

**Hvordan kan sykepleier kartlegge og vurdere pasientens  
smerter i den postoperative fasen?**

Kandidatnummer: 1003  
Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave  
Bachelor i sykepleie  
Kull: 11sykhel

Antall ord: 9015  
Innleveringsfrist: 13.03.14

## **Sammendrag**

Denne oppgavens problemstilling går ut på hvordan sykepleieren kan kartlegge og vurdere pasientens smerter i den postoperative fasen. Et systematisk litteraturstudium er valgt som metode, da det finnes mye tilgjengelig forskning om dette temaet. Fem forskningsartikler, samt presenterte teorier har til hensikt å belyse ulike sider av problemstillingen.

Oppgaven har ingen entydig konklusjon, men det fremheves noen vesentlige elementer som bør prege den kartleggingen og vurderingen sykepleieren foretar. God kartlegging og vurdering forutsetter at pasientens *egen* smerteopplevelse ivaretas. Å tro på, lytte til og anerkjenne pasientens smerter er viktig i denne sammenheng. Andre viktige elementer er sykepleierens observasjoner av pasientens verbale, så vel som nonverbale signaler, samt riktig og kontinuerlig bruk av et smertekartleggingsverktøy. En kombinasjon av de overnevnte elementene kan bidra til en god kartlegging og vurdering av pasientens smerter.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1 Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling .....	5
1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling .....	6
1.3 Klargjøring av sentrale begrep i problemstillingen.....	6
1.4 Oppgavens oppbygning .....	7
<b>2 Teori</b> .....	<b>8</b>
2.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	8
2.1.1 Den relasjonelle dimensjonen.....	8
2.1.2 Den praktiske dimensjonen .....	9
2.1.3 Den moralske dimensjonen .....	9
2.2 Sykepleierens lindrende funksjon.....	9
2.3 Smerter.....	10
2.3.1 Smertefysiologi .....	10
2.3.2 Postoperative smerter .....	11
2.4 Kartlegging og vurdering av smerter .....	12
2.4.1 Sykepleieprosessen som metode.....	12
2.4.2 Kommunikasjon.....	13
2.4.3 Smertekartleggingsverktøy.....	14
2.5 Dokumentasjon .....	16
2.6 Valg av litteratur i teoridel .....	16
<b>3 Metode</b> .....	<b>17</b>
3.1 Systematisk litteraturstudie som metode.....	17
3.2 Søkehistorikk.....	17
3.4 Kildekritikk .....	18
<b>4 Presentasjon av funn</b> .....	<b>20</b>
4.1 Bruk av transkriberingsskjema .....	20
4.2 Transkriberingsskjema .....	21
4.3 Funn i artiklene .....	23
4.3.1 Kim m.fl. (2005).....	23
4.3.2 Ene m.fl. (2008) .....	24
4.3.3 Young, Horton og Davidhizar (2005).....	24

4.3.4 Manias, Botti og Bucknall (2002) .....	25
4.3.5 Dihle, Bjølseth og Helseth (2006) .....	25
<b>5 Drøfting</b> .....	<b>27</b>
5.1 Omsorg som en relasjonell handling i kartlegging og vurdering av smerter .....	27
5.2 Omsorg som en praktisk handling i kartlegging og vurdering av smerter .....	28
5.3 Omsorg som en moralsk handling i kartlegging og vurdering av smerter .....	32
<b>6 Avslutning</b> .....	<b>35</b>
Litteraturliste .....	Feil! Bokmerke er ikke definert.

# 1 Innledning

## **1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling**

Smerte er et begrep som rommer flere aspekter. Det kan omhandle fysisk, psykisk, sosial og åndelig smerte, og det er ingen klare kriterier som skiller de fra hverandre. Fysisk smerte utelukker for eksempel ikke opplevelsen av åndelig smerte. Hvordan den enkelte erfarer og beskriver sine smerter er høyst individuelt, ja nettopp fordi den er av subjektiv karakter. Jeg har i min oppgave valgt å skrive om smertelindring til pasienter i den postoperative fasen. Sykepleieren har en sentral rolle i denne sammenheng, ved at hun har ansvar for innsamling av data, observasjon, kartlegging og vurdering av smerter. I tillegg administrerer sykepleieren medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak, samt foretar fortløpende evaluering av tiltakenes effekt. Det relasjonelle forholdet til pasienten, koordinering og samarbeid med kolleger er også en del av sykepleien (Berntzen, Danielsen og Almås 2010:355).

Oppgavens fokus er kartlegging og vurdering av pasientens smerter i den postoperative fasen. En god kartlegging og vurdering av pasientens smerter, danner grunnlaget for planlegging, gjennomføring og evaluering av smertelindrende tiltak (Torvik, Skauge og Rustøen 2008:51). Den norske legeforening (2009) har utarbeidet retningslinjer for smertebehandling, herunder betydningen av tidlig og regelmessig kartlegging og vurdering av pasientens smerter, som en del av smertelindringen.

Mangelfull kontroll med postoperative smerter vil foruten å påføre pasienten betydelig lidelse, også bidra til å øke komplikasjons- og dødelighetsraten etter kirurgi, først og fremst på grunn av forsinket mobilisering (Den norske legeforening 2009:14).

Egne erfaringer fra praksisfeltet har gjort meg oppmerksom på hvilken sentral rolle sykepleieren har i smertelindring til pasienten. I samhandlingen med lege observerte jeg hvor prisgitt legen var av sykepleierens forarbeid med kartlegging og vurdering av pasientens smerter. Sykepleierens kunnskap gir autoritet og har påvirkningskraft i forhold til den smertelindring som ordineres av legen. Andre erfaringer fra praksisfeltet har gjort meg oppmerksom på at sykepleiere har forskjellige måter å kartlegge og vurdere pasientens smerter på. Enkelte sykepleiere gjør dette systematisk ved bruk av smerteskala, mens andre foretar mer tilfeldige observasjoner ("jeg ser at pasienten har smerter").

Som fremtidig sykepleier vil jeg møte pasienter, som av ulike årsaker, har behov for smertelindring. Min evne til å kartlegge og vurdere smerter, vil være av betydning for pasientens opplevelse av velvære. I denne oppgaven søkes det ikke etter entydige svar, derimot å øke eget kunnskapsnivå for hvordan jeg som sykepleier kan foreta en god kartlegging og vurdering av pasientens smerter i den postoperative fasen.

Disse tanker og refleksjoner danner bakteppe for det som er oppgavens problemstilling:  
**”Hvordan kan sykepleier kartlegge og vurdere pasientens smerter i den postoperative fasen?”**

### ***1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling***

Som en avgrensning i denne oppgaven, velger jeg å fokusere på pasienter som har smerter relatert til et operasjonssår. Jeg velger å fokusere på kartlegging og vurdering av de akutte smertene, som en følge av et kirurgisk inngrep. Pasienter med kroniske smerter er med andre ord utelukket i denne oppgaven, da det ville gitt oppgaven et annet fokus. Oppgaven avgrenses til å omhandle pasienter som fungerer kognitivt. Pasienter med en ruslidelse utelukkes også i denne oppgaven.

### ***1.3 Klargjøring av sentrale begrep i problemstillingen***

I følge International Association for Study of Pain (IASP) er smerte ”... en ubehagelig sensorisk emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse.” (IASP, gjengitt og oversatt i Berntzen, Danielsen og Almås 2010:357). McCaffery og Beebe (1996) definerer smerte som: ”... det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerter, sier at han har smerte” (McCaffery og Beebe 1996:18).

Postoperative smerter er smerte som følge av vevs- og nerveskade som oppstår etter all type kirurgi (Wøien og Strand, 2008:272). Den postoperative fasen starter når det kirurgiske inngrepet er over og pasienten flyttes fra operasjonsbenken, over i seng, og overflyttes til en postoperativ avdeling. Antall liggedøgn på sengepost varierer, alt etter type inngrep og eventuelle komplikasjoner som kan oppstå (Berntzen m.fl. 2010:307).

Kartlegging av smerter går ut på å innhente subjektiv og objektiv informasjon (datasamling) om pasientens smerter. Sykepleieren *vurderer* pasientens situasjon på bakgrunn av kartleggingen, og planlegger tiltak ut i fra dette. Vurderingsfasen omfatter både kartlegging og vurdering (Bjerregaard 2013:165).

#### **1.4 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven starter med en innledning, der bakgrunn for valg av tema og problemstilling begrunnes. Avgrensning og presisering av problemstilling, samt klargjøring av sentrale begrep i problemstillingen, avklares videre. Kari Martinsens omsorgsfilosofi står sentralt i denne oppgaven, og hennes omsorgsfilosofi belyses både i teori- og drøftingsdel.

Metodedelen beskriver hva et systematisk litteraturstudium er, samt bakgrunn for valg av denne metoden for å besvare oppgavens problemstilling. I søkehistorikken kommer det frem hvilke artikler som er valgt ut. Fem artikler presenteres i et transkriberingsskjema og artiklenes funn presenteres i et eget underkapittel.

Oppgaven avsluttes med en oppsummering.

## 2 Teori

### 2.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen (f. 1943) er en anerkjent sykepleier som gjennom et langt forfatterskap har utviklet en omsorgsfilosofi som legger vekt på en sykepleietradisjon der blant annet sykepleierens faglige skjønn og praktiske kunnskap står sentralt. Martinsen ser på den betingelsesløse omsorgen som sykepleiens kjerne, ja, som et mål i seg selv. Den pleien som utøves skal ta hensyn til pasientens subjektive opplevelse av helse, velvære og livsmot. (Kristoffersen 2011:249-251).

