og hvilke av disse som er mest effektiv. Forfatter etterspør mer standardisert fremgangsmåte i gjennomføring og evaluering av angstreduserende tiltak.

To av våre andre artikler omtaler smerte i forhold til amputasjoner og gjør disse relevante for vår problemstilling. I tillegg tar den ene artikkelen for seg eldre pasienter med aterosklerotisk sykdom, noe som gir oss god innsikt i smerteopplevelse for vår pasientgruppe. Den ene artikkelen er et kvantitativt studie og den andre er en review artikkel. Dog artiklenes hovedtema er fantomsmerter, tar de også for seg preoperativ smerte, smertelindring og faktorer som kan påvirke smerteopplevelse hos pasienten.

Sistvalgte er en kvantitativ artikkel. Den er relevant for vår oppgave da den belyser to av våre hovedtemaer i oppgaven; angst og smerte hos pasienter som gjennomgår amputasjon av underekstremitet. Dette er første forskning av denne typen og den poengterer med at det er fortsatt behov for videre forskning.

Fire av artiklene er skrevet og utgitt i Europa eller USA. Vi anser disse dermed som overførbare til norske forhold. Den siste artikkelen, som er review, er skrevet av en saudiarabisk sykepleier. Forfatteren har benyttet forskning av variert nasjonalitet som bl.a amerikansk, fransk og svensk og anses dermed som overførbar for norske forhold. De fleste artikler er skrevet av leger innen psykologi og kirurgi og helsepersonell med lang erfaring med pasienter som har gjennomgått amputasjon. En artikkel er blant annet skrevet av foreleser i sykepleie og en annen av en avdelingssykepleier ved dagkirurgisk avdeling. Alle våre valgte artikler er publisert i anerkjente nasjonale og internasjonale tidsskrifter som omtaler nevrologi, smerteproblematikk, kirurgi og sykepleie.

## 2.4 Kildekritikk.

Vi kommer til å bruke pensumlitteratur fra alle tre studieår godkjent av HiOA, noe som vi vurderer til å være pålitelige kilder. Dalland & Trygstad (2012, s. 71-78) viser til et kildehierarki som angir fag- og lærebøker i øverste del av dette. Helt øverst finner vi vitenskapelige tidsskrifter. Artikkene vi har søkt opp er publisert i vitenskapelige tidsskrifter og er dermed fagfellevurdert (peer review), noe som innebærer at de er kvalitetssikret. De er også godkjent av en etisk komite. Dalland (2012a, s. 98) forteller at helsefaglig forskning skal være godkjent slik at forskningen ikke strider med samfunnets syn på normer og verdier. Men selv med utgangspunkt i dette hierarkiet skal man være oppmerksom på at det finnes både gode arbeider og de som ikke er fullt så gode (Dalland & Trygstad, 2012, s. 71).

Kravene for god forskning er validitet og reliabilitet. Validitet står for relevans og gyldighet og dette betyr at forskningen man tar for seg skal svare på problemet man undersøker. Reliabilitet betyr at eventuelle feilkilder i forskningen er redusert til et minimum og at de blir angitt i forskningen (Dalland, 2012d, s. 52).

Strukturert litteratursøking er en gjennomtenkt prosess. Denne prosessen skal ivareta krav for blant annet faglig relevans, faglig nivå for valgt litteratur, publikasjonsdato, språk og geografisk kriterium (Dalland & Trygstad, 2012, s. 72). Vi har ut ifra beste evne brukt disse kriteriene og vurdert artiklene ut ifra kunnskap om metode på bachelornivå. Våre valgte artikler anser vi dermed å være pålitelig god forskning.

Vi valgte å søke etter engelsk skrevne artikler. Vi ser imidlertid at dette kan være grunnlag for tolkningsfeil da vi kan feiltolke oversettelse av innhold i teksten. Videre er vi oppmerksomme på at tolkningsfeil også kan forekomme der det brukes sekundærkilder. I slike situasjoner kan det være hensiktsmessig å finne frem til den opprinnelige kilden så lenge dette er mulig å gjennomføre.

I løpet av søkeprosessen møtte vi imidlertid på noen utfordringer. Vi startet artikkelsøket vårt med en høyere aldersgrense, men valgte å nedjustere alderen til 19 år på grunn av at det var utfordrende å finne relevante artikler. Dette førte dermed til at aldersgruppen i våre utvalgte

artikler har et stort spenn. Til tross for dette mener vi at artiklene fortsatt er faglig relevante da amputasjon kan oppleves traumatisk i alle aldre. I etterkant så vi også at vi kunne benyttet oss av andre søkeord som for eksempel *education* eller *interventions*. Basert på at vi ble fornøyd med resultatene fra vår foretatte søkeprosess valgte vi å ikke gjøre endringer.

### 3.0 TEORI

I de fire kommende underkapitler kommer vi kort til å presentere oppgavens teoridel; herunder hovedsakelig angst, amputasjon, smerter og sykepleier - pasientrolle. Deretter skriver vi litt om sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee og avslutningsvis har vi etikk og lovverk. Vi kommer til å gå grundigere inn på teorien underveis i drøftingen vår.

#### 3.1 Angst.

“Angst beskrives som en vag urolig følelse av ubehag eller frykt” (NANDA, 2013, gjengitt etter Stubberud, 2013b, s. 69). Spielberger (1985, gjengitt etter Kvaal, 2014, s. 438) definerer angst som “en diffus uro, som kan være vag, men også voldsom og lammende”. Videre benytter Kvaal ordene spenning, engstelse og nervøsitet i forhold til avklaring av dette begrepet. Angst kan komme til uttrykk som usikkerhet, bekymring, redusert selvsikkerhet og hjelpeløshet.

Etter å ha ledd i faglitteratur finner vi ingen konkret definisjon på *preoperativ* angst. Stubberud (2013a, s. 22) nevner allikevel kirurgi og frykt for tap av fysisk funksjon som mulige årsaker til angst hos pasienter. Det sies at 8 av 10 pasienter opplever preoperativ angst og ved å redusere denne bidrar man til raskere rehabilitering og kortere sykehusopphold (Mavridou & Mitchell, 2012, gjengitt etter Berntzen et al., 2016, s. 324).

Det viser seg at en del pasienter ikke forteller om preoperativ angst på eget initiativ. Grunner til dette er oppgitt å være at de er sjenerte og er engstelige for å ikke bli tatt på alvor av helsepersonell. Høy arbeidsbelastning og manglende tid for pasienter kan også være en av grunnene (Berntzen et al, 2016, s. 323-324).

Angst kommer til uttrykk i fysiologiske forandringer hos pasienten som takykardi,

hyperventilering, klam hud, tremor, manglende øyekontakt og skjelvende stemme. I tilknytning til angst kan pasienter oppleve diffus smerte i rygg, nakke, bryst, og ha hodepine. Humørsvingninger, depresjon og manglende konsentrasjon kan også forekomme og kalles for psykiske symptomer (Berntzen et al., 2016, s. 324). Stubberud (2013a, s. 30) supplerer med at pasienten kan være frustrert, urolig og utagerende.

Draper og Alexopoulos (1997, gjengitt etter Kvaal 2014, s. 438) sier at angst er et utbredt fenomen hos eldre og særlig frem til fylte 75 år. Videre forteller Kvaal (2014, s. 447) at grunnet sykdom og svekket funksjonsnivå er angst utfordrende å oppdage og dermed underdiagnostisert hos eldre også på sykehus. Det finnes kartleggingsverktøy for eldre som tar for seg både angst og depresjon, men ikke for angst alene. Eldre pasienter som opplever angst er følsomme for sykepleiers fremtoning. Sykepleiers holdning skal dermed være preget av empati og varsomhet.

Vlaeyen og Linton (2000, gjengitt etter Valeberg & Wahl, 2008, s. 316) forteller at mennesker som har gått med langvarige kroniske smerter utvikler ofte frykt og angst for smerter. De er mer oppmerksomme på forandringer i smertens karakter og intensitet. Frykten for smerte viser seg å være mindre uttalt hos eldre pasienter.

Berntzen et al. (2016, s. 323-324) nevner forskjellige tiltak som kan benyttes for å redusere preoperativ angst. Visualisering går ut på at pasienten skal tenke på noe positivt som f.eks et hyggelig minne. Avledning kan innebære å se på tv, gjennomføre avslappende øvelser eller få besøk av pårørende. Pasienten kan også gjenta positive ting til seg selv som f.eks “dette kommer til å gå fint”. Siste tiltak er bruk av beroligende musikk. Forfatteren påpeker at bruk av medikamentell behandling kan av og til være nødvendig, men at det bør benyttes sekundært til den ikke-medikamentelle behandlingen.

### 3.2 Amputasjon.

Amputasjon er enten hel fjerning av et lem, eller kun deler av det. Crusamputasjon er en type amputasjon mellom kne- og ankelleddet. Femuramputasjon er en amputasjon mellom kne- og



hoftelrådet (Grønsløth, Roa, Kjønøy & Almås, 2016, s. 199).

Som nevnt i kapittel 1.4 tar vi for oss en pasientgruppe som skal gjennomgå amputasjon på grunn av aterosklerotisk sykdom. Aterosklerose i underekstremitetene er en progredierende prosess der plakk bestående av kolesterol og kalk setter seg fast på innsiden av karene. Dette fører til at blodkarenes diameter reduseres som igjen bidrar til utilstrekkelig blodtilførsel til underekstremitet. Denne tilstanden gir kliniske symptomer som smerte og kalles for *arteriosklerosis obliterans*. Tilstanden kan deles i 4 grader avhengig av styrken på smerten i underekstremitetene. Gradene betegnes som symptomfri, smerter ved anstrengelse (ikke kritisk iskemi), smerter ved hvile og iskemisk ulcerasjon/gangren (kritisk iskemi) (Landfald & Ytrehus, 2016, s. 282).

