



Postoperativ smertelindring

*”Hvordan kan sykepleieres holdninger og kunnskap påvirke den medikamentelle smertelindringen til pasienter på kirurgisk sengepost?”*

Kandidatnummer: 1016

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK16

Antall ord: 10660

Dato 21.03.19

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.  
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

# Sammendrag

**PROBLEMSTILLING:** ”Hvordan kan sykepleieres holdninger og kunnskap påvirke den medikamentelle smertelindringen til pasienter på kirurgisk sengepost?”

**METODE:** Dette er en litterær oppgave. Aktuell fag-, teori- og forskningslitteratur er inkludert, i tillegg til relevant praksiserfaring.

**FUNN:** Noen sykepleiere viser redusert mengde empati i møte med smertepregede pasienter. Det er et gjennomgående funn at sykepleiere i liten grad benytter seg av smertekartleggingsverktøy. Det viser seg at det er et misforhold mellom sykepleieres teoretiske kunnskap og deres handling i praksis.

**DRØFTING/KONKLUSJON:** Forskning viser at de organisatoriske forholdene sykepleiere arbeider under påvirker smertebehandlingen. Tidspresset sykepleiere står i kan tenkes å motvirke fremveksten av empati mellom sykepleier og pasient. Forskning viser videre at det er et misforhold mellom sykepleieres oppfatning av smertebehandlingen de gir, og hvordan pasientene faktisk har det. Sykepleiere må bli flinkere til å undervise om smertekartlegging preoperativt, for å bedre inkludere pasienten i egen vurdering av smerte.

# Abstract

**RESEARCH QUESTION:** "How can the attitudes and knowledge of nurses affect the pain management they provide to patients in surgical wards?"

**METHOD:** This is a literary thesis. Relevant scientific articles have been reviewed, in addition to relevant literature. Personal experiences are included in some places.

**FINDINGS:** Some nurses show a lack of empathy towards patients in pain. It is a recurrent finding that nurses are reluctant to use pain assessment tools. It seems to be a discrepancy between nurses' knowledge and their practical actions.

**DISCUSSION/CONCLUSION:** The way different units are organized seems to affect the pain management provided by nurses. The time pressure nurses experience seems to counteract an empathic relationship between the nurse and the patient. There is a discrepancy between nurses' perceptions of the quality of the pain management they provide, and the patients' own experiences. There is a need for nurses to improve the preoperative information given to patients about pain assessment tools.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2	PROBLEMSTILLING	2
1.3	AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING	2
1.4	OPPGAVENS OPPBYGNING	2
<b>2</b>	<b>METODE</b>	<b>3</b>
2.1	SØK OG VALG AV LITTERATUR	3
2.2	DATABASESØK	4
2.3	KILDE- OG METODEKRITIKK	8
2.4	ETISKE OVERVEIELSER	10
<b>3</b>	<b>TEORI</b>	<b>11</b>
3.1	DEFINISJON AV SMERTE	11
3.2	SMERTEFYSIOLOGI	12
3.3	POSTOPERATIVE SMERTER	13
3.4	SMERTEBEHANDLING	13
3.4.1	<i>Medikamentell behandling</i>	14
3.4.2	<i>Sykepleierens rolle og ansvar</i>	15
3.4.3	<i>Kartlegging av postoperativ smerte</i>	16
3.5	HOLDNINGER OG KUNNSKAP	18
3.5.1	<i>Holdninger</i>	18
3.5.2	<i>Kunnskap</i>	19
3.6	JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI	21
3.6.1	<i>Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold</i>	21
3.6.2	<i>Kommunikasjon</i>	23
<b>4</b>	<b>DRØFTING</b>	<b>24</b>
4.1	SYKEPLEIERS HOLDNINGER TIL SMERTEPREGETE PASIENTER	24
4.2	KARTLEGGING AV POSTOPERATIVE SMERTER	27
4.3	FORHOLDET MELLOM TEORETISK KUNNSKAP OG PRAKTISK HANDLING	29
<b>5</b>	<b>AVSLUTNING</b>	<b>33</b>
	<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>35</b>



# 1 Innledning

Hvert år blir omkring én av ti nordmenn operert (Ræder, 2011, s. 1740). Til tross for flere tiltak og forskningsmessige fremskritt gjennom de siste tiår, er det veldokumentert at et stort antall pasienter fremdeles erfarer et uakseptabelt høyt nivå av smerter etter operasjon (Lunn, Mathiesen & Dahl, 2013, s. 177; Fredheim, Borchgrevink & Kvarstein, 2011, s. 1772).

Sykepleierens ansvar i det postoperative forløpet er å vurdere pasientens smerter, administrere forordnede smertestillende medikamenter, samt vurdere effekten pasienten har av disse (Holm & Kummeneje, 2009, s. 72).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive min bacheloroppgave om postoperativ smertelindring fordi jeg gjentatte ganger har erfart verdien av at sykepleiere har nok kunnskap om dette temaet.

Gjennom både praksis og jobbsammenheng har jeg sett hvor ulikt en dag kan utspille seg for den enkelte pasient, avhengig av hvilken sykepleier som er på jobb denne dagen, og hvor kompetent denne sykepleieren er til å vurdere pasientens smerte. Jeg har også erfart hvilken betydning god smertelindring har å si for rehabiliteringsprosessen til pasienter, og deres egen tro på bedring. Videre er valg av tema blitt påvirket av at jeg ønsker å jobbe på kirurgisk sengepost når jeg blir ferdig med utdanningen min.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står blant annet følgende: ”Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse” (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Retningslinjene tydeliggjør sykepleieres ansvar og plikter, og her fremheves ansvaret sykepleiere har for å lindre lidelse. Å lindre lidelse kan favne bredt, men bør også tolkes i den retning av å lindre fysisk smerte. I flere av artiklene jeg har lest gjennom arbeidet med denne oppgaven konkluderer forfatterne med at postoperativ smertelindring er et tema det har blitt forsket mye på, uten at det har resultert i noen merkbare forbedringer på det kliniske feltet. Jeg mener med bakgrunn i dette at postoperativ smertelindring er et svært aktuelt tema å skrive om.

## **1.2 Problemstilling**

På bakgrunn av tema har problemstillingen blitt formulert som følgende:

”Hvordan kan sykepleieres holdninger og kunnskap påvirke den medikamentelle smertelindringen til pasienter på kirurgisk sengepost?”

Problemstillingens fokus har blitt valgt med bakgrunn i at jeg ønsker å lære mer om hvilken rolle sykepleieren spiller i den postoperative smertebehandlingen. Videre ønsker jeg å undersøke hvor avgjørende sykepleierens kunnskap og holdninger er for utfallet av smertebehandlingen.

## **1.3 Avgrensning av problemstilling**

Problemstillingen er avgrenset til å omhandle smertelindring ved akutt smerte som et resultat av kirurgi. Holdninger til og kunnskap om smertelindring til pasienter med kroniske smerter, rusavhengighet eller kognitiv svikt er ikke inkludert, ei heller til barn eller nyfødte.

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

I innledningen presenteres bakgrunn for valg av tema samt problemstilling. I oppgavens metodedel vil det bli beskrevet hva litterær metode er, samt bli redegjort for databasesøket som har blitt gjort for å finne relevant forskning til oppgaven. Her vil også kildekritikk bli inkludert. Videre vil anvendt litteratur, teori og forskning bli presentert. I teoridelen vil det bli redegjort for relevant litteratur og teori og dette vil knyttes sammen med aktuell forskning. I drøftingsdelen blir aktuelle funn fra forskningen diskutert i lys av gjeldene litteratur og teori. Oppgaven avsluttes med en oppsummering og konklusjon.



## 2 Metode

En definisjon på metode er ”en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (...)” (Aubert, sitert og gjengitt i Dalland, 2017, s. 51). Dalland (2017, s. 51) skriver videre at metoden en velger i oppgaveskriving sier noe om hvordan en bør arbeide for å finne og etterprøve kunnskap. I denne bacheloroppgaven har litterær oppgave blitt anvendt som metode, det vil derfor i det følgende bli redegjort for denne metoden. Videre i dette kapitlet vil fremgangsmåten for søk og valg av litteratur presenteres, samt kildekritikk rettet mot anvendt litteratur og artikler.

### 2.1 Søk og valg av litteratur

I en litterær oppgave søkes det frem aktuell data i form av fagkunnskap, forskning og teori fra det feltet en ønsker å undersøke (Dalland, 2017, s. 207). Det er i denne oppgaven brukt både faglitteratur, forskningslitteratur og pensumlitteratur, og følgende vil presenteres her:

Av litteratur om smerte og smertebehandling er følgende bøker brukt: *Smertes- baggrund, evidens og behandling* (Jensen, Dahl & Arendt-Nilsen, 2013), *Ulike tekster om smerte* (Rustøen & Wahl, 2008), *Pre- og postoperativ sykepleie med dagkirurgi* (Holm & Kummeneje, 2009) *Klinisk sykepleie 1* (Stubberud, Grønseth & Almås, 2016) og *Menneskekroppen* (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2018). I tillegg har Retningslinjer for smertelindring (Den Norske Legeforening, 2009) blitt brukt hyppig i oppgaven. Av litteratur om kommunikasjon og holdninger er følgende bøker brukt: *Psykologi for sosial- og helsefagene* (Ekeland, Iversen, Nordhelle & Ohnstad, 2012) og *Kommunikasjon i relasjoner* (Eide & Eide, 2017). Litteratur om sykepleieteoretiker Joyce Travelbee ble hentet fra *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Travelbee, 2001). Av pensumlitteratur er følgende brukt: *Metode og oppgaveskriving* (Dalland, 2017) og *Grunnleggende sykepleie 3* (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø (red.) 2016). Faglitteraturen ble funnet ved søk i Oria, fysisk søk ved skolens bibliotek, samt ved å gjennomgå litteraturlister til aktuelle kapitler i pensumbøker fra sykepleiestudiet. Forskningslitteraturen ble søkt frem i ulike databaser, og denne søkeprosessen blir redegjort for i påfølgende kapittel.

## 2.2 Databasesøk

Da temaet til denne oppgaven ble valgt ble det gjort et bredt og generelt søk for å undersøke eksisterende forskningslitteratur på feltet. Her ble det oppdaget flere spennende artikler som ble lagret, og som jeg ønsket å bruke i oppgaven. Det ble deretter gjort mer strukturerte søk, som det her vil redegjøres for.

For å finne forskningslitteratur til oppgaven ble databasene CINAHL, Medline og Sykepleien Forskning benyttet. For å finne internasjonal litteratur gjennom CINAHL og Medline ble de sentrale begrepene fra problemstillingen oversatt til engelsk. Disse engelske søkeordene er fremstilt i tabellen under (tabell 1), og ble brukt ved søk i CINAHL og Medline. Det ble først søkt på hvert ord alene, deretter i kombinasjoner slik som vist i tabellen. De norske ordene i tabellen er søkeordene som ble brukt ved søk i Sykepleien Forskning.

