



Postoperative smerter

*Hvordan kan sykepleier på ortopedisk
sengepost vurdere og kartlegge
postoperative smerter?*

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 104

Antall ord: 8116

Dato: 11.03.2016

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling og hensikt	2
1.3 Avgrensning	3
1.4 Definisjon av begreper	3
1.5 Oppgavens videre oppbygning	4
2. Metode	5
2.1 Databaser og litteratursøk	5
2.2 Kildekritikk	9
3. Teori	12
3.1 Smerter	12
3.1.1 Smertefysiologi	13
3.1.2 Postoperativ smerte	14
3.2 Sykepleiers ansvar i møte med postoperativ smerte	14
3.3 Den profesjonelle kommunikasjonen	16
3.3.1 Pre operativ informasjon	18
3.3.2 Smertekartleggingsverktøy	19
4. Drøfting	21
4.1 Kommunikasjon og relasjonsbygging	21
4.2 Informasjon og pasientmedvirkning	24
4.3 NRS et verktøy i kommunikasjonen	26
5. Konklusjon	28
Litteraturliste	29

1. Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema, problemstillingen, avgrensninger, begrepsavklaring og jeg vil legge fram oppbygningen av oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Så mange som 30-50 % av pasientene som har utført kirurgi oppgir uakseptable smerter postoperativt, og når vi da vet at det er sammenheng mellom dårlig smertebehandling akutt og utviklingen av kroniske smerter, er det viktig at sykepleiere har kunnskaper om smertekartlegging (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013). Sykepleier på sengepost har en sentral rolle i smertebehandlingen av pasienten postoperativt, da det er hun som får tette kontakt med pasienten mens han er innlagt, og det er hun som observerer pasienten og innhenter informasjon om pasientens smerte, slik at legen kan ordinere medikamenter (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013).

Ved hofte- og kneprotesekirurgi blir det benyttet akselererende pasientforløp, også kalt Joint Care. Dette konseptet har blitt implementert ved flere og flere norske sykehus siden 2008. Hensikten med konseptet er å øke kvaliteten og fremme effektivitet ved den type kirurgi. Målet er å begrense kirurgisk stressrespons i form av god preoperativ informasjon, fremme tidlig mobilisering og gjenvinne normale kroppsfunksjoner. For å få til dette kreves det tett samarbeid mellom anestesipersonell, kirurger, sykepleiere og fysioterapeuter. I tillegg har pasientene en større rolle hvor det settes krav til deres medvirkning, både i den preoperative og postoperative fasen. Behandlingen innebærer multimodal smertebehandling, minimal bruk av kateter og dren, og tidlig inntak av peroral ernæring og analgetika (Sjøveian & Leegaard, 2012).

I min kirurgiske praksis var jeg på ortopedisk sengepost. Der så jeg usikre og redde pasienter komme til innskrivning, og flere av pasientene hadde sterke smerter postoperativt. Dette gjorde inntrykk på meg. Jeg så sykepleiere som ga omsorgsfull og trygg sykepleie, men jeg så også sykepleie jeg ikke ønsker å kopiere. Selv har jeg vært postoperativ pasient to ganger, og jeg kjenner selv til hvor smertefullt det er å gjennomgå en operasjon. Da jeg var innlagt var det ingen smertekartleggingsskala og det var lite kommunikasjon om smertene. Jeg opplevde det som vanskelig å si ifra om smerter og å be om ekstra smertestillende utover den ordinerte doseringen. Selv følte jeg meg svak som ikke tålte smertene, og jeg var redd for at jeg ble sammenlignet med andre. Dette beskrev Joyce Travelbee (2011) i sin bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*, der hun tok opp ensomheten pasienten føler ved smerten og frykten for å ikke bli trodd. Travelbee mente dette ville være uheldig for relasjonen mellom sykepleier og pasient, da det påvirker den videre behandlingen og rehabiliteringen av den syke (Travelbee, 2011).

