

# Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere smerter i postoperativ fase?

VID vitenskapelig høgskole

Bachelor i sykepleie

Bacheloroppgave

Kull: 12sykdel

Kandidatnummer: 303

Innleveringsfrist: 14.01.2016

Antall ord: 10670

## **Sammendrag**

Bakgrunn: Det søkes svar på problemstillingen ” Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere smerter i postoperativ fase?”

Metoden: Som metode er det brukt systematisk litteratursøk. Databasesøkene er gjort på Cinahl. Søkeordene er ”postoperative pain” og ”nursing assessment”.

Funn: Seks forskningsartikler. Kriteriene de ble utvalgt etter, sikret at de på forskjellig måte belyste det aktuelle tema.

Innhold i funnene: Pasientene hadde et ønske om å bli sett og hørt av sykepleieren. Det er viktig at pasientens egen smerteopplevelse ivaretas. En god relasjon og et gjensidig tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, samt sykepleierens holdninger og barrierer er avgjørende for god smertebehandling til pasienten. Andre viktige elementer som bidrar til god smertelindring er kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt, sykepleierens observasjoner, samt kartlegging og vurdering av pasientens smerter.

Konklusjon: Faktorer som bidrar til god smertelindring i postoperativ fase, drøftes ved forskning og praksiserfaring. Det finnes mye forskning på sykepleierens holdninger og barrierer til postoperativ smertebehandling, samt bruk av smertekartleggningsverktøy.

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>3</b>
1.1 <i>Begrunnelse for valg av problemstilling</i> .....	3
1.2 <i>Problemstilling</i> .....	4
1.3 <i>Avgrensning av problemstillingen</i> .....	4
1.4 <i>Definisjoner og sentrale begrep i oppgaven</i> .....	4
<b>2 Teori</b> .....	<b>5</b>
2.1 <i>Smerter</i> .....	5
2.1.1 <i>Smertefysiologi</i> .....	5
2.1.2 <i>Postoperative smerter</i> .....	6
2.1.3 <i>Kartlegging av pasientens smerter</i> .....	6
2.1.4 <i>Smertekartleggningsverktøy</i> .....	7
2.2 <i>Sykepleieprosessen</i> .....	8
2.2.1 <i>Sykepleierens lindrende funksjon</i> .....	8
2.3 <i>Kommunikasjon</i> .....	10
2.4 <i>Kari Martinsens omsorgsfilosofi</i> .....	11
2.4.1 <i>Den relasjonelle siden</i> .....	11
2.4.2 <i>Den moralske siden</i> .....	12
2.4.3 <i>Den praktiske siden</i> .....	13
2.5 <i>Dokumentasjon</i> .....	13
2.6 <i>Medikamentell behandling av postoperative smerter</i> .....	14
2.6.1 <i>Ikke medikamentell behandling av postoperative smerter</i> .....	15
<b>3 Metode</b> .....	<b>15</b>
3.1 <i>Litteraturstudie</i> .....	16
3.2 <i>Inkluderingskriterier og Ekskluderingskriterier</i> .....	17
3.3 <i>Kildesøk</i> .....	17
3.4 <i>Kildekritikk</i> .....	18
3.5 <i>Analyse</i> .....	19
<b>4 Funn</b> .....	<b>20</b>
4.1 <i>Presentasjon av funn</i> .....	20
<b>5 Drøfting</b> .....	<b>26</b>
5.1 <i>Relasjon mellom sykepleier og pasient</i> .....	26
5.2 <i>Sykepleieren observerer og lytter til pasienten</i> .....	30
5.3 <i>Hvilke kunnskap må sykepleieren ha for å utøve god smertelindring</i> .....	33
<b>6 Oppsummering</b> .....	<b>37</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>38</b>

# 1 Innledning

## **1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling**

Smerte er et begrep som rommer flere aspekter. Det kan omhandle psykisk, fysisk, sosial og åndelig smerte, og det er ingen klare kriterier som skiller de fra hverandre. Fysisk smerte utelukker for eksempel ikke at pasienten ikke opplever en åndelig smerte. Smerte er en subjektiv opplevelse, og det er derfor individuelt hvordan den enkelte pasienten beskriver og opplever sine smerter. I min oppgave har jeg valgt å skrive om smertelindring til pasienter i postoperativ fase. Som fremtidig sykepleier vil jeg møte pasienter, som av ulike årsaker, har behov for smertelindring. Min evne til å kartlegge og vurdere smerter, vil være av betydning for pasientens opplevelse av velvære. Sykepleieren har en sentral rolle, ved at hun har ansvar for innsamling av data, observasjon, kartlegging og vurdering av pasientens smerter (Berntzen, Danielsen og Almås 2010). I tillegg skal sykepleieren administrere medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak, samt foreta 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). Målet er at tiden etter operasjonen blir så god som mulig for pasienten. På avdelingen hvor jeg var i praksis, benyttet sykepleierne seg av smertekartleggingsverktøyet Numeric Rating Scale (NRS). Verktøyet fungerer slik at sykepleierne kartlegger og observerer pasientens smerte både ved aktivitet og i hvile. Gjennom praktiske sykepleiehandlinger vil sykepleieren ha mulighet til å skape tillitt og med det en god relasjon til pasienten. Sykepleier – pasient relasjonen vil sammen med sykepleierens kompetanse om smerter og smertekartlegging, være et godt utgangspunkt for god smertelindring hos pasienten (Rustøen og Wahl 2010). Den norske legeföreningen (2009) har utarbeidet retningslinjer for smertebehandling, herunder betydningen av tidlig og regelmessig kartlegging og vurdering av pasientens smerter, som en del av smertelindringen.

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

Ved hjelp av sykepleierens kunnskap og påvirkningskraft vil legen kunne forordne et godt smerteregime til pasienten (Rustøen et al. 2009).

## **1.2 Problemstilling**

**Hvordan kan sykepleier bidra til å redusere smerter i postoperativ fase?**

## **1.3 Avgrensning av problemstillingen**

Oppgaven avgrenses ved å fokusere på sykepleier – pasient relasjonen hos voksne pasienter over atten år, som er innlagt i sykehus. Sykepleier møter våkne pasienter med akutte smerter, relatert til et operasjonssår etter et kirurgisk inngrep. Ulike typer medikamentell smertebehandling vil ikke bli beskrevet i denne oppgaven. De forskjellige kartleggingsverktøy vil ikke bli utdypet.

## **1.4 Definisjoner og sentrale begrep i oppgaven**

International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte slik:

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade ( Merskey og Bogduk 1994).( IASP gjengitt og oversatt i Rustøen og Wahl 2010:25).

I følge McCaffery og Beebe (1998) er smerte det som personene sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte.

Definisjonen sier ingenting om de fysiologiske mekanismene bak smerter, eller noe om de ulike dimensjonene, men i likhet med IASP's sier definisjonen at smerte er en subjektiv opplevelse (Stubhaug og Ljoså 2010).

## 2 Teori

### 2.1 Smerter

En måte å klassifiser smerte på, er etter hvor lenge smerten varer. Smerter som varer fra minutter og opptil 3 måneder kalles akutte smerter, smerter som varer utover 3 måneder kalles langvarige eller kroniske smerter (Stubhaug og Ljoså 2008). Det vises at det kan være stor variasjon av smerteopplevelse blant individer, og mellom individenes smerteterskel og smertetoleranse. Variasjonen av smerteopplevelse vises å skyldes gener (ibid). Den samme type smertepåvirkning kan gi ulike variasjoner av smerteopplevelser hos forskjellige personer. Flere forhold kan innvirke på smerteopplevelsen. Dette kan være fra tidligere erfaring med smerte, og rett og slett stamme fra individets sosial og kulturell bakgrunn. Det vises også at en og samme person kan oppleve smerte forskjellig i ulike situasjoner (Sand et al. 2006)

#### 2.1.1 Smertefysiologi

Det fenomenologiske perspektivet på smerte er derfor ikke et forsøk på å forstå smertens årsaker, men dens opplevelsedimensjon, den subjektive og menneskelige dimensjonen ved det å leve med smerter. Derfor er den fenomenologiske forståelsen av uvurderlig betydning for den som skal gi lindring og hjelpe den som lever med smerte (Nortvedt og Nortvedt 2011:53-54).

Evnen til å kjenne vevsskadelig stimuli, smertesansen, beskytter kroppen mot skader. Akutte smerter varsler om truende vevsskade. Vedvarende smerte ved bevegelse, eller smerte etter skade, medvirker til at det skadde området holdes i ro og vil av den grunn tilheles. En nyttig konsekvens av smerte som er kroppens eget tiltak (Stubhaug og Rustøen 2010). Nervecellene som leder smertesignaler kalles nociseptorer, og har frie nerveender. Disse reagerer på vevsskadelig stimuli (nociseptive stimuli). Signalene til den skarpe og raske smerten ledes gjennom A-delta-nociseptorer (tynne myeliniserte nervefibre), mens signaler som fører til den langsomme, diffuse, verkende og brennende smerten, ledes gjennom C-nociseptorene som er (umyeliniserte nervefibrer) (Stubhaug og Ljoså 2010:27). Koblingsstasjon for smerteimpulser er ryggmargens bakhorn, hvor signaloverføringen fra den perifere nociseptoren til neste nervefiber i kjeden skjer. Signalene sendes så videre til hjernen via hjernestammen og talamus (ibid). Internevronene i ryggmargen kan forsterke eller hemme en impuls, og en rekke transmittere

virker enten eksitatorisk (øker signaloverføringen) eller inhibitorisk (hemmer signaloverføringen) (ibid).

### **2.1.2 Postoperative smerter**

Postoperativ fase starter når operasjonen er avsluttet og pasienten flyttes fra operasjonsbordet og over i seng og videre til postoperativ avdeling for videre overvåking (Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Postoperative smerter deles inn i grunnsmerte og gjennombruddssmerte. Etter alle typer kirurgi vil det oppstå en konstant smerte som et resultat av vevs – og nerveskade. Denne smerten kalles grunnsmerte. Smerter som oppstår som følge av hoste, bevegelse og lignende, der pasienten vil være i behov av ekstra smertestillende utover basisbehandlingen, kalles gjennombruddssmerter. Postoperative smerte er forventet og kan forebygges ( Wøien og Strand 2010). Målet med god smertelindring er at pasienten skal ha liten eller ingen smerter i ro. Pasienten skal ha mulighet til mobilisering og unngå bivirkninger som kløe, kvalme og respirasjonshemming (ibid). Forskning viser at god smertelindring i postoperativ fase, gir raskere mobilisering og kortere sykehusopphold. Pasienten vil oppleve økt velvære, få et bedre kirurgisk resultatet samt redusere komplikasjoner og langvarige smertetilstander (Wøien og Strand 2010). Postoperativ smertebehandling har betydning for pasientens velbefinnende og fremmer mobilisering, forkorter liggetid og forebygger postoperative komplikasjoner (Fredheim et al. 2011).