Videre forteller Landfald og Ytrehus at symptomene ved tilstanden øker med alvorlighetsgrad og er knyttet til blodmangel lokalt i muskler og vev som gir smerter og kalde føtter. Forandret utseende med tynn, blek/hvit og tørr hud med lite hårvekst er vanlig. Ved kritisk iskemi kan foten innta rødlig farge som forsvinner når man hever foten 30-50 cm. Foten kan også bli cyanotisk hvis metabolitter hopper seg opp i karene og gir vasodilatasjon. Kombinasjonen av dårlig oksygenmettet blod og dilaterte kar bestemmer hudfargen.

Amputasjoner medfører stress hos pasienten og bidrar til økt behov for informasjon gjennom hele forløpet. Det bør skapes rom for at pasienten skal få gjentatt informasjon og selv kunne stille spørsmål. I tillegg bør pasienten bli gitt tid til å kunne tenke over den nye situasjonen han befinner seg i. Dersom pasienten ønsker bør det være mulig å kunne prate med andre som har gjennomgått amputasjon tidligere. Det er vesentlig at det blir gitt både muntlig og skriftlig informasjon om det kommende forløpet. Tverrfaglig kompetanse skal kobles inn allerede i den preoperative fasen for dermed å kunne hjelpe pasienten til å bearbeide følelser postoperativt (Grønsløth et al., 2016, s. 199).

### 3.3 Smerte.

Vi velger i dette kapitlet å ikke gå i dybden på smertefysiologi, da fokuset for oppgaven er pasientens opplevelse av smerte og tiltakene som kan redusere denne.

### 3.3.1 Hva er smerte?

International Association for Study of Pain (gjengitt etter Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 383) definerer smerte som “en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse”. Smerte er alltid subjektivt og er et sammensatt fenomen (Danielsen et al., 2016, s. 388). Rustøen & Stubhaug (2010, s. 170) ser på smerter i forhold til andre fenomener og fremhever også viktigheten av å se den i større sammenheng. Forfatterne sier videre at redsel og anspenhet kan øke smerter og at smerter kan gi kvalme. I tillegg sees smerter på som en sykdom og ikke resultat av en sykdom. Dette gjør at smerter på lik linje som andre sykdommer skal utredes, behandles og følges opp.

Det vises også til smertens kompleksitet ved å si at den består av fysiologiske, sensoriske, følelsesmessige, kognitive, atferdsmessige og sosiokulturelle komponenter. Videre forteller Rustøen & Stubhaug (2010, s. 138) at smerter kan sees i 3 dimensjoner. Sensorisk dimensjon beskrives av smertens intensitet, lokalisasjon og kvalitet. Affektiv dimensjon sier noe om smertens påvirkning på et menneske og følelser den forårsaker i et menneske. Evaluerende dimensjon er den totale vurdering av smerte og fastsettelse om smerter er for eksempel uutholdelige eller til å leve med.

Man skiller mellom nociseptive, nevropatiske og idiopatiske smerter. Det kan også deles inn i akutte og kroniske smerter (Danielsen et al., 2016, s. 386-388). Grunnet vår problemstilling skal nociseptive smerter og da særlig iskemiske smerter omtales i dette kapitlet.

#### *Nociseptive smerter*

Det oppstår nociseptive smerter når smertereseptorene (nociseptorene) utsettes for stimuli. Dette skjer når vev ødelegges eller ved at vev står i fare for å ødelegges. Stimulien kan oppstå på to måter; ved direkte mekanisk stimuli av reseptorene eller ved kjemisk påvirkning. Smertene er vanligvis akutte og oppstår f. eks. i forbindelse med akutte skader, *kirurgi*, temperaturforandringer, høyt trykk og *iskemi*. Slike smerter er helt naturlige å oppleve ved vevsskade og utgjør en viktig del av menneskets evne til å kunne beskytte kroppen fra skade (Danielsen et al., 2016, s. 386-388).

### *Iskemiske smerter*

Iskemi er nedsatt blodtilførsel og dermed nedsatt oksygentilførsel til vevet pga stenose i arteriene. Når blodtilførselen ikke dekker vevets behov for oksygen oppstår hypoksi eller anoksi i vevet. I en slik situasjon vil cellene i vevet bruke anaerobe prosesser for å kunne produsere energi og det dannes laktat. Til slutt, når energibalansen i cellen ikke lenger kan opprettholdes, vil cellemembranen nekrotisere. Smerter kommer av stoffer som dannes ved hypoksi som er med på å stimulere smertereseptorer. Styrken, varigheten og omfanget av smertene gjenspeiler grad av hypoksi i vevet (Ørn, 2011, s. 93-94).

Ved iskemiske smerter har pasienten behov for preoperativ smertelindring. Det legges inn epiduralkateter allerede i den preoperative fasen, minst 24 timer før inngrepet. Kateteret benyttes også videre i den postoperative smertebehandlingen (Garfelt & Holmsen, 2015, gjengitt etter Grønsløth et al., 2016, s. 199).

### 3.3.2 Eldre og smerter.

I følge Romøren (2014, s. 29) defineres eldre til å være over 67 år. De fleste av pasientene vi møtte i praksis var 70-80 år og vi vil dermed kort presentere dimensjoner ved smerte hos eldre.

Forskning (Gibson og Farell 2004; Gagliese et al., 2005; Catananti et al., 2009, gjengitt etter Torvik & Bjørø, 2014, s. 392) sier at smerteopplevelse er påvirket av fysiske aldersforandringer i kroppen, men at det ikke er kartlagt sammenheng mellom smerteterskel og alder. Videre sier forskning (American Geriatrics Society, 2002; Torvik et al., 2010; Hawkins et al., 2013, gjengitt etter Torvik & Bjørø, 2014, s. 392) at smerte påvirker Eldres livskvalitet, øker faren for inaktivitet, forsinket mobilisering etter operasjoner og utsetter eldre for komplikasjoner grunnet langvarig sengeleie. I tillegg kan eldre tape selvstendighet, bli hjelpeløse, deliriske og deprimerte ved langvarig smertepåvirkning. Det er også observert at eldre pasienter ikke vil være til bry og dermed ikke rapporterer smerter til helsepersonell (British Geriatrics Society, 2013, gjengitt etter Torvik & Bjørø, 2014, s.392). Grunner til dette kan være frykt for å utvikle avhengighet av smertelindrende medisiner, økt sedasjon og frykt for å falle (Miasowski, 2000; Herr & Garand, 2001, gjengitt etter Torvik & Bjørø, 2014, s. 392). Forskning viser at helsepersonell mangler kompetanse når det angår smertebehandling av eldre mennesker (Titler et al., 2009, gjengitt etter Torvik & Bjørø, 2014, s. 393).

### 3.3.3 Sykepleiers kartlegging av smerte.

Kartlegging av pasientens smerter er en nødvendig del av smertebehandlingen og består av å innhente informasjon om smertens lokalisasjon, intensitet og varighet. Videre skal sykepleier observere smertens fysiologiske symptomer samt pasientens atferdsmessige reaksjoner på den. I tillegg kan smerteskalaer og vurderingsskjemaer tas i bruk, som et supplerende verktøy. Det finnes endimensjonale skalaer som måler kun intensitet av smerte (VAS, NRS, VRS) og flerdimensjonale kartleggingsskjemaer (MPQ) som i tillegg kartlegger smertens beliggenhet og smertens påvirkning av pasientens liv (Danielsen et al., 2016, s. 388-391). Rustøen & Stubhaug (2010, s.151-154) supplerer med Brief Pain Inventory i forhold til flerdimensjonal kartlegging. Videre bemerker forfatterne at sykepleiers rolle i den kliniske smerteundersøkelsen er å observere smertens innvirkning på pasientens liv. Smertens påvirkning på sirkulasjon og respirasjon, pasientens psykososiale reaksjon på smerte, der sinnsstemning, aktivitetsnivå, konsentrasjonsnivå og eventuelt uro skal også kartlegges.

Smertebehandling deles i medikamentell og ikke-medikamentell. Medikamentell smertebehandling, analgetika, deles i grupper: opioide, betennelsesdempende, lokalanalgetika m.m. Under ikke-medikamentell smertebehandling finner man akupunktur, TENS transkutan elektrisk nerverestimulering, musikkterapi, smerteskoler og gruppeterapi (Rustøen & Stubhaug, 2010, s. 151-154).

### 3.4 Sykepleier - pasient rolle.

I innledningen beskriver Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2011a, s. 12) grunnleggende behov som en naturlig del av mennesket, og ved å få dekket disse behovene opplever man velvære. Stubberud deler disse inn i fysiske, psykososiale, åndelige og seksuelle behov, der de psykososiale har med menneskets psyke å gjøre (2013a, s. 14). Ved å yte helhetlig omsorg settes det fokus på *hele* mennesket der alle behov blir tatt hensyn til (Skjetne & Brønstad, 2007, s. 22)

Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2011b, s. 17) beskriver sykepleiers rolle i forhold til pasienten. Disse er blant annet helsefremming og forebygging, lindring, undervisning og veiledning. Helsefremming og forebygging vil bestå av blant annet tertiærforebyggende tiltak som å hindre komplikasjoner ved behandling og forebygge mer lidelse. Lindring vil gå ut på å redusere belastninger (fysiske, psykiske og åndelige) og dermed fremme pasientens opplevelse av velvære. Undervisning og veiledning består av kommunikasjon som er med på å øke pasientens kunnskapsnivå om egen helse og bidra til mestring.

