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.
# INNHOLDSFORTEGNELSE

1 Innledning ........................................................................................................................................... 5  
   1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg 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  

2 Teori ....................................................................................................................................................... 8  
   2.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi ............................................................................................... 8  
      2.1.1 Den relasjonelle dimensjon ............................................................................................ 8  
      2.1.2 Den praktiske dimensjon ............................................................................................... 9  
      2.1.3 Den moralske dimensjon ............................................................................................... 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  

3 Metode .................................................................................................................................................. 17  
   3.1 Systematisk litteraturstudie som metode ................................................................................ 17  
   3.2 Søkehistorikk ............................................................................................................................ 17  
   3.4 Kildekritikk .................................................................................................................................. 18  

4 Presentasjon av funn ............................................................................................................................. 20  
   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

5 Drøfting .................................................................................................................................................. 27
  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

6 Avslutning ............................................................................................................................................... 35

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).


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 smerten, 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 smertekrav i den postoperative fasen.

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

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling


1.3 Klargjøring av sentrale begrep i problemstillingen


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

\textbf{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, av klares 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 avlüttes med en oppsummering.
2 Teori

2.1 Kari Martinsens omsorgsfilosofi


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 grobbunn for et tillitsforhold, og i kombinasjon med

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 gjennomføre 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

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

2.3 Smerter


2.3.1 Smertefysiologi


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


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


2.4 Kartlegging og vurdering av smerter

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 (datasaamling) 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.).


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 innelevelse (empati) og evne til å variere måten man kommuniserer på” (Eide 2008:355). En måte sykepleieren kan utforske

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 smerteammede (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 smerten, ved å kommunisere dette til pasienten (ibid.).


Enkelte pasienter har en tendens til å underkommunisere sine smerten 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 smerten må sykepleier formidle til pasienten hvilken rolle han innehar i denne sammenheng. Sykepleieren må her formidle viktigheten av at pasienten kommunisere sine smerten 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 smerten. Standardiserte smerteskjema og skalaer er utarbeidet til den overnevnte
hensikt, og fokuset ligger på pasientens selvrapportering 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).

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 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


2.5 Dokumentasjon


2.6 Valg av litteratur i teoridel

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. Artiklene man finner i denne databasen er vurdert og utvalgt av et vitenskapelig panel, noe som bidrar til en ytterligere kvalitetssikring av artiklene. 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+ gav 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 reduert evne til å kommunisere (delir eller demenslidelse).
- Pasienter med en ruslidelse.
- Pasienter smertebehandlet med epidural, lokal infiltrasjonsanalgesi (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

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 artikklene har et kvalitativt design og to med et kvantitativt design. Artikklene belyser ulike perspektiv av smertekartlegging og – vurdering i den postoperative fase. To av artikklene 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 forskningsartikklene 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 intervension. Artikklene i transkriberingsskjemaet blir fremstilt på en måte som gjør det lettere å få en oversikt over artikklene. 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 artikklene). Artikklene er satt inn i skjemaet etter en tilfeldig rekkefølge.
### 4.2 Transkriberingsskjema

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Hensikt</strong></td>
<td>Identifisere hvilke strategier sykepleiere vurderer pasientens smerte etter, samt hvilke erfaringer sykepleiere tok med seg inn i smertevurderingen.</td>
<td>Sammenligne sykepleieres og pasienters vurdering av postoperative smarter og smertebehandling på to urologiske avdelinger på sykehus.</td>
<td>Å undersøke sykepleierens holdninger til bruk av kartleggingsverktøy i smertevurdering. Samt undersøke om holdningene var forbundet med undervisning i bruk av de.</td>
<td>Å undersøke sykepleierens samhandling med pasienten i smertekartlegging og -håndtering av pasientens smarter postoperativt.</td>
<td>Å øke forståelsen for hvordan sykepleiere bidrar til smertehåndtering postoperativt, samt identifisere utfordringer i oppnåelsen av optimal smertebehandling.</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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 smarter 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 smarter, hjertefrekvens, pupillesstørrelse, 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 smarter**

Sykepleierne hadde her ulike tilnærminger for å kommunisere om pasientens smarter: ved bruk av indirekte/åpne spørsmål ("Hvordan har du det?") til direkte/lukkede spørsmål ("har du smerten nå?"). Sykepleierne uttrykte at de stolte på hva pasientens sa om sine smarter, 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 smerten 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 lærte sykepleierne at pasientens beskrivelser av smerten var den viktigste, fordi han er den eneste som kan beskrive sin smerteopplevelse.