### **2.1.3 Kartlegging av pasientens smerter**

Kartlegging av pasientens smerte er en viktig sykepleieoppgave for å oppnå tilfredsstillende smertelindring hos pasienten (Berntzen, Danielsen og Almås 2010). Smerte er en subjektiv opplevelse, og oppleves forskjellig fra individ til individ. McCafferys kliniske smertedefinisjon (1968) er mest brukt: ”det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte” (Torvik, Skauge og Rustøen 2010:51).

Definisjonen poengterer det subjektive aspektet ved smerte, og understreker at når pasienten gir uttrykk for smerte, skal sykepleieren gi pasienten respons. Sykepleierens har ansvar for å kartlegge pasientens opplevelse av smerter, og ut i fra kartleggingen skal sykepleieren iverksette adekvate og korrekte tiltak i smertebehandlingen (Nortvedt et al. 2013). Ofte vurderer pasienten

selv smertene forskjellig fra sykepleieren. Dette understreker viktigheten av å basere smertekartleggingen på pasientens selvrapporing (Ibid). For å kunne sammenligne og evaluere forskjellige smertebehandlingsregimer er kartlegging av smerten nødvendig. Hvordan det gjøres, vil være avhengig av hvilke type smerter pasienten har. (Torvik, Skauge og Rustøen 2008). Smertekartlegging bør foretas regelmessig i postoperativ fase, både når pasienten er i ro og når pasienten er i bevegelse samt før og etter behandling av gjennombruddssmerter (Eriksson et al. 2012). Ved akutte smerter i postoperativ fase er det vesentlig å innhente informasjon om smertens kvalitet, intensitet, variasjon og lokalisasjon (Torvik, Skauge og Rustøen 2008). Gjennom systematisk tilnærming, innsikt og fagkunnskaper kan sykepleieren kartlegge pasientens behov for sykepleie. Dette dokumenteres, slik at det er lett for sykepleier å se det, og kan dermed tilby pasienten rask smertebehandling (Torvik, Skauge og Rustøen 2010).

#### **2.1.4 Smertekartleggingsverktøy**

Standardisert smerteverktøy bidrar til systematisk kartlegging av smerter, og er basert på pasientenes selvrapporing av smerten. Sykepleier velger et verktøy som både pasient og sykepleier behersker (Torvik, Skauge og Rustøen 2008). For at kartleggingsverktøyet skal ha nytteverdi, må det benyttes aktivt i smertevurderingene, før og etter smertelindrende tiltak (Berntzen, Danielsen og Almås 2010). Smertevurderingsverktøyene kan deles i to grupper. Endimensjonale skalaer og flerdimensjonale skalaer. De endimensjonale skalaene som visuell analog skala (VAS), visuell numerisk skala (NRS), verbal rating skala / verbal skala (VRS) og ansiktsskala (FRS), måler kun smerteintensiteten. De flerdimensjonale som McGill Pain Questionnaire / smerteskjema, måler både smerteintensitet og hvordan smerten påvirker pasienten. NRS er en tallskala som går fra 0-10 (11-punkts skala). 0 sier ”ingen smerte”, mens 10 representerer ”verst tenkelig smerte”. (Torvik, Skauge og Rustøen 2010). En vanlig målsetting for postoperative smertebehandling er å oppnå en smerteintensitet på 3 eller lavere på en 11-punkts numerisk skala (NRS) (Fredheim et al. 2011). VAS- skalaen er en 10 cm lang linje, som består av to endepunkter, og indikerer ”verst tenkelig smerte” i den ene enden, og ”ingen smerte” i den andre enden. Vas er ikke språk – eller kulturavhengig, og kan brukes til å måle både kronisk og akutte smerter (Torvik, Skauge og Rustøen 2010). McGill Pain Questionnaire / smerteskjema måler både den kvantitative og kvalitative dimensjonen ved smerten, og fanger opp og kartlegger



smertens sensoriske, affektive og evaluerende komponenter (Torvik, Skauge og Rustøen 2010).

## **2.2 Sykepleieprosessen**

Sykepleieprosessen består av en mellommenneskelig og en problemløsende del, disse er komplementære.

Sykepleieprosessen beskrives av McCaffery og Beebe (1996) som en systematisk vitenskapelig tilnærming til pleie og omsorg for pasient og deres pårørende. For å kunne yte effektiv og trygg sykepleie til pasienter med smerter, benyttes en problemløsende metode som består i å innhente informasjon, synliggjøre problemene, planlegge, iverksette, vurdere sykepleietiltakene for så å evaluere disse (Ibid). Sykepleieprosessen er inndelt i trinn som overlapper hverandre.

Sykepleieren innhenter objektiv og subjektiv informasjon for å klargjøre hva problemet består i, for så å utarbeide en plan. Det blir satt opp mål som både sykepleier og pasient arbeider etter.

Sykepleietiltakene for pasienter med smerter kan bestå i administrering av foreskrevet medikament, registrere pustefrekvens og tilrettelegge for hygieniske forhold. Evalueringen sier hvor fort sykepleieren kan løse det definerte problemet, samt forutsi hvilke behov pasienten vil ha for videre sykepleietiltak (Ibid). Pasientens rett til medvirkning og informasjon er omtalt i pasient- og brukerrettighetsloven § 3. Den mellommenneskelige delen omhandler relasjon mellom sykepleier og pasient, og beskrives som et forhold av stor betydning for utøvelse av adekvat sykepleie. Etablering av relasjoner er grunnlaget for faglig kunnskap og verdier i sykepleien. I utøvelse av prosedyrer, gjennomføring og oppfølging av medisinsk behandling samt gjennomføring av godt stell, er det viktig at både pasient og pårørende har tillit til sykepleieren som person, samt sykepleierens faglige vurderinger og handlinger (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

### **2.2.1 Sykepleierens lindrende funksjon**

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver det etiske fundamentet for all sykepleie slik:

Sykepleiens grunnlag beskriver det etiske fundament for all sykepleie. Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre verdig død (Norsk Sykepleieforbund 2011:5).

*”En god sykepleier er en omsorgsfull sykepleier”* (Rustøen et al. 2009). Sykepleierens grunnleggende funksjonsområder er rettet mot pasient og pårørende og består i lindring, behandling, helsefremming, forebygging, rehabilitering, habilitering, veiledning og undervisning (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011). I denne oppgaven fremheves sykepleierens lindrende funksjon, hvor målet er å redusere eller begrense omfanget av ulike typer belastninger, her spesielt smerter. Dersom årsaken til smerten ikke kan fjernes, er det ofte aktuelt med behandling for å lindre smerten uten at pasientenes bevissthet nedsettes vesentlig (Sand et al. 2006). Pasientene har forventninger til sykepleierens omsorgsevner, som for eksempel å ha empati, å være til stede, samt å være troverdig når det gjelder smertelindring. Det viktig at sykepleieren har tid til å lytte til pasientens smerteproblematikk, og at de våger å bry seg om det. (Rustøen et al. 2009). Pasientene ønsker at deres smerter blir tatt på alvor ved å snakke om det, og at sykepleieren erkjenner deres smerte og på denne måten dele deres lidelse ved å opptre som et medmenneske. Ofte tildeles pasientene en mer passiv rolle enn det de ønsker, fordi sykepleierne ikke er flinke nok til å trekke pasientene med i avgjørelser som er i samsvar med pasientens ønsker og behov (Kristoffersen og Nordtvedt 2011). Opplevelsen av å ha kontroll gjør at pasienten blir fortere frisk, noe som er den overordnede hensikten med behandling og pleie (ibid). Sykepleierne bør håndtere smertelindring ved å være proaktive og tilby pasienter medisiner. Pasienten ønsker at sykepleieren fjerner smerten, men ikke svekke vitalitet tegn og bevissthet. Både leger og sykepleiere prioriterer pasienter som ber om smertelindring (Rognstad et al. 2012). Sykepleieren har fra en praktisk synsvinkel en unik rolle i behandlingen, og skiller seg fra rollene til annet helsepersonell, ved at hun tilbringer mer tid sammen med pasienter med smerter. Av den grunn er sykepleieren hjørnesteinen i de fleste tilfeller, og sykepleierens rolle er anerkjent på steder det arbeides med smerter (McCaffery et al. 2007). Hun iverksetter ytterligere smertelindrende tiltak, påviser endringer, samt vurderer virkningen sammen med pasienten. Oftest er det sykepleieren som gir pasienten den beste smertekontrollen (Ibid). Grunnlaget for forslagene om tiltak for å behandle pasienter med smerter er sykepleierens forståelse av smertelindring, og pasientens rettigheter (Ibid). Det er behov for forbedringer i samarbeidet mellom sykepleier og lege, slik at har et felles mål, og at de deler relevant kunnskap. Dette er for å sikre at pasientene får riktig og optimal omsorg (Ene et al. 2008).

### **2.3 Kommunikasjon**

Postoperativ smertebehandling krever god kommunikasjon og et godt samarbeid mellom alle medlemmer av helsevesenets team for å være vellykket (Ene et al. 2008). Gjensidig tillit og kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren er viktig (Berntzen, Danielsen og Almås 2010).

Relasjonell kommunikasjonsteori bygger på antagelsen at mellommenneskelig kommunikasjon tjener til å etablere, opprettholde og forandre relasjoner, mens relasjonen på sin side bestemmer måten kommunikasjonen foregår på (Eide & Eide 2009:93).

