

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi.

Patienters upplevelse av smärtbehandling efter en total knäplastiksoperation

*Ulrika Rydbeck
Susanne Sörell*

September 2008

Uppsats 15HP, C-nivå
Omvårdnadsvetenskap

**Omvårdnadsvetenskap C:2, 15 HP
Examinator: Elisabeth Häggström
Handledare: Dagny Melander**

Abstract

The aim of this study was to describe how patients who had undergone a total knee arthroplasty felt about their postoperative pain treatment during their stay at an orthopaedic ward. The study has been implemented as a quality interview study and have been analysed by substance analysis. On the basis of four categories, activity, pain, pain treatment and follow-up that was identified during the analysis and the result is presented so. The results showed that most of the participants found their postoperative pain treatment satisfying. The pain that all of the participants felt was the pain during mobilization. The first steps and bending of the knee joint is what developed the most severity of pain. The pain relief that the majority of the participants preferred was the combined pain treatment by cryo/cuff. Regular medicine dial with analgesics given by oral believed the participants have played a key role for their postoperative wellbeing

Keywords: Knee arthroplasty, postoperative, pain

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att beskriva hur patienter som opererats med total knäplastik upplevt sin postoperativa smärtbehandling under tiden de vistats på en vårdavdelning. Studien har genomförts som en kvalitativ intervjustudie och analyserats med hjälp av innehållsanalys. Resultatet presenteras utifrån fyra kategorier som framkom under analysen: aktivitet, smärta, smärtlindring och uppföljning. Resultatet visade att de flesta deltagarna upplevt sin postoperativa smärtbehandling som tillfredställande och att den smärta alla upplevt är den som uppkommit vid mobilisering. De första stegen vid uppstigande och framför allt böjning av knäet är det som framkallat störst smärta. Den smärtbehandling som majoriteten av deltagarna har upplevt som väldigt god är den kombinerade metoden med kyla och tryck, så kallad Cryo/Cuff. Regelbunden medicinering med analgetika per os tror de flesta av deltagarna har spelat en stor roll för deras postoperativa välbefinnande.

Nyckelord: Knäartroplastik, postoperativ, smärta

Innehållsförteckning:

1. Introduktion	1
1.1 Artros	1
1.2 Knäartroplastik	1
1.3 Smärta	2
1.4 Smärtskattning	2
1.5 Smärtbehandling	3
1.6 Problemområde	5
1.7 Syfte	5
1.8 Frågeställning	5
2. Metod	5
2.1 Design	5
2.2 Urval och undersökningsgrupp	5
2.3 Bortfall	6
2.4 Datainsamlingsmetod	6
2.5 Tillvägagångssätt	6
2.6 Dataanalys	7
2.7 Forskningsetiska överväganden	9
3. Resultat	10
3.1 Aktivitet/rörelse	10
3.1.1 Smärtfri i sängen	10
3.1.2 Smärtsamt att böja knäleden	11
3.1.3 Rörelse leder till mindre smärta	12
3.2 Smärta	12
3.2.1 Frånvaro av smärta	12
3.2.2 Smärta påverkar hela individen	13
3.2.3 Orolig för hemgång	13
3.3 Smärtlindring	14
3.3.1 regelbundet intag av tabletter	14
3.3.2 Rädsla att ta för mycket smärtlindring	15
3.3.3 Injektioner	15
3.3.4 Cryo/Cuffen uppskattades av patienterna	15
3.4 Uppföljning	17
3.4.1 Smärtkontroll utan att använda VAS	17
3.4.2 VAS-skattning	18
4. Diskussion	19
4.1 Huvudresultat	19
4.2 Resultatdiskussion	19
4.3 Metoddiskussion	20
4.4 Allmändiskussion	21
5. Referenser	23

1. Introduktion

1.1 Artros

Primär artros i knäleden, gonarartros, debuterar vanligen i 50-års ålder och ökar exponentiellt till drygt en procent hos män och ca tre procent hos kvinnor vid 75-års ålder. Symtomgivande knäledsartros utgör den vanligaste orsaken till knäartroplastik (1). Artros definieras som sänkt ledbrosk när leden belastas. Den kan vara av okänd etiologi eller sekundär till följd av skador. Vid mer avancerad artros syns även strukturella förändringar i skelettet, skleros, cystor och avnötning av benet, som kan leda till deformitet av benet. Diagnostisering sker via röntgen (2). Vissa yrkesgrupper löper större risk att drabbas av artros, men det är oklart om överbelastning av en f.ö. normal led kan leda till artros och man bör därför inte ur ett medicinskt och psykologiskt perspektiv kalla artros drabbade leder utslitna. De väsentligaste kliniska symtomen på artros är belastningssmärter, dvs. smärter som uppstår då patienten belastar knäet benet, följt av rörelseinskränkning och instabilitet. Så väl det aktiva som passiva rörelseomfånget är minskat och vid rörelse knäpper det och knastrar i leden. Av och till svullnar ledkapseln upp och ibland uppstår en utgjutning i leden. Med tiden uppstår felställningar och kontrakturer (1,3, 4).

1.2 Knäartroplastik

Artroplastik innebär att man ersätter hela eller delar av den skadade knäleden med en endoprotes av metall och/eller hårdplast (4). Då både den inre och yttre ledytan på lårbenet samt ledytan på skenbenet byts talar man om trikompartimentell artroplastik eller totalplastik. Knäproteser kan ha en stam som går upp i lårbenets respektive ned i skenbenets mörghåla och de kan vara avsedda för fixation med cement eller ha en porös yta avsedd för fixation utan cement. Runt knäet finns mycket muskler och senor som måste delas eller avlossas för att komma åt leden. Efter operationen är det viktigt att rehabiliteringen kommer igång så fort som möjligt för att uppnå en så god rörelseförmåga som möjligt i knäet (2).