Lillestø (2010, s. 393-414) analyserer begrepet omsorg ved å dele det inn i tre dimensjoner: normativ, erfaringsmessig og vitenskapelig instrumentell. Den normative dimensjonen består av etiske og moralske vurderinger og rommer blant annet fordeling av ressurser mellom pasienter og prioritering av sykepleieroppgaver. Denne dimensjonen gjør seg gjeldende i situasjoner med økonomiske begrensninger og når ressurser er knappe. Den erfaringsmessige dimensjonen utvikles gjennom praksis ved å se, høre, vurdere og drøfte sykepleieutøvelsen. Sykepleier oppnår på denne måten faglig dyktighet. Den vitenskapelige instrumentelle dimensjonen baseres på sykepleiers kunnskap om faget (sykdomslære, fysiologi, pedagogikk, juss m.m.). Den uttrykkes gjennom instrumentell fornuft som betyr sykepleiers evne til kunne tenke målrettet. I denne situasjonen er ikke pasienten, men målet ved handlingen, fokus. Alle tre dimensjoner utgjør profesjonell sykepleie. I ulike situasjoner vil ulike dimensjoner være mer rådende.

### 3.4.1 Sykepleiers rolle i den preoperative fasen.

I følge Berntzen et al. (2016, s. 314-327) skiller det mellom *preoperativ vurdering og behandling* og *preoperativ forberedelse* av pasienten. Vurdering og optimalisering av pasientens tilstand og anesthesiologisk tilsyn er hovedfokus for preoperativ vurdering og behandling. Sykepleier har en aktiv rolle i vurderingen og optimaliseringen av pasientens tilstand. Her benyttes sykepleieprosessen ved blant annet å observere symptomer, kartlegge funksjonsnivå, rapportere observasjoner til legen, assistere og forberede i forhold til undersøkelser som skal tas preoperativt m.m. I tillegg har sykepleier en koordinerende og veiledende rolle i preoperativ forberedelse av pasienten. Dette innebærer å gi informasjon og

veiledning, redusere preoperativ angst og motivere pasienten. Forebygging av hypotermi og forberedelse av pasienten rett før operasjon (sikring av armbånd, bruk av operasjonstøy, tømning av blæren, kontroll av vitale tegn og administrering av premedikasjon) går også inn under preoperativ forberedelse.

Nakstad (2011, s. 570) understreker viktigheten av psykisk omsorg og samtale gitt til pasienten i den preoperative fasen. For at dette skal kunne bli gjennomførbart må sykepleier ha tilstrekkelig tid. Pasienten skal bli forberedt til operasjon både fysisk og mentalt.

### 3.4.2 Kommunikasjon.

Eide & Eide (2011, s. 12-28) forteller at som sykepleier er det viktig at kommunikasjon foregår på et faglig grunnlag der målet med kommunikasjonen er å hjelpe pasienten. Dette skaper begrepet hjelpende kommunikasjon. For å få til dette er det nødvendig å kunne beherske en del forskjellige kommunikasjonsverktøy. Å skape tillit er sentralt for å kunne oppnå god relasjon mellom pasient og sykepleier, og dermed yte god sykepleie. Gjennom aktiv lytting viser sykepleier anerkjennelse overfor pasienten. Samtidig må sykepleier ha gode ferdigheter når det kommer til gjennomføring av selveste samtalen. Dette innebærer å få frem pasientens perspektiv og å gi råd og veiledning. For å være hjelpende må samtalen til en viss grad være strukturert. Kommunikasjon er non-verbal og verbal, og kan være både bekreftende, utforskende og informerende. Pasientens individuelle behov skal være utgangspunkt for kommunikasjon og sykepleie.

### 3.4.3 Kunnskapsbasert praksis.

Kunnskapsbasert praksis baseres på samtidig anvendelse av kunnskap fra tre kilder: forskning, erfaring og brukerkunnskap. Alt dette innenfor en gitt kontekst der ressurser, tidsrammer, arkitektur m.m. er komponenter. I tillegg innebærer kontekst kultur,

prioriteringer, lovverk og etikk. Forskning kan ta opp både praktiske gjøremål og fenomener. Forskning på fenomener gir sykepleier mulighet å kunne ha bedre innsikt i pasientens opplevelse, se på effekt av ulike tiltak m.m. Erfaringsbasert kunnskap er skapt gjennom praksis ved å vurdere sin egen utøvelse. Den kalles også for skjønn, klinisk blikk eller intuisjon. Brukerkunnskap innebærer at pasienten kan medvirke og medbestemme ved valg og utforming av helsetjeneste. Av og til vil pasienten ikke medvirke i denne prosessen. Dette stiller krav til sykepleier i forhold til å måtte møte pasientens individuelle ønsker. For at sykepleier skal kunne utøve kunnskapsbasert praksis må hun ha en anvendelseskompetanse, det vil si evne til å kunne se alle komponenter og kunne sette de sammen. Kunnskapsbasert praksis krever at sykepleier er ydmyk og ikke utøver autoritetsstyrt sykepleie (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 15-21).

### 3.5 Joyce Travelbee.

Joyce Travelbees sykepleiefilosofi (Kristoffersen, 2011, s. 213-222) har hovedvekt på de mellommenneskelige aspekter ved sykepleie. Hun peker på sykepleiers hjelpende rolle overfor pasienter som erfarer sykdom og lidelse. Denne rollen består av å hjelpe pasienten i å finne mening, takle lidelse og finne håp. Travelbee tar avstand fra den tradisjonelle rolleoppfatningen angående forholdet mellom sykepleier og pasient. Hun mener også at måten pasienten opplever sykdom på er viktigere for sykepleier å ta tak i enn selve sykdommen.

Travelbees teori baserer seg på at alle pasienter er individer og at deres opplevelser av samme sykdom kan være svært forskjellig. Videre mener hun at i møte med pasienten er det ønskelig å etablere et menneske-til-menneske forhold. Det forutsetter at både sykepleier og pasient ser bort fra sine roller. I tillegg er forholdet mellom sykepleier og pasient et dynamisk samspill som kjennetegnes av utvikling gjennom faser. Etter det første innledende møtet vil pasientens og sykepleiers individuelle trekk bli mer fremtredende slik at de med tiden utvikler et unikt forhold. Pasienten skiller seg fra de andre pasientene og sykepleieren skiller seg fra andre sykepleiere i det unike forholdet de oppretter.

Empati, sympati og gjensidig forståelse utvikles etterhvert. Kommunikasjon er sykepleiers

viktigste redskap i utviklingen av denne relasjonen. Kommunikasjonsferdigheter spiller en viktig rolle og kan bevisst brukes for å oppnå et visst resultat, men det skal ikke gå på bekostning av det spontane i et mellommenneskelig forhold. Travelbee retter også oppmerksomheten mot noe hun kaller for en målrettet intellektuell tilnærming. Tilnærmingen forutsetter at sykepleier kan observere pasienten, tenke logisk, reflektere og overveie, analysere og sammenfatte rundt det hun har observert.

### 3.6 Lovverk og etikk.

Informasjon og medvirkning er rettigheter omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven [pbrl], 1999, § 3-4). Dette innebærer at pasienten har krav på å motta tilstrekkelig informasjon for deretter å kunne foreta valg om helsehjelp. Informasjonen skal inneholde opplysninger om egen helsetilstand, behandlingsmuligheter, risiko og eventuelle bivirkninger av behandling.

Helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven beskriver helseinstitusjoners og sykepleiers ansvar i forhold til formidling av informasjon til pasienter (Helsepersonelloven [hpl], 1999, § 10; Spesialisthelsetjenesteloven [sphl], 1999, § 3-11). Dette står i sammenheng med pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl, 1999, § 3-4). Helsepersonelloven (hpl, 1999, § 4) stiller krav til faglig forsvarlig og omsorgsfull yrkesutøvelse innenfor de rammer yrkesutøver har. I samme lov forteller §39 om dokumentasjonsplikt. Helsepersonell er lovpålagt å journalføre alle nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen som ytes. Det skal benyttes god yrkesetikk i all journalføring (hpl, 1999, § 40).

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011, s. 6) påpeker viktigheten ved aktiv bruk av etikk i praksis. Retningslinjene viser til at praksisen kan være lovlig og faglig ansvarlig, men allikevel ikke etisk korrekt. Yrkesetiske retningslinjer angir videre at "Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket" (NSF, 2011, s. 8). Videre tar retningslinjene opp pasientens behov for helhetlig omsorg og i punkt 2.4 og 2.5 fremheves viktigheten av å gi pasienten god informasjon som gir pasienten



mulighet til å foreta valg. Sykepleier skal også sørge for at gitt informasjon blir forstått av pasienten.

Nordvedt (2012, s. 95-99) beskriver de fire etiske hovedprinsippene i sykepleie som velgjørenhet, ikke skade, respekt for autonomi og rettferdighet. Velgjørenhetsprinsippet innebærer å gjøre det beste for pasienten. Dette inngår i lovverket som forplikter sykepleier å utøve faglig forsvarlig praksis på en omsorgsfull måte. Ikke skade prinsippet beskytter pasienten fra dårlig praksis. Sykepleier skal minimalisere pasientens smerte, lidelse og ubehag, der lindring og omsorg for pasienten er vektlagt. Autonomiprinsippet setter fokus på pasientens krav om medbestemmelse og medvirkning. Til slutt har vi rettferdighetsprinsippet som omtaler ressursfordeling og prioritering.