Ved ethvert møte mellom pasient og sykepleier utspiller det seg en kontinuerlig kommunikasjon, der partene kommuniserer både ved hjelp av ord (verbalt) ved tonefall, mimikk, bevegelser og berøring (ikke verbalt) (Kristoffersen 2011). Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende ferdighet som sykepleieren anvender gjennom hele hjelpeprosessen, og er et viktig hjelpemiddel når sykepleieren skal bygge opp en relasjon til pasienten (Eide & Eide 2009). I samhandling med alle typer pasienter bidrar nonverbal, bekreftende kommunikasjon til å bygge opp motivasjon, trygghet og tillit (Ibid). Nonverbalt språk fungerer i hovedsak på to måter: kongruent eller inkongruent. Ved kongruents kommunikasjon er det overenstemmelse mellom det verbale og det nonverbale. Det er ingen avstand eller konflikt mellom det man sier og det man uttrykker uten ord. Det motsatte er inkongruent kommunikasjon, hvor det er manglende samsvar mellom det nonverbale og det verbale (Eide og Eide 2009) Sykepleieren blir gjennom kommunikasjon kjent med pasienten som person. Gjennom denne kommunikasjons prosessen er utfordringen å finne frem til det som skiller denne pasienten fra andre pasienter (Kristoffersen 2011). Sykepleier må skille mellom egne behov og pasientens behov, heller ikke må sykepleieren overføre sine behov til pasienten. For å sikre at tiltakene sykepleieren iverksetter er i samsvar med pasientens behov, står kommunikasjon mellom sykepleier og pasient sentralt (Ibid). Sykepleier kan utforske pasientens smerter ved å bruke åpne spørsmål ("Hvordan har du det nå som operasjonen er ferdig?") og ved å bruke lukkede spørsmål ("Har du smerter nå?") ( Eide og Eide 2009). Sykepleierne i artikkelen til Nortvedt m.fl. 2013, hevder at å tro på, lytte til og skape en allianse med pasienten er en forutsetning for en god dialog med den smerterammede (Nortvedt et al. 2013). Pasientene bør informeres både i preoperativ fase og i postoperativ fase om pasientens ansvar for å formidle deres smerteopplevelse til sykepleieren, samt at pasientene bør bli informert

om at effektiv smertelindring kan bidra til å unngå komplikasjoner som blant annet dyp venetrobose (McDonald et al. 2000). Sykepleieren må bidra slik at pasienten effektivt klarer å beskrive sin smerte ved hjelp av et smertekartleggingsverktøy (Ibid).

## **2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi**

Martinsen vektlegger den enkelte sykepleiers faglige skjønn og praktiske kunnskap. Det skal tas hensyn til pasientens subjektive opplevelse av velvære, helse og livsmot i forhold til den pleien som utøves (Kristoffersen 2011).

Den grunnholdningen som ifølge Martinsen kjennetegner omsorg, er i sykepleie preget av engasjement, innlevelse, moralsk og faglig vurdering. I tillegg til grunnholdningen må yrkesmessig omsorg kjennetegnes ved aktiv handling til best for den andre. Omsorg er både måten sykepleieren møter pasienten på, og måten sykepleieren handler på, sier Martinsen (Kristoffersen 2011:251).

Martinsen fremhever *svak paternalisme* som ønskelig, og mener med dette at sykepleieren må benytte sin faglige merforståelse på en måte som viser at hensikten er å hjelpe den enkelte pasienten på best mulig måte (Kristoffersen 2011).

Den yrkesmessige omsorgen deles inn i tre dimensjoner;

- En relasjonsside
- En moralsk side
- En praktisk side

Hun presiserer viktigheten av at de ulike dimensjonene er integrert og sammenvevd i de konkrete situasjonene, og det er umulig og skille omsorgens relasjonelle, praktiske og moralske sider (Kristoffersen 2011).

### **2.4.1 Den relasjonelle siden**

Omsorg er et forhold – en relasjon - mellom minst to mennesker (Kristoffersen 2011).

Yrkesmessig omsorg består av en relasjon mellom minst to personer, der den ene er forpliktet til å yte den hjelpen den andre ut fra sin situasjon trenger. For å finne ut hva den andre trenger, er det nødvendig for sykepleieren å engasjere seg i og vise interesse for pasienten. Sykepleieren må ifølge Martinsen være villig til å sette seg inn i pasientens situasjon (Kristoffersen 2011:254).

Sykepleieren skal bidra til å lindre smerter slik at pasienten har det så godt som mulig i her og nå situasjonen. Hun arbeider for å unngå forverring av pasientens smerter, opprettholde funksjonsnivået og styrke pasientens livsmot (Kristoffersen 2011). Omsorgen omfatter innlevelse, personlig engasjement, faglig vurdering og moralsk skjønn. Sykepleieren handler aktivt til beste for pasienten i dagligdagse situasjoner og bruker utfra sin faglige merforståelse svak paternalisme som gagnar pasienten (Kristoffersen 2011). Martinsen (2003) beskriver solidaritet med og omsorgen for de svake som en grunnleggende verdi i sykepleien (Kristoffersen 2011).

I følge Martinsen (2003) er omsorg et relasjonelt begrep, som tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn hvor det grunnleggende er avhengigheten til hverandre. Sykepleierens væremåte i relasjon gjennom det praktiske arbeidet, har med livsførsel å gjøre. Kvaliteten i relasjonen er vesentlig (ibid).

Sykepleierens evne til å sette seg inn i pasientens situasjon, vise interesse og engasjement, er en forutsetning for å finne ut av pasientens behov for sykepleie. Tillit er en grunnleggende verdi, og et uunnværlig fenomen i yrkesmessig omsorg (Kristoffersen 2011).

#### **2.4.2 Den moralske siden**

I følge Martinsen er omsorg og moral nær forbundet, og moralen viser seg i måten omsorgen utøves på. Det moralske består i å være i en bevegelse fra seg selv til den andre, for å handle til den andres beste. Enhver sykepleiesituasjon er i følge Martinsen av moralsk karakter, ved at sykepleieren står overfor den moralske utfordringen om å handle slik at det er til det beste for pasienten (Ibid). Omsorg er et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og samhandling, og utgjør dermed også grunnlaget for sykepleie (Kristoffersen 2011). Martinsen skiller mellom to omsorgsrelasjoner, den balanserte gjensidige som kjennetegnes av et likeverdig forhold der begge parter gir og mottar omsorg. Den andre omsorgsrelasjon er uegennyttig gjensidighet og kjennetegnes av altruisme og hjelp slik at den ene parten sørger for den andre uten å forvente noe tilbake (Ibid).

Pasienten er den som lider, og sykepleieren har bekymringer og er omtenksum. Sykepleieren sørger for å lindre pasientens smerter. Martinsen konstanterer at omsorg er et mål i seg selv, og hun tar avstand fra egenomsorgstenkningen i sykepleie (Kristoffersen 2011).

Den moralske siden har med livsførsel å gjøre. Det handler om hvordan sykepleierens relasjon er til pasienten gjennom det praktiske arbeidet. Martinsen (2003) ser på kvaliteten i relasjonen som det vesentlige. Omsorgsmoral må læres gjennom erfaringer og oppdragelse til godhet.

Sykepleierens moralske beslutninger tas ut ifra bevissthet om menneskesyn. Den barmhjertige samaritan brukes som eksempel på at lidelsen har en appell til praktisk handling. For at sykepleieren skal forstå smertelindring trengs erfaring og fagopplæring (Martinsen 2003).

Martinsen`s beskrivelse av omsorgsbegrepet:

Omsorg har å gjøre med relasjoner og moral og ytrer seg i praktisk handling: ”Moral, eller hva gode sykepleieholdninger er, må læres. Den faglig dyktige sykepleier har lært ikke bare sakkunnskap, men også moral” (Kristoffersen 2011:256).

Teorien fremhever at sykepleieren må lære å handle moralsk.

Omsorgsmoralen sier noe om hvordan sykepleieren lærer å bruke makt, og at makt inngår i alle avhengighetsrelasjoner (Martinsen 2003).

### **2.4.3 Den praktiske siden**

Martinsen (2003) understreker at medisinsk kunnskap og sykepleielære er viktig, men faglig dyktighet forutsetter at fagkunnskaper og praktiske ferdigheter går sammen og blir en enhet. Forståelse er et sentralt begrep i omsorg. Sykepleieren kan forstå pasientens situasjon ut ifra at deres dagligverden har flere likhetstrekk. I tillegg til kunnskap og erfaring har sykepleieren fagkunnskaper som kan sørge for at den syke får lindret kvalme, får godt stell og god ernæring. Sykepleieren kan ikke kjenne pasientens smerter og kvalme, men kan gjenkjenne og forstå den fra lignende situasjoner og erfaringer med andre (ibid).

## **2.5 Dokumentasjon**

Helsepersonelloven sier:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettleiding fra annet helsepersonell. I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.

Departementet kan i forskrift pålegge helsepersonell som nevnt i første ledd å føre egen journal som pasienten oppbevarer selv (egenjournal) (helsepersonelloven §39)

Sykepleiedokumentasjon skal bidra til pasientens sikkerhet, kvalitet og kontinuitet i pleien. Dokumentasjonen må være tilstrekkelig, nøyaktig og kontinuerlig da det fungerer som et juridisk dokument, og bør inneholde helsehjelpen som er gitt, konsekvensene av den gitte behandlingen og planlagte tiltak (Heggedal 2006). Sykepleiedokumentasjon i pasientjournalen skal fungere som et kommunikasjonsmiddel mellom helsearbeidere, pasienter og pårørende (Dahl og Skaug 2011). Pasienten selv må ha innsyn i hva som dokumenteres for at dette skal fungere. I pasientrettighetsloven § 3, presiseres det at pasienten skal medvirke til sin helsehjelp. I hovedsak har pasienten rett til å lese hva som er skrevet, og kan kommentere dette (Ibid).

## **2.6 Medikamentell behandling av postoperative smerter**

Sykepleierens observasjoner og informasjon om pasientens smerter, er med på å gi pasientansvarlig lege grunnlag for å ordinere type medikament samt dosering av disse (Wøien og Strand 2010). De ulike avdelingene har ofte fastsatte systemer for smertebehandling som gis ved ulike kirurgiske inngrep, og sykepleieren har handlingsmuligheter i form av administrering av medikamenter etter pasientens behov, innenfor det legen har forordnet (Ibid). Et nyttig hjelpemiddel for å sikre kvalitativ god smertelindring er lokale algoritmer for sykepleiekontrollert analgesi (Nurse Controlled Analgesia (NCA) (Ibid). Det finnes flere former for medikamentell postoperativ smertelindring:

- *Intravenøs administrasjon*
- *Peroral administrasjon*
- *Depotpreparat dosert fast etter klokke*
- *Individuell dosetitrering og effektevaluering*
- *Lokalanestesi i sårkanten*
- *Kontinuerlig oppfølging og dosejustering etter WHO's smertetrapp (denne er i utgangspunktet beregnet for behandling av kreftsmarter, men benyttes også i stor grad ved behandling av postoperative pasienter (Wøien og Strand 2010).*

Det holdepunkter for at kvaliteten på den postoperative smertebehandlingen og valget av medikamenter som blir brukt påvirker risikoen for at pasienten utvikler kroniske smerter og hyperestesi i operasjonsområdet (Fredheim et al. 2011).

### **2.6.1 Ikke medikamentell behandling av postoperative smerter**

Sykepleiere bruker sjelden en form for ikke- medikamentell behandling i postoperativ smertelindring (Dihle et al. 2006).