CINAHL og Medline	Sykepleien Forskning
Nurse attitudes "or" attitudes "or" nursing knowledge	Sykepleier
"and"	+
Pain management "or" pain treatment	holdninger
"and"	+
Postoperative "or" pain, postoperative	smerte

Tabell 1

Ved søk i databasene ble artiklene først vurdert etter overskrift, deretter ble abstraktene lest for å vurdere artiklenes relevans. I CINAHL og Medline ble søkene avgrenset med kriteriene "Full tekst tilgjengelig", "Abstrakt tilgjengelig" og publikasjonsdato under 10 år. Ved søk i

Sykepleien Forskning ble søket kun avgrenset med publikasjonsdato under 10 år. Under utvelgelsen av artiklene ble artiklene manuelt vurdert etter inklusjons- og eksklusjonskriterier. Søkeprosessens funn er fremstilt i tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier er fremstilt i tabell 3.

<b>Database</b>	<b>Antall treff etter søk med kriterier</b>	<b>Antall leste abstrakter</b>	<b>Antall artikler inkludert</b>
CINAHL	61	7	1
Sykepleien forskning	29	2	1
Medline	21	5	1

Tabell 2

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vitenskapelige artikler med tydelig IMRaD struktur</li> <li>○ Fagfellevurderte artikler (peer-reviewed)</li> <li>○ Publikasjonsdato &lt; 10 år (fra 2009-2019)</li> <li>○ Undersøkelsene i artiklene skulle være fra land med sykepleiepraksis sammenlignbart med Norge, derfor ble kun artikler fra Europa, USA, Australia og New Zealand inkludert.</li> <li>○ Språk: engelsk, dansk, svensk eller norsk</li> </ul>	<p>Undersøkelser der følgende pasientgrupper var i fokus for smertebehandlingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Barn</li> <li>○ Nyfødte</li> <li>○ Pasienter med nedsatt selvrapporingsevne</li> <li>○ Pasienter med kjent rusavhengighet</li> <li>○ Pasienter utenfor sykehus</li> </ul>

Tabell 3

I tillegg til de strukturerte søkene som ble gjennomgått ovenfor, har noen av artiklene som anvendes i oppgaven blitt funnet via referanser i andre relevante artikler, samt ved enkeltsøk i databasen Oria. Disse inkluderes ikke i fremvisningen ovenfor, da de ikke har blitt funnet ved systematiske søk. I tabellen under (tabell 4) presenteres det totale antall artikler som har blitt anvendt i oppgaven, samt deres relevans for oppgaven.

<b>Utvalgte artikler brukt i oppgaven:</b>	<b>Artiklenes relevans for oppgaven:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ McNamara, M. et al. (2012) Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain</li> </ul>	<p>Artikkelen presenterer kvantitative fakta omkring hvor effektivt et undervisningsprogram om smerte er når det kommer til å forbedre sykepleieres kunnskap, ferdigheter og holdninger til postoperativ smertebehandling.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rognstad, K-M. et al. (2012) Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards.</li> </ul>	<p>Artikkelen gir innblikk i sykepleieres og legers vurdering av egen kompetanse vedrørende postoperativ smerte og smertelindring. Artikkelen gir også informasjon om hvordan disse yrkesgruppene ser på kvaliteten av smertelindringen de gir.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Granheim, T. et al. (2015) Sykepleieres og studenters kunnskap om smerte og smertelindring hos voksne</li> </ul>	<p>Artikkelen sier noe om et utvalgt antall sykepleieres kunnskap om og holdninger til smertelindring, samt hvorvidt sykepleierens teoretiske kunnskap samsvarer med deres praktiske handlinger.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fredheim, O. et al. (2011) Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus</li> </ul>	<p>Artikkelen gir kvantitativ informasjon om 215 inneliggende pasienter fordelt på 14 norske sykehus, og hvilken smerteintensitet de opplevde det første postoperative døgnet. I tillegg gir artikkelen informasjon om systematikken i dokumentasjonen av smerteintensitet samt hvorvidt pasientenes smerte ble kartlagt jevnlig.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dihle, A. et al. (2006) The gap between saying and doing in postoperative pain management</li> </ul>	<p>Artikkelen viser at det er et stort gap mellom hva sykepleierne i artikkelen sier de gjør når det kommer til postoperativ smertelindring, og hva de faktisk gjør. Dette gjelder både postoperativ smertekartlegging, smertebehandling og evaluering av smerten.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bach, A. et al. (2018) Postoperative pain management: A bedside perspective</li> </ul>	<p>Gjennom en observasjonsstudie gir artikkelen informasjon om samhandlingen og kommunikasjonen som tar plass mellom sykepleier og pasient relatert til smertebehandling. Det kommer også frem i artikkelen hva slags syn mange av sykepleierne har på smerte, og hva de legger til grunn når de vurderer pasientenes smerteintensitet.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mackintosh-Franklin, C. (2014) Registered Nurses' Personal Responses to Postoperative Pain: A Descriptive Qualitative Study</li> </ul>	Artikkelen gir innblikk i 16 engelske sykepleiere sine syn på og holdninger til postoperativ smerte og smertebehandling.
---	--

Tabell 4

## 2.3 Kilde- og metodekritikk

Gjennom databasesøk har det blitt avdekket at det er forsket svært mye på temaet postoperativ smertelindring. Den store tilgangen til forskningslitteratur har gjort det desto viktigere å være kildekritisk, og fortløpende vurdere kildenes relevans for oppgaven og problemstillingen. I følge Dalland (2017, s. 158) går kildekritikk ut på å vurdere og karakterisere litteraturen en har funnet og benyttet. En skal også kunne redegjøre for hvilke kriterier som ble benyttet under utvelgelsen av litteratur (Dalland, 2017, s. 158). Eksklusjon- og inklusjonskriteriene for utvelgelsen av forskningslitteratur er presentert ovenfor, men det vil her presenteres ytterligere vurderinger som har blitt gjort i arbeidet med de benyttede kildene.

Alle forskningsartiklene som har blitt benyttet i oppgaven har blitt vurdert for pålitelighet gjennom søk i Norsk Senter for Forskningsdata (2018a) sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler. Tidsskriftene blir her gitt et nivå, enten nivå 1 eller nivå 2. Nivå 1 vil si at tidsskriftet er en vitenskapelig publiseringskanal, mens nivå 2 vil si at tidsskriftet er en vitenskapelig publiseringskanal med særlig høy prestisje (Norsk Senter for Forskningsdata, 2018b). Alle forskningsartiklene som er anvendt i denne oppgaven er hentet fra tidsskrift som er vurdert til nivå 1, utenom artikkelen til Dihle, Bjølseth & Helseth (2006) som er vurdert til nivå 2. Sistnevnte artikkel er fra 2006, og i utgangspunktet for gammel i forhold til mine inklusjonskriterier, men det at tidsskriftet er vurdert som en publiseringskanal med særlig høy prestisje, samt at artikkelen presenterer svært relevant informasjon for å belyse min problemstilling, har gjort at jeg likevel har valgt å benytte den.

Med unntak av den ovennevnte artikkelen og Joyce Travelbees *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* fra 2001, har det blitt gjort et bevisst valg om å ikke benytte litteratur som er eldre enn 10 år. Dette både når det gjelder forskningslitteratur og faglitteratur, for å sikre relevans og validitet. Det finnes mange gode bøker om smerte og smertebehandling, men siden

smertebehandling er et felt som utvikler seg raskt, har derfor kun nyere faglitteratur blitt anvendt i teoridelen.

Sett bort ifra henvisninger til andre forfatteres definisjoner har det blitt tilstrebet å kun benytte primærlitteratur. En primærkilde er den opprinnelse utgaven av en tekst, mens en sekundærkilde kan være en oversatt utgave av den opprinnelse kilden (Dalland, 2017, s. 162). Ettersom tolkninger kan tillegges ved oversettelser og bearbeiding av andres verk har jeg hovedsakelig brukt Joyce Travelbees egen bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (2001) til å beskrive hennes sykepleieteori. *Grunnleggende sykepleie 3* (2016) er en sekundærkilde til Travelbees teori og ble hovedsakelig kun brukt for å forstå hovedtrekkene i teorien før jeg fordypet meg i Travelbees egen bok.

Til tross for at det har blitt gjennomført flere systematiske søk for å innhente forskningsdata til denne oppgaven, er det ikke sikkert all relevant forskning har blitt funnet og inkludert. Det finnes, som nevnt tidligere, svært mye forskning på dette området. Mange abstrakter har derfor blitt lest gjennom og på bakgrunn av disse har artiklene jeg anså som mest relevante og aktuelle for å belyse problemstillingen, blitt valgt ut. Det skal også nevnes at flere av de anvendte artiklene er skrevet på engelsk. Engelsk er ikke mitt morsmål, noe som nødvendigvis vil medføre en risiko for feiltolkning, eller at jeg som mottaker har forstått teksten annerledes enn forfatterne hadde som hensikt. Til tross for at artiklene som har blitt utvalgt kommer fra land med sykepleiepraksis sammenlignbart med Norge, altså vestlige land, må det likevel tas høyde for at sykepleiepraksisen kan være noe ulik i forhold til praksisen vi har i Norge.

Det har i oppgaven blitt benyttet både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Der den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter, gir den kvalitative metoden i større grad innsikt i individers meninger og opplevelser, og lar seg dermed ikke like lett tallfeste (Dalland, 2017, s. 52). Med andre ord sikter en kvantitativorientert undersøkelse på å undersøke noe i bredden, mens den kvalitative undersøkelsen søker å gå i dybden og innhente mange opplysninger om få enheter (Dalland, 2017, s. 53). Dermed kan en svakhet ved noen av artiklene være at de bruker kvantitativ metode når de søker å kartlegge sykepleieres holdninger, noe som vil være utfordrende å tallfeste. Alle spørreskjemaene som blir brukt i disse undersøkelsene har dog blitt vurdert for validitet og blitt godkjent av fagfolk før de ble benyttet.

Det skal påpekes at det i artikkelen til Bach, Forman & Seibaek (2018) blir inkludert pasienter som fra tidligere plages av kroniske smerter grunnet endometriose. Disse kroniske smerten er dog ikke fokuset for artikkelen. Observasjonene og intervjuene som legger grunnlaget for artikkelen er gjort mens pasientene opplevde postoperative smerter etter operasjon.