Figur 1: Knäplastik sett från sidan

1.3 Smärta

Förmågan att känna smärta är en skyddsmekanism, eftersom smärtreceptorerna, nociceptorerna, endast reagerar på stimuli som orsakar vävnadsskador.

Oro och ångest förstärker smärtupplevelser, eftersom thalamus, omkopplingsstationen för nervimpulser, påverkas av det och därigenom blir känsligare. Smärta är *upplevelse* och utan upplevelse existerar inte smärta. Det internationella smärtforsknings­sällskapet (The International Association for the Study of Pain) definierar smärta som: ”*En obehaglig känsla och en känslomässig upplevelse förknippad med en skada eller risk för skada av kroppens vävnader*” s. 17 (5).

Patienter som opererats med knäprotes känner ofta mycket stark postoperativ smärta och dessa patienter anses vara bland de svåraste att smärtlindra (6,7). Patienternas smärta underskattas ofta av både läkare och sjuksköterskor och durationen av den givna analgetikan överskattas. Många patienter upplever, pga. otillräcklig smärtbehandling, en återkommande ond cirkel av smärta, kortvarig smärtlindring, sedering och förnyad smärta. God smärtbehandling anses kunna motverka uppkomsten av långvariga smärttillstånd (8). Obehandlad smärta orsakar oro och nedstämdhet, vilket leder till depression och förtvivlan. Svår smärta leder också till nedsättning av immunologiska funktioner som kan resultera i fördröjning av läkningsprocessen. Smärta ger ett ökat syrgasbehov och minskat regionalt blodflöde vilket kan leda till dysfunktion av organ. Aktiviteten i mag och tarm kanalen hämmas med illamående och kräkning som följd (8, 9). Patienten begränsar även sina rörelser vid smärta vilket leder till ökad risk för trombotiska sjukdomar (9). Det är således väldigt viktigt att patienterna är bra smärtbehandlade postoperativ för att en tillfredställande läkning ska ske och mobiliseringen fungera (6).

1.4 Smärtskattning

För att dokumentera smärta är VAS, Visuellt Analog Skala, ett säkert och väldokumenterat hjälpmedel. VAS innebär att man genom att låta patienten själv skatta smärtan, få fram dennes upplevelse av smärtintensiteten. Skalan består av en 10 cm lång linje som i ena ändan är märkt smärtfrihet och i den andra värsta tänkbara smärta. Patienten markerar sin för tillfället upplevda smärta på linjen. På baksidan finns en sifferskala, vilken man som vårdgivare läser av och får fram ett numeriskt värde på patientens smärta (7).

Det är viktigt att patienten före operationen lär känna VAS-skattningens innebörd.

När patienten har smärta är förmågan att ta in ny information begränsad just pga. smärtan. Lika viktigt är att regelbundet göra smärtskattning och aktivt informera sig om hur patienten har det och låt aldrig patienten vänta i onödan på hjälp. Sekunder känns som minuter och minuter som timmar när man har ont. Hinner patienten få riktigt ont, krävs det större mängd smärtstillande medel för att få bukt med smärtan.

Patienten måste tas på allvar och få uppleva att beskrivningen av smärtupplevelsorna leder till någon åtgärd. Rädslan för återkommande smärta ökar smärtupplevelsen genom feedback i CNS. En ond cirkel startar om patienten först måste få ont igen innan han kan få nästa spruta. Patientens beskrivning av smärta är subjektiv, men även personalens bedömning är subjektiv. Det har i undersökningar konstaterats att det finns skillnader mellan patientens och personalens bedömning av smärtan. Patienter tenderar att vara otillräckligt smärtstillade (5). Orsakerna till att patienter inte ges adekvat smärtbehandling tros vara många. En orsak kan vara att många sjuksköterskor är rädda för biverkningar hos patienterna, såsom andningsdepression och läkemedelsberoende. Detta gäller framförallt vid intravenösa injektioner (3,8).

Underskattning av patientens smärta och otillräckliga kunskaper om smärtbehandling är också vanligt bland sjuksköterskor. Sjuksköterskan är den personen som har det yttersta ansvaret för patientens smärtbehandling. För att kunna stödja och behandla smärta på ett effektivt sätt är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om sina egna attityder till smärta och smärtbehandling. En annan orsak till att patienter är inadekvat smärtbehandlade är de ibland inte säger till att de har ont (10).

1.5 Smärtbehandling

Smärtlindring kan ske via intravenösa, intramuskulära och subkutana injektioner. Av dessa metoder är intravenösa injektioner den mest effektiva och den som är lättast att enskilt dosanpassa. Man sitter då hos patienten och tillför smärtstillande läkemedel till dess att denne upplever en tillfredställande smärtlindring (9).

En annan metod som används är kyla kombinerat med tryck så kallad Cryo/Cuff. En manschett appliceras på patientens knä direkt efter att såret förslutits efter operation. En behållare som innehåller is och vatten är kopplad till denna. Vattnet som håller ca 10-15 grader pumpas med jämna intervaller in i manschetten. Detta ger således både en nedkyllning och ett tryck. Behandlingen fortgår kontinuerligt i 48 timmar och har visat sig ge god

smärtlindring. Patienten kan vara uppe och röra sig trots Cryo/Cuff genom att man tillfälligtvis kopplar loss slangen från behållaren men behåller manschetten på (11).

Epidural anesthesi, EDA innebär att en kateter läggs in i epidural rummet. Katetern ligger i ländryggen och via den tillförs kontinuerligt smärtstillning. Vid smärtgenombrott kan extra smärtstillning så kallade bolusdoser ges via katetern (7).