Man skal ikke undervurdere den ikke-medikamentelle postoperative smertelindringen.

Sykepleieren skal sørge for at pasienten har mest mulig ro, sikre at pasienten har godt sengeleie, og at det gis tilpasset informasjon til pasient og pårørende, samt god ikke-medikamentell behandling. Tiltak som akupunktur og fysioterapi kan for enkelte gi effekt (Wøien og Strand 2010). Gi en klem, holde i hånden kan for noen pasienter oppleves som et øyeblikks befrielse fra smerten. Pasienter utalte at ” *det hjelper ofte å snakke med sykepleieren om smerten, så jeg glemmer den for en stund*” ( Rustøen et al. 2009).

## **3 Metode**

Metode forteller noe om en måte å fremskaffe eller etterprøve kunnskap på.

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland 2012:111).

Denne oppgaven viser til funn i artikler der både kvalitativ og kvantitativ metode er brukt. Forskjellen på disse metodene er at de kvalitative metodene fanger opp opplevelser og meninger som ikke lar seg måle eller tallfeste, mens kvantitative metoder gir data av målbare enheter, og tallene gir mulighet til foreta regneoperasjoner (Dalland 2012). Kort fortalt så brukes kvantitativ metode i de tilfeller der undersøkeren er ute etter mengdedata for å gjøre disse om til statistikk, og hvis man ønsker å finne ut tendenser, gjennomsnitt eller andre matematiske målbare resultater. Mens kvalitativ metode dreier seg på sin side mer om vurderinger, erfaringer og oppfatninger undersøkelsesgrupper eller personer innehar. Kvalitativ metode kan foregå i mer ustrukturerte intervju, samtaler og undersøkelser. På denne måten er det fortolkningene, meningene og



vurderingene som fremkommer. Disse fortolkningene skiller seg fra kvantitativ metode ved at de ikke kan sammenlignes direkte på grunn av deres subjektivitet (Dalland 2012). Begge de orienterte metodene bidrar på hver sin måte til at vi skal få en bedre forståelse av hvordan grupper, enkeltmennesker og institusjoner handler og samhandler i det samfunnet vi lever i (Dalland 2012). I sykepleieforskning utgjør kvalitativ forskning en stor del, og har gjerne fokus på erfaringer og opplevelser relatert til helse og sykdom (Bjørk og Solhaug 2008).

### **3.1. Litteraturstudie**

Problemstillingen i oppgaven er besvart med utgangspunkt i en systematisk litteraturstudium. I et systematisk litteraturstudium arbeider man med å samle inn viten, og undersøker den viten som allerede finnes om denne problemstillingen, for så å benytte seg av dette i eget arbeid (Fredriksen og Beedholm 2011). Det finnes mye tilgjengelig forskning om postoperativ smerte, hvor fokuset er sykepleierens holdning til pasientens smerter og smertelindring. Et systematisk litteraturstudium kan derfor være hensiktsmessig og en godt egnet metode for å besvare oppgavens problemstilling.

Arbeidsprosessen i et systematisk litteraturstudium kan deles inn i ulike faser. I den første delen av prosessen vil man søke etter relevant litteratur, for så å gå inn i ekskluderings- og inkluderingsfasen. Dette vil føre til at man til slutt sitter igjen med den litteraturen som vurderes som relevant for valgt formål. I den andre delen av prosessen er formålet å besvare spørsmålet i den gitte problemformuleringen. Dette skjer ved at man bearbeider sitt eget materiale til en samlet presentasjon, det vil si et litteraturstudie. I utarbeidelse av et litteraturstudium stilles det store krav til analytisk og systematisk evne. Når man utarbeider et litteraturstudie er det viktig å tenke at kravet i en selvstendig oppgave ikke bare gjengi andres tekster, men at man skal kunne arbeide på et beskrivende, analyserende og reflekterende nivå. Er litteraturstudiet i liten grad preget av disse egenskapene, kan det virke tilfeldig hvilke valg som er gjort underveis. Begrunnelsen for arbeidet vil av den grunn ikke komme tydelig frem (Frederiksen og Beedholm 2011:48-53).

### **3.2 Inkluderingskriterier og Ekskluderingskriterier**

Inkluderingskriterier som er brukt i denne oppgaven:

- Forskningsartikler
- Voksne pasienter, både kvinner og menn over atten år.
- Artikler som var relevante for denne problemstillingen, som inneholdt sykepleierens kartlegging av smerter, sykepleierens holdninger til postoperative smerter og smertelindring i postoperativ fase.
- Både sykepleiere og pasienter er informanter.
- Alle artiklene var engelskspråklige, og artiklene er fra Norge, Sverige, USA, Australia og Rhode Island, utgitt i perioden 2002-2008

Ekskluderingskriterier:

- Pasienter med ruslidelser.
- Pasienter som blir smertelindret med nerveblokader, infiltrasjonsanalgesi (LIA ) eller med epidural.
- Pasienter som ikke er innlagt i sykehus
- Smertelindring til barn og nyfødte i postoperativ fase.
- Pasienter med redusert evne til å kommunisere, som for eksempel pasienter med en demenslidelse eller pasienter med delir.

### **3.3 Kildesøk**

Litteratursøk eller kildesøk er å finne frem til den litteraturen som belyser en problemstilling på best mulig måte (Dalland 2014). CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) har mye relevant sykepleiefaglig fagstoff, og det er i hovedsak her søkene til denne oppgaven er gjort. Artiklene i CINAHL er bedømt av et vitenskapelig panel, også kaldt peer-review eller referee-bedømt (Hørmann 2013). Jeg har også foretatt søk i Sykepleien Forskning, hvor jeg fant en artikkel som jeg har benyttet meg av i teoridelen. Ved søk i CINAHL brukte jeg søkeordene ”postoperative pain” som ga 15062 treff, og søkeordet ”nursing assessment” som ga 7133 treff. Jeg kombinerte søkeordene ”postoperative pain” og ”nursing assessment” med begrensning SU Subject, og artikler fra 2002-2015, peer reviewed som ga 139 treff. Jeg så igjennom artiklene, og leste titlene for å plukke ut de artiklene som var relevante for den valgte problemstilling.

CINAHL (søkt 19 mai 2015)

Søk	Begrep	Resultat
S1	Nursing assessment	15062
S2	Postoperative pain	7133
S3	S1 AND S2	231
S4	S1 AND S2 avgrensning publiseringsdato: 2002-2015 Fulltekst	153
S5	Avgrensning: publiseringsdato: 2002-2015 Fagfelleverdert Fulltekst	150
S6	S1 AND S2 avgrensning: publiseringsdato: 2002-2015 fagfelleverdert Fulltekst Engelskspråklige	139

### **3.4 Kildekritikk**

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Leth og Thuren (2000) sier at kildekritikk er et samlebegrep for metoder brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner (Dalland 2014:67).

Det viste seg å være mye tilgjengelig forskning om postoperative smerter. Flere artikler handlet om smertekartleggingsverktøy, og hvordan sykepleieren benyttet seg av dette for å kartlegge pasientens smerter, samt artikler basert på pasientenes egen opplevelse av postoperative smerter. Andre artikler handlet om sykepleierens holdninger til smerter, og sykepleierens smertelindring til pasientens smerter i postoperativ fase, som var artikler som var aktuelle i denne oppgaven. Det er stadig ny forskning rundt dette temaet, og jeg søkte etter forskning som var publisert år 2002-2015. Søkeordene jeg brukte var ”postoperative pain” og ”nursing assessment”. Jeg har valgt å benytte meg av seks forskningsartikler i denne oppgaven, og artiklene blir benyttet i

drøftningsdelen. Fem av artiklene handler om sykepleiernes holdning til smerter og smertelindring, samt sykepleierenes evne til å lytte til pasienten. Den siste artikkelen sa noe om hvilke forventninger pasientene hadde til sykepleierene. Pasientene hadde fokus på sine smerter, og hadde forventninger om at sykepleierene skulle bidra til god smertelindring.

Forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven, kommer ut med mye av de samme resultatene. Den nyeste artikkelen var fra 2008, og den eldste fra 2002.

Jeg har i ettertid blitt oppmerksom på at flere artikler kunne vært benyttet. Muligens burde jeg funnet flere artikler av nyere dato. Likevel vurderer jeg det slik at de valgte artiklene har den nødvendige bredden slik at oppgavens problemstilling blir besvart. Når jeg refererer til engelske artikler, hvor disse er oversatt til norsk, kan være en svakhet i oppgaven.

### **3.5 Analyse**

Etter å ha lest gjennom titlene på artiklene, valgte jeg ut syv forskningsartikler som jeg mente hadde relevans for den valgte problemstilling. Jeg oversatte sammendragene, og leste disse. Da satt jeg igjen med fire artikler, som jeg valgte å bruke i oppgaven. I tillegg hadde jeg to artikler fra tidligere pensum, som jeg fant relevante. Disse to artiklene håndsøkte jeg etter på CINAHL, ved å søke på tittel. Totalt benyttet jeg meg av seks artikler, hvor fem av artiklene handler om sykepleierens bruk av smertekartleggingsverktøy, sykepleierens smertekartlegging og vurdering, samt sykepleieren holdninger til pasientenes smerter og smertelindring. En artikkel handler om pasientenes forventninger og opplevelser av smerte, samt faktorer som bidrar til effektiv / ineffektiv forvaltning av deres smerte og strategier pasientene rapporterte som nyttig når de opplevde smerte.

## 4 Funn

I det følgende blir det presentert seks artikler, hvor fem artikler har en kvalitativ metode, og en artikkel har en kvantitativ metode. Studiene viser ulike perspektiver på hvordan sykepleierens holdninger var til pasienter med postoperative smerte, som for eksempel sykepleierens observasjoner av pasientene med fokus på kroppsspråk og vitale tegn. Relasjon, tillitt og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Det kommer frem hvordan sykepleierens bruk av smertekartleggingsverktøy og sykepleierens vurdering, forståelse og lindring av pasientens postoperative smerter varierer. Felles for fem av artiklene viser at sykepleierne hadde lett for å undervurdere pasientenes smerter, og prioriterte ikke å gi smertestillende når pasienten ønsket det, eller var i behov av smertestillende. I den siste artikkelen er det pasientene som forteller om sine smerteopplevelser. I fem av studiene er det sykepleierne som er informanter, og i en av studiene er det pasientene.