## **2.4 Ethiske overveielser**

I alle forskningsartiklene som benyttes i denne oppgaven har forfatterne søkt etisk godkjenning før oppstart. Denne godkjenningen har enten blitt innvilget av en etisk komité på regionalt eller lokalt nivå, eller av ledelsen ved avdelingen der undersøkelsene har blitt utført. I alle studiene ble deltakerne forsikret bevaring av anonymitet.

I oppgavens drøftingsdel vil det bli presentert noen erfaringer fra egen praksis. Alle disse historiene er anonymisert.

Flere steder i denne oppgaven fokuseres det på sykepleierens store ansvar og viktige rolle i medikamenthåndteringen i den postoperative fasen. Det må likevel understrekes at det alltid er den behandelende lege som har det overordnede ansvar, og at sykepleieren kun skal administrere medikamenter ut ifra legens ordinasjon.



## 3 Teori

I det følgende kapittelet vil relevant litteratur presenteres og suppleres med funn fra aktuell forskningslitteratur om emnet, samt relevant sykepleieteori.

### 3.1 Definisjon av smerte

Det har opp gjennom historien eksistert ulike oppfatninger og teorier om hva smerte er, og disse påvirker til en viss grad fortsatt oppfatningen av hva vi tenker smerte er i dag.

Definisjonen på smerte som er mest brukt i dag er utformet av International Association for the Study of Pain (IASP) og lyder som følger: ”Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade (IASP, gjengitt og oversatt i Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 25). Fokuset i denne definisjonen ligger på den subjektive opplevelsen av smerte, uavhengig av om det foreligger en reell vevsskade. Dette understreker viktigheten av at pasientens beskrivelse og vurdering av smerte alltid skal tillegges høyest verdi. En slik tro på pasientens egen beskrivelse er hva Stubhaug & Ljosa (2008, s. 26) kaller en profesjonell tilnærming. En annen definisjon på smerte, som representerer et mer teknisk blikk på smerte, er definisjonen til Baastrup, Dahl, Arendt-Nilsen & Jensen (2013). Forfatterne definerer smerte som ”en kraftig og ubehagelig ekstern eller intern såkalt nociseptiv stimuli og kan være av enten termisk, mekanisk eller kjemisk karakter” (Baastrup et al., 2013, s. 16).

Lik type påvirkning kan gi ulik opplevelse av smerte hos mennesker, da det er flere forskjellige forhold som påvirker hvordan vi opplever smerte. Disse forholdene er blant annet tidligere erfaring med smerte, kultur og sosial bakgrunn. Samme nivå av smertestimuli kan også erfares ulikt hos samme person, avhengig av situasjonen og omgivelsene personen er i (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2018, s. 170).

En britisk undersøkelse (Mackintosh-Franklin, 2014) forsøkte å kartlegge hvordan sykepleieres personlige respons på postoperativ smerte kan påvirke smertebehandlingen de gir til sine pasienter. 16 sykepleiere fra ulike kirurgiske sengeposter i Storbritannia ble intervjuet, og ved analyse av intervjujussvarene var det noen temaer som gikk igjen. Et tema alle sykepleierne tok opp var hvor normalt smerte ble sett på. Ikke bare forventet sykepleierne at pasientene ville ha smerter etter en operasjon, de så også på smerter som en uunngåelig del av

det postoperative forløpet. Et annet fellestrekk sykepleierne hadde, var tankene om at pasientenes forventede smertenivå var avhengig av hvilket inngrep de hadde vært igjennom. En av sykepleierne uttalte som følger: ”Ja, det er nesten som en del av en ligning- så mye vevsskade vil gi så mye smerte” (Mackintosh-Franklin, 2014, s. 583). Andre sykepleiere var svært uenige i denne tankegangen, og uttalte at de i noen tilfeller trodde smerten kunne være verre jo mindre operasjonen var (Mackintosh-Franklin, 2014, s. 583).

Funnene i den britiske undersøkelsen støttes av en kvalitativ undersøkelse fra Danmark (Bach, Forman & Seibaek, 2018). Undersøkelsen hadde som mål å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere håndterer postoperativ smertelindring til kvinner som har gjennomgått store kirurgiske inngrep grunnet endometriose. Det var et gjennomgående tema at sykepleierne, også i denne undersøkelsen, oppfattet postoperativ smerte som et normalt fenomen (Bach et al., 2018, s. 614). Forfatterne av undersøkelsen stiller i artikkelen spørsmålsteget ved om det at sykepleierne anser postoperativ smerte som et normal fenomen kan medføre at de ikke tilstreber å eliminere smerten fullstendig (Bach et al., 2018, s. 616).

## **3.2 Smertefysiologi**

Baastруп et al. (2013, s. 16) beskriver i sin definisjon av smerte at en nociseptiv stimuli er det som gjør at vi kjenner smerte. Denne nevnte stimulusen aktiverer spesifikke nervereseptorer som blant annet finnes i huden, og heter nociseptorer (smertereseptorer). Nociseptorene er festet til smerteførende perifere nervebaner, de nociseptive nervefibrene (smertefibre). Ved aktivering av nociseptorene genereres det et aksjonspotensiale i de nociseptive nervefibrene som sendes direkte fra området med vevsskaden til ryggmargens bakhorn. Her dannes en synapse mellom de nociseptive nervefibrene og lange oppadstigende nerver. De oppadstigende nervene sender det nociseptive signalet videre til flere ulike områder i hjernen, blant annet thalamus og hjernestammen, med påfølgende resultat at vi føler smerte (Baastруп et al., 2013, s. 16-17).

Avhengig av situasjonen, kan en persons opplevelse av samme grad av smertevoldende stimuli, variere sterkt (Sand et al., 2018, s. 172). Smerteopplevelsen kan nemlig reduseres ved hemning av signaloverføringen i smertebanene. Impulsledningen i smertebanene kan også hemmes, blant annet via nervefibre fra sentralnervesystemet. Dette er grunnen til at hjernen

kan øke eller senke smerteopplevelsen. En bestemt sinnstilstand kan eksempelvis være med på å modulere smerten i positiv grad (Sand et al., 2018, s. 173-174).

### **3.3 Postoperative smerter**

Postoperativ smerte defineres som ”akutt smerte forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgi” (Holm & Kummeneje, 2009, s. 68). De fleste som skal opereres forventer smerter etter en operasjon, men det er likevel viktig med god informasjon i forkant. Holm og Kummeneje (2009, s. 68) skriver at preoperativ informasjon om forventet grad av smerter vil hjelpe pasientene å mestre smertene når de opptrer. Adekvat postoperativ smertelindring er essensielt, da utilstrekkelig behandlede smerter har en rekke negative konsekvenser (Holm & Kummeneje, 2009, s. 68).

Akutte og kraftige smerter, slik som postoperative smerter, kan føre til negative fysiske reaksjoner, disponere for komplikasjoner og gi varige mén (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 394- 395). De fysiske reaksjonene utilstrekkelig behandlede postoperative smerter kan føre til er blant annet arytmier, hjerteinfarkt, kvalme og brekninger, nedsatt tarmfunksjon, søvnmangel og dyp venetrombose som følge av forsinket eller manglende mobilisering (Danielsen et al., 2016, s. 395). Studier har vist at mellom 2-10% av kirurgiske pasienter utvikler kroniske smerter (Danielsen et al., 2016, s. 395).

Postoperativ smerte kan i følge Wøien & Strand (2008, s. 272) deles inn i grunnsmerte og gjennombruddssmerte. Grunnsmerten er den vedvarende smerten pasienter opplever etter all type kirurgi der det har oppstått vevs- og nerveskade. Gjennombruddssmerte er smerten som utløses ved ekstra anstrengelser slik som hosting, leieendring og mobilisering (Wøien & strand, 2008, s. 272).

### **3.4 Smertebehandling**

### 3.4.1 Medikamentell behandling

Adekvat medikamentell smertelindring er av avgjørende betydning for å minimere risikoen for komplikasjoner i den postoperative fasen. Målet for smertelindringen i postoperativ fase er at pasienten angir en smerteintensitet under eller lik 3 på Numeric Rating Scale, har mulighet for mobilisering, samt unngår bivirkninger av behandlingen som blant annet kvalme (Den Norske Legeforening, 2009, s. 14; Wøien & Strand, 2008, s. 271). Det er veldokumentert at pasienter som har gjennomgått et kirurgisk inngrep bør behandles med multimodal smertebehandling (Lunn et al., 2013, s. 181; Den Norske Legeforening, 2009, s. 7). Årsaken til at denne behandlingsmetoden er anbefalt, er at man ved å kombinere flere ulike smertestillende medikamenter og teknikker, med ulike virkningsmekanismer, kan oppnå en bedre effekt og redusert bruk av opioider (Lunn et al., 2013, s. 181). Ved bruk av denne behandlingsmetoden vil også de opioidrelaterte bivirkningene reduseres, slik som tretthet, kvalme, forstoppelse, søvnforstyrrelser og respirasjonsdepresjon (Danielsen et al., 2016, s. 395).

Det anbefales i litteraturen å basere den postoperative smertebehandlingen på en grunnbehandling med smertestillende som doseres i faste intervaller. Denne grunnbehandlingen bør ta utgangspunkt i et ikke-opioid medikament som paracetamol eller NSAIDs (Non- Steroid Anti Inflammatory Drugs) (Den Norske legeforening, 2009, s. 14; Lunn et al., 2013, s. 183). Et opioid (morfin eller ketobemidon) anbefales deretter å gis som behovsmedikasjon. Hvis pasienten etter tre-fire dager fortsatt er i behov av gjentatte opioidinjeksjoner bør det vurderes å skifte til kontinuerlig opioidbehandling, enten i form av depottabletter eller administrering gjennom en smertepumpe (Den Norske legeforening, 2009, s. 14).

Rognstad, Fredheim, Johannesen, Kvarstein, Undall & Rustøen (2012) gjennomførte en undersøkelse der både leger og sykepleiere ved flere norske sykehus besvarte et spørreskjema som målte deres holdninger, oppfatninger og egenvurdering av kompetanse vedrørende postoperativ smertelindring. Et av hovedfunnene i undersøkelsen var at 86% av sykepleierne svarte at pasientene på deres avdeling ”ofte” eller ”veldig ofte” mottok tilfredsstillende smertelindring (Rognstad et al., 2012, s. 549). Ved et av spørsmålene i spørreskjemaet skulle respondentene vurdere ulike forhold ved avdelingen som påvirket den postoperative smertebehandlingen av pasientene. Forholdene skulle rangeres fra 1-5 der 1 var ”utilfredsstillende” og 5 var ”tilfredsstillende”. Noen av forholdene både legene og

sykepleierne var mest fornøyde med var avdelingens kombinerte bruk av opioide og ikke-opioide smertestillende, her svarte 80% av respondentene 4 eller 5. Et annet forhold de rangerte høyt var deres evne til å lytte til pasientenes egne opplevelser av smerte, her svarte 79% av respondentene 4 eller 5 (Rognstad et al., 2012, s. 549).