Periartikulär injektion är den senaste metoden för behandling av patienter som opererats med total knäprotes. En kateter läggs in i knäet vid avslutandet av operationen. Genom denna kateter kan man sedan fylla på smärtlindring. Fördelen med detta är att patienten slipper många av de biverkningar som uppstår vid intravenösa injektioner. Detta är något som främjar en tidig mobilisering. I kombination till denna metod ges smärtbehandling i tablettform (12).

1.6 Problemområde

Studier visar att patienter som opererats med knäplastik är bland de svåraste postoperativa patienterna att smärtbehandla. Dessa patienter har ofta väldigt ont och kan ha svårt att komma igång med mobiliseringen pga. smärta. För att en god läkning ska ske och resultatet av operationen ska bli så optimalt som möjligt så är det önskvärt att patienten kommer igång med mobiliseringen tidigast möjligt. En bra och individanpassad smärtbehandling är därför av största vikt. Det är således viktigt att vi som sjuksköterskor är lyhörda och ser smärtan som en individuell upplevelse hos varje patient.

1.7 Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur patienter som har opererats med total knäplastik upplevt sin postoperativa smärtbehandling under tiden de vistats på en vårdavdelning.

1.8 Frågeställning

Hur upplever patienter som opererats med total knäplastik sin postoperativa smärtbehandling?

2. Metod

2.1 Design

Studien är en empirisk kvalitativ studie på designnivå 1 (13).

2.2 Urval och undersökningsgrupp

De patienter som valdes kom till ortopedavdelningen från väntelistan för operation av artros med total knäplastik. Inklusionskriterier var att patienten lider av knä artros, talar och förstår svenska, är mellan 50-75år, fullt adekvat, inte har svåra smärtor sen tidigare pga. reumatism eller fysisk skada. Undersökningsgruppen bestod av sammanlagt 11 stycken, fem män och sex kvinnor och deras ålder sträckte sig från 56 - 75 år, medelåldern var 66 år. Av dessa 11

patienter fick tre Epidural-anestesi och åtta lokalbedövning via kateter i knäet. En av de 11 patienterna gjorde en bilateral knäplastiksoperation (14).

2.3 Bortfall

Sammanlagt 11 patienter blev tilldelade missivbrevet dagen innan operationen och tyckte att det skulle bli spännande att få delta i intervjun. Men pga. att tre av dessa patienter blev utskrivna redan två dagar efter operationen så hann författarna inte med att intervjua dem.

2.4 Datainsamlingsmetod

Insamlingen av data skedde via semistrukturerade intervjuer (14). Intervjun började med neutrala bakgrundsfrågor såsom ålder, kön, familj. De fick även berätta om vilken smärtlindrande metod man använt sig av Epidural-anestesi eller lokalbedövning via en kateter i knäet. Därefter inleddes intervjun med en stor öppen fråga där patienterna fick beskriva hur de upplevt sin smärtbehandling efter att ha genomgått knäplastiksoperation. Patienterna skulle så långt som möjligt själva uttrycka sina upplevelser på ett naturligt sätt. Under intervjun bad författarna om förtydligande med hjälp av följdfrågor: *Hur menar du då? Har jag uppfattat dig rätt? Hur kändes det? Kan du utveckla det? Kan du beskriva?* Författarna använde sej även av stickord för att få ut så mycket som möjligt av intervjun då vissa av patienterna var fåordig i sina beskrivningar.

Stickorden berörde:

- Smärtskattningsinstrument
- Mobilisering
- Smärta
- Smärtlindring
- Vad som har fungerat bra och mindre bra.

Intervjuerna spelades in på band och författarna använde sej även av penna och papper där kroppsuttryck noterades (15).

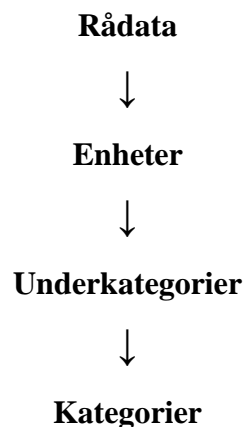
2.5 Tillvägagångssätt

Chefen på avdelningen informerades om studiens syfte och tillfrågades om tillstånd att få utföra studien. Tillstånd söktes även från forskningsetiska kommittén. Tillstånd gavs av båda

parter. Studien inleddes med att patienterna dagen innan operationen fick ett personligt besök av författarna där det missiva brevet överlämnades. De behövde vid det tillfället inte bestämma sig för om de ville medverka i intervjun, utan blev kontaktade tre till fyra dagar efter operationen. Samtliga intervjuer utfördes på avdelningen. En provintervju genomfördes, som därefter utvärderades. Efter utvärderingen upptäcktes att det behövdes lite stödfrågor för att hjälpa patienterna att komma igång med dialogen. En av författarna genomförde alla intervjuerna som skedde tre till fyra dagar efter att patienten opererats. Intervjuerna gjordes i ostört utrymme och fortskred på informanternas villkor, intervjun tog mellan 15-40 minuter och spelades in på band. Ljudupptagningarna skrevs ut ordagrant och analyserades. Materialet har behandlats konfidentiellt. Intervjuerna utfördes på en ortopedavdelning mellan februari och april 2008.

2.6 Dataanalys

Analysen utgick från Ryen och utfördes i fyra steg: (15).



Figur 2. Analysprocessens fyra steg.