#### 4.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER BIDRA TIL Å REDUSERE PREOPERATIV ANGST OG SMERTE HOS PASIENTER SOM SKAL GJENNOMGÅ ELEKTIV AMPUTASJON AV UNDEREKSTREMITET?

Vi har valgt å dele opp dette kapitlet i tre deler. I første del skal vi ta for oss pasientens psykososiale dimensjon og drøfte rundt preoperativ angst. Deretter skal vi se på pasientens fysiske dimensjon, herunder preoperativ smerte. I siste del skal helhetlig sykepleie drøftes ved å se på både angst og smerte samtidig.

##### 4.1 Pasientens psykososiale dimensjon.

Vi kommer her til å drøfte viktige faktorer som sykepleier bør kjenne til for å kunne redusere preoperativ angst hos valgte pasienter. Dette drøftes under pkt. 4.1.1. I møte med disse pasientene har vi lagt merke til betydningen av god kommunikasjon og riktig tilnærming, som vi tar for oss i pkt. 4.1.2. Siste underkapittel tar opp tiltak som kan gjennomføres for å redusere preoperativ angst.

##### 4.1.1 Sykepleiers kunnskap om angst.

Det finnes mange ord som beskriver angst og måter den kommer til uttrykk på (Stubberud, 2013a, s. 30; Berntzen et al., 2016 s. 324). Grunnet at angst har sitt opphav i det åndelige og psykososiale ved et menneske tenker vi at det er en utfordring å måtte beskrive, tolke og måle den. På den andre siden vet vi at angst forekommer hos 80% av alle pasienter som skal gjennomgå kirurgi og at ved å redusere den bidrar vi til raskere rehabilitering av pasienten (Mavridou & Mitchell, 2012, gjengitt etter Berntzen et al., 2016, s. 324). Måten man fanger

opp angst hos pasienten på, kartlegging av den og igangsetting av angstdempende tiltak bør i våre øyne stå sentralt i den preoperative sykepleien, særlig for vår valgte pasientgruppe. Vi kan ikke se at det er satt fokus på sykepleiers kunnskap om angst hverken i forskning eller faglitteratur, men at det beskrives faktorer som kan predisponere for angst. Da vi i praksis ikke har observert at det benyttes kartleggingsverktøy og at angst er et begrep man sjeldent hører, mener vi at det er behov for økt kunnskap om preoperativ angst. Det er da hensiktsmessig for sykepleier å håndheve kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2012, s. 15-21). Vi vet at dette innebærer at sykepleier anvender alle komponenter, men tenker her at hun bør da særlig søke kunnskap i forskning. I forbindelse med søk etter relevante artikler om preoperativ angst hos vår pasientgruppe har vi allikevel oppdaget at det er lite forskning som omtaler dette området. Derfor mener vi at den erfaringsmessige dimensjon ved sykepleie (Lillestø, 2010, s. 393-414) og erfaringsbasert praksis (Nortvedt et al., 2012, s. 15-21) vil være av stor betydning. Dette betyr med andre ord at gjennom gjentatte møter med denne pasientgruppen og foretatte observasjoner, analyse av de og drøfting vil sykepleier kunne gi bedre angstdempende sykepleie. Dette bekreftes av Travelbee (Kristoffersen, 2011, s. 213-222) og hennes betegnelse av målrettet intellektuell tilnærming.

Det finnes mange faktorer som predisponerer for angst. I og med at Kvaal (2014, s.447) sier at angst er underdiagnostisert hos eldre på sykehus, synes vi at kunnskap om predisponerende faktorer vil være hjelpelig for å kunne fange opp pasienter som opplever økt angst. Det er flere faktorer som kan bidra til at pasienter opplever angst i den preoperative perioden (Wong et al., 2010, gjengitt etter Alanazi, 2014, s. 387). Wilson et al. (2016, s. 152) nevner flere faktorer. Kvinner opplever generelt mer preoperativ angst enn menn, uten at det spesifiseres ift aldersgrupper eller type kirurgi. Andre faktorer som kan øke angst hos pasienter menes å være tap av selvstendighet og privatliv, usikkerhet rundt operasjonsresultat eller frykt for død, pasientens multimorbiditet og historie med røyking. Vi har ingen mening om forskjeller i forhold til kjønn da vi i hovedsak møtte menn i vår praksis. Selv om de andre ovennevnte faktorer er kartlagt på generelt grunnlag ser vi at disse er høyst gjeldende hos vår pasientgruppe.

Pasienter har forskjellig syn på forestående amputasjon. Forskning (McCleane & Cooper, 1990, gjengitt etter Wilson et al., 2016, s. 152) viser at angst oppstår så fort avgjørelsen om kirurgi er tatt og når et høydepunkt når pasienten blir innlagt på sykehuset. Utifra det tenker vi

at elektive pasienter på den ene siden har tid til å bearbeide budskapet om amputasjon og også mestre den. På den andre siden kan dette tidsrommet i påvente av operasjon, særlig de siste dagene, føre til økning av angst. Raichle et al. (2015, s. 701) fastsetter at preoperativ angst hos pasienter som skal gjennomgå amputasjon ligger på 5,2 i gjennomsnitt på en numerisk skala fra 0-10. Verdien angir moderat angst. Det er viktig å bemerke at dette tallet er basert på en pasientgruppe med en gjennomsnittsalder på 44 år og med en annen årsak til amputasjon enn arteriell insuffisiens. På bakgrunn av påpekte forskjeller kan det være tenkelig at det fastsatte tallet på 5,2 kan være noe annerledes for vår pasientgruppe. Vi har imidlertid erfart at et langt og komplisert sykdomsforløp med iskemiske smerter over tid kan føre til svært forskjellige syn på den forestående amputasjonen. Vi har møtt pasienter som gruer seg sterkt i påvente av kirurgien, smerte og tap av funksjon. På den andre siden ser vi pasienter som har forsonet seg med tanken om amputasjon og at den kan lette deres smerteproblematikk. Vi ser at faktorer som blant annet pasientens personlighet og nettverk kan påvirke opplevelse av angst. Dette bekrefter behovet for individuell tilnærming til pasienten, da kartlegging av angst viser seg å være en utfordrende prosess. Vi ser imidlertid at tallet 5,2 ikke gir svar på hva årsaken er til pasientens angst. Vi mener dermed at kvantitativ måling av angst ikke er tilstrekkelig for å kunne iverksette riktig tiltak, men at det også må tas hensyn til det kvalitative ved angst, herunder årsaker.

Pasienters reaksjon på angst kan utarte seg forskjellig. I følge Kvaal (2014, s. 447) kan det være utfordrende å oppdage angst hos eldre pasienter på sykehus. Etter som vi forstår stiller denne pasientgruppen høyere krav til sykepleiers kunnskap om symptomer på angst. Preoperativ angst påvirker pasienten både fysiologisk og psykologisk (Pritchard, 2009, gjengitt etter Alanazi, 2014, s. 387). Ifølge Berntzen et al. (2016, s. 324) varierer respons på angst fra individ til individ. Videre nevnes fysiske symptomer som takykardi, hyperventilering, klam hud, tremor og diffuse smerter som hodepine. Forskning (Pritchard, 2009; McDonald, Hetrick & Green, 2004, gjengitt etter Wilson et al. 2016, s. 152) supplerer med kvalme og økt kroppstemperatur. Vi ser at disse symptomene like godt kan indikere en annen problemstilling enn angst. I tillegg kommer psykososiale reaksjoner som humørsvingninger, depresjon og manglende konsentrasjon (Berntzen et al., 2016, s. 324) som vi tenker like gjerne kan vurderes som personlige trekk. Det er viktig at sykepleier tar høyde for forskjellige forklaringer rundt disse symptomene og er bevisst den erfaringsmessige dimensjonen (Lillestø, 2010, s. 393-414) i utøvelse av sykepleie for denne pasientgruppen.

#### 4.1.2 Den gode relasjonens betydning.

Nakstad (2011, s. 570) forteller at sykepleier skal forberede pasienten mentalt før operasjon. Vi mener at dette kun kan skje ved at det opprettes en god relasjon og at sykepleier bør være bevisst betydningen av dette.

Sykepleier må være sin tilnærming bevisst. I oppgavens teoridel var vi inne på forskjellige årsaker til underrapportering av angst hos pasienter, der blant annet høy alder, sjenanse og redsel for å ikke bli tatt på alvor ble nevnt. Vi mener at disse utfordringer forutsetter en gjennomtenkt tilnærming overfor pasienten. Travelbees teori forteller om nødvendigheten av å skape et menneske-til-menneske forhold som innebærer at man går bort fra de tradisjonelle roller (Kristoffersen, 2011, s. 213-222). Hennes rolleoppfatning samsvarer ikke alltid helt med vårt syn på profesjonell yrkesutøvelse, men den er allikevel relevant blant annet i situasjoner der sykepleier forsøker å møte pasientens følelser.

Travelbee fanger opp viktige momenter som kan benyttes i angstdempende sykepleie for vår pasientgruppe. Hun ønsker å ha fokus på pasientens *opplevelse* av sykdommen (Kristoffersen, 2011, s.213-222). Vi vet at pasienter som skal gjennomgå amputasjon opplever angst. Vi kan ikke se at det tas særlig hensyn til pasientens opplevelse av angst og mener at den er lite prioritert i forhold til fysiske problemstillinger. På den andre siden ser vi viktigheten av den fysiske delen ved preoperativ vurdering og behandling (Berntzen et al., 2016, s. 314-327) og vi ønsker ikke at den blir nedprioritert på noen måte. Da Travelbee forteller at forholdet mellom sykepleier og pasient utvikles over tid og at resultatet er gjensidig tillit (Kristoffersen, 2011, s. 213-222), synes vi at personlig oppfølging av en primærkontakt/koordinerende sykepleier vil være avgjørende for behandling av angst. Vi tenker at i løpet av de 5-6 dagene pasienten ligger på post før operasjonen bør man klare å skape et tillitsfullt forhold som legger til rette for at sykepleier faktisk kan møte pasientens opplevelse av sykdommen.