Erfaring fra ortopedisk sengepost og min egen erfaring som postoperativ pasient har lagt grunnlaget for å skrive denne oppgaven, samt ønsket om å lære mer om postoperative smerter og smertelindring. Smerter er et tema det er viktig at sykepleier har gode kunnskaper om. Som sykepleier vil jeg uansett hvor jeg jobber komme borti pasienter med smerte.

1.2 Problemstilling og hensikt

Hvordan kan sykepleier på ortopedisk sengepost vurdere og kartlegge postoperative smerter?

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan jeg som sykepleier kan bruke forskjellige verktøy i kommunikasjon med pasienten, og bygge opp en relasjon til pasienten som gjør at han føler seg ivaretatt og kan gi uttrykk for smerte.

1.3 Avgrensning

Postoperativ smerte er et stort, men viktig tema, avgrensninger er av den grunn helt nødvendig.

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til å handle om postoperative pasienter som har gjennomgått hoft- eller kneprotesekirurgi, disse pasientene er som regel over 50 år (Grønsløth, Roa, Kjønneøy, & Almås, 2013). Pasientene er ellers friske. Jeg velger å fokusere på hvordan sykepleier kan bruke kommunikasjonen i møte med pasientene for å skape trygge rammer for smertelindringen.

På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å ekskludere pasienter med språk- eller kognitive utfordringer, nyfødte og barn, palliativ behandling, kulturforskjeller og etnisitet, og kroniske smerter. Jeg har også valgt å ikke gå i dybden på legemidler og administrering, samt ikke-medikamentell smertelindring. Enkelte av ekskluderingskriteriene vil allikevel bli nevnt i oppgaven, men jeg kommer ikke til å gå i dybden på disse.

1.4 Definisjon av begreper

Ortopedisk sengepost: Sengepost med pasienter som har skader eller sykdom i muskler eller skjelettet (Grønsløth, Roa, Kjønneøy, & Almås, 2013).

Postoperative smerter: akutte smerter forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgi (Holm & Kummeneje, 2009).

Av praktiske grunner kommer jeg til å kalle pasienten «han», og sykepleier «hun» ved flere anledning videre i oppgaven.

1.5 Oppgavens videre oppbygning

Oppgaven følger IMRaD strukturen, og starter med en innledning, der jeg begrunner valg av tema og problemstilling. I det første kapitlet legger jeg også fram avgrensningen og definerer sentrale begreper i problemstillingen. I metodekapitlet presenterer jeg forskningsartikler, data- og litteratursøk som er brukt for å finne teori for å besvare problemstillingen. Joyce Travelbee er sentral gjennom hele denne oppgaven, hennes sykepleieteori blir trukket inn i både teori- og drøftingsdelen av oppgaven.

Oppgaven avsluttes med en konklusjon på litteraturstudien.

2. Metode

Metode er beskrevet av Vilhelm Aubert som «*en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder*» (Dalland, 2007, s. 81).

Denne oppgaven er en litteraturstudie, det vil si at jeg har samlet inn anerkjent litteratur og forskning om et bestemt tema, og drøftet funnene (Dalland, 2007).

2.1 Databaser og litteratursøk

Jeg har brukt databasene Swemed+, PubMed, Sykepleien Forskning og CINAHL for å finne forskningsartikler. Det er mye forskning om temaet, og gjøres stadig nye observasjoner og studier, jeg har derfor prøvd å finne forskning fra de siste 5-6 årene. Jeg har også brukt pensumlitteratur fra alle tre studieårene og Bibsys for å finne relevante bøker på skolen.

Artikkel 1:

I pubmed brukte jeg søkeordene: «pain scale and pain assessment and postoperative pain and patients' perception» med filter på nyere enn 5 år. Det ga meg 6 treff, jeg gikk igjennom overskriftene og fant artikkelen «Perceptions of pain levels among orthopedic surgery patients, their relatives, and nurses» (Yildirim, et al., 2015).

Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasienter måler sin smerte i forhold til nær slektning og sykepleier. Studien er utført på sykehus i Istanbul, Tyrkia, i 2010. Det er en kvantitativ studie med 150 ortopediske pasienter, 150 slektninger og 50 sykepleiere. Alle deltagerne skulle bruke VAS skala og rangerer pasientens smerte fra 0 til 10. Deltagerne fikk i tillegg spørsmål om tidligere sykehuserfaringer, hva de mener

er overdreven ytring av smerte, hvordan de takler smerte og hvordan de uttrykker smerte. Resultatene av studien viser at sykepleierne vurderte smerte hos pasientene som lavere enn pasientene selv. Mens slektningene vurderte smertene noenlunde likt som pasientene. Roping ble ansett som overdreven smerteytring, og ble derfor heller ikke ansett som troverdig. Men resultatene viste at de som ytret tydelige smerter var de som hadde høyest score på VAS. Studien viste også at pasienter som tidligere hadde vært innlagt på sykehus, rapporterte om høyere smerte enn de som ikke hadde vært innlagt før. Det ble ikke funnet noe sammenheng mellom sykepleiers alder og ansiennitet i forhold til lav smerte score. Studien konkluderer med at sykepleier vurderer smertene til pasienten lavere enn slektningene, kan forklares med at slektningene kjenner pasientens følelser og kroppsspråk bedre enn sykepleier. Relasjonen mellom omsorgspersonen og pasienten har derfor en stor påvirkning på observasjonen av smerte.

Artikkel 2 og 3:

I swemed+ brukte jeg søkeordene «postoperativ and smertebehandling and pasientmedvirkning», det ga meg 3 treff. Hvor to av artiklene var av interesse.

Artikkel 2: «Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?» (Sjøveian & Leegaard, 2012).

Hensikten med studiene var å kartlegge hvordan sykepleiere samarbeider med pasientene om den postoperative smertebehandlingen og belyse hvordan pasientmedvirkning kan fremmes. Studien er kvalitativ med dybdeintervjuer av fem sykepleiere på ortopedisk sengepost som utfører Joint Care. Resultatene av studien viste at sykepleierne opplevde at de på en effektiv måte fikk regulert og behandlet smertene når pasientene hadde LIA-kateter. Dette blir seponert første postoperative dag etter påfyll av lokalanalgetika. Når virkning av LIA-kateteret går ut informerte pasientene om sterkere smerte. Sykepleierne rapporterte dette som en stor «nedtur» for pasientene. Flere av sykepleierne opplevde også at de fikk beskjed om at pasienten har smerter først når fysioterapeuten var der, og at de av den grunn ikke fikk utført treningen optimalt. Mens andre pasienter deltok aktivt i smertelindringen og ba om ekstra smertelindring før trening. Pasienter over 65 år var tilbakeholdne med å rapportere om smerte enda de viste tydelige tegn til smerte. I følge sykepleierne var dette på grunn av misoppfatning om at de ikke kunne be om mer smertelindring utover den ordinerte doseringen. Sykepleierne meddelte også at de var usikre på om pasientene forsto NRS - verdiene.

Da de syntes det var vanskelig å bedømme smerten når pasienten sa han har en NRS på 6-8, men at han spiste, lo, gikk i korridoren og hadde normalt blodtrykk og puls. Studien konkluderer med at sykepleierne ser hvor viktig informasjon rundt NRS-verdiene er for den postoperative smertebehandlingen. At pasientene er ansvarlige for å rapportere om smerter, forutsetter at de vet hva som er akseptabelt smertenivå og når de skal be om mer smertelindring. Ett tett samarbeid mellom sykepleier, fysioterapeut og pasient er en forutsetning for å lykkes ved Joint Care programmet.

Artikkel 3: «Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi» (Sjøveian & Leegaard, 2015).