När alla intervjuerna, som här beskrivs som rådata, var transkriberade lästes de igenom flera gånger av författarna för att de få ett helhetsintryck. De meningar som beskrev patientens upplevelse av den postoperativa smärtbehandlingen sorterades ut. Under några intervjuer berättar patienterna även om annat än smärtbehandling som de upplevt som jobbigt efter operationen. Allt har skrivits ner men bara det berörde studiens syfte och frågeställning har analyserats. Detta är första steget i analysprocessen, att utifrån studiens syfte och frågeställning plocka ut enheter ur rådatan. När författarna läst igenom intervjuerna flera

gångar och plockat ut alla meningar/enheter som kunde tala för sig själva, påbörjades nästa steg. Enheterna sorterades in under kategorier. Författarna tog en mening i taget och sorterade in den under en kategori. Så lästes nästa mening och om den kunde gå in under samma kategori så lades den där. Om den inte passade in under någon av tidigare kategorier så skapades en ny kategori. Så fortsatte arbetet tills att alla enheter var kategoriserade. Författarna fann under analysens gång fyra stora kategorier. Kategorierna rubricerades: Aktivitet, Smärta, Smärtlindring och Uppföljning

Tabell 1. Analysprocessen utifrån rådata, enheter och kategorier

Rådata	enheter	underkategori	kategorier
Ja jag låg ju några dar för jag var yrslig och mådde illa. Och det var ju inte bra det märkte jag. Kände att jag måsta upp liksom. Och det gör ju ont det här steget att komma ur sängen med knät men bara man kommer över det så känns det bättre.	Det gör ju ont det här steget att komma ur sängen med knät men bara man kommit över det så känns det bättre.	Rörelse leder till mindre smärta	Aktivitet/Rörelse
Det är mycket värre med värken i år än det var i fjol när jag opererade mig. Men nätterna går ganska bra, det går bra att sova i alla fall. Men på morgonen är värken hemsk det är väl för att man legat och blivit stel då.	På morgonen är värken hemsk. Det är väl för att man legat och blivit stel då.	Smärta påverkar hela individen	Smärta

Dom la ju in ett rör eller slang direkt i knät under operationen som dom fyllde på med smärtstillande och det var ju jättebra de. Jag kände inget alls, inte haft nåt ont sådär. Det var nått nytt för mej i alla fall, jag har opererat höften förut och det kändes på ett annat vis.	Dom la ju in ett rör eller slang direkt i knät under operationen som dom fyllde på med smärtlindrande och det var ju jättebra de.	Injektioner	Smärtlindring
Jag hade aldrig kunnat tro att det skulle gå så bra efter operationen och personalen har varit så hjälpsamma. Dom har kommit och frågat stup i ett om jag har ont. Dom har varit helt otroligt duktiga.	Dom har kommit och frågat stup i ett om jag har ont. Dom har varit helt otroligt duktiga	Smärtkontroll utan att använda VAS	Uppföljning

2.7 Forskningsetiska överväganden

När man genomför intervjuer på en vårdavdelning måste man ha i beaktande att informanterna, som i detta fall fortfarande var patienter, kan ha svårt att uttrycka negativa tankar. Rädsla för att detaljer ur intervjuerna ska nå ansvarig personal och att detta i sin tur ska påverka den fortsatta vården är nog en tanke som kan finnas hos informanten. Trots försäkran om att materialet skulle behandlas konfidentiellt kan informanterna ändå känt sig osäkra på om så verkligen skedde. Patienten befinner sig alltid i en beroendeställning därför måste tillstånd sökas från forskningsetisk kommitté innan påbörjande av studien.

Tillstånd beviljades från forskningsetiska kommittén vid högskolan i Gävle och hos avdelningschefen. Patienterna informerades i ett missivbrev om studiens syfte. I brevet framgick att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan vidare förklaring. Författarna informerade även om att uppgifterna skulle behandlas konfidentiellt. Deltagarna erbjöds att få ta del av den färdiga uppsatsen efter slutförd studie.

3. Resultat

Resultatet presenteras i löpande text utifrån de underkategorier och kategorier som framkommit ur innehållsanalysen (tabell 2)

Tabell 2 underkategorier och den kategori som den tillhör

Underkategori	Kategori
<i>Smärtfri i sängen</i> <i>Smärtsamt att böja knäleden</i> <i>Rörelse leder till mindre smärta</i>	Aktivitet/Rörelse
<i>Frånvaro av smärta,</i> <i>Smärta påverkar hela individen</i> <i>Orolig för hemgång.</i>	Smärta
<i>Regelbundet intag av tabletter,</i> <i>Rädsla av att ta för mycket smärtstillning</i> <i>Injektioner</i> <i>Cryo/cuff</i>	Smärtlindring
<i>Smärtkontroll utan att använda VAS</i> <i>VAS- skalan</i>	Uppföljning

3.1 Aktivitet/rörelse

Huvudkategorin Aktivitet/Rörelse bestod av tre underkategorier som alla beskrev hur patienterna upplevde smärta vid mobilisering.

3.1.1 Smärtfri i sängen.

Majoriteten av deltagarna upplevde att så länge de låg stilla i sängen kände de smärtfrihet i knäet.

För ligger ja still å så där så då, då vilar man å är skönt ungefär som om man skulle vara frisk.

... det klart att man har ju mera kännning av ett när man går än när jag ligger va.

... nä det gick inte o sitta i fåtöljen, Och när jag ligger så här känner jag inte ett dugg, inte nå.

... men det är ju lindrigare när man ligger om man ska jämföra med samma smärta men vid rörelse o man måste göra saker då är ju smärtan värre än om du ligger. Men dom säger ju att du ska ju inte behöva ha nån smärta osså när man inte har nån smärta o va bra vad duktig man e`, men det rår ju inte jag för, det blir ju bara som det blir de. Jag styr ju inte den där smärtan alls.