Dihle, Bjølseth & Helset (2006) gjorde en undersøkelse ved to norske sykehus der de gjennom observasjoner og kvalitative intervju søkte å kartlegge hvordan sykepleiere bidrar til postoperativ smertebehandling ved kirurgiske sengeposter. Forfatterne ønsket i tillegg å identifisere mulige barrierer mot optimal postoperativ smertelindring. Gjennom observasjoner avdekket forfatterne at det var et gap mellom hva sykepleierne sa de gjorde og hva de faktisk gjorde. Sykepleierne oppga blant annet at den vanlige måten å lindre postoperative smerter på var ved å kombinere opioide og ikke-opioide smertestillende medikamenter og at de ga paracetamol i regelmessige intervaller som basismedisiner (Dihle et al., 2006, s. 474). Gjennom observasjon ble det imidlertid avdekket at sykepleierne sjelden ga ikke-opioide smertestillende medikamenter, slik som paracetamol, jevnlig (Dihle et al., 2006, s. 474).

En annen norsk undersøkelse som ble gjennomført av Fredheim, Kvarstein, Undall, Stubhaug, Rustøen & Borchgrevink (2011), undersøkte prevalensen av postoperativ smerte med intensitet over eller lik 4 på Numeric Rating Scale. 215 inneliggende pasienter fordelt på 14 norske sykehus deltok i studien. 43% av pasientene oppga at smerte hadde vært det mest plagsomme symptomet det første døgnet etter operasjon, og så mange som 38% av pasientene rapporterte en gjennomsnittlig smerte i ro på over 4 på NRS det første postoperative døgnet (Fredheim et al., 2011:1764).

### **3.4.2 Sykepleierens rolle og ansvar**

I den Norske Legeforenings retningslinjer for smertebehandling (2009) står det blant annet følgende om hva adekvat behandling skal innebære:

- Tidlig vurdering og regelmessig revurdering av smerte.
- Helsepersonell må ha tilstrekkelig kompetanse innen smerte og smertebehandling.
- Vurdering og behandling av smerte skal journalføres (Den Norske Legeforening, 2009, s. 7).

Sykepleieren har et stort ansvar i den postoperative smertebehandlingen. Sykepleierens oppgaver er, som en kan se ut ifra retningslinjene over, å vurdere og beskrive pasientens smerter, i tillegg til å administrere og evaluere effekten av forordnede smertestillende medikamenter (Holm & Kummeneje, 2009, s. 72). Det stilles store krav til sykepleieren i møte med pasienter som har postoperative smerter. Sykepleieren trenger inngående kunnskap om smertefysiologi, konsekvensene postoperative smerter kan ha for en nyoperert pasient, samt kunnskap om inngrepet pasienten har vært igjennom og mulige konsekvenser som kan oppstå etter inngrepet. Wøien & Strand (2008, s. 273) konkluderer med at god smertelindring ikke kan oppnås uten en helhetlig forståelse av pasientens situasjon og ressursene pasienten har til å håndtere situasjonen og sykdommen.

Det er den ansvarlige legen som ordinerer de smertestillende medikamentene til pasienten, men ofte har de ulike kirurgiske avdelingene fastsatte systemer for medikamentell smertelindring av pasienter som har gjennomgått ulike kirurgiske inngrep (Wøien & Strand, 2008, s. 277). Sykepleieren får da et større handlingsrom til å administrere medikamentene avhengig av pasientenes behov, noe som stiller store krav til sykepleierens evne til å vurdere og evaluere pasientens smerter.

Administrering av legemidler i den postoperative fasen gjøres som nevnt oftest av sykepleieren, og medikamentene kan administreres på flere ulike måter. Intravenøs administrering er den foretrukne metoden for behovsmedikasjon ved sterke smerter, tidlig i det postoperative forløpet. Pasienten opplever maksimal smertelindrende effekt innen 15 minutter med de mest brukte opioider, men den respirasjonsdempende effekten av legemidlene er også størst i dette tidsrommet (Norsk legemiddelhåndbok, 2016). Dette stiller krav til sykepleierens evne til å observere etter bivirkninger som søvnighet og redusert bevissthet (Holm & Kummeneje, 2009, s. 76).

### **3.4.3 Kartlegging av postoperativ smerte**

Kliniske målemetoder som objektivt vurderer pasientens smerteintensitet finnes ikke (Lunn et al., 2013, s. 193). Pasientens smerteintensitet bør derfor vurderes ved hjelp av skalaer eller skjemaer som beskriver pasientens subjektive opplevelse av smerteintensiteten. Eksempler på ulike skalaer er Visuell Analog Skala (VAS), Numeric Rating Scale (heretter kalt NRS) eller

verbal skala (Holm & Kummeneje, 201, s. 73; Lunn et al., 2013, s. 193). Alle de ovennevnte skalaene er endimensjonale kartleggingsverktøy som kun vurderer smertens intensitet. Det finnes også flerdimensjonale kartleggingsverktøy, som i tillegg til å vurdere smertens intensitet blant annet også vurderer smertens kvalitet og hvordan den påvirker pasientens grunnleggende behov (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008, s. 54-55). Et eksempel på et flerdimensjonalt smertevurderingsskjema er McGill Pain Questionnaire. Skjemaet består av 78 adjektiver som pasientene skal bruke til å beskrive de ulike aspektene av smerten de opplever (Danielsen et al., 2016, s. 390).

Kartlegging av postoperativ smerte skal alltid dokumenteres skriftlig, slik at informasjon om iverksatte tiltak og eventuell effekt er tilgjengelig for andre som skal behandle pasienten (Wøien & Strand, 2008, s. 276). Det anbefales å benytte et pålitelig og lettvent verktøy for vurdering av smerte, både fordi pasientens mentale kapasitet kan være påvirket, men også for å sikre konsistent dokumentasjon av pasientens smerteopplevelse (Wøien & Strand, 2008, s. 276). Sykepleiere bør tilstrebe å undervise i bruken av det aktuelle smertekartleggingsverktøyet før pasienten blir operert, da pasienten på dette tidspunktet ikke er plaget av smerter (Wøien & Strand, 2008, s. 276).

I den tidligere nevnte studien til Bach et al. (2018) observerte forfatterne at systematisk vurdering og evaluering av pasientens smerte ikke var integrert i sykepleiernes praksis (Bach et al., 2018, s. 613). Disse funnene samsvarer med resultatene av undersøkelsen til Fredheim et al. (2011), og Dihle et al. (2006). Sykepleierne som ble intervjuet i undersøkelsen til Dihle et al. (2006, s. 473) oppga at de kjente til smertekartleggingsskalaer, men at de sjelden brukte disse. Observasjonene til forfatterne avdekket usystematisk og inadekvat vurdering av smerte blant sykepleierne (Dihle et al., 2006, s. 474). Alle sykepleierne som ble intervjuet oppga at de evaluerte effekten av de smertestillende medikamentene ved å snakke med pasientene og spørre om de fortsatt hadde smerter. Sykepleierne fortalte videre at det ikke fantes noen felles rutine for evaluering av smertebehandlingen de ga. Noen av sykepleierne oppga at de evaluerte effekten av smertestillende medikamenter gitt intravenøst etter fem til ti minutter, og etter 45 minutter ved smertestillende gitt i tablettform (Dihle et al., 2006, s. 475). Gjennom observasjoner oppdaget likevel forfatterne at effekten av de smertestillende medikamentene som ble gitt i mange tilfeller kun ble evaluert dersom det ble gitt intravenøst (Dihle et al., 2006, s. 475).

Undersøkelsen til Fredheim et al. (2011) fant at mens kun halvparten av pasientene i deres undersøkelse hadde blitt bedt om å angi smerteintensitet på en skala, hadde så mange som tre av fire av pasientene blitt tilbudt ekstra smertestillende (Fredheim et al., 2011, s. 1764-1765).

Bach et al. (2018) observerte at sykepleierne involverte pasientene i vurderingen av smertenivå i svært få tilfeller, og at sykepleierne heller brukte pasientenes aktivitetsnivå som et mål på pasientens smerteintensitet (Bach et al., 2018, s. 613). Det ble sjelden observert at sykepleierne vurderte pasientenes smerte systematisk ved hjelp av en smerteskala, det ble heller brukt mer indirekte tilnærminger slik som å spørre om pasientene kunne bevege seg, puste dypt, eller hvorvidt de hadde sovet godt om natten. Sykepleierne observerte pasientenes atferd ved å se etter tegn på ubehag. På denne måten tolket de stille pasientens smertenivå basert på kroppsspråk og sykepleiernes egne tolkninger og sanser (Bach et al., 2018, s. 613-614).

## **3.5 Holdninger og kunnskap**

### **3.5.1 Holdninger**

Holdninger kan defineres som ”en relativt vedvarende måte å organisere våre tanker, følelser og handlinger på” (Kaufman, gjengitt i Ohnstad, 2012, s. 231). Holdninger dannes i samspillet med andre mennesker, og ved å ta del i ulike kulturer og miljøer. Gjennom interaksjon med andre mennesker ser vi hva som er de regjerende oppfatningene rundt ulike saker. Ohnstad (2012, s. 231) beskriver at holdninger grovt sett består av tre komponenter; en kognitiv komponent, en følelsesmessig komponent og en atferdskomponent. Den kognitive komponenten beror på hva vi tenker om en sak eller hendelse. Den følelsesmessige komponenten handler om hvordan vi reagerer følelsesmessig på det vi opplever. Det kan ved eksponering for visse situasjoner vekke følelser i oss som avsky, sinne eller frustrasjon. Den siste komponenten, altså atferdskomponenten, går ut på at vi reagerer med en viss type atferd i møte med en konkret situasjon (Ohnstad, 2012, s. 231). Ohnstad (2012, s. 243) skriver videre at holdninger som nevnt kan knyttes til hva som er de gjeldene oppfatningene i samfunnet, men også til problemstillinger man finner i vitenskapen. Holdninger skapes altså



gjennom den kulturen og miljøet en er i, og kan endres gjennom ny kunnskap. Ved tilførsel av ny kunnskap vil en av komponentene endres, enten følelsene, tankene eller atferden, noe som vil skape ustabilitet i ens holdninger (Ohnstad, 2012, s. 243).