Evne til engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering mener Martinsen er viktige grunnholdninger som skal prege den sykepleien som utøves. Aktiv handling til beste for pasienten er et hovedelement i den yrkesmessige omsorgen. ”Omsorg er både måten sykepleieren *møter* pasienten på, og måten sykepleieren *handler* på.” (Kristoffersen 2011:251). Martinsen fremhever en praksis styrt etter en *svak paternalisme* som det ideelle. I møte med pasienten har sykepleieren en faglig merforståelse, en fagkunnskap pasienten *ikke* har, og som sykepleier skal benytte i den hensikt å hjelpe den enkelte pasient best mulig. Dette må likevel ikke gå på bekostning av pasientens autonomi; retten til selvbestemmelse (Kristoffersen 2011:253).

Martinsen ser den yrkesmessige omsorgen ut i fra tre dimensjoner; omsorg som det relasjonelle, det praktiske og det moralske. Det er ingen skarpe skiller mellom de tre dimensjonene, men de fremstår som en integrert og sammenvevd del i sykepleierens kliniske hverdag (Kristoffersen 2011:254).

#### 2.1.1 Den relasjonelle dimensjonen

Sykepleierens engasjement og interesse for pasienten, samt evne til å sette seg inn i hans situasjon, er forutsetninger for at sykepleieren evner å identifisere pasientens behov for sykepleie. Et sentralt begrep innenfor Martinsens beskrivelse av den relasjonelle omsorgen er *tillit*; et uunnværlig fenomen i den yrkesmessige omsorgen. Pasientens utleverthet, og den ofte umiddelbare tillit til sykepleieren, retter en etisk fordring mot sykepleieren om å ta vare på denne utleverthet og tillit. Dette danner grobunn for et tillitsforhold, og i kombinasjon med



sykepleierens kunnskap og kompetanse, skapes forutsetninger for at pasienten opplever seg møtt i sin situasjon (Kristoffersen 2011:255 og Martinsen 2003).

### **2.1.2 Den praktiske dimensjonen**

Martinsen (2003:75-76) understreker i sin omsorgsfilosofi at fagkunnskap i seg selv ikke er tilstrekkelig i sykepleierens utøvelse av omsorg, men først hensiktsmessig når faglige og praktiske ferdigheter danner en enhet. Sykepleierens praktiske handlinger, herunder lindring, stell, sengeleie, er et resultat av sykepleierens erfaringer og fagkunnskap. Sykepleieren kan ikke *kjenne* pasientens smerter, men ut i fra tidligere erfaringer med andre pasienter kan hun *gjenkjenne* den, og handle deretter (ibid.).

### **2.1.3 Den moralske dimensjonen**

Martinsen (2003:17) beskriver omsorgsbegrepets moralske side: hvordan vi *er* og hvordan vi *handler* i praksis, i møte med pasienten. Hun beskriver kvaliteten i relasjonen mellom sykepleier og pasient som en vesentlig faktor. Sykepleierens menneskesyn kommer til uttrykk i den samhandling som finner sted og vil vise hvor vidt sykepleieren tar ansvar for den svake. (ibid.)

## **2.2 Sykepleierens lindrende funksjon**

Sykepleiere innehar ulike funksjoner i møte med pasienter. Sykepleierens funksjonsområder direkte rettet mot pasienter, er basert på en helsefremmende og forebyggende funksjon, behandlende, lindrende og en rehabiliterende funksjon. Disse funksjonene er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som en fundamental plikt i yrkesutøvelsen (Norsk Sykepleieforbund 2010:5). I praksis er det vanskelig å skille disse funksjonene fra hverandre, da de har mye til felles. Sykepleierens lindrende funksjon har likevel en særlig relevans i denne oppgaven. Lindringens mål er ”...å *reducere eller begrense* omfanget av ulike typer belastninger” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011:18).

Utøvelse av lindrende sykepleie forutsetter at sykepleieren innehar egenskaper i form av faglig og praktisk dyktighet, der nærvær, engasjement og omsorg står sentralt. Sykepleieren må kunne handle på bakgrunn av kunnskap og kompetanse samtidig som utøvelsen skal skje ut i fra et pasientsentrert perspektiv, som ivaretar pasientens krav om å bli behandlet med

respekt og verdighet. Pasientens opplevelse av å bli sett og hørt, ut i fra sine individuelle behov og ønsker, er viktig (Madsen og Winther 2013:319-320).

## **2.3 Smerter**

Det er vanlig å klassifisere smerter som akutte eller kroniske. Akutte smerter er av kortvarig karakter, som avtar når årsaken til smerten behandles, mens kroniske smerter er smerter som vanligvis opptrer daglig over en lengre periode. Smerte er en sammensatt opplevelse, og omfatter sensoriske, affektive og kognitive aspekter (Stubhaug og Ljoså 2008:26-32). Samme type smertepåvirkning kan gi opphav til mange variasjoner av smerteopplevelse hos forskjellige personer. Pasientens tidligere erfaringer med smerte, sosial- og kulturell bakgrunn er faktorer som virker inn på smerteopplevelsen (Sand m.fl 2006:152).

### **2.3.1 Smertefysiologi**

Når det oppstår eller er fare for vevsødeleggelse i kroppen, er det den akutte smerten som varslers om truende vevsskade. Hjernens evne til å reagere på og å kjenne denne vevsskadelige stimuli (smertesansen), beskytter kroppen mot skader (Stubhaug og Ljoså 2008:27). Smertesansen skiller seg fra de andre sansene ved at smerten i seg selv gir en ubehagelig og ofte skremmende opplevelse. Det autonome nervesystemet påvirkes også av smerter som oppstår, og gir fysiologiske reaksjoner som blant annet økt blodtrykk og hjerterefrekvens, blek hud og svette (Sand m.fl 2006:152).

Når vev skades, skjer det en utskillelse av kjemiske stoffer som stimulerer reseptorer (nociseptorer) på smerteførende nervefibrer, og en smerteimpuls dannes. Smerteimpulsen ledes fra perifere områder i og på kroppen via myeliniserte (A-delta-nociseptorer) eller ikke-myeliniserte (C-nociseptorer) nervefibrer. De myeliniserte nervefibrene oppfatter den skarpe og raske smerten, mens de umyeliniserte nervefibrene leder smerteimpulser som oppfattes som diffuse, verkende og brennende (Stubhaug og Ljoså 2008:27). Den nociseptive smerten er ofte lokalisert til et velavgrenset område, for eksempel til et operasjonssår og sårets omkringliggende muskler og vev (Tei 2013:442).

De smerteførende fibrene samles først i ryggmargens bakhorn og danner her synapser med nye nerveceller som leder impulsen videre til hjernebarken (cortex). I hjernebarken blir

smertene lokalisert og analysert (Stubhaug og Ljoså 2008:28). Det er imidlertid ikke alltid smerteimpulsen når helt frem til hjernebarken. Oppadgående (afferente) og nedadgående (efferente) hemmende nervebaner mellom ryggmargens bakhorn og hjernen påvirker ”den endelige” smerteopplevelsen. Portceller i ryggmargens bakhorn regulerer strømmen av smerteimpulser som får sendes videre til hjernen. Portcellene har evne til å bremse smerteimpulsen og redusere opplevelsen av smerte. Videre kan hemmende signaler fra hjernen og hjernestammen bremse overføringen av smerteimpulser som føres fra ryggmargens bakhorn. Menneskekroppen har evne til å bremse smerteimpulsen ved hjelp av spesielle signalstoffer. De endogene (kroppsproduserte) opioidene er en gruppe signalstoffer som utskilles og som virker hemmende på smerteimpulsene (Sand m.fl 2006:153-154)

I tilfeller der de smertehemmende signaler ikke er tilstede, vil smerteimpulsen nå helt frem til hjernen og gi en opplevelse preget av frykt og sterkt ubehag. Signalene virker med andre ord forsterkende. Det er også kjent at samme type smertestimuli kan oppleves helt forskjellig fra et individ til et annet (Stubhaug og Ljoså 2008:32). Psykologiske mekanismer ser ut å ha en sentral rolle for hvordan smerteopplevelsen ”arter seg”, der ulike strategier for tenkning, hvor vidt pasienten var forberedt i forkant av det kirurgiske inngrepet (preoperativ informasjon), kulturell bakgrunn, frykt, type operasjon og behandling, samt mangel på følelse av kontroll over egen situasjon. Dette kan være faktorer som bidrar til å øke eller reduserer den endelige smerteopplevelsen (Stubhaug og Ljoså 2008:32 og Møiniche og Dahl 2009:192). Smerte kan oppleves ut i fra tidligere erfaringer, men også ut i fra hvilken kontekst den opptrer i (Stubhaug og Ljoså 2008:32 og Nortvedt og Nortvedt 2001:48). Nortvedt og Nortvedt (2001:53) beskriver smerte som fenomen, hvor man ut i fra et fenomenologisk perspektiv på smerte ikke søker å finne dens årsak, men å forstå smertens opplevelsesdimensjon.

### **2.3.2 Postoperative smerter**

Postoperative smerter går inn under smertegruppen akutte smertetilstander. Akutte smerter er alltid forbundet med nocisepsjon, utløst av vevsødeleggelse eller truende vevsødeleggelse. Ved postoperative smerter er denne vevsødeleggelsen oppstått som følge av et kirurgisk inngrep (Møiniche og Dahl 2009:190). Wøien og Strand (2008:272) inndeler postoperativ smerte i grunnsmerte og gjennombruddssmerte, der grunnsmerten er den konstante smerten som resultat av all type kirurgi, og gjennombruddssmertene som utløses som følge av

bevegelse og mobilisering. Ved gjennombruddssmerter vil pasienten ha behov for smertelindring utover basisbehandlingen (ibid.).