3.1.2 Smärtsamt att böja knäleden.

Det mest smärtsamma var förflyttning från sängen till sittande/stående ställning. Problemet var då att de var tvungna att böja på knäet och det upplevdes som smärtsamt, knäet kändes stelt, hettande och var svullet och ömt. Att sitta i en stol/fåtölj kunde vara besvärligt då knäet var böjt en längre tid.

... och i dag kanske jag känt lite grann o när jag flyttat benet när jag ska ner och sådär ifrån sängen,

...det är just i böjningen som gör ont.

Det är värst när jag stiger upp o ska ner i sängen, o som i går kväll när jag skulle sitta i fåtöljen o titta på.....värkte det så fruktansvärt.

... jag är väl lite dålig på att böja på bena, det gör väldigt ont då

...ja när man böjer så här då känns det att det blir lite inni knävecket å sådär.

3.1.3 Rörelse leder till mindre smärta

När väl deltagarna kommit i gång med att röra på sig släppte stelheten och mobiliseringen upplevdes fungera bra. Om patienterna fick välja på att sitta stilla eller vara uppe och gå så föredrog de att gå, ju mer de rörde på sig desto mindre ont gjorde det i knäet.

... det är nästan mindre värk när man går, när man sitter kan knä det liksom bli hettar mer då måste du du får inte sitta still, du måste röra, röra knä. Men det där är ju också olika, men om man , ja sitta länge då föredrar jag hellre att gå, det gör jag.

...men ska jag gå då, då är det ju lite påkänning, men det där verkar ju gå över det å, så jag tycker inte att jag har nå besvär, det gäller bara att man kan ta det lugnt å försiktigt, då, då är det inga problem. Så upplever jag det.

3.2 Smärta

Huvudkategorin smärta bestod av tre underkategorier som beskrev hur den postoperativa smärtan upplevts av och påverkat deltagarna.

3.2.1 Frånvaro av smärta.

Den postoperativa smärtbehandlingen fungerade bra på många av patienterna, det framkom att de var mycket nöjda med smärtlindringen och att de inte kände av någon nämnvärd smärta. Många av patienterna förväntade sig postoperativ smärta och blev positivt överraskade när smärtan var under kontroll. Smärtan de har känt under vårdtiden upplevdes som naturligt efter en operation.

... o ja ja måste då säga det otroligt lite ont har jag haft väldigt lite....

...det är ingen smärta tycker jag som man ska kunna gnälla för e´.

*... ja för det första har jag inte haft nån känning,
Jaha..ja jag har inte haft nå smärtor alls, inte nå, inte ett dugg. Helt helt, ja helt
borta.*

*Men nån smärta det kan jag inte säga att det varit inte otroligt har det varit, bra
Ja. Har ju får ju så mycket smärtstillande medel sådär så man behöver ju inte
ha nå ont.*

3.2.2 Smärta påverkar hela individen

Smärta togs också upp i samband med att de mårde ”allmänt dåligt”, de upplevde att de var orkeslösa och led av yrsel, ansträngning och illamående.

*...och sen märkte ja ju, gamlingar o väder, väder känning brukar man ju säga,
jo nånting så fort det blir sånt oväder då har jag mycke mycket sämre i
värken.*

*...med det här att när jag skulle gå upp så där fick yrsel o svimmade jag av i
stolen och kräktes o bekymmer.*

*Jaa det va ju dä, ää ja orkade ju inte sitta ... det kändes som om ja skulle tупpa
av.*

*...men nu har jag haft jätte ont, men då har jag ju vari, då har jag duschat för
första gången o jag har gjort det själv o jag städa efter mej o o jag vart totalt
färdig och så kom sjukgymnasten o han skulle sluta efter tolv så vi måsta i gång
på de så jag trodde jag skulle ramla säcka ihop här o då blir ju smärtan, då blir
ju smärtan mycke mycke mer*

3.2.3 Orolig för hemgång

Vårdtiden efter operationen är kort på sjukhusen, man ligger endast några dagar och tar igen sig. Ensamheten och rädslan för att själv ta ansvar för smärtlindringen är ett orosmoment för en del av patienterna.

... de de jag gruvar mej för är att komma hem hur de ska hur det ska, jag hoppas verkligen att man får ordentliga recept som innehåller smärtlindring

... för jag har känt mej dålig och har vart lite orolig över hur ska det gå när jag kommer hem.

3.3 Smärtlindring

Huvudkategorin smärtlindring bestod av fyra underkategorier som alla beskrev hur deltagarna upplevt de olika formerna av postoperativ smärtlindring som erbjudits.

3.3.1 Regelbundet intag av tabletter.

Majoriteten av deltagarna upplevde att de var bra smärtlindrade av de tabletter de fick regelbundet under dygnet. Det var bara några som behövde ta extra tabletter vid smärtgenombrott.

Hela tiden o jag har ju fått tabletter nu efter som så jag är nästan trött att ta dom. Men det är ju naturligtvis för att att det inte ska börja verka o göra ont.

...men sen har jag ju fått då tabletter hela tiden, o ja ja måste då säga det otroligt lite ont har jag haft väldigt lite ..

Ja. Har ju får ju så mycket smärtstillande medel sådär så man behöver ju inte ha nå ont.

...det är inte många gånger jag begärt extra tablett, men det har hänt, annars räcker det med dom där som man får, o dom där kapslarna dom är ju bästa fortfarande, o dom är så, man blir som en ny människa de lär väl vara morfin i dom tänker jag? Då är det som om man dansar på moln, och dom verkar ju så snabbt, jag fick en sån på förmiddan i dag o då hade jag väldigt ont.