Kan sykepleier skape økt angstopplevelse hos pasienter? Vi tenker at det krever mye kunnskap og erfaring fra sykepleier for å kunne opptre faglig forsvarlig når det gjelder sykepleie for pasienter som skal gjennomgå amputasjon av underekstremitet. Mange pasienter vi møter har et komplekst sykdomsbilde med ikke bare ortopediske, men også medisinske problemstillinger. Det er derfor mange sykepleiediagnoser å stille. Vi synes at dette fører til at

sykepleier selv kan bli utrygg. Denne utryggheten har vi sett kan komme til uttrykk gjennom sykepleiers opptreden og skape enda mer angst hos pasienten. Eide & Eide (2011, s. 197-216) forteller at man gjennom nonverbale signaler gir uttrykk for følelser man ikke nødvendigvis ønsker å dele. I tillegg kan tidspress og lite ressurser ved sykehuset bidra til at sykepleier fremstår som hun har for lite tid til pasienten. Imidlertid tenker vi at sykepleier til en viss grad bør ta avstand fra den store arbeidsbelastningen når hun først er inne på rommet hos pasienten og fremstå som tilgjengelig.

Angst skal også utforskes kvalitativt. I forrige kapittel har vi drøftet utfordringer ved å oppdage og kartlegge angst for vår pasientgruppe. I tillegg poengterte vi at det er behov for ikke å bare måle angstens intensitet, men også angstens innhold. Dette mener vi kan gjøres ved samtale og bruk av utforskende ferdigheter som åpne spørsmål og aktiv lytting (Eide & Eide, 2011, s. 265-289). Vi tenker at denne typen kommunikasjon kan være tidkrevende, og dermed utfordrende å gjennomføre grunnet knappe ressurser. På den andre siden mener vi at sykepleier er ansvarlig for en riktig prioritering av sine sykepleieoppgaver i løpet av en vakt. Denne prioriteringen skaper et etisk dilemma der rettferdighetsprinsippet blir berørt (Nortvedt, 2012, s. 95-99). Vi kunne allikevel tenke oss at slike utforskende samtaler burde ha hatt større plass i preoperativ sykepleie for denne pasientgruppen enn de foreløpig har hatt. I praksis så vi at dette faktisk er gjennomførbart, da en av sykepleierne gjennom bevisst planlegging og delegering av sine sykepleieoppgaver, satte av tid for å forberede pasienten mentalt til amputasjon.

Sykepleier kan kommunisere angstdempende. Eide og Eide (2011, s. 219-247) sier at bruk av bekreftende ferdigheter er med på å bygge tillit og nærhet mellom sykepleier og pasient. Vi tenker at sykepleier skal være bevisst sitt stemmeleie, opprette øyekontakt og innta en åpen kroppsholdning. Vi mener det er viktig å kunne sette seg på en stol på pasientrommet og dermed fremstå som tilgjengelig for samtale. Vi har hittil ikke observert at dette blir gjort av sykepleier i praksis. Tillit og nærhet ser vi som forutsetninger for at pasienten snakker om angst og gir sykepleier kvalitativ forståelse av pasientens angst. Det kan imidlertid hende at ikke alle pasienter har et like stort behov for samtale for å ytre følelser, noe som må respekteres.

### 4.1.3 Hvordan redusere angst?

Som vi har kommet frem til i forrige kapittel har sykepleiers evne til å etablere en god relasjon stor betydning for å kunne redusere preoperativ angst hos pasienten.

Da første fase i sykepleieprosessen (Dahl & Skaug 2011, s.18) er datasamling vil det å kartlegge angst være nødvendig for å kunne sette opp mål og velge tiltak ut ifra pasientens individuelle behov.

Kartlegging er vesentlig for å kunne iverksette tiltak. Forskning (Raichle et al., 2015, s. 700) viser til et kartleggingsverktøy som ble brukt for å måle intensitet av angst. Dette ligner på numerisk skala fra 1 til 10 brukt ved smertekartlegging. Vi synes at slik endimensjonal skala har en betydelig svakhet, da den ikke kartlegger hva pasienten føler angst for, samt andre variabler med angst. Dersom angsten ikke blir oppdaget og kartlagt vil man heller ikke kunne komme med tiltak som reduserer den. Vi ser dermed et stort behov for implementering av screeningverktøy for preoperativ angst hos vår pasientgruppe. Screeningverktøyet bør da inneholde måling av angstens intensitet og de kvalitative aspektene ved angst. Vi tenker for eksempel at et skjema med skriftlig utfylling ikke kan erstatte personlig kontakt. På den andre siden ser vi at en slik fremgangsmåte kan være hensiktsmessig hos enkelte pasienter som har utfordringer med å uttrykke følelser. Skriftlig skjema gir også pasienten mer tid. Data vi samler på denne måten kan være et godt utgangspunkt for videre samtale. Vi tenker videre at en erfaren sykepleier kan hjelpe pasienten med å presisere sine tanker og årsaker til angst. På denne måten kan vi avdekke områder med økt behov for informasjon hos pasienten. Grønseth et al. (2016, s.199) bekrefter at amputasjoner er kilde til stress og medfører et stort behov for informasjon hos pasienten. Vi mener at det er derfor viktig at sykepleiere kartlegger områder med økt behov for informasjon. Der sykepleier mangler kunnskap for å gi god nok informasjon, må hun benytte seg av andre kompetente yrkesgrupper slik at hun ikke går utover sin faglige kompetanse (hpl, 1999, § 4).

Når kartleggingen er gjennomført og det er identifisert behov for reduksjon av angst må det settes opp et mål. Wilson et al. (2016, s. 151) kommer med en påstand om at preoperativ angst er en helt vanlig pasientreaksjon før kirurgi og vil i stor grad påvirke resultatet av et kirurgisk inngrep. Vi ser dermed at hensikten med sykepleietiltak ikke er å gjøre pasienten angstfri,

men heller redusere den.

Pasientinformasjon reduserer angst. Hovedfunnene ved studiet til Wilson et al., (2016, s. 151) sier at økt pasientinformasjon forebygger og reduserer preoperativ angst hos pasienter. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl, 1999, § 3-2) bør pasientinformasjon innebære informasjon om pasientens tilstand, type prosedyre, forventet resultat og bivirkninger. Videre forteller loven at pasienter har krav på tilpasset informasjon og at den ikke skal gis hvis pasienten ikke ønsker en slik informasjon. Vi har observert at det er store variasjoner i hvor mye informasjon pasienter etterspør. Vi skal være oppmerksomme på å alltid ta utgangspunkt i pasientens ønsker. Selv om mangel på informasjon kan være grunn til pasientens angst, tenker vi at også overflødig informasjon kan skape forvirring, og sykepleier må derfor finne en balanse.

Legen er kun tilgjengelig for spørsmål i løpet av de få minuttene legevisitten varer, mens sykepleier er alltid tilgjengelig på post. Vi har erfart at pasienter kommer med spørsmål i etterkant av legevisitt. Vi mener at sykepleier må være oppmerksom på å ikke gå utover sin kompetanse ved å gi pasienten et feilaktig svar da det kan øke pasientens angst. Vi observert at penn og papir utlevert av en sykepleier kan være et fint tiltak i denne sammenheng. Da kan pasienten notere spørsmål han kommer på underveis slik at sykepleier enten kan besvare de eller ta de opp ved neste legevisitt.

Ikke-medikamentelle tiltak bør hovedsakelig benyttes for å redusere angst. Berntzen et al. (2016, s. 314-327) viser til sykepleiers rolle i redusering av preoperativ angst, noe som går inn under de preoperative forberedelser. Forskning viser hovedsakelig til to forskjellige typer tiltak som kan benyttes til å redusere preoperativ angst (Bondy et al., 1999; Giraudet et al., 2003; Vuorma et al., 2003; Arthur, 2004; Blumenthal et al., 2006, gjengitt etter Alanazi, 2014, s. 387). Det første er farmakologiske tiltak, mens det andre er basert på kommunikasjon og informasjon der veiledning/undervisning av pasienter står i fokus. Våre observasjoner viser at erfarne sykepleiere gjerne kan ta opp pasientens preoperative angst ved legevisitt og foreslå medisiner. Vi antar dette som at sykepleier er et viktig ledd i å kunne iverksette medikamentell behandling av angst. Vi vil imidlertid konsentrere oss på ikke-medikamentelle angstdempende tiltak da vi ønsker å fremheve viktigheten av sykepleiers undervisende og veiledende rolle (Kristoffersen et al., 2011b, s. 17) i forhold til vår valgte pasientgruppe. Behandling av angst bør være basert på pasientens erfaringer og preferanser og tilgjengelighet



av ressurser (Wilson et al, 2016, s.151). Vi synes også at det først og fremst bør anvendes ikke-medikamentelle tiltak.