Det er forventet at pasienter har smerter i den postoperative fasen, men smertene kan forebygges. Kunnskap om smertefysiologi og smertens konsekvenser er viktig ved forebygging og behandling av postoperative smerter. Behandlingen av denne typen smerter, er viktig for pasientens velvære, og målet med behandlingen er at pasienten har lite eller ingen smerter i hvile, at den gir mulighet for mobilisering og unngåelse av bivirkninger som respirasjonshemming, kvalme og kløe. Sykepleierens helhetlige forståelse av pasientens sykdomsbilde er også et viktig prinsipp (Stubhaug og Ljoså 2008: 271-273). Tidlig mobilisering i den postoperative fasen har til hensikt å forebygge blant annet lungekomplikasjoner og venetrombose (Berntzen m.fl. 2010:316-319).

## **2.4 Kartlegging og vurdering av smerter**

Kartlegging av pasientens smerte er viktig for "...å kunne planlegge, gjennomføre og evaluere en eventuell smertebehandling" (Torvik, Skauge og Rustøen 2008:51). Hvordan sykepleieren kartlegger pasientens smerter vil kunne avhenge av hvilke typer smerter det er snakk om. Ved akutte postoperative smerter vil det være vesentlig å innhente informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet og variasjon. Det er viktig at sykepleieren er oppmerksom på at kartleggingen skal utføres ut i fra et pasientsentrert perspektiv, der pasientens *egen* oppfatninger av sin smerte skal danne grunnlaget for smertevurderingen (Torvik, Skauge og Rustøen 2008:53). Smertevurderingen bør foretas både når pasienten hviler og når pasienten er i aktivitet (Møiniche og Dahl 2009: 192).

### **2.4.1 Sykepleieprosessen som metode**

McCaffery og Beebe (1996:46-48) beskriver sykepleieprosessen med utgangspunkt i sykepleieutøvelse til pasienter med smerter. Sykepleieprosessen er en problemløsende metode som anvendes til datainnsamling, systematisk identifisering, planlegging og iverksetting av tiltak, for så å evaluere disse. I sykepleieprosessens første fase innhenter sykepleieren subjektiv og objektiv informasjon (datasamling) som bidrar til å klargjøre hva problemet består i. Innhenting av informasjon om smertens subjektive og objektive karakter, er en viktig del av kartleggings- og vurderingsarbeidet (ibid.).

Sykepleieren får tilgang til informasjonen om pasientens smerter gjennom samtaler med pasienten, observasjoner (ved bruk av sitt kliniske blikk) og målinger ut i fra en skala eller andre tekniske hjelpemidler. På bakgrunn av datasamlingen vurderer sykepleieren pasientens situasjon og hvilke tiltak som skal iverksettes. Data som innhentes skal være relevante, tilstrekkelige, nøyaktige og valide, og den konkrete pasientsituasjonen er styrende, det vil si at pasientens individuelle behov skal tas i betraktning når sykepleieren kartlegger og vurderer pasientens smerter. Det krever trening, refleksjon, bruk av faglig skjønn og teoretisk viten for å oppnå klinisk erfaring i denne fasen (Bjerregaard 2013:165-166). Sykepleieren har et faglig ansvar for de kliniske vurderinger og beslutninger som tas, og disse skal blant annet "...bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap" (Norsk Sykepleierforbund 2011:7).

Zoffmann (1992) beskriver sykepleieprosessen som en modell basert på samarbeid, på den måten at sykepleieren planlegger og utfører sykepleien *sammen* med pasienten. Bakgrunnen for dette var at Zoffmann (1992) uttrykte at pasientens perspektiv i liten grad ble dratt inn i sykepleieprosessen, og at prosessen dermed kun var basert på sykepleierens overveielser og handlinger (Zoffmann 1992, gjengitt i Bjerregaard 2013:166). Pasientens rett til medvirkning og informasjon er omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3.

Sykepleieprosessen er en kontinuerlig prosess, der de ulike fasene påvirker hverandre hele veien, og evalueringen danner grunnlag for nye kartlegginger og vurderinger. Sykepleieprosessen er en metode som ligger til grunn i all god sykepleieutøvelse (Bjerregaard 2013:164).

#### **2.4.2 Kommunikasjon**

Sykepleierens evne til å identifisere og utforske pasientens smertetilstand krever kommunikative ferdigheter. Siden smerte er en grunnleggende subjektiv erfaring, fordrer det at sykepleieren evner å ta inn det pasienten formidler om sin smerte, og danner seg et bilde av hvordan pasienten har det. Målet er at den enkelte pasient skal kjenne seg hjulpet, og sykepleierens hjelpende kommunikasjon "... forutsetter innlevelse (empati) og evne til å variere måten man kommuniserer på" (Eide 2008:355). En måte sykepleieren kan utforske

pasientens smerter på er ved hjelp av åpne spørsmål ("Hvordan går det med deg?") og lukkede spørsmål ("Har du smerter nå?") (Eide og Eide 2007:270,276).

Å tro på, lytte til og å skape en allianse med pasienten, er viktige forutsetninger (fremhevet av sykepleiere i artikkelen) for en god dialog med den smerterammede (Nortvedt m.fl. 2013). I den hjelpende kommunikasjonen ligger også den anerkjennende kommunikasjon. Anerkjennelse som kommunikasjonsstrategi eller validering som Linton (2013:251) beskriver det, innebærer å bekrefte pasientens smerteopplevelse som "virkelig". Her setter sykepleieren egne meninger og holdninger til side, og sykepleier bekrefter og viser at hun forstår pasientens smerter, ved å kommunisere dette til pasienten (ibid.).

Et annet aspekt ved hjelpende kommunikasjon innebærer å observere og fortolke, så vel verbale som nonverbale signaler (Eide og Eide 2007:29). De nonverbale signalene er flertydelige og ofte vanskelig å fortolke. Sett i sammenheng med det vi uttrykker verbalt, fungerer det nonverbale språket vårt enten kongruent eller inkongruent, der kongruens viser en overensstemmelse mellom det verbale og det nonverbale (ingen avstand mellom det som sies og det som uttrykkes uten ord). Inkongruent kommunikasjon er det motsatte av kongruent kommunikasjon, ved at det er manglende samsvar mellom det verbale og det nonverbale (Eide og Eide 2007:199-200).

Enkelte pasienter har en tendens til å underkommunisere sine smerter til helsepersonell i den postoperative fasen. Det er ulike årsaker til dette, som å ikke ville være til bry for sykepleieren, å ikke ta sykepleierens oppmerksomhet vekk fra andre pasienter, frykt for smertestillende medikamenter og bivirkninger av disse, samt å ikke ville klage (McDonald m.fl. 2002). For at sykepleieren og pasienten sammen kan kartlegge og vurdere pasientens smerter må sykepleier formidle til pasienten hvilken rolle han innehar i denne sammenheng. Sykepleieren må her formidle viktigheten av at pasienten kommuniserer sine smerter til sykepleieren; om behov for smertelindring og om effekt av eventuelle smertestillende medikamenter er god eller dårlig (McDonald m.fl 2005, gjengitt i Eide 2008:357).

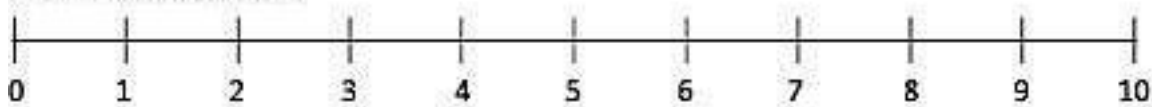
### **2.4.3 Smertekartleggingsverktøy**

Utvikling av smertekartleggingsverktøy gjør det mulig å gi mål- og dokumenterbare data av pasientens smerter. Standardiserte smerteskjema og skalaer er utarbeidet til den overnevnte

hensikt, og fokuset ligger på pasientens selvrapporing av sine smerter, dersom vedkommende har forutsetning til det. Pasienten blir på denne måten en aktiv part i smertevurderingen. For at kartleggingsverktøyet skal fungere i praksis, er det viktig at både pasient og sykepleier er inneforstått med bruken av det, og at sykepleier ut i fra det, velger et kartleggingsverktøy som begge behersker (Torvik, Skauge og Rustøen 2008:55). Kartleggingsverktøyet må benyttes aktivt i smertevurderingene, før og etter smertelindrende tiltak, for at de skal ha nytteverdi (Berntzen, Danielsen og Almås 2010:363).

Kartleggingsverktøyene kan deles inn ut i fra om de er av endimensjonal (skala) eller flerdimensjonal (vurderingsskjema) karakter. De endimensjonale smerteskalaene måler kun smerteintensiteten, mens de flerdimensjonale kartlegger flere dimensjoner av smerten, som hvordan den påvirker pasientens fungering og velvære. I denne oppgaven presenteres to endimensjonale smerteskalaer og et vurderingsskjema: numerisk rang-skala (NRS), visuell analog skala (VAS), og McGill Questionnaire (MPQ) (Torvik, Skauge og Rustøen 2008:54).

#### A. Numerisk rang-skala.



NRS er en 11-punkts tallskala som går fra 0-10 der 0 står for ”ingen smerter”, mens 10 representerer den ”verst tenkelige smerten”. Pasientens oppgave er å gradere sin smerteopplevelse ut i fra denne skalaen (Torvik, Skauge og Rustøen 2008:56). Målet er at pasienter i den postoperative fasen angir en smerteintensitet som ikke overskrider 3 på tallskalaen (Den norske legeforening 2009).