Hensikten med studien var å belyse hvordan pasienter opplever å medvirke i den postoperative smertebehandlingen ved hofte- og kneprotesekirurgi. Artikkelen er en kvalitativ studie med 10 dybdeintervjuer av pasienter tredje postoperative dag på ortopedisk sengepost, utført i 2013. Pasientene hadde deltatt på pasientskole en til to uker før operasjon. Resultatene viser at flere av pasientene beskrev sterke smerter postoperativt, men utførte mobiliseringen allikevel. Det var forskjellig oppfattelse av hva som var akseptabel smerte. Ni av deltagerne mente forberedelsesdagen hadde bidratt til god informasjon om inngrepet, protesen, postoperativ trening, smertebehandling og videre oppfølging. Men fem av deltagerne husket ikke å ha blitt presentert for NRS-skalaen på forberedelsesdagen. Studien konkluderte med at den preoperative informasjonen ble sett på som nyttig og hensiktsmessig. Studien viser at det er usikkerhet rundt NRS-målingene, og ikke alle pasientene forstår dens hensikt. NRS-skalaen har allikevel en sentral plass i smertekartleggingen sammen med en dialog med pasienten. Etersom pasientene hadde ulike kriterier for å rapportere om smerte, og hver sin grense for akseptabel smerte, blir det individuelt hvor stor deltagelse pasientene tar i smertebehandlingen.

Artikkel 4:

På sykepleien.no la jeg inn søkeordet «kunnskaper smerte». Jeg leste overskriftene og fant artikkel nummer to, som både er av nyere forskning og relevant for min problemstilling. Artikkelen heter «Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne» (Granheim, Raaum, Christophersen, & Dihle, 2015).

Hensikt med studien var å beskrive sykepleieres og sykepleierstudenters kunnskaper om og holdninger til smerte hos pasienter innlagt på kirurgisk avdeling. En kvantitativ studie bestående av 114 sykepleiere med varierende alder og ansiennitet, og 86 sykepleierstudenter i siste året på en høyskole. Spørreskjemaet «Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain» (NKAS) ble brukt. Skjemaet tester kunnskaper og holdninger gjennom spørsmål og utsagn som krever eksakte svar. Datasamlingen ble utført i 2009. Studien viser at sykepleierne svarte i gjennomsnitt 71,1 % riktig, mens studentene i gjennomsnitt hadde 58,5 %. Begge gruppene skårer best på spørsmål som omhandlet pasientens egen bedømmelse av smerte, at eldre pasienter tåler opioider og at multimodal smertelindring kan gi bedre smertelindring enn bruk av ett enkelt preparat. Det ble presentert to pasienthistorier som viser et stort gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. Studien konkluderte med at sykepleier må lytte til pasientens subjektive opplevelse for å kunne gi pasientene god smertelindring. Studien synliggjør et behov for å styrke kompetansen rundt smertelindring og sykepleiers holdninger til smerte.

Artikkel 5:

Søkte i pubmed med søkeordene «effects of preoperative education and joint replacement and patient», med avgrensning på fulltekst gjennom helsebiblioteket, det ga 27 treff. Jeg leste overskriftene og abstract på de jeg fant interessante. Blant dem fant jeg artikkelen «Effects of preoperative education on patient outcomes after joint replacement surgery» (Kearney, Jennrich, Lyons, Robinson, & Berger, 2011).

Bakgrunnen for studien var å finne ut om preoperativ informasjon ga utslag på den postoperative smertebehandlingen. Studien er kvantitativ, bestående av 150 pasienter som utførte hofte- eller kneprotesekirurgi ved et sykehus i Chicago i tidsrommet august 2007 og august 2008. Resultatene av studien viste at pasientene som hadde vært med på preoperativ undervisning oppga at de følte seg godt forberedt før inngrepet og rapporterte også at de følte mestring rundt smertene postoperativt. Men det var ingen tydelig forskjell på liggetiden, smertenivå og aktivitet blant de som var med på preoperativ informasjon og de som ikke var med. De som ikke deltok på preoperativ undervisning hadde allikevel tilgang på informasjon gjennom internett eller informasjonsbrosjyrer. Kearney, et al. (2011) mener dette kan forklare at det ikke ble registrert noe tydelig skille mellom pasientgruppene.