Tiltak som innebærer personlig kontakt mellom sykepleier og pasient er mer effektive enn andre. Studiene tatt for seg i en av våre review artikler (Alanazi, 2014, s. 387-390) viser til bruk av forskjellige typer undervisning og veiledning; audiovisuelle, visuelle, multimedia, nettside, verbale gjennomføringer av psykolog eller sykepleier kombinert med informasjonsbrosjyrer, og til slutt kun informasjonsbrosjyrer. 8 av de 14 studiene viste at preoperativ undervisning og veiledning bidro signifikant til å redusere preoperativ angst. Resultatene varierte ut i fra måten budskapet var blitt presentert. Det kom tydelig frem av studiene der de pedagogiske tiltakene var blitt presentert muntlig av sykepleier, at disse alltid reduserte den preoperative angsten. Utifra de funnene ser vi at kommunikasjon har en sentral rolle i demping av angst, samt at personlig kontakt skal vektlegges i denne typen undervisning.

Brosjyrer er den mest vanlige måten å gi preoperativ informasjon på (McDonald, Hetrick & Green, 2004, gjengitt etter Wilson et al, 2016, s.154). Dette tenker vi gjelder generelt for alle typer pasienter. Vi synes at brosjyre alene kan være et upassende verktøy for å gi informasjon på til vår pasientgruppe, særlig med tanke på alvorlighetsgraden og den psykologiske påvirkningen ved amputasjon. Vi synes imidlertid at skriftlig informasjon og audiovisuelle metoder, kan være hensiktsmessig med tanke på å introdusere til samtale, men at denne bør bli etterfulgt med personlig undervisning. Brosjyrer er ikke tilpasset den enkelte pasient og dermed kan det være mange pasienter som trenger utdypende informasjon. På den andre siden, tenker vi at brosjyrer kan bidra til at pasienten kan lese informasjon gjentatte ganger. Aldringsprosessen fører etterhvert til en naturlig reduksjon av korttidshukommelsen og oppmerksomheten (Mensen, 2014, s. 53). I forhold til vår pasientgruppe ser vi derfor at høy alder kan medføre begrensede evner til å ta imot, huske og forstå den preoperative informasjonen som blir gitt, og at eldre pasienter har behov for repetering av informasjon. Ut ifra våre erfaringer utelukker vi nettsider og multimedia grunnet aldersgruppen på våre pasienter. Når det kommer til verbal undervisning er det en fordel at pasienten har mulighet til å stille spørsmål og være aktiv deltaker.

Det finnes flere andre tiltak som kan tas i bruk. Vi ser at det kunne vært en tanke å ha

audiovisuell undervisning der tidligere pasienter deler sine erfaringer. Grønsleth et al. (2016, s. 199) fremhever viktigheten av at pasienter får innsikt i andres opplevelser. Imidlertid åpner ikke audiovisuell undervisning for at pasienten kan stille spørsmål. Vi tenker at et optimalt tiltak ville være å sette pasienten i kontakt med Landsforening for Amputerte (Norges Handikapforbund [NHF], udatert). Forskning (Pritchard, 2009 McDonald, Hetrick & Green, 2004, gjengitt etter Wilson et al., 2016, s.152) nevner forsterket følsomhet (hørsel, berøring, lukt) som en viktig forandring i pasientens psykososiale reaksjon på angst. Ut ifra det vil vi si at pasientene vil dra nytte av å kunne oppholde seg på enerom. Vi opplevde imidlertid at noen pasienter rapporterte ensomhet i den preoperative perioden. Det ser ut til at de er mye alene på rommet sitt med tankene sine i påvente av den endelige hendelsen. Vi tenker dermed at fysiske forhold som enerom kan bidra til økt angst hos denne pasientgruppen. De kan reduseres ved å la døren til rommet stå åpen, ved bruk av TV, radio, musikk og ved oppmuntring til å ha sosial kontakt. Visualisering, avledning, repetisjon av positive hendelser og ord (Berntzen et al., 2016, s. 323-324) mener vi kan være tiltak som reduserer angst hos enkelte pasienter. Vi synes allikevel at disse må være supplerende til våre andre foreslåtte tiltak, da de ikke kan erstatte personlig oppfølging og støtte.

Etter at tiltak er gjennomført gjenstår siste del av sykepleieprosessen og innebærer at sykepleier skal evaluere om fastsatte mål er nådd. Dersom målene er innfridd tilsier dette at tiltakene var effektive. Dersom dette allikevel ikke er tilfelle, må sykepleier ta for seg de ulike delene av sykepleieprosessen på nytt og komme frem til nye tiltak.

## 4.2 Pasientens fysiske dimensjon.

### 4.2.1 Preoperativ smerte og det postoperative forløpet.

Er det sammenheng mellom preoperative smerter og utvikling av smerter postoperativt? Vi har tatt for oss en pasientgruppe i den preoperative fasen som er tydelig preget av langvarig smerte. Et av hovedfunnene i forskningen av Richardson et al. (2015, s. 561) viser at 83 % av respondentene hadde sterke smerter før amputasjonen (gjennomsnittlig NRS 7,9) og 47% av

pasientene rapporterte preoperative smerter på 10 NRS (Richardson, 2015, s. 563).

Forskningen er basert på pasienter med vaskulær insuffisiens (95 %) og disse tallene er dermed sammenlignbare for vår valgte pasientgruppe. Annen forskning (Dijkstra et al., 2002; Rouillet et al., 2009, gjengitt etter Pirowska et al., 2014, s. 56) forteller videre at vaskulær sykdom og iskemiske smerter predisponerer for utvikling av fantomsmerter etter amputasjon. Det vises også til en sammenheng mellom preoperative smerter og kroniske fantomsmerter (Hanley et al., 2007, gjengitt etter Pirowska et al., 2014, s. 56). Det sees også en klar sammenheng mellom intensitet av preoperative smerter og utvikling av akutte postoperative fantomsmerter (Rouillet et al., 2009, gjengitt etter Pirowska et al., 2014, s. 56). Disse funnene får frem et viktig budskap om å måtte betrakte smerteopplevelse hos denne pasientgruppen helhetlig, ved å se sammenheng mellom preoperative smerter (iskemiske smerter) og smerter postoperativt og fantomsmerter. Disse sammenhengene understreker behov for behandling av smerter i tidlig fase.

Økt kunnskap om smerter gjør sykepleier bevisst sin rolle i smertebehandling. I motsetning til forskningen omtalt ovenfor kommer Richardson et al. (2015, s. 561) derimot frem til funn som sier at det ikke ble funnet noen sammenheng mellom smerte preoperativt og utvikling av fantomsmerter, heller ikke når det kommer til tiden pasienten opplever smerter preoperativt og styrken av smerter pasienten hadde postoperativt. Vi stiller oss spørrende til dette funnet da pasientene i denne forskningen har store/veldig store smerter preoperativt. Man kunne ha tenkt seg at dersom forskningen hadde tatt for seg en gruppe godt smertelindrede pasienter i den preoperative fasen, ville de pasientene muligens ikke utvikle fantomsmerter postoperativt. På den andre siden viser studiet til Richardson & Upton og Solowiej, Mason & Upton (gjengitt etter Richardson et al, 2015, s. 566) sammenheng mellom smerte og sårhelbredelse i stumpen. De poengterer at å redusere preamputasjonssmerte for å fremme sårtilheling i amputasjonsstumpen er like viktig som å prøve å forhindre eller redusere forekomst av fantomsmerter i fremtiden. Studiet kommer med forslag om at økt bruk av analgetika pre- og postoperativt er en måte å gjøre dette på. Vi vet at sykepleier har en sentral rolle i smertebehandling og at den skal utføres etter beste evne i hver enkelt situasjon. Her ser vi at den forebyggende og lindrende delen av sykepleie gjør seg gjeldende (Kristoffersen et al., 2011b, s. 17). Vi ser at kunnskap om sammenhenger gjør at man er bevisst sin viktige rolle i smertebehandlingen hos valgte pasientgruppe.

#### 4.2.2 utfordringer ved smertebehandling.

Kartlegging av smerter er utgangspunkt for god smertelindring. Vi ser også her at Travelbees teori om menneske-til-menneske forhold og god kommunikasjon med pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 213-222) kan bidra til bedre smertekartlegging og dermed bedre smertelindring på samme måte som beskrevet for angst. Vi velger dermed å ikke drøfte betydningen av kommunikasjon og relasjon med pasienten på nytt.

VAS smerteskala er hyppig brukt ved vår avdeling. Smerteskalaer er verktøy som vi ser kan brukes uansett årsak til smerter eller spesielle forhold hos pasienten. Dette trolig da de er enkle å anvende både for sykepleier og pasient og er i tillegg tidsbesparende. På den andre siden ser vi ikke at VAS skjemaer blir analysert gjennom et lengre tidsperspektiv, men kun der og da når den enkelte målingen foretas. Vi synes at denne kvantitative tilnærmingen til smerte bør suppleres med utdypende spørsmål angående smertens plassering, karakter osv. Sensorisk, affektiv og evaluerende dimensjon (Rustøen & Stubhaug, 2010, s. 138) skal fanges opp i en slik kartlegging. Vi mener imidlertid at ut ifra kunnskap om at eldre pasienter ofte underrapporterer smerter (Titler et al., 2009, gjengitt etter Torvik & Bjørø, 2014, s. 393) kan tolkning av score være hensiktsmessig. Vi synes at det ved doseringen av analgetika i tillegg bør tas hensyn til pasientens eventuelle utviklede toleranse grunnet langvarig smerteproblematikk med iskemiske smerter. Pasientens svar kan tolkes av sykepleier også basert på hennes observasjoner. Vi tenker at sykepleier også bør spørre pasienten regelmessig om smerter, observere de kliniske (hypertensjon, takykardi, hyperventilering), psykososiale symptomer (irritabilitet, nedsatt konsentrasjon) og nonverbale signaler (grimase). Vi ser behov for innføring av flerdimensjonale kartleggingskjemaer som for eksempel MPQ (Danielsen et al., 2016, s. 388-391).