#### VAS skala (Visuel Analog Skala)



VAS er oppbygd på samme måte som NRS, men skalaen, på ti millimeter, er inndelt i kun to endepunkter som indikerer ”ingen smerter” og ”uutholdelige smerter”. Pasienten graderer den opplevde smerteintensiteten med utgangspunkt i de to endepunktene, der antall millimeter målt ut fra punktet ”ingen smerter” indikerer pasientens smerteintensitet uttrykt i tall. En

fordel med dette smertekartleggingsverktøyet er at det ikke er språk- eller kulturavhengig (Torvik, Skauge og Rustøen 2008:55). Hva pasienten angir som ”uutholdelige smerter” tilhører pasientens subjektive opplevelse (Arendt-Nielsen og Mogensen 2009:55).

McGill Questionnaire er et standardisert smerteskjema som beskriver og kategoriserer smerten ut i fra en kvalitativ karakter; både det sensoriske og affektive aspekter ved smerteopplevelsen, i tillegg til en evaluerende komponent. Skjemaet inneholder en gradering av smerteintensitet (som ved NRS og VAS), i tillegg til en rekke beskrivelser av ulike typer smerte, rangert etter ”alvorlighetsgrad”. Når skjemaet er ferdig utfylt av pasienten regnes det ut en samlet skår, basert på de ulike graderingene, som skal danne grunnlaget for hvilken type smertebehandling som skal iverksettes (Arendt-Nielsen og Mogensen 2009:56).

## **2.5 Dokumentasjon**

For å oppnå optimal smertelindring er det nødvendig å ha systemer for kvalitetssikring. (Wøien og Strand 2008:279). Sykepleierens dokumentasjonsplikt er omtalt i helsepersonelloven § 39. Dokumentasjon av den sykepleie som er gitt, skal sikre kvalitet og kontinuitet i pleien, samtidig som den skal bidra til pasientens sikkerhet. Kartlegging og vurdering av pasientens smerte er en kontinuerlig prosess i den postoperative fasen. Her blir dokumentasjon viktig slik at det skapes en oversikt over forløpet til pasientens smerter. For at dokumentasjonen skal fungere til den overnevnte hensikt må den bære preg av nøyaktige og tilstrekkelige data (Heggedal 2006: 27).

## **2.6 Valg av litteratur i teoridel**

Ved innhenting av litteratur til denne oppgaven har jeg i hovedsak søkt etter primærkilder. Sekundærkilder har også vært nyttig, da denne litteraturen har bidratt til å gi en helhetlig oversikt, samt gjort en del av litteraturen mer ”lesbar”. Litteratur med relevans for sykepleie har vært hovedfokus, særlig litteratur som omhandler smerter, herunder postoperative smerter, kartlegging og vurdering. Jeg har hovedsakelig innhentet litteratur som ikke er eldre enn ti år. Noe av litteraturen som er benyttet strekker seg utover denne tidsrammen, men er likevel valgt ut siden dette er litteratur av relevans for denne oppgavens tema (McCaffery og Beebe fra 1996 og Nortvedt og Nortvedt fra 2001). Gjennom bruk av den utvalgte litteraturen i denne oppgaven, har jeg bestrebet meg på å være tro mot kildene.



### **3 Metode**

Når vi ønsker å undersøke noe, er metoden det redskapet som benyttes for å komme frem til ny kunnskap. Metoden som velges er basert på en tanke om at den vil gi gode data og belyse det vi søker å finne svar på (Dalland 2007:83).

#### **3.1 Systematisk litteraturstudie som metode**

Jeg har valgt å besvare oppgavens problemstilling med utgangspunkt i et systematisk litteraturstudium. I et systematisk litteraturstudium samler man inn og analyserer den viten som allerede finnes om et emne, for så å benytte seg av denne viten i eget arbeid (Frederiksen og Beedholm 2011:47). Det eksisterer mye tilgjengelig forskning om temaet postoperative smerter, hvor kartlegging og vurdering er hovedfokus. Et systematisk litteraturstudium i denne sammenheng, kan derfor ses som en hensiktsmessig og en godt egnet metode for å besvare oppgavens problemstilling.

Arbeidsprosessen i et systematisk litteraturstudium kan deles inn i ulike faser. I første fase vil man søke og identifisere relevant litteratur, for videre å gå inn i en inkluderings- og ekskluderingsfase, som til slutt leder frem mot den litteraturen som gjenstår, og som vurderes av relevans for valgte formål. I utarbeidelsen av et litteraturstudium stilles det store krav til systematikk og analytisk evne. Dersom litteraturstudiet i liten grad er preget av systematikk og analytisk evne, kan det derfor virke tilfeldig hvilke valg som er gjort underveis, og begrunnelsen for arbeidet kommer på den måten ikke like tydelig frem (Frederiksen og Beedholm 2011:48-53).

#### **3.2 Søkehistorikk**

Søkene er i hovedsak foretatt i databasen CINAHL, da denne databasen har mye relevant sykepleiefaglig innhold. Artikkene man finner i denne databasen er vurdert og utvalgt av et vitenskapelig panel, noe som bidrar til en ytterligere kvalitetssikring av artikkene. I tillegg til CINAHL har jeg foretatt søk i databaser som Sykepleien Forskning og SweMed+. Sykepleien Forskning er et sykepleievitenskapelig tidsskrift, mens SweMed+ er en skandinavisk database som inneholder både lege- og sykepleietidsskrifter (Hørmann 2011:42). Søk i SweMed+ ga imidlertid ingen resultater. Ved søk i CINAHL benyttet jeg søkeordene ”postoperative pain” og ”nursing assessment”. Kombinasjon av søkeordene ”postoperative pain” og ”nursing

assessment” med begrensning: emne (SU Subject), artikler fra de siste tolv årene (2002-2014), peer reviewed og artikler publisert i fagtidsskrift (academic journals) ga 134 treff. Jeg anså dette som et overkommelig antall artikler å bla igjennom, og startet med å lese titlene på artiklene etter følgende kriterier:

Inkluderingskriterier:

- Relevans for problemstillingen: Artikler som innebar kartlegging og vurdering av smerter i den postoperative fasen.
- Informanter i studien: Både sykepleiere og pasienter.
- Kulturell sammenlignbarhet: Studier fra Nord-Amerika, Europa og Australia.
- Språk: Engelskspråklige eller artikler med nordisk språk.
- Forskningsartikler.

Ekskluderingskriterier:

- Postoperativ smertelindring relatert til nyfødte og barn.
- Pasienter med redusert evne til å kommunisere (delir eller demenslidelse).
- Pasienter med en ruslidelse.
- Pasienter smertebehandlet med epidural, lokal infiltrasjonsanalogi (LIA) eller nerveblokader.
- Pasienter innlagt på andre institusjoner enn sykehus.

En rask gjennomgang av titlene resulterte i elleve forskningsartikler med mulig relevans for denne oppgavens problemstilling. En av disse artiklene hadde ikke link til ”full text”, denne ble derfor utelukket. Leste så gjennom sammendragene til de ti gjenstående artiklene.

Artiklene omhandlet i hovedsak kartlegging og vurdering av smerte, enten med utgangspunkt i et smertekartleggingsverktøy eller andre kartleggings- og vurderingsstrategier sykepleiere benyttet seg av. For å skape en bredde i utvalget av artikler valgte jeg ut fem artikler som belyser ulike perspektiv ved sykepleieres kartlegging og vurdering. Den siste artikkelen ble jeg oppmerksom på i referanselisten til fagartikkelen til Nortvedt m.fl (brukt i teoridel). Jeg foretok et søk på denne fagartikkelen i Sykepleien Forskning ved å benytte søkeordene ”kartlegging av smerter”.

### **3.4 Kildekritikk**

Det finnes, som tidligere nevnt, mye tilgjengelig forskning om temaet postoperative smerter, herunder kartlegging og vurdering. Det publiseres stadig ny forskning om dette temaet, og jeg har lagt vekt på å velge ut artikler som er publisert de siste ti år, nettopp for å legge til grunn

det som foreligger av ny forskning. En av artiklene er imidlertid fra 2002. Den ble vurdert som relevant for denne oppgavens problemstilling, da den har funn som jeg anser som fortsatt aktuelle.

Etter grundig søk på aktuell forskning, endte jeg opp med fem artikler. I ettertid er jeg imidlertid blitt oppmerksom på at et større antall artikler med fordel kunne vært benyttet. Det ville muligens styrket de funn som fremkom i de utvalgte artiklene. Likevel vurderer jeg valgte artikler til å ha den nødvendige bredden for å kunne besvare oppgavens problemstilling.

## **4 Presentasjon av funn**

Fem artikler inngår i presentasjon av funn, der tre av artiklene har et kvalitativt design og to med et kvantitativt design. Artiklene belyser ulike perspektiv av smertekartlegging og – vurdering i den postoperative fase. To av artiklene omhandler smertekartleggingsverktøy, en om sykepleieres kartleggingsstrategier, en om identifisering ulike barrierer for oppnåelse av god smertevurdering og –håndtering, og den siste omhandler sykepleieres kunnskap versus manglende anvendt kunnskap i den kliniske sammenheng. I fire av studiene er det kun sykepleiere som er informanter, mens i den ene er både sykepleiere og pasienter informanter.