### 4.1 Presentasjon av funn

<b><i>Forfatter, navn, land, årstall, tittel</i></b>	<b><i>Hensikt</i></b>	<b><i>Design og Metode</i></b>	<b><i>Utvalg</i></b>	<b><i>Hovedfunn</i></b>
<i>"Dihle, A., Bjølseth, G. og Helseth, S., Journal of Clinical Nursing, Norge 2006 "The gap between saying and doing in postoperative pain management</i>	Øke sykepleiernes forståelse for optimal smertelindring i postoperativ fase	Kvalitativ metode. Observasjoner og dybdeintervju hvor hver sykepleier ble observert i løpet av fem skift.	Ni sykepleiere fordelt på tre kirurgiske avdelinger ved to sykehus i Oslo	Studien viste en uoverensstemmelse mellom hva sykepleierne sa de gjorde, og hva de faktisk gjorde i postoperativ smertebehandling. Dette gapet var mindre når sykepleierne tok en aktiv tilnærming til pasienten

<b><i>Forfatter, navn, land, årstall, tittel</i></b>	<b><i>Hensikt</i></b>	<b><i>Design og metode</i></b>	<b><i>Utvalg</i></b>	<b><i>Hovedfunn</i></b>
<i>Idvall, E., Bergqvist ,A., Silverhjelm ,J., og Unossen, M., Nursing and Health Sciences, Sweden 2008 "Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management"</i>	Beskrive perspektivene av kirurgiske pasienter med postoperativ smertebehandling i løpet av sykehusoppholdet.	Kvalitativ metode. Beskrivende tilnærming ved hjelp av individuelle intervjuer.	Tretti strategisk valgt postoperative inneliggende pasienter fra ulike kirurgiske avdelinger i et universitetssykehus i Sverige.	Funnene viste at pasientene konstant hadde tanker og fokus på smerter. Sykepleierens kortsiktige planlegging, mangel på systematisk oppfølging og begrenset behandlingsstrategier kan være grunnen til at pasientene alltid var bevisst på smertene.

<b>Forfatter, navn, land, årstall, tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Design og metode</b>	<b>Uvalg</b>	<b>Hovedfunn</b>
<i>Young, J.L., Horton, F.M., og Davidhizar, R., Journal of Advanced Nursing USA 2005 "Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management"</i>	Å fastslå sykepleiers holdninger til smerter og smertevurderingsverktøy, for så å se hvordan dette var i forhold til utdanning og erfaring	Kvantitativ metode. Åpne spørreskjemaer (1) Hva tror du om vurderingen av smerte? (2) Hva mener du om bruk av smertevurderingsverktøy? (3) Hva mener du om bruk av smertevurderingsverktøy for å forbedre pasientens utfall?	En praktisk prøve der femtito sykepleiere på en akutt avdeling ble spurt	Funn identifiserte både negative og positive holdninger til bruken av smertekartleggingsverktøy. Et flertall sykepleiere var positive til bruk av smertekartleggingsverktøy som en del av smertevurderingen. Sykepleiere som var skeptiske til bruken beskrev verktøyet som subjektivt og upresist. De mente også at pasientene ikke visste hvordan de skulle gradere smerten. Det kom også frem at sykepleiere som tidligere hadde fått undervisning om bruk av smertekartleggingsverktøy var mer positiv til bruken enn de sykepleierne som ikke hadde det.

<b><i>Forfatter, navn, land, årstall, tittel</i></b>	<b><i>Hensikt</i></b>	<b><i>Design og metode</i></b>	<b><i>Utvalg</i></b>	<b><i>Hovedfunn</i></b>
<i>Manias, E., Botti, M., Bucknall, T., Journal of Clinical Nursing Australia 2002 "Observation of pain assessment and management-the complexities of clinical practice"</i>	Undersøke sykepleier – pasient interaksjoner forbundet med smertekartlegging og hvordan sykepleieren håndterer pasientens smerter	Observasjonsstudie i en kirurgisk sengepost. Kvalitativ metode. Sykepleierne fikk ansvar for fem postoperative pasienter hver, hvor de ble observert over et tidsrom på to timer. Dette gjaldt på natt, dag og kveldsvakter	Tolv sykepleiere ble observert mens de var i direkte pasientbehandling i en kirurgisk avdeling.	Det ble identifisert barrierer for oppnåelse av effektiv smertevurdering og smertelindring Sykepleierens avbrytelser på grunn av andre gjøremål etter at pasienten hadde gitt uttrykk for smerter, som medførte forsinkelser i smertebehandlingene. Sykepleierens manglende oppmerksomhet og varierende tolkning av smerter, samt forsøk på å imøtekomme krav fra kollegaer, og sykepleierens prioriteringer gikk på bekostning av smertevurdering og håndtering til pasienten.



<b><i>Forfatter, navn, land, årstall, tittel</i></b>	<b><i>Hensikt</i></b>	<b><i>Design og metode</i></b>	<b><i>Utvalg</i></b>	<b><i>Hovedfunn</i></b>
<i>Manias, E., Bucknall, T., Botti, M., Pain Management Nursing, Australia 2005 "Nurses` Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting"</i>	Hvordan sykepleierne forvaltet pasientens smerter i den postoperative akutt fasen. Det spesifikke mål var å undersøke effekten av tid og kontekst på sykepleiernes smerteforvaltningstilte	Kvalitativ metode. Studien inkluderte observasjoner og individuelle intervjuer	Femtito sykepleiere ble observert i praksis. Totalt 312 pasienter var involvert i studien. Seks team ble identifisert i hvordan de håndterte effektiv smertelindring, forebygging av smerter, sykepleierens prioriteringer og reaktive håndtering av smertelindring. Seks faste observasjons ganger ble identifisert som viktige perioder for smerte aktiviteter, hver bestående av en 2-timers varighet. En observasjonsperiode ble undersøkt minst 12 ganger, noe som resulterer i fullføringen av 74 observasjoner og identifisering av 316 smerte tilfeller.	Fremhevet viktigheten av kommunikasjon mellom lege og pasient, pasient og sykepleier, sykepleier og lege. Sykepleierne akseptere smerte som en normal del av post operativ fase. Selv om effektiv smertebehandling ble observert å oppstå på et lite antall tilfeller, vist det seg at sykepleierne prioriterte andre kliniske aktiviteter, og de hadde en tendens til å undervurdere pasientenes smerteopplevelser Sykepleierne bør også være åpne for å initiere mangfoldig farmakologiske og ikke-farmakologiske smertebehandling

<b><i>Forfatter, navn, land, årstall, tittel</i></b>	<b><i>Hensikt</i></b>	<b><i>Design og metode</i></b>	<b><i>Utvalg</i></b>	<b><i>Hovedfunn</i></b>
<i>Kim, H.S., Schwartz-Barcott, D., Tracy, S.M., Fortin, J.D., Sjøstrøm, B., Pain Management Nursing, Rhode Island 2005 "Strategies of Pain Assessment Used by Nurses on Surgical Units"</i>	Identifisere de kriteriene sykepleieren brukte for å vurdere pasientens smerte, og hvilken kunnskap de hadde fra tidligere erfaringer som de tok med seg i smertevurderingen.	Kvalitativ metode. En serie semistrukturerte intervjuer ble gjennomført.	10 sykepleiere ble intervjuet mens de gjennomførte smertevurdering av 30 postoperative pasienter. Sykepleierne brukte tre kategorier (hvordan pasienten ser ut, hva pasienten sier, og erfaring med lignende tilfeller) for så å sammenligne med dette med tidligere erfaringer. En typologi av pasienter, et fokus på å lytte til pasientene, hva du skal se etter, hva skal du gjøre for pasientene ved vurdering av postoperativ smerte.	Tre strategier ble benyttet til å systematisk vurdere pasientens smerter i den postoperative fasen. 1. Det kliniske bilde, hvordan pasienten så ut. Sykepleierens fokus på kroppsspråk og vitale tegn. 2. Å lytte til pasientens beskrivelse av sine smerter. 3. Sykepleierens erfaringer med lignende situasjoner

## **5 Drøfting**

I denne delen av oppgaven vil de ulike funnene fra de aktuelle forskningsartiklene bli belyst i forhold til teorien som er benyttet. Jeg vil prøve å belyse hvordan smertelindring hos pasienter i postoperativ fase er avhengig av sykepleiers evne til kartlegging, kommunikasjon, men også hennes holdninger og eventuelle barrierer mot å gi analgetika.

### ***5.1 Relasjon mellom sykepleier og pasient***

I postoperativ fase vil pasienter med smerter være i behov av sykepleierens omsorg. Å gi omsorg vil si å ha empati, være troverdig og være til stede for pasienten. Pasientene er eksperter på egne smerter, og det er viktig at sykepleier lytter til denne kunnskapen (Rustøen et al. 2009). I følge teorien til Rustøen et al. (2009) og Berntzen et al. (2010) er gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier en forutsetning for å oppnå god smertelindring. Manias, Bucknall og Botti (2005) mener at i tillegg til å lytte til pasienten, må sykepleier være forståelsesfull og vise tålmodighet, noe som vil bidra til at sykepleieren kan ta riktige beslutninger om pasientenes smertebehandling. Det kreves god kommunikasjon hvor både sykepleier og pasient har som mål å oppnå best mulig smertelindring for pasienten (McDonald et al. 2002). Dette er det ideelle. I praksis har jeg opplevd at dette kan være en faglig utfordring for sykepleier hvis hun ikke oppnår allianse med pasienten, eller av en eller annen årsak ikke tror på ham.

I følge de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er oppgaven å bidra til at pasienten får dekket sine grunnleggende behov, deriblant god smertelindring. Sykepleieren har også plikt til å forebygge sykdom, fremme helse, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk Sykepleierforbund 2011:5).

Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende ferdighet som sykepleieren anvender gjennom hele hjelpeprosessen til pasienten. Sykepleieren må ha evnen til å tolke både den verbale og den nonverbale kommunikasjonen ved å observere om det er en overenstemmelse, eller et manglende samsvar mellom pasientens verbale og nonverbale kommunikasjon. Dette forutsetter en god relasjonen mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide 2009).

I praksis har jeg erfart at det eksempelvis også kan ligge andre forhold til grunn for den nonverbale kommunikasjonen, for eksempel tidligere traumer. Sykepleier kan se livssmerten i

pasientens ansikt, håpløsheten i en håndbevegelse, raseriet i et blick eller resignasjonen i en bøyd nakke (Eide og Eide 2009). Dette er selvsagt en tolkning av pasienten, og en bør vel ikke dra slutninger uten å snakke med pasienten. Her er den faglige utfordringen å få frem hvorfor det ikke er samsvar.