Artikkel 6:

Søkte i CINAHL med søkeordene «numeric rating scale and postoperative and pain assessment». Det ga 21 treff, jeg leste overskriftene og valgte artikkelen «Numeric rating scale: patients perceptions of its use in postoperative pain assessments» (Eriksson, Wikström, Årestedt, Fridlund, & Broström, 2014) på grunn av dens relevans.

Studien ønsker å belyse hvordan pasienter opplever og forstår bruken av NRS i postoperativ smertevurdering. Studien er gjort i Sverige i tidsrommet mai til november 2012 og er en kvalitativ studie. Det ble gjort dybdeintervjuer med 25 pasienter innlagt på postoperativ avdeling. Pasientene i studien mente NRS - måling gjorde det lettere å beskrive smerte ovenfor sykepleier, men at det ble vektlagt at sykepleier viste genuin interesse for å hjelpe. Studien trekker også fram betydningen ved at det er et standardisert verktøy som brukes likt av alle og følger rutinene på avdelingen.

2.2 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» (Dalland, 2007, s. 64).

Som tidligere nevnt finnes det mye forskning rundt temaet postoperative smerter og kartlegging av smerte. Jeg har derfor måttet bruke spesifikke ord og uttrykk i mitt søk. Dette kan ha gjort at jeg har oversett forskning som er relevant for min problemstilling. Jeg har sett på alle forskningsartiklene med kritisk blick, spesielt når det kommer til metode og resultatene i studiene. Samtlige av artiklene har et eget avsnitt som tar for seg etiske aspekter og eventuelle begrensninger med studiene. Alle forskningsartiklene jeg har brukt er originalartikler.

Tre av forskningsartiklene er på engelsk, jeg kan av den grunn ha misforstått enkelte ord i min oversettelse. Det skal allikevel ikke ha gått utover budskapet og funnene i artiklene. Den ene engelske forskningsartikkelen er gjort i Istanbul, i Tyrkia.

Forskningsartikkelen ser på betydningen av relasjonen mellom pasient - sykepleier og pasient - pårørende ved kartlegging av smerte. Det er naturlig å tenke at det vil være en viss forskjell på relasjonen i forhold til i Norge på grunn av kulturforskjeller. Kulturen påvirker ikke bare relasjonene våre, men også hvordan vi opplever smerte (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013). Det kan også være forskjellig hvordan sykehusene og sykepleierutdannelsen er bygget opp i forhold til i Norge, og at sykepleier kan ha andre arbeidsoppgaver enn det hun ville hatt i Norge. Jeg anser allikevel artikkelen som overførbar til Norge, ettersom studien ser på verdien av pårørende og nære relasjoner i behandlingen av smerte, noe jeg ikke har funnet en norsk studie på.

Forskningsartikkelen fra Chicago tar for seg effekten av preoperativ undervisning før hofte- og kneprotesekirurgi. Selv om innholdet i den preoperative undervisningen ser ut til å være noenlunde det samme som i Norge, kan innholdet og presentasjonen likevel være ulikt. I likhet med artikkelen fra Istanbul er det mulig at sykehuset i Chicago og utdannelsen til sykepleierne er bygget opp på en annen måte enn i Norge. Allikevel anser jeg artikkelen som overførbar til Norge, da den tar opp hvordan preoperativ undervisning kan ha innvirkning på det postoperative forløpet.

De tre norske artiklene er publisert i samme tidsskrift, Sykepleien Forskning, og to av de er av samme forfattere. Artikkelen fra 2015 bygger videre på funnene fra artikkelen som ble skrevet i 2012, men ser det fra pasientens perspektiv. Dette kan telle positivt, da vi får en dypere forståelse om temaet. Det kan også ansees som en svakhet ettersom det kommer fra samme forfattere og resultatene kan påvirkes av den grunn. Alle tre forskningsartiklene er fagfellevurdert, det vil si artiklene er godkjent av to eller tre upartiske eksperter på samme fagområde, som er utpekt av tidsskriftets redaktører (Dalland, 2007). På grunn av artiklenes relevans for temaet og at de er fagfellevurdert velger jeg å bruke artiklene.