### ***4.1 Bruk av transkriberingsskjema***

Data fra forskningsartiklene er presentert/ekstrahert i et transkriberingsskjema. Dette gir en skjematisk (og systematisk) oversikt over hensikten med artikkelen, hvilket design og hvilken metode som er benyttet, samt analysemetode, utvalg og eventuelt intervensjon. Artiklene i transkriberingsskjemaet blir fremstilt på en måte som gjør det lettere å få en oversikt over artiklene. Artiklenes funn er også ment å fremstilles i transkriberingsskjemaet, men grunnet omfanget av denne delen, er funnene presentert i et eget underkapittel (4.3 Funn i artiklene). Artiklene er satt inn i skjemaet etter en tilfeldig rekkefølge.

## 4.2 Transkriberingsskjema

<b>Forfatter – navn, tidsskrift, land, årstall, tittel</b>	Kim m.fl., <i>Pain Management Nursing, USA, 2005</i> "Strategies of pain assessment used by nurses on surgical units"	Ene K.W m.fl., <i>Journal of Clinical Nursing, Sverige, 2008</i> "Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses"	Young, J.L., Horton, F.M. og Davidhizar, R., <i>Journal of Advanced Nursing, USA, 2005</i> "Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management"	Manias, E., Botti, M. og Bucknall, T., <i>Journal of Clinical Nursing, Australia, 2002</i> "Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice"	Dihle, A., Bjølseth, G. og Helseth, S., <i>Journal of Clinical Nursing, Norge, 2006</i> "The gap between saying and doing in postoperative pain management"
<b>Hensikt</b>	Identifisere hvilke strategier sykepleiere vurderer pasientens smerte etter, samt hvilke erfaringer sykepleiere tok med seg inn i smertevurderingen.	Sammenligne sykepleieres og pasienters vurdering av postoperative smerter og smertebehandling på to urologiske avdelinger på sykehus.	Å undersøke sykepleieres holdninger til bruk av kartleggingsverktøy i smertevurdering. Samt undersøke om holdningene var forbundet med undervisning i bruk av de.	Å undersøke sykepleierens samhandling med pasienten i smertekartlegging og - håndtering av pasientens smerter postoperativt.	Å øke forståelsen for hvordan sykepleiere bidrar til smertehåndtering postoperativt, samt identifisere utfordringer i oppnåelsen av optimal smertebehandling.
<b>Design og metode</b>	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.	Kvantitativ metode. Todelt tverrsnittsstudie. Pasientens skåringer på en VAS-skala ble sammenlignet med sykepleiernes skåringer.	Kvantitativ metode. Spørreskjema. Sykepleiere graderte og beskrev med ord sin oppfatning av smertekartleggingsverktøy ut i fra tre påstander. 1. Hva mener du om viktigheten av smertevurdering? 2. Hva mener du om viktigheten av bruk av kartleggingsverktøy i smertevurderingen?	Kvalitativ metode. Observasjonsstudie. Sykepleiere ble observert over en varighet på to timer, på dag-, kveld- og nattevakter. Hver sykepleier hadde ansvar for et snitt på fem postoperative pasienter hver vakt.	Kvalitativ metode. Deskriptiv design. Observasjoner og dybdeintervju. Hver sykepleier ble observert på to dagvakter, to kveldsvakter og en nattevakt.

			3. Hva mener du om at et kartleggingsverktøy kan forbedre resultatet av smertelindring til pasienten?		
<b>Utvalg</b>	Ti sykepleiere fordelt på to kirurgiske avd. Ulik grad av erfaring innen "pleiefeltet"	Ved første måling (i 2000): 77 pasienter, 19 sykepleiere. Andre måling (i 2003): 141 pasienter og 22 sykepleiere.  Tre år mellom hver måling.	52 sykepleiere, varierende grad av erfaring i "pleiefeltet", ulik mengde undervisning om smertekartleggingsverktøy.	12 sykepleiere, varierende grad av erfaring i "pleiefeltet" (fra 7-114 måneder).	Ni sykepleiere fordelt på tre kirurgiske avdelinger, på to forskjellige sykehus (A og B), i Oslo
<b>Intervensjon</b>	Ingen.	Etter første måling, deltok sykepleierne på et smertekurs.	Ingen.	Ingen.	Ingen.
<b>Analyse metode</b>	Intervjuene ble transkribert og analysert med utgangspunkt i to spørsmål:  1. Hvilken strategi eller strategier benyttet du for å vurdere pasientens smerte? 2. Hva har tidligere erfaring lært deg, som var til nytte i smertevurderingen?	Statistisk analysering.	Analyse ut i fra graderingene på spørreskjemaet og med utgangspunkt i spørsmålet: "Finnes det en forbindelse mellom holdninger knyttet til bruk av smertekartleggingsverktøy, og undervisning og erfaring med bruken av de?".	Lydbåndene fra observasjonene ble analysert etter en kvalitativ analyse.	Analyse gjennom en hermeneutisk prosess.

### **4.3 Funn i artiklene**

Her presenteres funnene i valgte artikler fortløpende.

#### **4.3.1 Kim m.fl. (2005)**

Tre strategier ble benyttet til å systematisk vurdere pasientens smerter i den postoperative sammenheng:

##### 1) Hvordan pasienten så ut (det kliniske bildet)

Basert på sykepleierens objektive observasjoner av pasienten med fokus på kroppsspråk, så vel som vitale tegn; ansiktsgrimaser, bevegelsesutløste smerter, hjerterefrekvens, pupillestørrelse, respirasjon og hudens utseende (klamhet/svette). ”...taking a look at her facial expressions, body language because that says a lot” (Kim m.fl. 2005:5)

##### 2) Å lytte til pasientens beskrivelse av sine smerter

Sykepleierne hadde her ulike tilnærminger for å kommunisere om pasientens smerter: ved bruk av indirekte/åpne spørsmål (”Hvordan har du det?”) til direkte/lukkede spørsmål (”har du smerter nå?”). Sykepleierne uttrykte at de stolte på hva pasientens sa om sine smerter, og handlet etter dette.

##### 3) Sykepleierens erfaringer med lignende situasjoner

Vurderinger basert på en typologi av pasientgruppens postoperative forløp, knyttet opp mot hva som er forventet av smerter etter inngrepet og hvor lenge disse smertene vanligvis vedvarer.

Sykepleierne trakk inn egne erfaringer i smertevurderingen basert på:

1. Pasientens typologi – evne til å ta med seg denne typologien inn i en individuell pasientsituasjon, ga økt forståelse for pasientens smerteopplevelse.
2. En lyttende holdning til pasienten – erfaring hadde lært sykepleierne at pasientens beskrivelser av smerten var den viktigste, fordi han er den eneste som kan beskrive sin smerteopplevelse.
3. Hva sykepleiere så etter - symptomer på smerte ut i fra vitale tegn og pasientens bevegelser og ansiktsuttrykk.

Åtte av ti sykepleiere benyttet minst to forskjellige strategier når de kartla og vurderte pasientens smerter. De hyppigst anvendte strategiene for smertevurderingen blant sykepleierne, var basert på pasientens kliniske bilde og sykepleiernes tidligere erfaringer relatert til hva de skulle se etter hos pasienten.

#### **4.3.2 Ene m.fl. (2008)**

Resultater fra førstegangsmåling til andregangsmåling viste et minimalt, men økt samsvar mellom pasientenes og sykepleiernes skåringer på den visuelle analoge skalaen (VAS), men grad av sykepleiedokumentasjon var redusert fra første- til andregangsmåling.

- 40 % av sykepleierne benyttet ikke VAS i smertevurderingen.
- Smertevurdering i både hvile og aktivitet ble sjeldent foretatt.
- 20 % av sykepleierne evaluerte ikke effekten av smertestillende som var gitt, og dokumenterte ikke pasientens angitte smerteskår.
- Manglende opplæring til pasientene i bruken av VAS.
- Sykepleiernes *egen* vurdering av pasientens smerteintensitet ut i fra VAS, var viktigere enn pasientenes egen vurdering for å få smertebehandling postoperativt.

#### **4.3.3 Young, Horton og Davidhizar (2005)**

Artikkelen identifiserte både positive og negative holdninger til bruken av smerte-kartleggingsverktøy i praksis. Et flertall av sykepleierne var positive til bruk av smerte-kartleggingsverktøy som en del i smertevurderingen.

Sykepleierne som argumenterte *for* bruken av kartleggingsverktøy i praksis mente at:

- Verktøyet var et godt supplement til andre vurderinger som gjøres i smertevurderingen.
- Verktøyet bidro til økt forståelse for pasientens smerter, og det hjalp pasienten til å uttrykke sine behov mer nøyaktig.
- Verktøyet ga objektive og målbare data som gjorde det mulig å dokumentere og evaluere smertebehandlingen mer nøyaktig.

Sykepleierne som var skeptiske til bruken av kartleggingsverktøy beskrev verktøyet som subjektivt og upresist, samt at pasienter ikke vet hvordan de skal gradere smerten. Videre avdekker artikkelen at sykepleiere som tidligere hadde fått undervisning om bruk av



smertekartleggingsverktøy, var mer positive til bruken enn de sykepleierne som ikke hadde det.

#### **4.3.4 Manias, Botti og Bucknall (2002)**

Følgende tema ble identifisert som barrierer for oppnåelsen av effektiv smertevurdering og -håndtering.

- 1) Sykepleiernes respons på avbrytelser, relatert til andre gjøremål, etter at pasienten hadde gitt uttrykk for smerter. Disse avbrytelsene medførte konsekvenser for pasienten i form av forsinkelser i smertebehandlingen.
- 2) Sykepleiernes manglende oppmerksomhet rettet mot tegn på smerte hos pasienten.
- 3) Sykepleiernes varierende tolkning av pasientens smerter.
- 4) Sykepleiernes forsøk på imøtekomme krav fra kolleger. Sykepleierens prioriteringer gikk på bekostning av smertevurdering og håndtering til pasienten.