I følge McDonald et al. (2002) sin teori er det flere pasienter som underkommuniserer sin smerte. En årsak til dette viser seg å være pasientens engstelse for ”narkotika” og ubehagelige bivirkninger kroppen generelt får av smertestillende. En annen årsak til at pasienter underkommuniserer sin smerte er at pasienten ikke ønsker at sykepleierens oppmerksomhet skal tas bort fra andre pasienter. De ønsker ikke å klage eller mase, da de ser at sykepleieren har mye å gjøre. Her mener jeg det kan det være en årsak, at de ikke har funksjonelt språk i forhold til smerte, samtidig som pasientene faktisk har forventninger om at det er mulig å ha mindre smerte. Coulling (2005) bekrefter at organisatoriske bekymringer over at sykepleierne var for opptatte er legitimt.

Sykepleierens oppgave er å trygge pasienten slik at pasientene ikke føler at de er til bry. Ved at sykepleieren setter seg ned ved sengen til pasienten, har blikkontakt, samt opptrer rolig, er faktorer som vil bidra til at pasientene opplever at sykepleieren har tid og at de er interesserte i hva de forteller om sin smerteopplevelse. Opplever pasienten sykepleieren som negativt innstilt, vil dette undergrave pasientens motivasjon til samarbeid (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

Ved å bruke åpne spørsmål som ” hvordan går det etter operasjonen, eller ved å bruke lukkede spørsmål, ” har du smerter nå? ” kan sykepleieren utforske pasientens smerteopplevelse (Eide og Eide 2009). Dette er helt i samsvar med funnene i artikkelen til Dihle, Bjølseth og Helseth (2006) som bekrefter teorien om at sykepleierne benytter seg av flere måter å kommunisere med pasienten om deres smerteopplevelse. Sykepleierne i deres studie stilte pasienten direkte spørsmål som ”Har du smerter?” eller ”Hvordan er din smerte nå?” Dette var spørsmål som gjorde det enkelt for pasienten å snakke om sin smerteopplevelse og smertebehandling. Andre sykepleiere benyttet seg av indirekte og mere generelle spørsmål om pasientens tilstand, som for eksempel ”Hvordan har du det?” Disse spørsmålene åpnet ikke for at pasienten fortalte om sin smerte. Dersom pasienten ikke svarte sykepleieren på spørsmålet, ble det tolket at pasienten var

smertefri, og hadde det bra (Dihle, Bjølseth og Helseth 2006). Jeg har sett eksempler i pleiesituasjoner der generelle spørsmål ble brukt og jeg setter spørsmålstegn ved om denne type kommunikasjon avspeiler en ubevisst likegyldighet overfor pasientens smerter. Kim et al. (2005) understreker at sykepleierne er avhengig av at pasientene formidler om de har smerter eller ikke, om de er i behov av smertelindring og alvorlighetsgraden av smertene. Oppfatning av smerte er i hovedsak en subjektiv opplevelse, og en individuell erfaring som pasienten formidler til sykepleieren verbalt. Her er jeg enig med teorien som sier at sykepleier må være bevisst på styrker og svakheter ved egne kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide 2007).

Dominerende bruk av subjektiv orientering står i sterk kontrast til gjeldende kliniske retningslinjer for akutt smertebehandling. Kim et al. (2005) sier i sin artikkel at dersom sykepleieren har evne til å lytte til og tro på pasientens smerteopplevelse vil det være med å påvirke den kartleggingen og vurderingen som utføres. Dette er i samsvar med teorien som sier at en relasjon skapes gjennom ulike former for kommunikasjon (Nortvedt et al. 2013). Når sykepleieren klarer å kommunisere med pasientene på en slik måte at pasientene føler seg ivaretatt og trodd på sin opplevelse av smerte, vil dette være av stor betydning for kartlegging, vurdering og lindring av pasientens smerter. Samtidig mener jeg at sykepleier bør være oppmerksom på at pasienten kan ha gode så vel som dårlige dager, og det kan også være kulturelle barrierer.

I følge teorien til Eide og Eide (2007) er nonverbal kommunikasjon et viktig hjelpemiddel for å bygge opp en relasjon mellom sykepleier og pasient. Den beste måten sykepleieren kan møte pasienten på, er på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte. Gjennom dette kan sykepleieren skape den tillit og trygghet som pasienten trenger for å kunne åpne seg og dele sine følelser og tanker med sykepleieren. Tillitt oppnås ved å kommuniserer og samhandle med pasienten ved utøvelse av sykepleie, som igjen bidrar til at tiltakene sykepleierne iverksetter er i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen 2011). I følge teorien til Kristoffersen (2011) er kommunikasjon mellom pasient og sykepleier helt sentralt. Manias, Bucknall og Botti (2005) understøtter dette ved å vise til funn i sin artikkel, hvor det kommer frem at god kommunikasjon, og et godt samarbeidsforhold mellom sykepleier og pasient løser kompleks smertebehandling, og at ineffektiv kommunikasjon på den andre siden er et hinder for god smertebehandling. Sett i lys

av Martinsens omsorgsteori er det grunnleggende at nettopp denne relasjonen mellom sykepleier og pasient eksisterer for at sykepleieren skal kunne kartlegge og vurdere pasientens smerter. Martinsen mener også at omsorg har å gjøre med relasjoner og moral som ytrer seg i praktisk handling. Sykepleiers væremåte i relasjon gjennom det praktiske arbeidet, har med livsførsel å gjøre. Kvaliteten i relasjonen er vesentlig, og tillit er en grunnleggende verdi og et uunnværlig fenomen i yrkesmessig omsorg (Kristoffersen 2011). Et godt mellommenneskelig forhold er av stor betydning i utøvelse av sykepleie, samt etablering av relasjon er grunnlaget for faglig kunnskap og verdier i sykepleien. Det er viktig at både pasient og pårørende har tillit til sykepleieren og den faglige vurderingen som blir gjort, samt oppfølging og gjennomføring av medisinsk behandling og godt stell til pasienten (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Her mener jeg at det er en forutsetning at sykepleier er trygg og er kjent med seg selv og sitt eget indre landskap for å kunne hjelpe.

I følge Kristoffersen og Nordtvedt (2011) tildeles noen pasientene ofte en mer passiv rolle enn det de ønsker, fordi sykepleierne ikke er flinke nok til å trekke pasientene med i den daglige sykepleieomsorgen. På den ene siden er det derfor helt nødvendig at sykepleieren kontinuerlig vurderer hva den enkelte pasientens behov er, da mangelfull vurdering kan føre til at sykepleieren overtar for mye for pasienten, og pasientene passiviseres unødige. På den annen side må sykepleieren være forsiktig så pasientens mestringsevne ikke blir overvurdert, da det kan føre til at pasienten blir unødige tappet for krefter og mister motet (Kristoffersen og Nordtvedt 2011). Med andre ord, det kan være nødvendig å være forstående og støttende på den ene siden, men samtidig sette grenser mot passivitet og å stille krav til egeninnsats på den andre siden (Eide & Eide 2007).

I følge pasient- og brukerrettigheter (§ 3) er brukermedvirkning et prinsipp, og nedfelt i loven. Martinsen problematiserer det etiske prinsippet om pasientens autonomi- retten til selv å bestemme i forhold til det som angår pasienten selv (Kristoffersen 2011). Martinsen fremhever at svak paternalisme er ønskelig i spenningsfeltet mellom autonomi eller selvbestemmelse og paternalisme eller formynderholdning, men at sykepleieren må benytte seg av faglig merforståelse og hensikten må være å gane den enkelte pasient mest mulig (ibid). Slike sykepleiefaglige avgjørelser mener jeg er viktig. Men dette forutsetter at sykepleieren tilbringer

mye tid hos pasienten, blant annet kan stellesituasjoner brukes til å bli kjent med pasientene, og pasientene vil da få mulighet til å beskrive egne smerter samt opplevelsen av sin smertesituasjon. Dette ville være den optimale situasjon, men i virkelighetens verden er det spørsmål om ikke tidspress og mange andre hensyn kan være til hinder for dette. Opplever pasienten kontroll, vil det bidra til at pasienten blir fortere frisk, som er den overordnede hensikten med behandling og pleie (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

## **5.2 Sykepleieren observerer og lytter til pasienten**

Martinsen (2003) hevder i sin omsorgsteori at omsorg et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og samhandling, og utgjør dermed også grunnlaget for sykepleie. I vurdering av pasientenes smerter vil den mellommenneskelige dimensjonen, som omhandler relasjonen mellom sykepleier og pasient stå sentralt sammen med kunnskap og kompetanse. Funn i artikkelen til Kim et al. (2005) viser at sykepleierne har varierende kriterier og ulike forutsetninger for å vurdere postoperativ smerte. Disse spenner seg fra objektive observasjoner som for eksempel ”*hvordan pasienten ser ut*”, til mer subjektive observasjoner som ”*hva pasienten sier*”. Her mener jeg det kan diskuteres hvem som eier sannheten- sykepleier eller pasient. Sykepleiernes ansvar er å identifisere og verifisere eksistensen og intensiteten av smerter fordi pasientens verbale uttrykk ikke kan være nøyaktig (Kim et al. 2005). Ofte kan kroppen fortelle mer om pasientens fysiske og psykiske tilstand enn det ord kan gjøre, så ved å formidle varsomhet og omtanke, kan sykepleieren ved berøring av pasientens kropp observere pasientens tilstand. (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

Sykepleieren må anerkjenne pasientens subjektive opplevelse av smerte, for å kunne behandle den. Det er enighet i at smerte er en subjektiv opplevelse, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier han har det (McCaffery og Beebe 1998 og Stubhaug og Ljoså 2010). I følge Dihle, Bjølseth og Helseth (2006) er det et gap mellom hva sykepleieren sier og hva hun gjør i postoperativ smertebehandling, men det har vist seg at dette gapet blir mindre og det oppstår bedre postoperativ smertelindring ved at sykepleieren inntar en aktiv tilnærming til pasienten (Dihle, Bjølseth og Helseth 2006). Sykepleier undervurderer pasientens smertefølelse og hvordan smertene påvirker ham (Ene et al. 2007).

Denne teorien stemmer med funnene i artikkelen til Manias, Bucknall og Botti (2005) og Dihle, Bjølseth og Helseth (2006), som viste at sykepleierne aksepterer smerter som en normal del av den postoperative fase, og at undervurdering av smerteopplevelsen skyldes mangel på informasjon og ineffektiv smertekontroll. Slik fikk bare et fåtall pasienter tilstrekkelig smertelindring fordi sykepleierne prioriterte andre kliniske aktiviteter, og pasientenes smerteopplevelse undervurderes. Dette kan tolkes som om sykepleieren ikke erkjente pasientens smerter, de viser manglende engasjement, eller de mente at pasientene ikke kunne bli helt smertefri. Det finnes mange alternativer innenfor analgetika, og en avdeling bruker ofte egne smertebehandlingsregimer. I praksis opplevde jeg at det opplagt var sykepleiers ansvar å være engasjert, og følge regimet, for å finne frem til rett analgetika og rett dose.