Iskemiske smerter er utfordrende å lindre. I praksis benyttes skjemaer for smertelindring der pasienten blir spurt om smerteintensitet før og etter bruk av analgetika. Det er viktig å ikke bare gjennomføre administrasjon av analgetika, men også se om man oppnår tilstrekkelig smertelindring hos pasienten. Forskningen til Richardson et al. (2015, s. 564) forteller at pasienter med iskemiske smerter opplever lettelse når de ligger under 5 på smerteskala. En annen forskning (Ypsilantis & Tang, 2010, gjengitt etter Pirowska et al., 2014, s. 56) sier

videre at det er utfordrende å smertelindre kritisk iskemiske smerter. Vi tenker derfor at målet for smertelindring for vår valgte pasientgruppe, særlig for pasienter med kritisk iskemi (Landfald & Ytrehus, 2016, s. 282) kan justeres fra VAS 3 og opp til 4 eller 5.

Sykepleier har faglig kunnskap hun kan dele med pasienten. Sykepleier kan i møte med valgte pasientgruppe også treffe på utfordringer knyttet til underrapportering av smerter. Vi mener at ubegrunnet frykt for avhengighet kan bli avklart ved at sykepleier bruker faglig argumentasjon. Ut ifra hva forskning har vist om sammenheng mellom preoperative smerter og utvikling av fantomsmerter tenker vi at det er viktig at sykepleier forklarer pasienten nødvendigheten av å være adekvat smertelindret. Imidlertid viser forskning (Richardson et al., 2015, s. 564) at 67% av pasientene ikke ble informert om at de kan utvikle fantomsmerter og hva som kan trigge disse. Vi synes dermed at den manglende informasjonen utgjør et vesentlig brudd på den lovpålagte plikten helsepersonell har for å gi tilstrekkelig informasjon til pasienter (hpl, 1999, § 10). Videre forteller pasient- og brukerrettighetsloven at all helsehjelp skal gis ut ifra at pasienten har samtykket, og at samtykke gis på grunnlag av informasjonen som er gitt (pbrl, 1999, § 4-1). Ved at dette blir gjort blir også autonomiprinsippet (Nortvedt, 2012, s. 95-99) etterfulgt. Vi mener med dette at tilstrekkelig informasjon om at preoperative smerter predisponerer for postoperative smerter og utvikling av fantomsmerter, vil hjelpe pasienten til å kunne foreta valg basert på kunnskap og forskning. Et av tiltakene vil da være å gi pasienten kunnskap om fenomener slik at pasienten kan både samtykke til helsehjelp og foreta gode valg, blant annet i forhold til smertelindring.

Preoperativ smertelindring av pasienter med iskemiske smerter perifert kan være lite effektivt (Ypsilantis & Tang, 2010, gjengitt etter Pirowska et al., 2014, s. 56). Hva som menes med lite effektivt sier de ikke noe om. Imidlertid sier Garfelt og Holmsen (gjengitt etter Grønsleth et al., 2016, s. 199) at preoperativ smertelindring i form av epiduralkateter reduserer smerter postoperativt og forebygger utvikling av fantomsmerter. Epidural smertelindring er dermed rutinemessig brukt i den preoperative fasen ved mange norske sykehus, minst et døgn før operasjon til denne pasientgruppen. Denne smertelindringen viser seg å være særlig effektiv for iskemiske smerter. Vi spurte på avdelingen der vi er og våre erfaringer er at epidural smertelindring ikke lenger brukes rutinemessig preoperativt, men vi får informasjon at dette var vanlig før. Dette viser at det sannsynligvis er ulik praksis ved forskjellige sykehus og at dette kan skape forvirring blant sykepleiere om hva som er best praksis.

Lindring er en av hovedrollene hos sykepleier (Kristoffersen et al., 2011b, s. 17). Uansett funn som er beskrevet ovenfor, vil forebygging av lidelse (her smerte), være et overordnet mål for sykepleier i denne situasjonen. Vi har lagt merke til at pasienter med iskemiske smerter har vansker med å finne en god stilling i sengen. Leiring med strekking av laken under pasienten, funksjonell seng med justeringsmuligheter og luftmadrass vil være noen av tiltakene som kan bidra til å lindre smerter. God luft, demping av støy og behagelig temperatur og lys er andre komponenter.

I og med at det sees en sammenheng mellom preoperative smerter og utvikling av fantomsmerter i enkelte artikler, vil sykepleiers forebyggende rolle også gjøre seg gjeldende (Kristoffersen et al., 2011b, s. 17). Vi kan tolke utvikling av fantomsmerter som komplikasjon etter amputasjon og god smertelindring sees da som et tertiærforebyggende tiltak. Andre tertiærforebyggende tiltak vil gå ut på å redusere risiko for decubitus. Dette kan oppnås ved å blant annet å følge et snuregime, ved bruk av antidecubitus madrass, avlastning av trykkutsatte steder og godt stell.

Smerte skal betraktes som en sykdom i seg selv (Rustøen & Stubhaug, 2010, s. 170). Vi forstår dette slik at smerte skal tillegges høyere status og gis mer oppmerksomhet i klinikken. I tillegg skal smerter som alle de andre fenomener kartlegges, det skal igangsettes tiltak og resultater skal evalueres. Vi har opplevd at det er en utfordrende og tidkrevende sykepleieoppgave å smertelindre pasienter med iskemiske smerter. Alle foretatte handlinger skal dokumenteres i pasientjournalen (hpl, 1999, § 39) og rapporteres videre til neste vakt. Vi tenker at ved å gjøre dette oppnår kontinuitet i smertebehandlingen.

#### 4.3 Helhetlig sykepleie.

Begrepet helhetlig sykepleie har vært gjennomgående i løpet av hele utdanningen. Vi har lett i faglitteratur etter definisjon av begrepet uten å lykkes og ser det som et paradoks at helhetlig sykepleie ikke er beskrevet nærmere. Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2011, s. 8) nevner begrepet helhetlig sykepleie, uten å definere det. Annen faglitteratur beskriver imidlertid det som kalles helhetlig omsorg (Skjetne & Brønstad, 2007, s. 22). Vi har allikevel valgt å benytte

begrepet helhetlig sykepleie ut ifra vår forståelse om at dette innebærer å se et menneske under ett der alle de grunnleggende behovene står i forhold til hverandre og er like viktige.

Angst og smerte skal sees i større sammenheng. Vi har lagt merke til at fysiske og psykososiale reaksjoner for angst og smerte kan være like, der takykardi, hypertensjon, uro, frustrasjon og svingende humør kan observeres (Berntzen et al., 2016, s. 324; Stubberud 2013a, s. 30; Rustøen & Stubhaug, 2010, s. 138). I tillegg viser forskning til sammenheng mellom angst og smerte i større tidsperspektiv ved å se på det pre- og postoperative forløpet for vår pasientgruppe. Raichle et al. (2015, s. 699) viser at høyere nivå av preoperativ angst kan relateres til sterkere fantomsmerter i alle de 5 postoperative dagene. Samme relasjon kan sees mellom preoperativ angst og smerter i amputasjonsstumpen den 1. postoperative dagen. Annen forskning forteller også at angst, depresjon og stress øker risiko for utvikling av fantomsmerter hos amputerte pasienter (Foell & Flor 2012 og Mac Iver & Lloyd, 2010, gjengitt etter Pirowska et al., 2014, s. 57). Dette tolker vi som en indikator for sammenheng mellom de fysiske og de psykososiale faktorene i utvikling av fantomsmerter og smerter generelt. Det er dermed viktig at sykepleier tenker komplekst og tar både smerte og angst på alvor og ser hvordan de to berører hele mennesket.

Sykepleier er lovpålagt å måtte yte omsorgsfull og faglig forsvarlig sykepleie (hpl, 1999, § 4). Vi synes at å overse pasientens psykososiale behov på grunn av tidspress, manglende kompetanse eller andre påvirkbare årsaker er uetisk og står i strid med NSF's retningslinjer (NSF, 2011). Dersom en slik praksis forekommer vil dette også bidra til at velgjørhetsprinsippet ikke blir respektert (Nordtvedt, 2012, s. 95-99).

Sykepleiers normative dimensjon bør styrkes. Den instrumentelle dimensjonen av sykepleie (Lillestø, 2010, s. 393-414) tenker vi er mest fremtredende på den avdelingen vi befinner oss på, da det blant annet brukes mye tid på prosedyrer. Vi kunne ha sett for oss at angst og smerte blir prioritert i større grad hos vår pasientgruppe. Ved å foreta denne prioriteringen gjør man at den normative dimensjonen ved sykepleie gjør seg gjeldende. Ut ifra forskning har både angst og smerte større betydning i den preoperative fasen, samt betydelig innvirkning på det postoperative forløpet, enn vi hadde trodd. Vi mener at det å ta tak i pasientens psykososiale behov og smerte er ikke kun moralsk riktig, men også faglig støttet av kunnskap innhentet gjennom forskning presentert i oppgaven. Vi kunne ha tenkt oss at det

skal være mer bevisstgjøring på den normative dimensjonens betydning ved at for eksempel leder vektlegger denne ved morgenmøter, fagdager m.m. Slike tiltak kan være med på å forme kulturen på denne avdelingen.