... dom är ju helt underbara med att när man ber om tabletter och smärtlindring å ringer man och ber om så är dom nästan här på stört. Så att det ska dom ha en eloge för faktiskt, ... jag har fått det jag har velat haft.

3.3.2 Rädsla att ta för mycket smärtlindring.

Några av deltagarna uttryckte oro över ett alltför stort intag av tabletter och valde då att stå ut med viss smärta.

... jag är lite rädd för piller då ja,Ja, jag har klarat mej på de som dom har givit mej. Jag har inte begärt nå mer eller så utan jag har fått dom där tabletterna öö i två dagar nu. Å de har, ja det har...

...jag tar inte nå gärna värktablett om jag inte behöver, det gör jag inte.

3.3.3 Injektioner

Endast två av informanterna nämnde att de fått injektioner som smärtlindring, dessa var mycket nöjda med denna typ av smärtlindring och beskrev att smärtan försvann.

... jaa, den har varit väldigt olika från dag till dag. Det är inte så lätt att komma ihåg för att man är väldigt omtöcknad och dålig första dan alltså då får man ju injektion, och de tycker jag funkade bra. Och jag vet nån injektion jag fick tog inte så att man blev snurrig i huvet utan och det tyckte jag va jätte bra. Får då verkligen kunde jag känna att smärtan försvann. Men när man börjar bli lite så här, snurrig i huvet då är det lite.. smärtan försvinner men du har svårare med minnet o sånt då.

...ja det va ju väldig smärtlindring då förs, första och andra dan, men sen tog dom ju bort andra dan då fick man ju inge injektioner mer.

3.3.4 Cryo/Cuffen uppskattades av patienterna

De flesta deltagarna upplevde Cryo/Cuffen som en positiv känsla, ett välbehag. De uttryckte att kylan från Cryo/Cuffen var mycket skön och att kylan tog bort ev. smärta från knäet. Det

var svårt för deltagarna att veta om det va cryo/cuffens förtjänst att smärtan lindrades eftersom de inte kunde jämföra med att vara utan. En av deltagarna blev väldigt frusen av kylan, men tyckte ändå att det var skönt att ha den över knäet. Många av deltagarna visste heller inte varför de hade Cryo/Cuff, om det var pga. smärta eller för att ta bort svullnaden.

..å när dom kom å hade in det där det vart som ett välbehag i kroppen eller vad jag ska säga, å det va ju mot svullnaden förstår jag, det tror jag är väldigt bra, å det va nytt tydligen, som dom kom, och det va jag också beundransvärt måste jag säga att dom kom hela tiden och kolla upp det och böt klampar och sånt där, så jag har bara positivt ja

Men den där kyl an ordningen jag hade den o sen la de ju in en rör eller en slang direkt i knät under operation som dom fyllde på då o o de va ju smärtlindring o de va ju jättebra de, jag kände ingenting inte alls haft nå ont sådär.

... det va ju faktiskt skönt söru, när man fick den där, när han starta, den har ju gått i intervaller va?. Å när det där sprutats på då rå vet du, det va ju skönt det för knäleden, det va det söru. Så jag menar i sånt fall va det inte förr.

Det va jätte skönt, tyckte jag, mycket skönt va det. Men när det började bli lite bättre då va den bara i vägen. Den fick jag inte ha i fjol när jag opererade mej. ...för att det här med, det här med vätskan det är ju paradiset det, helt underbart.

... det är nog skönt, men det är bara det att man fryser...(skratt) jag är så frysen av mej så, men nå då, det, det är nog skönt, det är det....först hade jag ju tücke med från operation, å så hade jag två såna här filter, å sen då vek dom en dubbel å la upp på mej så att jag hade tre filter å tücke. Visst. (skratt) Nej men det är nog, det va väl också för att kunna ta bort svullnad. Va det inte så?

3.4 Uppföljning

Huvudkategorin uppföljning bestod av två underkategorier som alla beskrev god smärtlindring trots frånvaro av VAS.

3.4.1 Smärtkontroll utan att använda VAS

Majoriteten av deltagarna upplevde att uppföljningen av deras smärta var god, trots att något validerat smärtskattnings instrument sällan använts. Personalen har i stället oftast frågat patienterna om de har ont och uppmanat dem att säga till direkt när de börjar få ont. Patienterna upplever också att deras smärta tagits på allvar och att man lyssnat på deras upplevelse av smärtan.

...Ja, det måste jag säga för det har dom ju frågat hela tiden, du har inge ont? Det gör inge ont? Känner du någonting säger du till. Och då har ju svaret har alltid blivit, nä jag känner inte nå, inte ett dugg. Så har det varit genom hela proceduren

... dom har kommit stup i ett och frågat om jag har ont. Dom har varit helt otroligt duktiga.

... när man ber om tabletter och smärtlindring å ringer man och ber om så är dom nästan här på stört. Så att det ska dom ha en eloge för faktiskt,

Dom har frågat hela tiden –du har inge ont? – De gör inge ont? – Känner du något säger du till.

När dom gått förbi här är det alltid någon som tittar och frågar om det är bättre. – Hur har det gått? Och sådär.

...ja, dom där killarna som jobbar här är ju så behändiga. Ja ja hur är det idag M, ska det inte vara en tablett, jag ser att du har ont. Dom är så gulliga.

3.4.2 VAS-skattning

Endast en av patienterna nämnde att man har använt sig av skattinstrumentet VAS efter operationen, trots att alla patienter fått information preoperativt om att skattinstrument används för att skatta patienternas smärta.