Funnene til Kim et al. (2005) viser at sykepleier ikke alltid bare forholdt seg til verbal kommunikasjon, eller at den verbale kommunikasjonen var av underordnet betydning. Her var fokuset mer objektiv, som hvordan så pasienten ut. Observasjoner av pasientens ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser, leie i sengen, puls, huden (kald, svett, klam) ble brukt som indikatorer på om pasientene hadde smerter eller ikke. Ved mangel på fysiske tegn vurderte sykepleieren det til at pasientene hadde milde smerter. Et annet fokus var pasientens verbale kommunikasjon, da sykepleieren er avhengig av pasientenes uttalelser om sine smerter og hvorvidt de trengte smertelindring. Det kan være vanskelig både å vurdere og kommunisere smerter, da smerter er subjektive. I tillegg kommer det frem at det er begrenset bruk av kartleggingsverktøy av postoperative smerter (Dihle et al. 2005). Her er det et språk mellom teori og praksis, da teorien understreker viktigheten av at smertekartlegging må vurderes ut ifra pasientens egen smerteopplevelse (Nortvedt et al. 2013).

Idvall et al. (2008) understreker at smerter bør behandles forebyggende, og at hver pasients individuelle behov bør tas i betraktning. Målet med postoperativ smertebehandling er at pasienten ikke skal ha unødig smerter fordi sykepleieren ikke gir tilstrekkelig smertebehandling. Dette vil i tilfelle anses som uetisk. Dette mener jeg også kan tilskrives mangel på erfaring og kunnskap.

Manias, Botti og Bucknall (2002) og Dihle, Bjølseth og Helseth (2006) viser at det ofte er betydelig forsinkelse mellom pasientenes forespørsler om smertelindring og til pasientene faktisk



mottar smertestillende medikamenter. Noe som medfører unødig smertelidelse for pasienten. Grunnen til dette er ofte relatert til andre oppgaver som sykepleier måtte utføre på samme tid, som for eksempel administrasjon av antibiotika, ringe eller ta imot en telefonsamtale. Når sykepleier stadig blir avbrutt, er hun ute av stand til å ivareta de umiddelbare smertestillende og komfort behovene til pasientene. Sykepleier formidler på den måten signaler på manglende interesse og engasjement ovenfor pasienten. Sett i lys av Martinsen (2003) omsorgsteori vil sykepleiers handling her oppfattes som umoralsk. Her mener jeg det kan være et bemanningsproblem i avdelingen som kan være medvirkende årsak til sviktet.

I min praksis opplevde jeg at sykepleierne av og til drøydde med å gi smertestillende. Det kunne være fordi de ikke syntes pasienten så spesielt smertepreget ut, eller det ikke hadde gått lang nok tid siden sist dose var gitt, eller at det rett og slett ble glemt å gi. Ofte resulterte dette i at pasienten fikk unødige og store smerter. Sykepleieren måtte gi høyere doser av smertestillende, eller gi sterkere analgetika for å oppnå smertelindring hos pasienten. Noe som kanskje kunne vært unngått, dersom sykepleieren hadde gitt pasienten smertestillende når hun ba om det. Ved å forbygge og unngå gjennombruddssmerter spares pasienten for unødig lidelse. I følge Dihle, Bjølseth og Helseth (2006) er det stor variasjon blant sykepleiernes mål om smertelindring. Enkelte sykepleiere mener pasientene skal ha fullstendig smertelindring, mens andre mener pasientene må akseptere å ha litt smerter. Dette opplever jeg som et etisk dilemma, da noen sykepleiere er redde for å gi for mye analgetika til tross for at legen har foreskrevet det. Konsekvensen for pasienten kan være at han ikke blir så godt smertelindret som ønskelig.

Manias, Botti og Bucknall (2002) viser i sin forskning at organiseringen av omsorg, sykepleiers prioritering av arbeidsoppgaver, tidspress og press under et arbeidsskift, samt integrering av informasjon til å foreta kliniske vurderinger om hvordan sykepleieren skal håndtere smerte, er blant de faktorene som påvirker kommunikasjonen. En helhetlig forståelse av hvordan kontekstuelle forhold påvirker smertebehandling vil lette identifikasjon av problemer som hindrer effektiv smertebehandling og derfor muliggjøre en mer helhetlig og målrettet tilnærming til bedre omsorg. Manias, Botti og Bucknall (2002) hevder også at sykepleierens oppfatning av smerte kan være basert på egen kunnskap og tidligere erfaringer av samme type smerte, i forhold til hvilken operasjon pasientene har gjennomgått. Pasientenes alder, kjønn eller kultur spiller også en rolle for sykepleieren oppfatning av smerter. Jeg mener at sykepleier bidrar til at pasienten har det så

bra som mulig i den postoperative fasen, ved å være på tilbudssiden, samt oppfordre og motivere pasienten til å be om smertestillende før smertene er uutholdelige.

### **5.3 Hvilke kunnskap må sykepleieren ha for å utøve god smertelindring**

I postoperativ fase kan pasienten oppleve og ha både grunnsmerter og gjennombruddssmerter. Pasientens smerter består av grunnsmerter som et resultat av vev – og nerveskade i etterkant av det kirurgiske inngrepet, i tillegg kan pasientene få gjennombruddssmerter, som er smertetopper som oppstår ved hoste, bevegelse og lignende (Rustøen og Wahl 2010). Idvall et al. (2008) fant at disse pasientene vil være i behov av ekstra smertelindring utover basisbehandlingen. I følge Young, Horton og Davidhizar (2005) og Dihle, Bjølseth og Helseth (2005) har sykepleierne på postoperativ avdeling fokus på smerter, og målet med smertelindring er å minimere og eliminere ubehag, samt legge til rette for tilhelingsprosessen og forebygge komplikasjoner og tilleggslidelser. Sykepleier gir pasienten regelmessig narkotisk analgetika, og i tillegg ekstra medisiner dersom han fikk gjennombruddssmerter.

Pasienter som har gjennomgått et kirurgisk inngrep trenger ro og hvile. (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011). Ved å hjelpe pasienten i stellesituasjonen uten brå bevegelser, samt bidra til at pasienten finner en god stilling i sengen, unngås unødig smerte. Sykepleierens evne til å sette seg inn i pasientens situasjon, vise interesse og engasjement, er en forutsetning for å finne ut pasientens behov for sykepleie (Kristoffersen 2011). Det skal tas hensyn til pasientens subjektive opplevelse av velvære, helse og livsmot i forhold til den pleien som utøves (Kristoffersen 2011). Ved å utøve sykepleie med tanke på omsorgsteorien til Martinsen skal sykepleieren i tillegg til kunnskap og erfaring, ha fagkunnskaper som kan sørge for at den syke får lindret kvalme, får godt stell og god ernæring. Sykepleieren kan ikke kjenne pasientens smerter og kvalme, men kan gjenkjenne og forstå den fra lignende situasjoner og erfaringer med andre (Ibid).

Funn gjort av Kim et al. (2005) viser at sykepleiere bruker både sin kunnskap om smertefysiologi og sine praksiserfaringer i arbeidet med vurdering og kartlegging av pasientens smerter. Dette er i tråd med hva Martinsen (2003) mener skal ligge til grunn for den praktiske omsorgen, der fagkunnskap i seg selv ikke er nok, men som en kombinasjon med sykepleierens erfaringer. Dette danner grunnlaget for de praktiske handlinger som utøves.

Pasientene bør informeres både i preoperativ fase og i postoperativ fase, og om at de selv har ansvar for om å formidle deres smerteopplevelse til sykepleieren. Samtidig bør de bli informert om at effektiv smertelindring kan bidra til å unngå komplikasjoner som blant annet dyp venetrobose (McDonald et al. 2000). Sykepleierens oppgave er å bidra slik at pasienten effektivt klarer å beskrive sin smerte ved hjelp av et smertekartleggingsverktøy (Ibid). Smertekartlegging av pasientenes smerter bør foretas regelmessig i postoperativ fase, både i ro og ved aktivitet. Kartlegging av smertenens lokalisasjon og karakter samt før og etter behandling av gjennombruddssmerter, og den opplevde effekten av smertelindring er en viktig kartlegging for å oppnå best mulig smertelindring (Rustøen og Wahl (2010) og Eriksson et al. (2012). Målsetting for postoperativ smertebehandling er å oppnå smerteintensitet, NRS 3 eller lavere (Fredheim et al. 2011). I følge teorien er det mange sykepleiere som ikke vurderer pasientens smerter både i hvile og under aktivitet, heller ikke blir effekten av smertestillende evaluert (Rognstad et al. 2012). Svenske Society of Anestesiologi og intensivmedisin anbefaler å evaluere effekten av postoperativ behandling hver fjerde time for å hindre gjennombruddssmerter (Eriksson et al. 2012). Smerter skal alltid dokumenteres, slik at sykepleieren raskt kan tilby pasientene smertebehandling (Torvik, Skauge og Rustøen 2010).

Smertefølsomhet og smertetoleranse er svært individuelt. Smerter er subjektive, og pasientens vurdering av sin smerteopplevelse er derfor ofte forskjellig fra sykepleierens vurdering (Fredheim et al. 2011). Postoperative smerte omfatter et komplekst fenomen som innebærer fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og miljømessige faktorer som er med på å påvirke hvordan smerten oppleves, forvaltes og evalueres (Manias, Bucknall og Botti (2005). Sykepleierne har en sentral rolle i kartlegging av smerte, da de er nærmest pasientene og følger dem opp (Coulling 2005). For at sykepleieren skal kunne utøve god smertelindring, må sykepleieren ha erfaring og fagopplæring (Martinsen 2003). For å kunne yte effektiv og trygg sykepleie til pasienter med smerter, må sykepleieren innhente informasjon, synliggjøre problemene, planlegge, iverksette og vurdere sykepleietiltakene for så å evaluere disse McCaffery og Beebe (1996). Ved systematisk tilnærming, innsikt og fagkunnskaper kan sykepleieren kartlegge pasientens behov for sykepleie (Kristoffersen 2011). Dette er i tråd med det Manias, Bucknall og Botti (2005) som bekrefter at smerte er en personlig opplevelse for både pasienten og for sykepleieren, og at smerter påvirkes av omstendighetene. Konteksten involverer flere nyanser og inkluderer hvordan helsepersonell

kommuniserer med hverandre, og hvordan sykepleierne kommuniserer med pasientene. Dette er avgjørende for hvilken smertebehandlingsstrategi som skal iverksettes. Culling 2005 skriver i sin teori at medisin og sykepleie er praksisbaserte yrker. Kunnskap og kompetanse påvirkes ikke bare av kvaliteten på opplæring og kultur av det kliniske miljøet, men også av sykepleiernes bakgrunn og sosialiseringprosessen som underbygger deres personlige verdier, tro og holdninger. Young, Horton og Davidhizar (2005) og Dihle, Bjølseth og Helseth (2005) mener at sykepleierens barrierer til smertelindring kommer av holdninger. Spørsmålet er om det ikke da ligger implisitt et behov for kontinuerlig oppdatering av ny teori og dermed personlig utvikling hos sykepleierne.