### **3.5.2 Kunnskap**

Begrepet ”kunnskap” spenner vidt, og kan forklares mer spesifikt med ord som kjennskap, viten og innsikt (Kristoffersen, 2016, s. 140). For å relatere begrepet til et mer personlig plan kan ord som ferdighet og ekspertise brukes for å beskrive begrepet kunnskap. Sett i sykepleiesammenheng relateres begrepet kunnskap ofte til begrepet kompetanse, som også innebefatter ordene skikkethet og dyktighet (Kristoffersen, 2016, s. 140). Å inneha kompetanse viser seg dermed i evnen en har til å omsette kunnskap i praktiske situasjoner og ta beslutninger basert på faglig kunnskap og erfaring (Kristoffersen, 2016, s. 140).

Sykepleieres yrkesutøvelse skal være fundert i kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis går ut på at fagutøvelsen skal være basert på forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring, brukerkunnskap- og medvirkning (Nortvedt et al., gjengitt i Kristoffersen, 2016, s. 144). Forskningsbasert kunnskap, som også kalles vitenskapelig kunnskap, er kunnskap som er utviklet systematisk gjennom forskning. Forskningsbasert kunnskap er et viktig bidrag i sykepleiefaget, og kan gi oppdatert og relevant informasjon om fenomener, årsaksforhold og forekomst av ulike tilstander. Forskning vil også kunne være med på å skape økt forståelse for pasienters opplevelser og erfaringer, som igjen vil være nyttig for sykepleiere i sin yrkesutøvelse (Kristoffersen, 2016, s. 145). Slik forskning kan finnes både i bøker, vitenskapelige rapporter, tidsskrifter og på nettet (Kristoffersen, 2016, s. 144). Arbeidsgiver bør i tillegg legge til rette for kompetanseheving i form av blant annet hospitering og kurs (Kristoffersen, 2016, s. 185).

I en irsk undersøkelse gjennomført av McNamara, Harmon & Saunders (2012) fant forfatterne at sykepleiere som hadde gjennomført et fire timer langt kurs om smertelindring viste en betraktelig endring i kunnskaper og holdninger til smerte og smertelindring (McNamara et al., 2012, s. 962). Forfatterne oppdaget også, ved å teste kunnskapene og holdningene til sykepleierne før, rett etter, og seks uker etter kurset, at det eksisterer et behov for kontinuerlig veiledning og undervisning for å kunne sørge for faglig oppdatert

postoperativ pleie (McNamara et al., 2012, s. 962). I undersøkelsen til Rognstad et al. (2012, s. 549) oppga kun 20% av legene og sykepleierne at de synes de årlige oppdateringene av de ansattes kunnskaper vedrørende smertebehandling var tilfredsstillende.

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2016) står det blant annet følgende om hvilke kunnskapskrav som stilles til norske sykepleiere: ”1.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis ” (Norsk Sykepleierforbund, 2016). I retningslinjene beskrives det tydelig det eksplisitte kravet som stilles til sykepleiere om å gå aktivt inn for å holde seg faglig oppdatert rundt egen praksis, og innen eget fagområde (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle (2015) gjennomførte i 2009 en undersøkelse i den hensikt å få innsikt i sykepleiere og sykepleierstudenters kunnskap om og holdninger til smerte og smertelindring til voksne pasienter på kirurgisk avdeling. Forfatterne benyttet spørreskjemaet Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (Ferrell & McCafferey, 2014), oversatt til norsk etter internasjonale retningslinjer. Spørreskjemaet inneholder flere avkryssningsspørsmål med rette og gale svar, samt noen case-baserte oppgaver. Spørreskjemaet har som mål å kvantifisere sykepleieres holdninger og kunnskaper om postoperativ smertebehandling. Spørsmålene begge gruppene skåret høyest på var blant annet at det er pasienten selv som best vurderer egen smerte, og at multimodal smertelindring er best egnet for optimal smertekontroll (Granheim et al., 2015, s. 331). Spørsmålene flest svarte feil på omhandlet blant annet frykt for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet (Granheim et al., 2015, s. 331).

Til slutt i spørreskjemaet ble respondentene presentert for to pasienthistorier hentet fra kirurgisk sengepost, hvor det er tenkt at det er pasientens første dag etter operasjon. I den første pasienthistorien ”møter” respondentene en pasient som oppgir 8 på NRS samtidig som han smiler og spøker med en besøkende når du kommer inn på rommet. De vitale målingene til pasienten er normale. Respondentene ble så bedt om å markere ved det tallet på skalaen de mener representerer deres vurdering av pasientens smerter. Deretter skulle respondentene velge mellom svaralternativer i forhold til hva de ville gi av smertestillende basert på legens behovsordinasjon av smertestillende. Legens ordinasjon var ”1-3mg morfin intravenøst inntil hver time til smertelindring” (Granheim et al., 2015, s. 331). Her markerte totalt 37% av sykepleierne ved tallet 8, og 28% av alle sykepleierne valgte å gi 3mg morfin intravenøst

umiddelbart, som er riktig svaralternativ. Pasienthistorie 2 var nøyaktig lik den forrige unntatt at når man entret rommet til pasienten lå han stille i sengen og skar grimaser ved bevegelser. Pasienten oppga også i dette scenarioet 8 på NRS. I dette tilfellet valgte 52% av sykepleierne å markere ved tallet 8, og 46% av sykepleierne valgte å gi 3mg morfin intravenøst umiddelbart (Granheim et al., 2015, s. 331).

## **3.6 Joyce Travelbees sykepleieteori**

I dette kapittelet vil Joyce Travelbees sykepleieteori bli redegjort for, supplert med annen aktuell teori der det er relevant.

Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (f.1926 - d.1973) sitt menneskesyn er preget av en oppfatning om at hvert menneske er unikt og uerstattelig (Travelbee, 2001, s. 54). Lidelse blir i hennes filosofi betraktet som en naturlig og uunngåelig del av livet og det å være menneske. Hun skiller likevel mellom lidelse som en fellesmenneskelig erfaring, og den personlige opplevelsen av lidelse hver enkelt person erfarer. Når det gjelder omgivelsenes påvirkning på individet, er Travelbees mening at menneskets kulturelle bakgrunn og forståelse i stor grad er medvirkende til hvordan han eller hun oppfatter sykdom og lidelse (Travelbee, 2001, s. 103).

Travelbee vektlegger også viktigheten av hvordan sykepleiere reagerer ovenfor pasienter i smerte. Hun skriver at det er vanskelig nok å ha smerter, men situasjonen blir enda verre for den som opplever at sykepleieren ikke tror han og mener han overdriver eller spiller skuespill (Travelbee, 2001, s. 114). Travelbee stiller seg særlig kritisk til sykepleiere som utvikler det hun kaller en ”mental målestokk”. Med dette mener hun sykepleiere som har en sterk oppfatning av hva som er forventet grad av smerte blant pasientene etter bestemte operasjoner. En pasient som dermed overskriver denne skalaen vil i følge Travelbee (2001, s. 115) bli ansett som en som spiller skuespill, eller en som ”tåler lite”.

### **3.6.1 Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold**

Sykepleieren kan kun nå sine mål og hensikter ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold med pasienten, noe Travelbee (2001, s. 186) mener skjer gjennom flere faser. For å

etablere et slikt forhold er det avgjørende at de begge slutter å se på den andre i lys av sin rolle, og forkaster oppfatninger eller fordommer de har mot den andre personens rolle (Travelbee, 2001, s. 187). Ved å gjøre dette vil de klare å se den andre som et unikt individ, og på denne måten skape et mer balansert maktforhold. Travelbee (2001, s. 188-189) mener sykepleierens og pasientens ulike identiteter vil vise seg synlige, gjennom kommunikasjon og samhandling, når de klarer å legge vekk sine stereotypiske oppfatninger av hverandre, og heller se på hverandre som unike og særegne mennesker. Når sykepleieren ser på pasienten som et særegent og unikt menneske, heller enn simpelthen en pasient, vil hun eller han være mer tilbøyelig til å utvikle en empatisk forståelse ovenfor pasienten (Travelbee, 2001, s. 192-193). Denne empatiske holdningen kan utvikles til sympati, som til forskjell fra empati tilføyes et aktivt ønske om å hjelpe pasienten til å få det best mulig (Travelbee, 2001, s. 200). Hvis sykepleieren og pasienten lykkes med å gå gjennom de ulike fasene i dannelsen av et menneske-til-menneske-forhold vil det til slutt oppstå en nær og gjensidig forståelse og kontakt mellom dem, noe Travelbee (2001, s. 211) mener er det overordnede målet for all sykepleie.

Eide og Eide definerer empati som ”evnen til å lytte, til å sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser, tanker og reaksjoner” (Eide & Eide, 2017, s. 157). I helsefag, slik som i sykepleie, brukes ordet empati spesielt om evnen til å sette seg inn i andres situasjon, og om evnen til å ha medfølelse for et annet individ. Å kunne leve seg inn i en annen persons situasjon er av avgjørende karakter for helsepersonell, da det har betydning for hvorvidt helsepersonellet skal klare å innhente tilstrekkelig med informasjon fra pasienten, til å kunne hjelpe på best mulig måte (Eide & Eide, 2017, s. 157).

I en profesjonell sammenheng vil bruk av empati også innebære at den profesjonelle, eksempelvis sykepleieren, viser at den har forstått det den andre har kommunisert. Dette kan den profesjonelle gjøre i form av å bekrefte den andres utsagn verbalt, nonverbalt eller gjennom en handling. Eide & Eide (2017, s. 157-158) vektlegger særlig handlingsaspektet i denne sammenheng, og skriver at det er irrelevant hvorvidt man forstår pasienten, dersom man ikke bruker det pasienten kommuniserer til vedkommendes beste.

I undersøkelsene til både Bach et al. (2018) og Dihle et al. (2006) observeres det av forfatterne at det er ulikheter blant sykepleierne når det kommer til hvor oppmerksomme de er på pasientenes smerte. Noen av sykepleierne var oppmerksomme ovenfor både non-verbale og verbale tegn på smerte fra pasientene (Bach et al., 2018, s. 613; Dihle et al., 2006, s. 474).

Det ble dog også observert sykepleiere som kun lyttet, uten å gjøre noe, til tross for at pasientene eksplisitt forklarte at de hadde smerter (Dihle et al., 2006, s. 474). Sykepleiernes varierende grad av oppmerksomhet rettet mot pasientens smerte kan i følge Dihle et al. (2006, s. 475) sees som et uttrykk for sykepleiernes grad av empati.

### **3.6.2 Kommunikasjon**

God kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er i følge Travelbee (2001, s. 135-136) essensielt for å kunne danne et menneske-til-menneske- forhold. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som en særegen person, og forsøker å finne ut av hva som er unikt for nettopp denne pasienten (Travelbee, 2001, s. 140). Det blir her spesielt viktig at sykepleieren er årvåken og påpasselig på at hun ikke tillegger pasienten samme behov og ønsker som hun nødvendigvis ville hatt i tilsvarende situasjon, men tilstreber å identifisere pasientens egne, individuelle behov (Travelbee, 2001, s. 140-141).