Åtte av ti sykepleiere benyttet minst to forskjellige strategier når de kartla og vurderte pasientens smarter. De hyppigst anvendte strategiene for smertevurderingen blant sykepleierne, var basert på pasientens kliniske bilde og sykepleierens 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 sykepleieres 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.
- Sykepleierens egen vurdering av pasientens smerteintensitet ut i fra VAS, var viktigere enn pasientenes egenvurdering for å få smertebehandling postoperativt.

4.3.3 Young, Horton og Davidhizar (2005)
Artikelen 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 smenter, 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 artikken 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 smerten.
4) Sykepleierens 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 tilnærmering 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 beveg eligitet)
- 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 kapittelet, opp mot oppgavens teoridel. Som en struktur i dette kapittelet, 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 tilstretet 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 smert


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 sykepleierens 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 smerten, kan det tenkes at pasienten våger å formidle sine smerten til sykepleieren, nettopp fordi han er gitt en bekreftelse på at hans smerten er reelle.

5.2 Omsorg som en praktisk handling i kartlegging og vurdering av smerner


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 smert. 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. Erfarer med en pasienttypologi var basert på hvordan pasienter erfaringsvis opplever smert 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 smerte (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.

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 *egen* 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). Sykepleiene 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.

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 pasienters egenvurdering. Her blir hensikten med bruk av smertekartleggingsverktøyet svekket fordi smertevurderingen ikke tar utgangspunkt i et pasientsentrert perspektiv.


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 hensiktmessig å bruke i sitasjoner der pasienten opplever sterke smerter. Når sykepleieren på et litt senere tidspunkt skal utforske pasientens smerteopplevelse, og når pasienten ikke har
sterke smøter, vil imidlertid bruken av et flerdimensjonalt smørtekartleggingsverktøy kunne gi et grundigere bilde av pasientens smøteopplevelse (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 smøter i hvile og aktivitet. I møte med pasienter postoperativt er det ikke uvanlig å møte pasienter som i liten grad uttrykker smøter når de ligger til sengs, men som først viser tegn til smøter under mobilisering i stell eller opptrening. For at sykepleieren skal få et riktig og helhetlig bilde av pasientens smøteopplevelse, forutsetter det at kartlegging og vurdering foretas både når pasienten er i hvile og i aktivitet (Møiniche og Dahl 2009).

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

5.3 Omsorg som en moralsk handling i kartlegging og vurdering av smøter


Det stilles krav til sykepleieurøvelsens lindrende mål om å redusere eller begrense omfang av ulike typer belastninger, herunder smøter (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 smøtefysiologi, samt


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

6 Avslutning

Hvordan sykepleieren kan kartlegge og vurdere pasientens smertes 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 smertes 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 smertes 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 smertes i kartleggings- og vurderingsarbeidet. Å tro på, lytte til og å anerkjenne pasientens smertes som reelle, er nødvendige forutsetninger for en god dialog med den smertemammede. I dialogen med pasienten, kan sykepleier benytte sine kommunikative ferdigheter for å kartlegge og vurdere pasientens smertes. 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 smertes.

Bruk av et smertekartleggingsverktøy ivaretar et pasientsentrert perspektiv, ved at det fokuserer på pasientens rapportering av sine smertes. 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 opplysning og undervisning om bruken av dem, vil ”verktøyet” fungere i forhold til dets hensikt; å avdekke pasientens rapportering av smertes 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 smertes i den postoperative fasen. Kartlegging og vurdering av pasientens smertes i hvile, så vel som i aktivitet bidrar til et helhetlig bilde av pasientens opplevelse av sin smerte.
Litteraturliste


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