#### **4.3.5 Dihle, Bjølseth og Helseth (2006)**

Artikkelen viste at det viste manglende samsvar mellom hva sykepleierne sa de gjorde, og hva de faktisk gjorde i deres tilnærming til pasienten i smertevurdering og –håndtering i den postoperative fasen.

##### 1) Preoperativ informasjon

Hva sykepleierne sa:

- Sykepleierne fremhevet viktigheten av å formidle preoperativ informasjon til pasienten, slik at pasienten kunne være forberedt på hva som ventet i tiden etter operasjonen.

Hva sykepleierne gjorde:

- Preoperativ informasjon ble sjeldent foretatt, med mindre pasienten ba om det.

##### 2) Postoperativ smertevurdering – noen tilnærminger var mer hensiktsmessige enn andre

Hva sykepleierne sa:

- Smertevurderingen var basert på kommunikasjon med pasienten, samt observasjon av nonverbale tegn på smerte (svetting, blekhet, kroppsspråk og grad av bevegelighet)
- Sykepleierne var kjent med smertekartleggingsverktøy, men disse ble sjeldent benyttet i smertevurderingen.

Hva sykepleierne gjorde:

- Ulike måter å kommunisere om pasientens smerte på; direkte eller indirekte tilnærming. Der en direkte tilnærming til pasienten ved bruk av lukkede spørsmål ("har du smerter nå?"), så ut til å gjøre det enkelt for pasienten å dele sin smerteopplevelse.
- Sykepleierne hadde varierende oppmerksomhet i forhold til pasientens tegn på smerte.

### 3) Evaluering etter administrert smertebehandling

Hva sykepleierne sa:

- Sykepleierne sa de ikke hadde rutiner for å følge opp smertebehandlingen, men at de fulgte opp dette ved å gå innom pasienten når medikamentet skulle ha gitt effekt. Ingen mål for smertebehandlingen ble skrevet opp.

Hva sykepleierne gjorde:

- Ingen rutiner for vurdering av pasientens smerter, kun hvis medikamenter ble gitt intravenøst.

## 5 Drøfting

I denne delen av oppgaven drøftes de utvalgte artiklenes funn, presentert i det forrige kapitlet, opp mot oppgavens teoridel. Som en struktur i dette kapitlet, har jeg valgt å drøfte denne oppgavens problemstilling i lys av Kari Martinsens omsorgsfilosofi og omsorgsbegrepets tre dimensjoner: den relasjonelle, den praktiske og den moralske dimensjonen. De tre dimensjonene er imidlertid vanskelig å se adskilt i en klinisk sammenheng, men jeg har tilstrebet å plassere de ulike funnene og teorien inn under tilhørende dimensjon. Sykepleieprosessen har også elementer i kartleggings- og vurderingsfasen som danner struktur i drøftingen, med fokus på samtaler med pasienten, sykepleierens observasjon av pasientens kliniske bilde og målinger ut i fra en skala.

### **5.1 Omsorg som en relasjonell handling i kartlegging og vurdering av smerter**

Pasienter med smerter i den postoperative fase vil ha behov for sykepleierens omsorg. Relasjonens kvalitet i kartlegging og vurdering av pasientens smerter vil være av betydning for om pasienten opplever seg møtt i sin situasjon, og i følge Martinsen (2003) er tillit det viktigste element i en sykepleier-pasient-relasjon. Spiren i et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, avhenger av sykepleierens evne til å ivareta pasientens utleverthet. Når pasienten gis en opplevelse av å bli tatt på alvor, blir møtt med respekt og verdighet fra sykepleierens side, vil det virke tillitsfremmende.

En relasjon skapes gjennom ulike former for kommunikasjon. Hvordan sykepleieren evner å kommunisere på en måte som ivaretar pasientens opplevelse av å bli møtt, vil derfor være av betydning for et godt utgangspunkt i kartleggings- og vurderingsfasen. Å tro på pasienten, lytte til og skape en allianse er fremhevet som forutsetninger for en god dialog med den smerterammede (Nortvedt m.fl 2013).

Det kan se ut til at sykepleieres evne til å tro på og lytte til pasientens smerteopplevelse påvirker den kartleggingen og vurderingen som foretas (Kim m.fl 2005). Imidlertid viser det seg at pasienter, av ulike årsaker, har en tendens til å underkommunisere sine smerter. Å ikke ville være til bry eller å klage til sykepleieren, var blant årsakene til underkommunikasjon (McDonald m.fl. 2002). Utfordringen for sykepleieren blir her å legge til rette slik at pasienten ikke kjenner at han er til bry. Anerkjennende kommunikasjon kan være til hjelp i en

slik situasjon, der sykepleier anerkjenner pasientens smerteopplevelse som ”virkelig” (Linton 2013:251). Når sykepleier anerkjenner pasientens smerter, kan det tenkes at pasienten våger å formidle sine smerter til sykepleieren, nettopp fordi han er gitt en bekreftelse på at hans smerter er reelle.

## **5.2 Omsorg som en praktisk handling i kartlegging og vurdering av smerter**

Funn i artikkelen til Kim m.fl. (2005) viser at sykepleiere trekker veksler både på kunnskap om smertefysiologi og sine praksiserfaringer i arbeidet med kartlegging og vurdering av pasientens smerte. Dette er i tråd med hva Martinsen (2003) mener skal ligge til grunn for den praktiske omsorgen, der fagkunnskap i seg selv ikke er nok, men som en kombinasjon med sykepleierens erfaringer. Dette danner grunnlaget for de praktiske handlinger som utøves. Ser man de praktiske handlinger i kartleggings- og vurderingsfasen, med utgangspunkt i sykepleieprosessen, kan disse handlingene være basert på samtaler med pasienten, observasjoner og målinger (Bjerregaard 2013). Det forutsetter at sykepleieren innehar ferdigheter innenfor disse områdene for å kunne utføre en god kartlegging og vurdering.

Kommunikasjon utgjør en del av sykepleierens relasjonelle handlinger, men kan også ses som en del av de praktiske handlingene, da sykepleieren benytter ulike kommunikative ferdigheter og teknikker til å utforske og identifisere (kartlegge) pasientens smerter. Bruk av spørsmål, samt observasjon og fortolkning av pasientens verbale og nonverbale signaler, er metoder sykepleieren benytter seg av (Eide og Eide 2009). I den kliniske sammenheng, benytter sykepleieren seg av en variasjon av disse metodene. Sykepleierens tilnærming varierer fra å ha en indirekte til en mer direkte karakter (Kim m.fl 2005 og Dihle, Bjølseth og Helseth 2006). En direkte tilnærming, der sykepleieren stiller lukkede spørsmål (”har du smerter nå?”), så ut til å gjøre det enklere for pasienten å snakke om sine smerter, enn ved bruk av åpne spørsmål (”hvordan har du det?”) (Dihle, Bjølseth og Helseth 2006). Bruk av lukkede spørsmål i første fase postoperativt kan være et godt utgangspunkt for videre kartlegging og vurdering, der sykepleier søker å finne svar på smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet og variasjon (Torvik, Skauge og Rustøen 2008). Erfaringer fra praksis har gjort meg oppmerksom på at sykepleieren ofte starter med det lukkede spørsmålet ”har du smerter nå?”, og videre utforsker pasientens smerter ved bruk av et åpent spørsmål som ”hvor har du smerter?”.

Kommunikasjon innebærer ikke bare det verbale (det som blir sagt) men også nonverbale signaler og uttrykk. Det verbale og nonverbale foregår i et samspill, og det kan være en inkongruens mellom det pasienten sier (verbalt) og det som kommer til uttrykk nonverbalt (Eide og Eide 2007). Erfaring fra praksis viser at pasienter av og til svarer overraskende ”nei” på sykepleierens spørsmål om hvor vidt han har smerter. Det ligger en utfordring i det å observere og fortolke både pasientens verbale og nonverbale signaler, og det fordrer at sykepleier innehar kunnskap om nonverbale tegn på smerte hos pasienten, og at hun deler sine observasjoner med pasienten. På den måten kan pasienten enten bekrefte eller avkrefte sykepleierens oppfatning av hans smerte.

Sykepleiere i artikkelen til Kim m.fl (2005) observerte pasientens nonverbale tegn på smerte ut i fra kunnskap om smertefysiologi og dens autonome reaksjoner (svette, høy puls etc.), samt erfaringer basert på en pasienttypologi. Erfaringer med en pasienttypologi var basert på hvordan pasienter erfaringsvis opplever smerter postoperativt, og hvordan smertene vanligvis arter seg i den postoperative fasen. Den generelle kunnskapen om pasienttypologi tok sykepleierne med seg inn i den individuelle pasientsituasjonen, for å sammenligne, samt få en dypere forståelse for pasientens situasjon. Pasientens nonverbale tegn på smerte, bidro til enten å bekrefte eller avkrefte sykepleierens antakelser om pasientens smerter (Kim m.fl 2005). En av sykepleierne sa det slik: ”...taking a look at her facial expressions, body language because that says a lot” (ibid. 2005:5). Her var pasientens nonverbale tegn på smerte synlige for sykepleierens observasjoner.