Eide (2008, s. 354) vektlegger også betydningen av god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og definerer kommunikasjon som ”utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter”. Kommunikasjon er en essensiell del av sykepleierens hverdag, og å kunne kommunisere godt er av stor betydning for i hvilken grad pasienten føler seg hjulpet. I følge Eide (2008) er det å anerkjenne pasientens opplevelse av situasjonen og sine smerter svært viktig. Forfatteren referer til forskning på feltet, og skriver at sykepleiere ser ut til å bruke svært subjektive strategier ved kartlegging av smerter hos pasienter i postoperativ smerte (Eide, 2008, s. 357).

De ovennevnte funnene bekreftes i artikkelen til Dihle et al. (2006). I undersøkelsen oppdaget forfatterne at sykepleierne henvendte seg til pasientene på ulike måter når de skulle spørre dem om smerten deres. Noen av sykepleierne stilte direkte spørsmål, slik som: ”har du vondt?” eller ”hvordan er smerten?”. Forfatterne observerte at det ved å stille slike direkte spørsmål ble lettere for pasientene å snakke om smerten og bruk av smertestillende medikamenter, enn når sykepleierne stilte mer åpne spørsmål som ”hvordan går det med deg?” (Dihle et al., 2006, s. 473).

## 4 Drøfting

I dette kapittelet vil funn og resultater fra forskningsartikler bli drøftet opp mot teori og egne erfaringer fra praksisfeltet. Etter nøye tolkning av artiklene og deres innhold har det blitt funnet flere likhetstrekk i innhold og tema, og følgende temaer vil derfor utgjøre rammen for drøftingskapittelet: Sykepleieres holdninger til smertepregete pasienter, kartlegging av postoperative smerter og forholdet mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling.

### 4.1 Sykepleieres holdninger til smertepregete pasienter

Joyce Travelbee (2001, s. 211) beskriver i boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* at målet for all sykepleie er dannelsen av et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient. For å nå dette målet må sykepleier og pasient slutte å se på hverandre som representanter for ulike stereotyper, og se hverandre som unike individer. Når sykepleieren ser på pasienten som et unikt individ vil hun ha en større tilbøyelighet til å føle empati ovenfor pasienten (Travelbee, 2001, s. 192-193).

Imidlertid har det etter gjennomgang av nyere forskningslitteratur (Bach et al., 2018; Dihle et al., 2006; Mackintosh- Franklin, 2014) blitt avdekket funn som kan tolkes i retning av at noen sykepleiere viser redusert mengde empati i møte med smertepregede pasienter. Flere av sykepleierne som ble intervjuet i de ulike studiene så på smerte som en normal og forventet del av en postoperative opplevelsen, og det ble gjennom intervjuer med sykepleierne i studien til Mackintosh- Franklin (2014) avdekket et svært teknisk blikk på smerte. Smertelindring ble sjelden sett på som noen utfordring blant sykepleierne i studien, med mindre det involverte et teknisk aspekt. Pasienter som ikke ble smertelindret ved hjelp av invasive metoder, slik som eksempelvis smertepumpe, ble ofte oversett med tanke på smerter, på tross av å ha gjennomgått like operasjoner som de med invasive smertelindringsmetoder (Mackintosh- Franklin, 2014, s. 583).

Et annet funn som kan tolkes i retning av redusert mengde empati blant sykepleierne, er måten sykepleierne i forskningslitteraturen omtalte smerte. Flere av sykepleierne så på smerte

som en normal og forventet del av den postoperative opplevelsen (Mackintosh- Franklin, 2014; Bach et al., 2018). Mackintosh- Franklin (2014 s. 585) uttrykker i sin artikkel bekymring for om sykepleieres oppfatning av smerte som noe normalt og forventet kan representere en generell ufølsomhet ovenfor smerte blant sykepleiere. Videre ble det både i studien til Bach et al. (2018) og Dihle et al (2006) registrert ulik grad av oppmerksomhet ovenfor smerte blant sykepleierne som ble observert under undersøkelsene. Dihle et al. (2006, s. 474) beskriver eksempelvis sykepleiere som ignorerer pasienter som eksplisitt uttrykker at de har smerter.

På den andre siden ble det i forskningslitteraturen også observert mange sykepleiere som viste stor grad av empati ovenfor pasienter i smerte. Noen av respondentene fortalte om den psykiske belastningen det kunne være å jobbe med pasienter som ikke ble tilstrekkelig smertelindret (Mackintosh-Franklin, 2014, s. 584). Andre viste empati i form av å reagere momentant ved tegn på smerter hos pasientene, det være seg verbale eller non-verbale tegn (Dihle et al 2006, s. 474; Bach et al 2018, s. 613).

I undersøkelsen til Mackintosh-Franklin (2014) blir det erfart av forfatteren at det var en oppfatning blant flere av sykepleierne om at graden av smerte de forventet hos pasientene var avhengig av hvilket kirurgisk inngrep de hadde vært gjennom (Mackintosh-Franklin, 2014, s. 583). Flere av respondentene var oppmerksomme på at dette ikke er noen positiv egenskap. Disse holdningene kan sees som et uttrykk for manglende kunnskap blant sykepleierne om at lik grad av påvirkning kan gi ulik opplevelse av smerte hos ulike mennesker (Sand et al., 2018, s. 170). Travelbee (2001, s. 115) er svært kritisk til en slik ”mental målestokk” som sykepleierne i undersøkelsen til Mackintosh-Franklin refererer til, og mener at hvis en person sier han har smerte må sykepleieren godta personens opplevelse av smerte, enten den har et organisk grunnlag eller ikke.

Gjennom egen praksiserfaring har jeg opplevd at det kan være vanskelig å tro på pasienter som har vært gjennom mindre inngrep, men likevel rapporterer om svært sterke smerter. I slike situasjoner kan det være svært viktig at sykepleieren tar et skritt tilbake, og husker at smerte ikke kun består av den fysiske komponenten, men at smerte er et komplekst fenomen som også påvirkes av pasientens tidligere erfaring med smerte, kultur og sosial bakgrunn (Sand et al., 2018, s. 170).

Holdninger består av en kognitiv, en følelsesmessig og en atferdsmessig komponent (Ohnstad, 2012, s. 231). Den kognitive komponenten styrer hva vi tenker om en sak. Dihle et al. (2006, s. 476) skriver i sin forskningsartikkel at et mulig tiltak for å prøve å forbedre den postoperative smertebehandlingen vil være å innføre kurs med mål om å utvikle mer empatiske sykepleiere. Et slikt kurs kunne eksempelvis inneholdt repetisjon av kunnskap om smertefysiologi og undervisning om hvor individuelt smerte oppleves. Holdninger endres gjennom ny kunnskap, ved at følelsene eller atferden endres (Ohnstad, 2012, s. 243). Målet med et slikt kurs vil kunne være at tilførselen av ny kunnskap vil påvirke sykepleiernes holdninger, noe som forhåpentligvis resulterer i endret atferd. Påfyll av kunnskap vil forhåpentligvis også kunne endre tankegangen Travelbee (2001, 115) referer til som ”mental målestokk”-tankegang, som ble oppdaget i undersøkelsen til Mackintosh-Franklin (2014), ved undervisning om at samme type inngrep vil kunne gi ulik smerteopplevelse hos ulike mennesker. En amerikansk undersøkelse fant en økning i medisinstudenters grad av empati ovenfor pasienter, etter et treningsprogram som hadde som mål å øke deres grad av empati (Bayne, 2011, s. 324). Studentenes grad av empati i møte med pasienter ble vurdert av pasientene, og pasientenes vurdering av studentene viste en signifikant forbedring etter treningsprogrammet (Bayne, 2011, s. 324). Forfatteren konkluderer med at denne forbedringen har en praktisk og en statistisk betydning når det gjelder å vise hvilken effekt treningsprogrammer rettet mot empati har (Bayne, 2011, s. 325).

Eide & Eides (2017, s. 158) definisjon av empati i profesjonell sammenheng vektlegger særlig betydningen av å bekrefte den andres utsagn verbalt, nonverbalt eller gjennom handling. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det skrevet at ”sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse” (Norsk sykepleierforbund, 2016). Hvorfor velger da sykepleierne i studien til Dihle et al (2006) å ignorere en pasients ønske om å nettopp lindre lidelsen?

Eksempelet Dihle et al. (2006) beskriver, der enkelte sykepleiere avstår fra å lindre smertepregete pasienter, på tross av at pasientene verbalt og nonverbalt uttrykker at de har smerte, mener jeg kan tolkes som et uttrykk for manglende empati fra sykepleiernes side. Ved å ignorere pasientenes behov på denne måten skaper sykepleierne i følge Travelbee (2001, s. 115) en desto vanskeligere situasjon for pasienten når han oppdager at sykepleieren ikke tror på ham. Målet og resultatet etter å ha gjennomgått de fire fasene i etableringen av et menneske-til-menneske forhold er i følge Travelbee (2001, s. 212) at sykepleier og pasient



oppnår gjensidig forståelse og kontakt. En underliggende forutsetning for den oppnåelsen er dog at sykepleieren ikke gjør situasjonen verre for pasienten (Travelbee, 2001, s. 212). Slik jeg ser det, motvirker sykepleierne i undersøkelsen til Dihle et al. (2006), ved å ignorere pasientenes smerteklager, etableringen av et fullverdig menneske-til-menneske forhold, og med det oppnåelsen av gjensidig forståelse og kontakt.

På en annen side, er det mulig at sykepleiernes ovennevnte handling kan skyldes mer organisatoriske forhold, slik som høyt arbeidspress. Undersøkelsen til Bach et al. (2018) viste at sykepleierne ikke viet tid alene til det å smertelindre pasientene, men gjorde det i forbindelse med andre gjøremål, eksempelvis å levere ut medisiner eller mat. Det ble videre avdekket at sykepleierne i enkelte tilfeller var mer opptatt av å mobilisere pasientene enn å gi god smertelindring, noe forfatterne mener kan være et uttrykk for at sykepleierne er mer oppgavefokusert enn pasientfokusert, nemlig på grunn av det store arbeidspresset (Bach et al., 2018, s. 616). Dette kan sees i sammenheng med undersøkelsen til Dihle et al. (2006, s. 474) der det ble observert at de fleste sykepleierne valgte å fortsette en mobilisering på tross av at pasientene viste tegn på smerter som å stønne eller lage grimaser.