Preoperativ angst øker bruk av analgetika hos pasienter postoperativt. De fleste pasienter vi møter i klinikken har flere diagnoser i tillegg til aterosklerotisk sykdom og bærer preg av dette. Vi har observert at et komplekst sykdomsbilde og angst hos denne pasientgruppen gjør at pasientene fremstår som mindre robuste allerede før amputasjon sammenlignet med friskere pasienter. Raichle et al. (2015, s. 702) har kartlagt sammenheng mellom preoperativ angst og økt bruk av analgetika postoperativt. Også Kil et al. (gjengitt etter Alanazi, 2014, s. 387) bekrefter at det gjerne sees paralleller hos pasienter med preoperativ angst og forekomst av postoperative smerter, noe som igjen fører til økt bruk av analgetika. Vi ser i praksis at høyere doser analgetika har negativ innvirkning der blant annet respirasjonsdepresjon har forekommet.

Det postoperative utfallet kan påvirkes ved reduksjon av angst og smerte. Forskning (Hong et al, 2003; Markland & Hardy, 1993; Agarwal et al, 2005, gjengitt etter Wilson et al., 2016, s. 152) forteller at angst preoperativt i flere tilfeller kan forårsake økt bruk av sedative midler og anestesi, og kan dermed bidra til forlenget sykehusopphold for disse pasientene. Vi synes at det er viktig at angstpregede pasienter får sedative midler, men at det først og fremst bør iverksettes ikke-medikamentelle tiltak. Når det kommer til smerte fører ubehandlet smerte blant annet til forsinket mobilisering, svekket livskvalitet og psykososiale konsekvenser som depresjon og hjelpeløshet (American Geriatrics Society, 2002; Torvik et al., 2010; Hawkins et al., 2013, gjengitt etter Torvik & Bjøro, 2014, s. 392). De negative konsekvenser av både angst og smerte vurderer vi som en god grunn til å iverksette angst- og smertereduserende tiltak for dermed å unngå komplikasjoner. Pasienter med postoperative komplikasjoner får et lengre sykehusopphold og opplever misnøye grunnet dette (Hobson et al., 2006, gjengitt etter Alanazi, 2014, s. 387). Tiltak som reduserer pasientens angst og smerte vil gå inn under sykepleiers forebyggende funksjon (Kristoffersen et al., 2011b, s. 17) som vi mener bør vektlegges allerede i den preoperative fasen.



## 5.0 AVSLUTNING

I dette litteraturstudiet har vi ønsket å se på hvordan sykepleier kan bidra til å redusere preoperativ angst og smerte hos pasienter som skal gjennomgå elektiv amputasjon av underekstremitet.

Både faglitteratur og forskning har bidratt til å bekrefte vår påstand om at den psykologiske delen ved vår valgte pasientgruppe skal ivaretas i like stor grad som de fysiologiske aspektene.

Vi har funnet ut at sykepleiers kunnskap i forhold til predisponerende faktorer og symptomer på angst bør økes. Profesjonell kommunikasjon og bevisst tilnærming er forutsetninger for at sykepleier skal kunne forberede pasienten mentalt til amputasjon. Travelbees teori har flere momenter som er aktuelt å ta med i møtet med denne pasientgruppen. Blant disse er at pasienter er individer og opplever sykdom forskjellig, og at kommunikasjon er det viktigste verktøyet for å skape tillitsfull relasjon. For å kunne iverksette angstdempende tiltak, må man først kartlegge. Kartleggingen av angst bør være kvalitativ og standardisert for vår valgte pasientgruppe. Vi ser behov for at det tas i bruk screeningverktøy. Utfyllende pasientinformasjon viser seg å redusere angst betydelig og er i tillegg lovpålagt. Tiltakene som innebærer personlig kontakt, for eksempel undervisning gitt av sykepleier, er en av de mest effektive tiltakene. Andre tiltak som brosjyrer, audiovisuell undervisning og samtale med andre som har vært i en slik situasjon, kan brukes supplerende. Sykepleier skal bruke sin erfaring og skjønn ved at hun tilpasser tiltak til hver enkelt pasient.

Tilnærming og kommunikasjon er, på lik linje som for angst, vesentlig for kartlegging av smerte. Det samme gjelder sykepleiers kunnskap om smerter. Smertekartlegging bør ta opp alle smertens dimensjoner, og det bør legges større vekt på smertebehandling da smerte skal betraktes som en egen sykdom. Sykepleier bør ha en aktiv rolle i smertebehandlingen for denne pasientgruppen da iskemiske smerter er utfordrende å lindre. Å gi pasienten kunnskap om fenomener og sammenhenger i forhold til smerte er blant noen av tiltakene vi har kommet

frem til. I smertereduserende arbeid har sykepleier både en lindrende og forebyggende rolle. Å finne god stilling i sengen er blant lindrende tiltak, mens bruk av antidecubitus madrass bidrar til tertiærforebygging.

Både angst og smerte bør sees som faktorer som negativt påvirker det postoperative forløpet. Ved å redusere angst og smerte bidrar man til mindre komplikasjoner og dermed en raskere rehabilitering for pasienten.

Vi ser at det er av stor betydning at sykepleier ser pasienten i sin helhet. Dette innebærer å se både de psykososiale og de fysiske komponenter ved pasienten. Sykepleier skal også være bevisst sine ulike funksjoner og ta de i bruk slik at hun utfører en helhetlig sykepleie.

## LITTERATURLISTE

- Alanazi, A. A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(7), 387-393. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=98c1b441-9027-4e10-8bc6-1c5167496d12%40sessionmgr101>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Døvre, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D. - G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bind 1, s. 309-380). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dahl, K. & Skaug, E.-A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. - A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (2. utg., Bind 2, s.14-60). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012a). Etske overveielser og personvern. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5.utg, s. 95-109). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012b). Gangen i en undersøkelse - hvordan gjør vi det? I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5.utg, s. 124-149). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012c). Hva er metode. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5.utg, s. 110-122). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012d). Hvordan kunnskap blir til. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5.utg, s. 47-61). Gyldendal akademisk.

- Dalland, O. & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5.utg, s. 63-81). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D. - G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bind 1, s. 381-428). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grønseth, K. L., Roa, E., Kjønneøy, I. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved skader og sykdom i bevegelsesapparatet. I H. Almås, D. - G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bind 2, s. 167-206). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Høgskolen i Oslo og Akershus. (2016). SYBASPRA2A Kliniske studier i sykepleie. Hentet 29. mai 2017 fra <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Bachelor/Sykepleie-Sandvika/Programplaner-for-tidligere-kull/Programplan-for-Bachelorstudium-i-sykepleie-Sandvika-kull-2016/SYBASPRA5A-Kliniske-studier-i-sykepleie-kirurgi-2016>
- Høgskolen i Oslo og Akershus. (2017). SYBA 3900 Bacheloroppgave. Hentet 7. mai 2017 fra <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Bachelor/Sykepleie-Pilestredet/Programplaner-for-tidligere-kull/Programplan-for-Bachelorstudium-i-sykepleie-Pilestredet-kull-2014/SYBA3900-Bacheloroppgave-2014>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. - A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Bind 1, s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. -A. (2011a). Innledning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. - A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (2. utg., Bind 2, s.11-13). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E. -A. (2011b). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. - A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Bind 1, s. 15-29). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvaal, K. (2014). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 438-451). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landfald, G. & Ytrehus, S. (2016). Sykepleie ved svikt i blodsirkulasjonen. I D. - G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bind 1, s. 281-307). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lillestø, B. (2010). Sykepleiens tre dimensjoner. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3.utg, s. 393-416). Oslo: Akribe.
- Mensen, L. (2014). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 52-57) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nakstad, A.R. (2014). Pre-, per- og postoperativ behandling. I S. Ørn, J. Mjell & E. B. - G. (Red.), *Sykdom og behandling* (1.utg.,s. 563-578) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norges Handikapforbund. (udatert). LFA- Landsforening for Amputerte. Hentet 29. mai 2017 fra <http://www.nhf.no/om-oss/lfa-landsforeningen-for-amputerte>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet 1. mai 2017 fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (2.utg.) Oslo: Akribe.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) [pasientrettighetsloven]*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>
- Pirowska, A., Wloch, T., Nowobilski, R., Plaszewski, M., Hocini, A. & Menager, D. (2014). Phantom phenomena and body scheme after limb amputation: a literature review. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*. 48(1), 52-59. doi:10.1016/j.pjnns.2013.03.002
- Raichle, K. A., Osborne, T. L., Jensen M. P., Ehde, D. M., Smith, D. G. & Robinson L. R. (2015). Preoperative state anxiety, acute postoperative pain, and analgesic use in persons undergoing lower limb amputation. *Clinical Journal of Pain*, 31(8), 699-706. doi:10.1097/AJP.0000000000000150
- Richardson, C., Crawford, K., Milnes, K., Bouch, E. & Kulkarni, J. (2015). Clinical Evaluation of Postamputation Phenomena Including Phantom Limb Pain after Lower Limb Amputation in Dysvascular Patients. *Pain Management Nursing*, 16(4), 561-569. doi:10.1016/j.pmn.2014.10.006
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 29-51). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rustøen, T. & Stubhaug, A. (2010). Smerter. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3.utg., s. 137-181). Oslo: Akribe.
- Skjetne, I. & Brønstad, A. (2007). *God yrkesutøvelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Stubberud, D.- G. (2013a). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-41). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D. - G. (2013b). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (Red), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 66-113). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 390-407). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Valeberg, B. T. & Wahl, A. K. (2008). Smerte og mestring. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 308-324). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wilson, C. J., Mitchelson, A. J., Tzeng, T. H., El-Othmani, M. M., Saleh, J., Vasdev, S., LaMontagne, H. J. & Saleh, K. J. (2016). Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *American Journal of Surgery*, 212(1),151-159. doi: 10.1016/j.amjsurg.2015.03.023
- Ørn, S. (2011). Sirkulasjonsforstyrrelser. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1.utg.,s. 91-109). Oslo: Gyldendal akademisk.