Det er imidlertid viktig at sykepleieren er klar over at nonverbale signaler er flertydige og ofte vanskelig å fortolke (Eide og Eide 2007). Pasienten kan ha moderate til sterke smerter til tross for at de nonverbale tegnene i mer eller mindre grad er ”tilgjengelige ” for sykepleieren, nettopp fordi pasienter ut i fra psykologiske mekanismer reagerer ulikt på smerte (Stubhaug og Ljoså 2008 og Møiniche og Dahl 2009). Sykepleierens erfaringskompetanse vil kunne bidra til at hun lettere gjenkjenner pasientens tegn på smerte. Martinsen (2003) påpeker at sykepleiere ikke kan *kjenne* pasientens smerter, men ut i fra en erfaringskompetanse *gjenkjenne* smerten. Erfaringsbasert kompetanse, er imidlertid i seg selv ikke nok, da de kliniske vurderinger og beslutninger sykepleier foretar også skal bygge på forskning og brukerkunnskap (Norsk Sykepleierforbund 2011).

Pasientens tendens til å underkommunisere sine smerter, er tidligere nevnt i denne oppgaven (McDonald m.fl 2002). Konsekvensen av pasientens underkommunikasjon vil gå utover den kartleggingen og vurderingen sykepleieren foretar, fordi sykepleieren ikke vil få tak i pasientens *egentlige* smerteopplevelse. Sykepleiere fremhever at god informasjon til pasienten preoperativt, om forventede smerter i den postoperative fasen, gjør pasienten mer forberedt på hva som venter ham (Dihle, Bjølseth og Helseth 2006). Når pasienten gis forståelse for sin sentrale rolle i kartleggingsarbeidet, kan dette bidra til å forebygge underkommunikasjon.

I møte med pasienter i den kliniske sammenheng, har det hendt at pasienter har sagt til meg: ”... og jeg har jo fått beskjed om å si ifra hvis jeg har smerter... og det har jeg nå”.

Uavhengig av om formidling av pasientens rolle i smertevurderingen (til pasienten) er gjort preoperativt, eller i startfasen av den postoperative fasen, er dette et tydelig eksempel på at denne typen informasjon til pasienten er hensiktsmessig. Et paradoks er imidlertid at de samme sykepleierne som fremhevet viktigheten av preoperativ informasjon til pasienten, i liten grad ga slik informasjon, med mindre pasienten ba om det selv (Dihle, Bjølseth og Helseth 2006). Sykepleiere besitter her kunnskap som ikke anvendes. Kunnskap i seg selv har liten verdi dersom sykepleiere ikke evner å anvende denne i praksis. Martinsen (2003) fremhever at fagkunnskap i seg selv ikke er nok, men kommer først til sin rett når sykepleieren anvender denne til det beste for pasienten.

Sykepleier kan kartlegge og vurdere pasientens smerte også ved bruk av hjelpemidler, som for eksempel en skala (Bjerregaard 2013). Et viktig prinsipp er at kartlegging skal skje ut i fra et pasientsentrert perspektiv, der pasientens *egen* opplevelse skal stå i fokus og danne grunnlaget for smertevurderingen (Torvik, Skauge og Rustøen 2008). Smertekartleggingsverktøy har til hensikt å ivareta dette perspektivet, der pasientens rapportering av smerte er i fokus (Torvik og Rustøen 2008). Sykepleiere fremhever at bruken av smertekartleggingsverktøy fungerer som et godt supplement til andre observasjoner og vurderinger som foretas i den postoperative fasen (Young, Horton og Davidhizar 2005). I sykepleieprosessen legges det vekt på at informasjon om pasienten innhentes gjennom dialog med pasienten, sykepleierens observasjoner, samt målinger. Dette er en del av sykepleierens kartlegging. Dataene som innhentes skal være tilstrekkelig, valide og nøyaktige. Et smertekartleggingsverktøy vil i seg selv ikke kunne gi tilstrekkelige, nøyaktige og valide data om pasientens smerter, men altså først når dette ”verktøyet” benyttes som et supplement til kartlegging av pasientens smerter gjennom en dialog med pasienten, samt sykepleierens observasjoner. Ved bruk av disse ulike

metodene for kartlegging av pasientens smerter, vil sykepleier ha et godt grunnlag for den smertevurderingen hun foretar (Bjerregaard 2013).

Sykepleiere vektlegger at kartleggingsverktøyet gjør det mulig å ha et felles språk i relasjon mellom sykepleier og pasient, og bidrar på den måten til en forbedring i kommunikasjonen. I tillegg gir kartleggingsverktøyet økt forståelse for pasientens smerter (Young, Horton og Davidhizar 2005). I artikkelen til Ene m.fl (2008) fremkommer det imidlertid at sykepleiere besitter andre erfaringer med kartleggingsverktøy. I den kliniske hverdagen ble slike ”verktøy” i liten grad benyttet, og i noen tilfeller, mot sin hensikt. Artikkelen viser at det er lite samsvar mellom sykepleierens og pasientens skåring på den visuelle analoge skalaen (VAS), der sykepleierens *egen* vurdering av pasientens smerter ble tillagt mer vekt enn pasientens egenvurdering. Her blir hensikten med bruk av smertekartleggingsverktøyet svekket fordi smertevurderingen ikke tar utgangspunkt i et pasientsentrert perspektiv.

Undervisning i bruk av smertekartleggingsverktøy viser seg å ha en positiv innvirkning på sykepleierens forståelse for nytten av smertekartleggingsverktøy i praksis (Young, Horton og Davidhizar 2005). Smertekurs, arrangert for sykepleiere, førte til et økt samsvar mellom sykepleieres og pasienters skåringer på VAS-skalaen (Ene m.fl 2008). Sykepleiere som er negative til bruk av smertekartleggingsverktøy, fremhever at pasienter ikke evner å forstå hvordan de skal kartlegge sine smerter ved bruk av kartleggingsverktøyet (Young, Horton og Davidhizar 2005). At pasienter ikke gis opplæring i bruk av smertekartleggingsverktøy blir fremstilt i artikkelen til Ene m.fl (2008). Det belyser viktigheten av at også pasienten undervises i bruk av smertekartleggingsverktøy. Torvik og Rustøen (2008) påpeker viktigheten av at både sykepleier og pasient forstår bruken av smertekartleggingsverktøyet, for at det skal fungere i praksis.

Egne erfaringer fra praksisfeltet har gjort meg oppmerksom på at sykepleiere ofte benytter seg av smertekartleggingsverktøy av en endimensjonal karakter, for eksempel en visuell analog skala (VAS) eller en numerisk rang-skala (NRS). Et flerdimensjonalt smertekartleggingsverktøy som for eksempel McGill Questionnaire, er mer tidkrevende, da flere dimensjoner av smerten skal beskrives og vurderes av pasienten. Et slikt verktøy er av den grunn kanskje ikke så hensiktsmessig å bruke i situasjoner der pasienten opplever sterke smerter. Når sykepleieren på et litt senere tidspunkt skal utforske pasientens smerteopplevelse, og når pasienten ikke har

sterke smerter, vil imidlertid bruken av et flerdimensjonalt smertekartleggingsverktøy kunne gi et grundigere bilde av pasientens smerteopplevelse (Torvik og Rustøen 2008).

I den postoperative fasen er mobilisering et viktig prinsipp, da det virker forebyggende i forhold til utvikling av lungekomplikasjoner og tromboser (Berntzen m.fl. 2010). Det fremkommer i artikkelen til Ene m.fl. (2008) at sykepleierne sjeldent foretok kartlegging og vurdering av pasientens smerte i hvile og aktivitet. I møte med pasienter postoperativt er det ikke uvanlig å møte pasienter som i liten grad uttrykker smerte når de ligger til sengs, men som først viser tegn til smerter under mobilisering i stell eller opptrening. For at sykepleieren skal få et riktig og helhetlig bilde av pasientens smerteopplevelse, forutsetter det at kartlegging og vurdering foretas både når pasienten er i hvile og i aktivitet (Møiniche og Dahl 2009).

I noen tilfeller ble smertekartleggingsverktøy benyttet i smertevurderingen uten at skåringene ble dokumentert (Ene m.fl. 2008). For at kartleggingsverktøyet skal ha nytteverdi, må de benyttes aktivt både *før* og *etter* smertelindrende tiltak (Berntzen, Danielsen og Almås 2010). Ved dokumentasjon av skåringer, før og etter smertelindrende tiltak, blir det enklere å evaluere effekten av smertelindringen. Dokumentasjonen gir en oversikt over forløpet til pasientens smerter (Heggedal 2006).

### **5.3 Omsorg som en moralsk handling i kartlegging og vurdering av smerter**

Omsorgsbegrepets moralske side omhandler hvordan vi *er* og hvordan vi *handler* i praksis, i møte med pasienten (Martinsen 2003). Sykepleierens moralske tilnærming til pasienten kommer til uttrykk både i den relasjonelle og den praktiske sykepleieutøvelsen. Sykepleier-pasient-relasjonen kan by på utfordringer da relasjonen er preget av en asymmetri ved at sykepleieren besitter kunnskap og erfaringer pasienten ikke har (Kristoffersen 2011). Det ligger en moralsk utfordring i å bruke denne asymmetrien til det beste for pasienten, og Martinsen (2003) fremhever en praksis styrt etter svak paternalisme som det ideelle.

Det stilles krav til sykepleieutøvelsens lindrende mål om å redusere eller begrense omfang av ulike typer belastninger, herunder smerte (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2011).

Utøvelsen skal blant annet foregå på bakgrunn av sykepleierens kunnskap og kompetanse (Madsen og Winther 2013). Sykepleier besitter kunnskap om smertefysiologi, samt



viktigheten av å lindre pasientens smerter postoperativt, og har et ansvar for å anvende denne kunnskapen i den kliniske sammenheng. Denne kunnskap skal også formidles til pasienten (McDonald m.fl 2005, gjengitt i Eide 2008). Dette er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som påpeker at sykepleieren skal "...gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått." (Norsk Sykepleierforbund 2011:8). Det gir pasienten mulighet til å være aktivt deltakende i kartleggings- og vurderingsfasen. Brukermedvirkning er et prinsipp som er nedfelt i lov om pasient- og brukerrettigheter (§ 3), og som sykepleiere er vi pålagt å sikre pasientens delaktighet.