Man frågade nått och då svarade jag 5 på skalan. Sen fick jag en kapsel och då ändrade jag och sa att nu är det inte mer än högst två.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Huvudresultatet var något oväntat för författarna då flesta deltagarna upplevt sin postoperativa smärtlindring som tillfredställande. Vissa av informanterna har knappt känt någon smärta alls. Den gemensamma nämnaren för alla deltagare är dock smärtan vid mobilisering som upplevts av alla i mer eller mindre hög grad. Det som upplevts som väldigt effektivt för att hålla deltagarna smärtfria har varit Cryo/Cuffen och den regelbundna smärtbehandlingen med tabletter.

4.2 Resultatdiskussion

Majoriteten av deltagarna upplevde den postoperativa smärtbehandlingen som god större delen av tiden. Problem för dem har varit mobiliseringen då de flesta känt smärta av olika grad. Marshall m fl (16) visar att detta är vanligt förekommande hos patienter som opererats med total knäplastik. Smärta vid mobilisering är ett problem då den förhindrar träningen i ett tidigt postoperativt skede, som är så viktig för att uppnå bra resultat efter operationen.

Den kombinerade metoden av kyla och tryck, så kallad Cryo/Cuff, är något som de flesta upplevt haft väldigt god smärtstillande effekt. Många har känt effekt när vattnet i manschetten bytts ut och det kroppsvarma vattnet bytts mot kallt vatten. Detta stöds i studien av Kullenberg m fl (17) som menar att den goda effekten av Cryo/Cuff har sin förklaring i att kylan ger minskad eller upphörd smärtledning. Vidare ger kylan även en reducerad muskelspasm. Trycket bidrar till att hålla svullnaden nere och minskar på så sätt smärta. I en studie av Morsi (18) visar det att användandet av analgetika minskar hos patienter som har haft Cryo/Cuff- behandling.

Det något förvånande resultatet att majoriteten har upplevt sin smärtbehandling som väldigt god tror författarna har sin förklaring i att en ny metod börjat användas. Detta är en metod där man innan avslutandet av operationen lägger en lokalbedövning i knäet. Via en EDA-kateter som läggs i leden innan förslutning av såret fyller man sedan på lokalbedövning. Ranawat

m fl (19) vill göra gällande att detta är en metod som kommit för att stanna pga. just den goda smärtstillande effekten samtidigt som den har få biverkningar och är enkel att använda.

Även MacDonald (20) har gjort en studie som visar att smärtbehandling med periarticular injektion ger reducerad användning av morfin i jämförelse med patienter som inte fått denna typ av smärtbehandling.

Tillgång till smärtlindring har varit god utifrån patienternas upplevelse, även om smärtskattningsinstrument inte har använts så anser patienterna att de har blivit tagna på allvar när det handlar om den individuellt upplevda smärtan. Information om VAS skedde vid inskrivningen men få av patienterna eller personalen verkar ha använt sig av detta instrument för att skatta smärtan. I studien av Niemi-Mourola m fl (21) står det att information före en stor operation är viktigt för att patienter skall vara förberedda på smärtan och veta hur man kan uttrycka sin smärta för att få hjälp med rätt behandling, ett samspel mellan patient och vårdpersonal. Trots frånvarande av smärtskattningsinstrument så har uppföljningen varit god, personalen har varit noga med att med jämna mellanrum tillfråga patienterna om de upplever någon smärta som behöver behandlas. Plaisence m.fl. (22) understryker i sin studie detta om vikten av att patienterna är bra smärtbehandlade och att man som sjuksköterska har en nyckelroll i smärtbehandlingen.

4.3 Metoddiskussion

Valet av metod grundade sig på att författarna var intresserade av varje individs upplevelse då smärta ofta upplevs som olika hos varje individ.

En provintervju genomfördes för att kontrollera metoden, man upptäckte då att stödfrågor var nödvändiga för att få ut mesta möjligt av informanternas upplevelse (14). Vid intervjuerna var det meningen att båda författarna skulle närvara men av olika skäl utfördes alla intervjuer av en av författarna. Styrkan i att intervjuerna utfördes av bara en författare är att informanterna kan ha känt sig mera avslappnade då än om två stycken varit närvarande. Svagheten är att andra stödfrågor kunde ha ställts om båda varit närvarande och att en av författarna då kunnat fokusera mer på informanten och den andre på tekniken.

Intervjuerna ägde rum på en vårdavdelning, en miljö som inte var det ideala för att genomföra intervjuer. Trots att författaren som genomförde intervjuerna försökte att skapa en så lugn och

ostörd miljö som möjligt så skedde ändå störningar tex. som att städerskan kom in i rummet. Informanterna var heller inte i en miljö som för dem upplevdes som trygg hemmiljö. När man genomför intervjuer på en vårdavdelning måste man även ha i beaktande att informanterna, som i detta fall fortfarande var patienter, kan ha svårt att uttrycka negativa tankar. Rädsla för att detaljer ur intervjuerna ska nå ansvarig personal och att detta i sin tur ska påverka den fortsatta vården tror författarna kan ha haft en påverkan på resultatet. Trots försäkran om att materialet skulle behandlas konfidentiellt kan informanterna ändå känt sig osäkra på om så verkligen skedde (15).

Att inleda intervjuerna med en stor öppen fråga när informanterna fritt får beskriva sin upplevelse uppfattades av de flesta som svårt och gav även en känsla av osäkerhet inför vad författarna ville veta. Speciellt de manliga informanterna var väldigt fåordiga och många följdfrågor fick lov att ställas. Detta är något som författarna är medvetna om och som kan ha påverkat resultatet (15).

Efter åtta intervjuer upplevde författarna att materialet var tillräckligt och att det uppstått mättnad då ingen ny information framkom.