Pasientene beskrev postoperativ smerte som et symptom som alltid var i fokus, fordi smerten enten var konstant tilstede, eller fordi smerten kom brått under de ulike aktivitetene og bevegelsene som pasienten gjorde (Idvall et al. 2008). Funnene til Idvall et al. (2008) viser også at pasientenes egen kunnskap om sine smerter og smertebehandling ble påvirket av tidligere og nåværende personlige erfaringer om smerter, som igjen påvirker hvilke forventninger de har til god smertelindring i postoperative fase. Flere pasienter sa de var klar over at denne fasen kunne bli smertefull, noen hadde erfaring av smerter fra tidligere, mens andre mente postoperative smerter ikke opplevdes som spesielt alvorlig. Pasientene ble informert om hvordan de kunne redusere smertene ved bruk av spesielle metoder og støtte. Som for eksempel kunne de trykke en pute på operasjonssåret når de skulle ut - eller inn i sengen (Ibid).

Dette er informasjon og tiltak jeg kjenner igjen fra min praksisperiode på kirurgisk avdeling. Tiltak som å heve og senke hjertebrettet, slik at det var enklere å komme ut og inn i sengen, var også råd sykepleierne ga pasientene. Fra en av mine praksisperioder, så jeg at de pasientene som røyka, oftest var mye enklere å motivere til å stå opp fra sengen, enn hva ikke røykerne var.

Både lege og sykepleier prioriterer pasienter som ber om smertelindring (Rognstad et al. 2012). Dette er i samsvar med Martinsens omsorgsteori som sier at pasienten er den som lider, og sykepleier er den som har bekymringer og er omtenksum. Sykepleieren sørger for å lindre pasientens smerter. Martinsen (2003) konstanterer at omsorg er et mål i seg selv, og hun tar avstand fra egenomsorgstenkingen i sykepleie. Postoperative smerter kan forsinke bedring, rehabilitering, forstyrre søvnen og generell aktivitet selv etter utskrivning. Årsaken til sviktende

postoperativ smertelindring, kan sammen med tidspress være sykepleierens holdninger, manglende kunnskap og barrierer mot bruk av opioider (Rognstad et al. 2012 og Coulling 2005). Dette er i samsvar med hva Dihle, Bjølseth og Helseth (2006) som fant i sin forskning at manglende kunnskap om smerter og smertebehandling, samt misforståelser blant sykepleierne om bivirkninger av narkotiske analgetika var årsaken til sviktende smertelindring. Idvall et al. (2008) mener at pasientene uttrykte stor tillit til sykepleierne, og at de ble sett på som eksperter på postoperativ smertebehandling. De var oppmerksomme og følsomme på sykepleiernes holdninger, og deres myndighet, noe som medførte at pasientene ikke alltid delte sine erfaringer om sin smerteopplevelse. Pasientene hadde den oppfatningen at sykepleierne var de som kjente til administrering og den optimale effektive smertelindring, og de godtok at de ikke fikk mer smertestillende når de sa de hadde fått nok. For mye bruk av morfin kunne føre til rusmisbruk. Til tross for at dette kunne innebære at sterke smerter ikke ble behandlet, forsvarte pasienten sykepleiers avgjørelse.

Dihle, Bjølseth og Helseth (2006) viser til tidligere studier som sier at sykepleierne sjelden bruker ikke-medikamentell smertelindring i den postoperativ fasen.

Wøien og Strand (2010) mener at ikke-medikamentell smertelindring ikke skal undervurderes. Når sykepleieren sørger for at pasienten har mest mulig ro, har et godt sengeleie, eller om pasienten får individuell akupunktur eller fysioterapi, så er dette blant de gode, ikke-medikamentelle, smertelindrende tiltakene. Rustøen et al. (2009) mener at å gi pasienten en klem, eller holde pasienten i hånden kan for enkelte pasienter oppleves som en kortvarig befrielse fra smerten.

## 6 Oppsummering

God smertelindring er basert på en relasjon mellom sykepleier og pasient. Er sykepleieren deltagende og våkent observerende, bidrar dette til at pasienten føler seg møtt og ivaretatt på sin smerteopplevelse. Dette vil være et godt utgangspunkt for sykepleierens kartlegging av smerter, samt god smertelindring til pasienten.

Pasienten har et ønske om å bli sett, hørt og trodd. Forutsetningen for en god dialog er at sykepleieren viser engasjement, samt å anerkjenne pasientens smerte som reelle. Funn satte fokus på hvor viktig kommunikasjonen mellom personale og pasienter er, og personale seg imellom. De viser også virkningen av hvordan sykepleieres tidsbruk og prioritering er i forhold til mestringsstrategier og ikke-medikamentelle tiltak i praksis. Denne undersøkelsen, som viste hva som foregikk i klinisk praksis, fremskaffet nye data som tidligere studier ikke har gjort.

Forholdet mellom sykepleierens holdning, smertevurdering, utdanning og erfaring antyder at sykepleierene nødvendigvis ikke forholder seg positivt til bruk av smertekartleggingsverktøy. Kunnskapsgrunnet, utilstrekkelig vurdering og evaluering, samt sykepleierens synspunkter på smertebehandling, er medvirkende faktorer som påvirker om pasienten mottar effektiv smertebehandling eller ikke. I tillegg viser det seg at mange pasienter er engstelige for å oppholde sykepleieren, og bruke av deres tid.

Forskning viser at akutte smerter fortsatt er et betydelig problem i postoperative fase.

Data tydet på at det er nødvendig med mer enn erfaring for å endre holdninger hos sykepleierene, og det kommer frem at det fortsatt er en lang vei å gå for å "lukke alle hullene" i god postoperativ smertebehandling.

Til tross for inngående kunnskap og omfangsrik litteratur om smertebehandling viser det seg at sykepleierens kartlegging, vurdering og lindring av smerter fortsatt er begrenset.

Konklusjonen er tatt ut ifra et begrenset antall forskningsartikler, derfor kan man ikke konkludere bastant.

## Litteraturliste

Almås, H., Stubberud, D. G, Grønseth; R. (2011). *Klinisk sykepleie 1*. 4. Utg. Oslo: Gyldendal Nors Forlag AS.

Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I: H. Almås, D-G. Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie (B. 1)*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Berntzen, H. et al. (2010). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I: H. Almås, D-G. Stubberud og R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie (B. 1)*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. Bjørk I.T.,

Solhaug M. (2008). *Fagutvikling og Forskning i klinisk sykepleie*. En ressursbok. Akribe A/S. Oslo.

Coulling, S. (2005). Nurses and doctors knowledge of pain after surgery. *Nursing Standard*, 19 (34):41-49. Hentet fra CINAHL.

Dahl, K., Skaug, E.A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie (B.2)*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Den norske legeforening (2009). Retningslinjer for smertelindring. Oslo: Den norske legeforening.

Dihle, A., Bjølseth, G., Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative management. *Journal of Clinical Nursing*. 15(4): 469-479. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x. Hentet fra CINAHL

Eide, H. Og Eide, T. (2009). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning og etikk*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ene, K. W. et al. (2008). Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (15): 2042-2050. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02278.x Hentet fra CINAHL.

Eriksson, K. et al. (2007) Using mode and maximum values from the Numeric Rating Scale when evaluating postoperative pain management and recovery. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 638-647. Doi: 10.1111/j. 1365-2702.2012.04225.x Hentet fra CINAHL.

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

Fredheim, O.M.S. et al. (2011). *Tidsskrift den Norske legeförening*. 2011;131:1763-7.  
DOI:10.4045/tidsskr.10.1129

Hørmann, E. (2013). Litteratursøgning. I:S. Glasdam (red). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område: Indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag.

Idvall, E. et al. (2008). Perspectives of Swedish patients of postoperative pain management. *Nursing and Health Sciences*, 10.131-136. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00380.x Hentet fra CINAHL

Kim, H.S. et al. (2005). Strategies of Pain assessment Used by Nurses on Surgical Units. *Pain Management Nursing*. 6(1):3-9 doi:10.1016/j.pmn.2004.12.001 Hentet abstract fra CINAHL. Full text tilsendt fra Diakonhjemmet bibliotek.

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



Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. (2011). Relasjon mellom sykepleier og pasient: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie* (B.1). 2. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk

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

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

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

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

Manis, E., Bucknall, T., Botti, M. (2005). Nurses` Strategies for Managing Pain in the Postoperative Setting. *Pain Management Nursing*, 6 (1):2005:18-29.

doi:10.1016/j.pmn.2004.12.004.

Hentet fra CINAHL.

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

McCaffery, M. Og Beebe, A. (2007). *Smerter : lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

McDonald, D.D. et. al. (2002). Communicating pain and pain management needs after surgery. *Applied Nursing Research*. 13 (2):70-75. Hentet abstract fra CINAHL.

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

Nortvedt, F. Og Nortvedt, P. (2007). *Smerte – fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal

Akademisk

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

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

Rognstad, M.K. (2012). Attitudes, beliefs and selv-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012;26 DOI:10.1111/j.1471-6712.2011.00964.x Hentet fra CINAHL.

Rustøen, T., Wahl, A.K. (2010). *Ulike tekster om smerte*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Rustøen, T. et al. (2009). Nursing Pain Management- A Qualitative Interview Study of Patients with Pain, Hospitalized for Cancer Treatment. *Pain Management Nursing*, 10 (1) 48-55. doi:10.1016/j.pmn.2008.09.003 Hentet fra CINAHL.

Sand, O. et. al. (2006). *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Stubbhaug, A., Ljoså, T.M. (2010) Hva er smerte? T. Rustøen og A.K. Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Torvik, K., Skauge, M. og Rustøen, T. (2010). Smertekartlegging. I: T. Rustøen og A.K. Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Wøien, H. og Strand, A.C. (2010). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I: T. Rustøen og A.K. Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte : fra nocisepsjon til livskvalitet*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

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