I artikkelen til Dihle, Bjølseth og Helseth (2006) fremkommer det at sykepleierne hadde manglende rutiner for å evaluere smertebehandling som var gitt til pasienten. Evalueringen bar preg av en mer tilfeldig karakter, og var ikke satt i system. Evaluering er en del av den kartlegging og vurdering som har funnet sted, og sykepleieren har et moralsk ansvar for å følge opp den kartleggingen og vurderingen som er utført. Det handler om å ta pasienten på alvor, som har en forventning om at sykepleieren kan bidra til lindring av sine smerter (Kristoffersen 2011).

Utgangspunktet for kartlegging og vurdering skal baseres på pasientens *egen* oppfatning av sin smerte (Torvik, Skauge og Rustøen 2008). I en sykepleier-pasient-relasjon kan man tenke at det er to eksperter som møtes; sykepleieren med sin kunnskap og kompetanse, og pasientens ekspert på sine egne smerter. Å lytte til pasientens beskrivelse av smerte, nettopp fordi pasienten er den *eneste* som kan beskrive sine smerter (Kim m.fl 2005). Hvor vidt sykepleieren handler på bakgrunn av den forståelsen hun gis ved å lytte til pasienten, kommer til uttrykk i de vurderinger og tiltak hun iverksetter. Kartlegging ut i fra et pasientsentrert perspektiv er derfor ikke mulig å gjennomføre dersom sykepleieren ikke evner å lytte til pasienten. Kartlegging i et pasientsentrert perspektiv kan by på utfordringer dersom sykepleieren ikke oppfatter pasientens beskrivelse av sine smerter som troverdige. I McCaffery og Beebes (1996) definisjon på smerte vektlegges det at "smerte er det personen sier det er, og den eksisterer når personen som opplever smerter, sier at han har smerte." (ibid. 1996:18). Sykepleierens personlige oppfatninger skal ikke legges til grunn i den smertevurderingen som foretas, men ut i fra en profesjonell holdning som ivaretar pasientens integritet og verdighet (Norsk Sykepleierforbund 2011). I tilfeller hvor sykepleieren tolker pasientens utsagn om smerter som lite troverdig, har sykepleier altså et ansvar for å legge til

side sine personlige oppfatninger, og bruke sin profesjonalitet på en slik måte at pasientens smerteopplevelse blir ivaretatt.

Kvaliteten i relasjonen mellom sykepleier og pasient beskriver Martinsen (2003) som en vesentlig faktor for de moralske handlingene. Sykepleierens engasjement og interesse for pasienten legges til grunn for å identifisere seg med pasientens behov for sykepleie, og handle deretter. I kartleggings- og vurderingsarbeidet vier sykepleiere varierende, og til tider manglende oppmerksomhet ovenfor pasientens tegn på smerte (Dihle, Bjølseth og Helseth 2006 og Manias, Botti og Bucknall 2002). Sykepleiernes prioriteringer av oppgaver gikk på bekostning av smertevurdering og håndtering av pasientens smerter (Manias, Botti og Bucknall 2002). Her vil sykepleieren signalisere manglende engasjement og interesse ovenfor pasienten. Sett i lys av hva Martinsen (2003) påpeker, vil sykepleierens handlinger i slik situasjon kunne oppfattes som umoralsk.

## 6 Avslutning

Hvordan sykepleieren kan kartlegge og vurdere pasientens smerter i den postoperative fasen, er belyst og drøftet i denne oppgaven. Smertebegrepets kompleksitet byr på utfordringer for sykepleieren i kartleggings- og vurderingsarbeidet, ikke minst fordi pasientens opplevelse av smerter er av subjektiv karakter og ikke alltid like ”tilgjengelig” for sykepleieren. Det fordrer ulike tilnærminger for å få forståelse for pasientens perspektiv. Kartlegging og vurdering av pasientens smerter postoperativt skal ha et pasientsentrert perspektiv, samtidig som sykepleieren benytter sin kunnskap og kompetanse.

Sykepleierens kunnskap om smertefysiologi, inkludert dens fenomenologiske perspektiv, er viktig for forståelsen av pasientens smerter i kartleggings- og vurderingsarbeidet. Å tro på, lytte til og å anerkjenne pasientens smerter som reelle, er nødvendige forutsetninger for en god dialog med den smerterammede. I dialogen med pasienten, kan sykepleier benytte sine kommunikative ferdigheter for å kartlegge og vurdere pasientens smerter. Bruk av lukkede spørsmål, som for eksempel: ”Har du smerter nå?”, samt observasjon og fortolkning av pasientens verbale og nonverbale signaler kan gi sykepleieren nyttig informasjon om pasientens smerter.

Bruk av et smertekartleggingsverktøy ivaretar et pasientsentrert perspektiv, ved at det fokuserer på pasientens rapportering av sine smerter. Det forutsetter imidlertid at ”verktøyet” blir brukt riktig og kontinuerlig i smertevurderingen. At sykepleiere får undervisning i denne sammenheng viser seg å gi positive resultater i forhold til sykepleierens holdninger til bruk av smertekartleggingsverktøy. Når også pasienten får god opplæring og undervisning om bruken av dem, vil ”verktøyet” fungere i forhold til dets hensikt; å avdekke pasientens rapportering av smerter som en del av den smertevurderingen sykepleieren foretar.

En kombinasjon av samtaler med pasienten, observasjoner (tegn på smerte), samt bruk av smertekartleggingsverktøy kan bidra til en grundig kartlegging og vurdering av pasientens smerter i den postoperative fasen. Kartlegging og vurdering av pasientens smerter i hvile, så vel som i aktivitet bidrar til et helhetlig bilde av pasientens opplevelse av sin smerte.

## Litteraturliste

- Arendt-Nielsen, L. og Mogensen, T. (2009). Klinisk smertemåling. I: T.S. Jensen, J.B. Dahl og L. Arendt-Nielsen (red.) *Smerter : baggrund, evidens og behandling*. 2. utg. København: FADL'S Forlag.
- Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I: H. Almås, D-G. Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie* (B. 1). 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berntzen, H. m.fl. (2010). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I: H. Almås, D-G. Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie* (B. 1). 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjerregaard, L. (2013). Sykepleieprosessen. I: S. Hundborg og B. Lynggaard (red.). *Sygeplejens fundament*. 2. utg. København: Nyt Nordisk Forlag.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving*. 4 utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Den norske legeforening (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Oslo: Den norske legeforening.
- Dihle, A., Bjølseth G. og Helseth S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (4):469-479. Hentet fra Cinahl.
- Eide, H. (2008). Kommunikasjon, relasjon og smerte. I: T. Rustøen og A.K Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte : fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ene, K.W. m.fl. (2008). Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (15):2042-2050. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02278.x

Frederiksen, K. og Beedholm, K. (2011). Litteraturreview. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område : indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag.

Heggedal, K. (2006). Sykepleiedokumentasjon. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsepersonelloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.*

Hørmann, E. (2011). Litteratursøgning. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område : indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag.

Kim, H.S. m.fl. (2005). Strategies of pain assessment used by nurses on surgical units. *Pain Management Nursing*. 6 (1):3-9. Hentet fra Cinahl.

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N.J Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie* (B. 1). 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (2011). Om sykepleie. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie* (B. 1). 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Linton, S.J. (2013). *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.

Madsen, K.H. og Winther, B. (2013). Lindrende sygepleje. I: S. Hundborg og B. Lynggaard (red.). *Sygeplejens fundament*. 2.utg København: Nyt Nordisk Forlag.

Manias, E., Botti, M. og Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management – the complexities of clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*. 11 (6):724-733. Hentet fra Cinahl.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

McCaffery, M. og Beebe, A. (1996). *Smerter : lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

McDonald, D.D. m.fl. (2002). Communicating pain and pain management needs after surgery. *Applied Nursing Research*. 13 (2):70-75. Hentet fra Cinahl.

Møiniche, S. og Dahl, J.B. (2009). Postoperative smerter. I: T.S Jensen, J.B. Dahl og L. Arendt-Nielsen (red.) *Smerter : baggrund, evidens og behandling*. 2. utg. København: FADL.

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Nortvedt, F. og Nortvedt, P. (2001). *Smerte : fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Nortvedt, L. m.fl. (2013). Kartlegging av smerte ga økt refleksjon. *Sykepleien Forskning*, 101 (07):38-41. doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0059.

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasient og brukerrettigheter*.

Sand, O. m.fl. (2006). *Menneskekroppen : fysiologi og anatomi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Stubhaug, A. og Ljoså, T.M. (2008). Hva er smerte? I: T. Rustøen og A.K Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte : fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tei, R.M.H. (2013). Akutte smerter. I: S. Hundborg og B. Lynggaard (red.). *Sygeplejens fundament*. 2.utg København: Nyt Nordisk Forlag.

Torvik, K., Skauge, M. og Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I: T. Rustøen og A.K. Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte : fra nocisepsjon til livskvalitet*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Wøien, H. og Strand, A.C. (2008). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I: T. Rustøen og A.K. Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte : fra nocisepsjon til livskvalitet*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Young, J.L., Horton, F.M. og Davidhizar, R. (2006). Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing*. 53 (4):412-421. Hentet fra Cinahl.