## **4.2 Kartlegging av postoperative smerter**

Den norske legeforening har i sine retningslinjer for smertebehandling understreket viktigheten av tidlig vurdering og regelmessig revurdering av smerte (Den norske legeforening, 2009, s. 7). Dette støttes av Lunn et al. (2013, s. 193) som skriver at smertevurderingen skal gjøres både i ro og i aktivitet, og at resultatene skal dokumenteres og være lett tilgjengelige. Til tross for disse klare anbefalingene, viser forskning at systematisk vurdering og evaluering i liten grad er integrert i sykepleieres praksis (Bach et al., 2017; Fredheim et al., 2011; Dihle et al., 2006).

Fredheim et al. (2011, s. 1765) fant i sin undersøkelse at systematisk dokumentasjon av postoperativ smerte kun ble dokumentert i 22% av tilfellene, dette i en undersøkelse der 215 pasienter var inkludert. Av studiene til både Bach et al. (2018) og Dihle et al. (2006) fremgår det at sykepleierne i svært liten grad benyttet seg av kartleggingsverktøy for å bedømme pasientens smerte (Bach et al., 2018, s. 613-614; Dihle et al., 2006, s. 473). Sykepleierne benyttet heller pasientens aktivitetsnivå som et indirekte mål på deres smerteintensitet.

Sykepleierne i studien til Bach et al. (2018, s. 614) begrunnet dette med at grunnet deres kliniske kompetanse, valgte de å stole mer på hva pasientene var i stand til å gjøre fysisk, fremfor hvor vondt de sa de hadde. Hvis det var et misforhold mellom pasientens selvrapporterte smerte og sykepleiernes egne vurderinger av pasientens smerte, valgte sykepleierne å stole på sin egen vurdering (Bach et al., 2018, s. 615). En av sykepleierne i studien til Bach et al. (2018) oppga at det er vanskelig å tro på en pasient som oppgir 9 på VAS (Visuell Analog Skala), når man ser pasienten gå i korridoren og en tenker ”dette kan ikke være riktig, hun ville ikke klart å gjøre dette med en slik smerte” (Bach et al., 2018, s. 614).

Dette er noe jeg kjenner meg igjen i fra praksis og jobbsammenheng, nemlig det at de ulike smertekartleggingskalaene kan være utfordrende å bruke fordi det ligger et tolkningsperspektiv til grunn for bruken. Hva som er 9 på en smerteskala fra 0-10 kan bety veldig ulike ting for to mennesker, eksempelvis pasienten og sykepleieren. Wøien & Strand (2008, s. 276) anbefaler derfor å informere om bruken av det aktuelle smertekartleggingsverktøyet som blir benyttet i avdelingen, før pasienten blir operert. Til tross for dette, ble det observert i studien til Dihle et al. (2006 s. 473) at ingen av sykepleierne ga informasjon om smerte og smertekartleggingsverktøy preoperativt, med mindre pasientene etterspurte det.

Funnene til Dihle et al. (2006) og Bach et al. (2018) angående usystematisk smertekartlegging, kan sees opp mot resultatene av undersøkelsen til Rognstad et al. (2012) og Fredheim et al. (2011). 86% av sykepleierne i studien til Rognstad et al. (2012, s. 549) svarte at pasientene på deres avdeling ”ofte” eller ”veldig ofte” mottok tilfredsstillende smertelindring, mens 43% av pasientene i studien til Fredheim et al. (2011, s. 1764) oppga at smerte hadde vært det mest plagsomme symptomet det første døgnet etter operasjonen. Det er interessant å bemerke at begge disse undersøkelsene er gjort ved norske sykehus. Fra sykepleiernes synspunkt ytes det god postoperativ smertebehandling. Likevel oppgir så mange som 43% av 215 pasienter at smerte var det mest plagsomme symptomet det første postoperative døgnet. Betyr dette at sykepleiere ikke er flinke nok til å fange opp når pasientene har vondt, eller, sett på en annen måte- betyr det at pasientene ikke tør å si ifra når de har vondt?

I forrige kapittel ble det stilt spørsmålstegn ved hvorvidt sykepleieres tendens til å vise manglende empati i møte med smertepregete pasienter, kan skyldes organisatoriske forhold.

Under min praksisperiode på kirurgisk avdeling gjorde jeg meg noen observasjoner som kan knyttes til de motstridende funnene til Rognstad et al. (2012) og Fredheim et al. (2011). Jeg opplevde at de pasientene som gjorde lite ut av seg, og sjeldent ringte etter hjelp kunne bli litt glemt fordi det er et høyt arbeidstempo og sykepleierne har svært mye å gjøre. Det kan etter min oppfatning derfor være vanskelig for sykepleierne å vite hvor godt de faktisk smertelindrer pasientene på sin avdeling, når flere pasienter i realiteten kan ligge å ha vondt uten å ville være til bry ved å ringe i ringesnora. Dette blir bekreftet gjennom observasjonene til Bach et al. (2018, s. 613) som skriver at pasientene sjelden ringte etter sykepleierne, selv om de hadde smerter.

Holm & Kummeneje (2009, s. 76) vektlegger sykepleierens rolle i den postoperative smertebehandlingen, spesielt når det gjelder å ha kunnskaper om bivirkninger ved administrering av opioide smertestillende medikamenter. Sykepleiere skal alltid evaluere effekten av smertestillende medikamenter, men spesielt viktig er dette ved administrasjon av opioide legemidler intravenøst. Sykepleierne som ble intervjuet i studien til Dihle et al. (2006, s. 473) oppga at de evaluerte effekten av de smertestillende medikamentene de hadde gitt ved å snakke med pasienten. Gjennom observasjoner ble det imidlertid avdekket at effekten av medikamentene som oftest kun ble evaluert dersom de ble gitt intravenøst.

Ved administrasjon av opioider intravenøst har sykepleieren et stort ansvar for å observere pasientens respirasjon for å avdekke eventuell respirasjonsdepresjon (Holm & Kummeneje, 2009, s. 76). Likevel er målet ved å gi smertestillende, uavhengig av om det er i tablettform eller intravenøst, at pasienten skal oppleve smertelindring. Dette tydeliggjøres av Holm & Kummeneje (2009, s. 72) som skriver at sykepleieren skal administrere og vurdere effekten av gitte smertestillende, dette uavhengig av administrasjonsmetode.

### **4.3 Forholdet mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling**

I følge Kristoffersen (2016, s. 140) innebærer det å være kunnskapsrik og kompetent i en sykepleiesammenheng det å ha evnen til å omsette teoretisk kunnskap til praktisk handling.

Dihle et al. (2006, s. 475) konkluderer i sin undersøkelse med at det er et gap mellom hva sykepleiere sier de gjør, og hva de faktisk gjør, når det kommer til postoperativ smertebehandling. Sykepleierne uttaler at smertebehandlingen blir basert på kombinasjon av opioide og ikke-opioide smertestillende, og at de gir paracetamol i regelmessige intervaller (Dihle et al., 2006, s. 474). Denne angivelige praksisen samsvarer med Den Norske Legeforenings anbefalinger om en multimodal smertebehandling (Den Norske Legeforening, 2009, s. 7). Gjennom observasjon ble det dog observert at sykepleierne sjelden administrerte ikke-opioide smertestillende medikamenter, slik som paracetamol, jevnlig (Dihle et al., 2006, s. 474).

Granheim et al. (2015) gjorde et lignende funn i sin undersøkelse av sykepleiere og sykepleierstudenters kunnskap og holdninger til smertelindring hos voksne. Forfatterne fant at det er et misforhold mellom sykepleiernes teoretiske kunnskap og praktiske handling, noe som ble illustrert gjennom sykepleiernes besvarelser på oppgavene med pasienthistorier (Granheim et al., 2015, s. 331). Gjennom disse besvarelsene ble det tydeliggjort at sykepleierne var mer tilbøyelige til å gi morfin umiddelbart til en pasient som viste tydelige atferdsmessige tegn på smerter. Tidligere i undersøkelsen hadde sykepleierne skåret høyt på at det er pasienten selv som bedømmer egen smerte best, men likevel ble det gjennom pasienthistoriene tydelig at sykepleierne lot seg selv, og smertelindringen, påvirke av hvorvidt pasienten fremsto fysisk smertepåvirket. Dette til tross for at pasientens egenrapporterte smerteintensitet var den samme i begge casene (Granheim et al., 2015, s. 331).

En persons opplevelse av samme smertevoldende stimuli kan variere avhengig av situasjonen, og en bestemt sinnstilstand eller forventning kan være med på å påvirke en persons opplevelse av smerte (Sand et al., 2018, s. 172-174). Denne kunnskapen om smertefysiologi kan være med på å forklare hvorfor pasienten i pasienthistoriene, i undersøkelsen til Granheim et al. (2015, s. 331) oppga den samme smerteintensiteten i begge historiene, selv om han utad fremsto mer smertepreget i den andre historien.

Artikkelen til Granheim et al. (2015) belyser noe jeg opplever som en svært aktuell problemstilling i den postoperative smertebehandlingen. Artikkelen tydeliggjør hvor mange faktorer som spiller inn i møtet med et smertepreget menneske og som bidrar til at smertelindring er en svært kompleks og utfordrende oppgave. Travelbee (2001, s. 54) skriver at hvert menneske er unikt og uerstattelig, og International Association for the Study of Pain (IASP) (gjengitt og oversatt i Stubhaug & Ljosa, 2008, s. 25) sin definisjon av smerte

vektlegger den subjektive opplevelsen av smerte som beskrivende for hva smerte er. Jeg opplever at det er en ting å kunne den grunnleggende teoretiske fagkunnskapen om smerte og smertelindring, men det er noe helt å annet å skulle omsette denne kunnskapen til en individuell tilpasset behandling til hver enkelt pasient. Gjennom observasjoner i løpet av studietiden har jeg erfart at dette er noe som krever mengdetrening og erfaring. Likevel har det blitt vist gjennom blant annet Bach et al. (2018) sin artikkel at lang erfaring ikke nødvendigvis garanterer god smertebehandling.

Sykepleierne i Bach et al. (2018, s. 614) sin undersøkelse lot sin lange erfaring og egen vurdering veie tyngre enn pasientenes selvrapporterte smerte i deres møte med pasientene. Dette kan sies å være i strid med sykepleiers fundament, nemlig at sykepleieres yrkesutøvelse skal være fundert i kunnskapsbasert praksis. Å arbeide etter en kunnskapsbasert praksis går ut på å basere fagutøvelsen på forskningsbasert kunnskap, klinisk erfaring og brukerkunnskap og medvirkning (Nortvedt et al., gjengitt i Kristoffersen, 2016, s. 144). Ved å hovedsakelig basere sin smertevurdering på egen klinisk erfaring oppfatter jeg at sykepleierne i undersøkelsen til Bach et al. (2018) utelukker de to andre viktige aspektene kunnskapsbasert praksis er basert på, nemlig brukermedvirkning og forskningsbasert kunnskap.