Analysprocessen gjordes tillsammans av författarna och utgick utifrån Ryan (15). En analysmetod som bygger på författarnas egen tolkning. Kategorierna som diskuterats fram var författarnas egna och andra kunde ha valt andra kategorier. Valet av kategorier och kategorisering av enheterna som sorterats ur rådatan beredde vissa svårigheter då somliga enheter kunde ha passat in under flera kategorier. Under intervjuerna framkom även sådant som ej frågats efter utifrån studiens syfte och frågeställning. Detta har skrivits ner men inte analyserats och kategoriserats.

4.4 Allmän diskussion

Författarna upplevde denna studie väldigt positiv utifrån patienternas upplevelse av smärta och smärtlindring efter sin knäplastiksoperation. Innan studien genomfördes framgick det i litteraturen att patienter som opererats med en totalknäplastik var bland de svåraste att smärtlindra och att de har svår smärta. Utifrån denna information genomfördes studien och det blev en intressant och positiv överraskning när det framkom att alla var mycket nöjda med sin smärtbehandling.

Patienterna var också positivt överraskade när det gällde sin smärta, några hade tidigare gjort operationen och kunde jämföra skillnaderna. Någon hade hört skräckhistorier om hur fruktansvärt ont man skulle ha postoperativt.

Författarna vet att en ny teknik har gjorts på sex av åtta personer som intervjuades där man avslutar operationen med att lägga in en kateter och där igenom ger lokalbedövning. Det framkommer inte i denna studie hur patienterna smärtbehandlats direkt i anslutning till avslutad operation (Epidural- anestesi, eller lokalbedövning via kateter i knä). Därför skulle det vara intressant att göra en jämförande studie där man kan undersöka skillnaden på smärtupplevelse beroende på vilken teknik man använt och även om det finns en ökad risk för postoperativa infektioner pga. den kvarliggande katetern i knät.

Referenser.

1. Weidenhielm L. Artroplastik i knä: Nio av tio får god smärtlindring och förbättrad livskvalitet. *Läkartidningen* 1996; 10:893-896
2. Lindgren U, Svensson O. *Ortopedi*. Liber AB. Slovenien 2007
3. Werner M, Strang P. *Smärta och smärtbehandling*. Liber AB. Falköping 2005
4. Järhult J, Offenbartl K. *Kirurgiboken*. Liber. Stockholm 2002
5. Selin-Thörnqvist M. *I behov av intensiv omvårdnad*. Natur och kultur. Stockholm 1998
6. Larsson C, Nilsson K, Jansson L. Förbättrad smärtbehandling av patienter som opererats med knäprotes. *Vård i Norden* 2003;3:45-47
7. Singelyn-Francois J, Deyaert M, Joris D, Pendeville E, Gouverneur J. Effects of intravenous Patient-Controlled Analgesia With Morphine, Continuous Epidural Analgesia, and Continuous Three-in-One Block on Postoperative Pain and Knee Rehabilitation After Unilateral Total Knee Arthroplasty. *Anesthesia & Analgesia* 1998;87:88-92
8. Stridsberg M, Billing E. *Sjuksköterskors kunskaper om smärta och smärtbehandling*. *Vård i Norden* 1999;4:41-46
9. Tema smärta. Särtryck ur *Vårdfacket*. 2001:2
10. Mrozek J, Steble Werner J. Nurses attitudes toward pain, pain assessment, and pain management practice in long-term care facilities. *Pain management nursing* 2001;4:154-162
11. Holmström A, Härdin B. Cryo/Cuff compared to epidural anesthesia after knee unicompartmental arthroplasty. *The Journal of arthroplasty* 2005;20:316-21
12. Parvataneni MD, Shah P, Howard H, Cole N, Ranawat A, Ranawat C. Controlling pain after total hip and Knee arthroplasty using a multimodal protocol with local periarticular injections. *The journal of arthroplasty* 2007;6:33-38
13. Brink P, Wood M. *Basic steps in Planning Nursing Research: From question to proposal*. Jones and Bertlet Publisher inc. London 2001. s 61-66
14. Polit D, Hungler B. *Nursing Research: Principal and methods*. Philadelphia: Lippincott; 1999. s. 340-41
15. Ryan A. *Kvalitativ intervju- från vetenskapsteori till fältstudier*. Liber AB. Malmö 2004
16. Marshall A, Masonis J, Mokris J, Oesterle J, Camp J, Mauerhan D. Postoperative pain after total knee arthroplasty. A prospective, Double-blinded, Randomized study Comparing Patient-Controlled Analgesia, Pericapsular injection, and Femoral Nerve

- Block The Journal of Arthroplasty. 2006;2:306-311
17. Kullenberg B, Ylipää S, Söderlund K, Resch S. Postoperative Cryotherapy After Total Knee Arthroplasty A Prospectiv Study of 86 Patients. The Journal of Arthroplasty. 2006;8:1175-1187
 18. Morsi E. Continuous-Flow Cold Therapy After Total Knee Arthroplasty. The journal of Artroplasty.2002:6;718-722
 19. Ranawat A, Ranawat C. Pain Management and Accelerated Rehabilitation for Total Hip and Knee Arthroplasty. The journal of Arthroplasty. 2007;7:12-15
 20. MacDonald S. A Randomized, Blinded Clinical Trial Assessing Efficacy of Periarticular Injection Using Multimodal Analgesia in Total Knee Arthroplasty. The Journal of Arthroplasty.2006;2: 312-324
 21. Niemi-Murola L, Pöyhä R, Onkinen K, Rhen B, Mäkelä A, Niemi T. Patient satisfaction with postoperative pain management-effect of preoperative factors. Pain Management Nursing. 2007;3:122-129
 22. Plaisance I; Logan C. Nursing students knowledge and attitudes regarding pain. Pain management Nursing. 2007;4:167-175