Sykepleiere har en plikt til å holde seg oppdatert på forskning og utvikling innenfor eget fagområde (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Til tross for dette, svarte kun 57% av sykepleierne i undersøkelsen til Rognstad et al. (2012, s. 551) at de var interessert i å tilby bedre smertebehandling til pasientene. I den samme undersøkelsen svarte på en annen side kun 20% av sykepleierne at de var fornøyd med de årlige oppdateringene av de ansattes kunnskap (Rognstad et al., 2015, s. 549). Undersøkelsen til McNamara et al. (2012) viste at kurs om smertebehandling hadde en positiv effekt på sykepleieres holdninger og kunnskap. Undersøkelsen viste også at holdninger og kunnskap er ferskvare, og understreket med dette betydningen av at slike kurs avholdes jevnlig (McNamara et al., 2012, s. 962). Slike kurs er noe arbeidsgiver bør legge til rette for, i følge Kristoffersen (2016, s. 185).

Gjennom forskning har det blitt avdekket at sykepleiere kjenner til smertekartleggingsverktøy, men ikke bruker det (Dihle et al., 2006, s. 473; Bach et al., 2018, s. 613). Kan dette tolkes som at sykepleiere mangler kunnskap om viktigheten av å bruke smertekartleggingsverktøy? Det finnes tydelige anbefalinger i litteraturen om å bruke smertekartleggingsverktøy, for å etter beste evne kunne innhente pasientens egen vurdering av smerteintensitet (Holm & Kummeneje, 2011, s. 73; Lunn et al., 2013, s. 193). Gjennom

praksis har jeg erfart at det er store ulikheter i hvordan sykepleierne ser på bruken av eksempelvis NRS-skalaen. Noen sykepleiere benytter det jevnlig, mens andre oppfatter skalaen som vanskelig å bruke, fordi de oppgir at pasientene ikke forstår bruken. Jeg har gjentatte ganger observert sykepleiere som blir frustrerte av samme grunn som sykepleierne i studien til Bach et al. (2018), nemlig fordi pasientene oppgir en svært høy score på smerteskalaen, for så å eksempelvis gå ut til tv-stuen.

## 5 Avslutning

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse hvordan sykepleieres holdninger og kunnskap påvirker den medikamentell smertelindringen de gir til pasienter ved kirurgiske sengeposter. Det har etter nøye gjennomgang av forskningslitteratur fremkommet flere interessante funn.

Det kan se ut til at noen sykepleiere har redusert mengde empati i møte med smertepregede pasienter. Dette er ikke et entydig funn, da det også beskrives sykepleiere som er svært empatiske i sin yrkesutøvelse, men likevel ser flere av forfatterne alvorlig på disse funnene. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg reflektert over hvor mye organisatoriske forhold har å si for utøvelsen av sykepleie, hvilket jeg mener er svært relevant i forhold til det ovennevnte funnet. Jeg tenker at det tidspresset sykepleiere står i ikke akkurat legger noen god grobunn for et empatisk forhold mellom sykepleier og pasient, ei heller dannelsen av et menneske-til-menneske forhold, som Joyce Travelbee (2001) beskriver.

Forskning viser videre en gjennomgående mangel på systematisk kartlegging og evaluering av smerte. I tillegg til dette har det blitt avdekket et misforhold mellom sykepleieres egenvurdering av kvaliteten på smertebehandling de gir og pasientenes selvrapporterte smerteopplevelse tidlig i den postoperative fasen. Sykepleierne i forskningslitteraturen benytter seg i liten grad av smertekartleggingsverktøy, og inkluderer dermed ikke pasienten i vurderingen av egen smerte. Til tross for klare anbefalinger om det, viser det seg at sykepleiere i liten grad underviser i bruken av smertekartleggingsverktøy preoperativt. Det siste hovedfunnet som har blitt gjort, er at det ser ut til å være et sprik mellom sykepleieres teoretiske kunnskap og praktiske handling. Jeg tror dette er et uttrykk for at den teoretiske kunnskapen en besitter som sykepleier blir satt på prøve i praktiske situasjoner, og at det er her holdninger spiller en viktig rolle. Det har blitt avdekket gjennom forskning at sykepleiere kan være sterke teoretisk, men at de handler mot bedre viten i praktiske situasjoner, nettopp fordi deres kunnskap blir satt på prøve i møte med egne holdninger. Forskning har avdekket at kurs om smertebehandling kan bedre både sykepleieres holdninger og kunnskap, men at slike kurs må avholdes jevnlig.

På bakgrunn av funnene som har blitt gjort i arbeidet med denne oppgaven, kan det konkluderes med at sykepleieres holdninger og kunnskap spiller en avgjørende rolle i smertebehandlingen de utfører, og ikke minst samspillet mellom disse to komponentene. Sykepleiere har en plikt til å holde seg oppdatert på relevant forskning, og integrere dette i sin praksis. Jeg tror et viktig steg i riktig retning vil være å øke fokuset på god undervisning i bruk av smertekartleggingsverktøy preoperativt. Ved vellykket undervisning om de aktuelle verktøyene, vil man i større grad kunne involvere pasienten i vurdering av egen smerte, som jo er den som kjenner sin egen smerte best.



# Litteraturliste

- Baastrup, S, C., Dahl, J, B., Arendt-Nilsen, L., Jensen, T, S. Smerteanatomi og fysiologi I: Jensen, T, S., Dahl, J, B., Arendt- Nilsen, L. (red.) (2013)*Smertebaggrund, evidens og behandling* København: FADL´s Forlag
- Bach, A, M., Forman, A., Seibaek, L. (2018) Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective. *Pain Managment Nursing*, 19 (6), 608-618.  
DOI: 10.1016/j.pmn.2018.05.005
- Bayne, H. (2011) Training medical students in empathic communication. *Journal for Specialists in Group Work*. 36 (4), 316-329  
DOI: 10.1080/01933922.2011.613899
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Danielsen, A., Berntzen, H., Almås, H. Sykepleie ved smerter I: Stubberud, D-G., Grønseth, R., Almås, H. (red.) (2016) *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Den Norske Legeforening (2009) Retningslinjer for smertelindring. Hentet 22/1-18 fra:  
<https://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
- Dihle, A., Bjølseth, A., Helseth, S. (2006) The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (4), 469-479  
DOI: 10.1111/j.1365-27.02.2006.01272.x

- Eide, H. Kommunikasjon, relasjon og smerte I: Rustøen, T., Wahl, K, A. (2008) *Ulike tekster om smerte*. Oslo: Gyldendal Akademisk
  
- Eide, H., Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner* Oslo: Gyldendal Akademisk
  
- Ferrell, B., McCafferey, M. (2014) Nurses Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. Hentet 5/2-19 fra: <https://prc.coh.org/>
  
- Fredheim, O., Borchgrevink, P., Kvarstein, G. (2011) Behandling av postoperativ smerte i sykehus. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 131 (18) 1772-1776 Hentet 14/2-19 fra: <https://tidsskriftet.no/2011/09/oversiktsartikkel/behandling-av-postoperativ-smerte-i-sykehus>
  
- Fredheim, O., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., Borchgrevink, P. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 131(18), 1763-1767 Hentet 11/2-19 fra: <https://tidsskriftet.no/2011/09/originalartikkel/postoperativ-smerte-hos-pasienter-innlagt-i-norske-sykehus>
  
- Granheim, T., Raaum, K., Christophersen, K., Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, (4), 326-334.  
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2015.55983
  
- Holm, S., Kummeneje, I. (2009) *Pre- og postoperativ sykepleie med dagkirurgi*. Bergen: Fagbokforlaget

- Kristoffersen, N. Sykepleiefagets teoretiske utvikling I: Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G. (red.) (2016) *Grunnleggende sykepleie 3* Oslo: Gyldendal Akademisk
  
- Kristoffersen, N. Sykepleie- kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling I: Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G. (red.) (2016) *Grunnleggende sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk
  
- Lunn, T, H., Mathiesen, O., Dahl, J, B. Postoperative smerter I: Jensen, T, S., Dahl, J, B., Arendt- Nilsen, L. (2013)*Smerter- baggrndt, evidens og behandling* København: FADL´s Forlag
  
- Mackintosh-Franklin, C. (2014) Registered Nurses' Personal Responses to Postoperative Pain: A Descriptive Qualitative Study. *Pain Management Nursing*, 15 (3), 580-587  
DOI: 10.1016/j.pmn.2013.03.001
  
- McNamara, M., Harmon, D., Saunders, J. (2012) Effect of education on knowledge, skills and attitudes around pain. *British Journal of Nursing* 21(16), 958-964.  
DOI: 10.12968/bjon.2012.21.16.958
  
- Norsk Legemiddelhandbok (2016) T22.4.1.2.3 Opioider i postoperativ smertebehandling 20/2-19 fra:  
<https://www.legemiddelhandboka.no/#T22.4.1.3#Opioider%20i%20postoperativ%20smertebehandling#Tk-22-anestesi-693>
  
- Norsk senter for forskningsdata (2018b) Vitenskapelig publisering. Hentet 4/2-19 fra:  
<https://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp>

- Norsk Senter for Forskningsdata (2018a) Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 4/2-19 fra:  
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
  
- Ohnstad, A. Holdninger- i et skeivt lys I: Ekeland, T-J., Iversen, O., Nordhelle, G., Ohnstad, A (2012) *Psykologi for sosial- og helsefagene*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
  
- Rognstad, M., Fredheim, O., Johannessen, T., Kvarstein, G., Skauge, M., Undall, E., Rustøen, T. (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 545-552  
DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00964.x. 45-552.
  
- Ræder, J. (2011) Postoperativ smerte- undervurdert og underbehandlet. *Tidsskrift for Norsk Legerforening*, 131 (18) 1740 Hentet 15/2-19 fra:  
<https://tidsskriftet.no/2011/09/leder/postoperativ-smerte-undervurdert-og-underbehandlet>
  
- Sand, O., Sjaastad, Ø, V., Haug, E., Bjålie J, G. (2018) *Menneskekroppen* Oslo: Gyldendal Akademisk
  
- Stubhaug, A., Ljosa, T, M. Hva er smerte? I: Rustøen, T., Wahl, A, K. (red.) (2008) *Ulike tekster om smerte*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Torvik, K., Skauge, M., Rustøen, T. Smertekartlegging I: Rustøen, T., Wahl, A, K. (red.) (2008) *Ulike tekster om smerte*. Oslo: Gyldendal Akademisk
  
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* Oslo: Gyldendal Akademisk
  
- Wøien, H., Strand, A, C. Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring I: Rustøen, T., Wahl, A, K. (red.) (2008) *Ulike tekster om smerte*. Oslo: Gyldendal Akademisk