Boken til Joyce Travelbee, «*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*» fra 1966, er oversatt til norsk av Kari Marie Thorbjørnsen. Dette gjør at boken blir en sekundærkilde, og jeg må stole på oversettelsen og tolkningen Thorbjørnsen har gjort. Boken er dog utgitt av et anerkjent forlag, av den grunn anser jeg boken som en pålitelig sekundærkilde.

Vanligvis deler vi forskningen inn i to hovedformer, kvalitative og kvantitative. Kvalitative studier går i dybden på et tema og har som formål å fange opp meninger og

opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvantitative studier har som formål å finne en generell oppfatning, det føres statistikk og analyser av dataen som er innhentet (Dalland, 2007).

Jeg har brukt tre kvalitative og tre kvantitative studier i min oppgave. Dette mener jeg gir oppgaven både dybde og helhetlig oversikt rundt problemstillingen min.

3. Teori

I dette kapitlet vil jeg legge fram aktuell teori som belyser problemstillingen.

3.1 Smerter

Smerter er definert av flere opp igjennom årene, den mest brukte og mest implementerte definisjonen har Internasjonal Association of the Study of Pain (IASP). IASP definerer smerte som «*An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage*» (International Association for the Study of Pain, 2008).

Holm & Kummeneje (2009) hevder at smerte er en individuell opplevelse, som påvirkes av tidligere erfaringer, alder, kultur, sykdom og prognose. Smerteopplevelsen består av tre komponenter; emosjonell, rasjonell og fysisk, av den grunn vil smerte oppleves forskjellig fra person til person, men også i forskjellige situasjoner. Konsekvensene av dårlig smertelindring postoperativt kan forsinke mobiliseringen, som kan gi komplikasjoner som dyp venetrombose, pneumoni og dårlig tarmperistaltikk. Disse pasientene er også utsatt for å utvikle kronisk postoperativ smerte (Holm & Kummeneje, 2009).

«I likhet med sykdom er smerte et vagt begrep, fordi smerten i seg selv ikke lar seg observere – det er bare virkningen av den vi registrerer» (Travelbee, 2011, s. 112)

Travelbee (2011) beskrev smerten som en ensom erfaring, fordi smerteerfaringen er vanskelig å formidle, og det bare er individet selv som kjenner intensiteten. Videre sier Travelbee at helsearbeidere med sin kunnskap har en viss oppfatning av personens smerter, men at hun aldri kan være helt sikre på om hun vurderer smerten riktig.

Smerten kan ikke kategoriseres som fysisk eller psykisk, mennesket må sees på som en helhet hvor fysisk og psykisk smerte påvirker hverandre. Det er ikke bare den skadede kroppsdel som lider, men hele mennesket (Travelbee, 2011).

3.1.1 Smertefysiologi

Smerte er en del av sansene våre, men den skiller seg fra de andre ved at den oppleves ubehagelig og i mange tilfeller skremmende. Smertesansen påvirker også vårt autonome nervesystem i likhet med frykt og sinne, pulsen og blodtrykket stiger, og blodsirkulasjonen i huden minker. Kroppen går i alarmberedskap. Denne egenskapen gjør at vi beskyttes mot skade, eller ytterlige skade (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2012). Når det oppstår vevsskade eller sykdom aktiveres det smertereseptorer i skadeområdet, informasjonen i reseptorene bearbeides gjennom nerven, til ryggmargen og opp til hjernen. Det er først når signalene kommer til hjernebarkens sensoriske område vi får informasjon om smertens lokalisasjon og intensitet. Samtidig går det signaler til følelsessenteret i hjernen hvor smerten forsterkes av engstelse og uro. Hjernens hukommelsessenter får også signal om smerten. Her blir smerteopplevelsen lagret, og det dannes grunnlag for senere smerteopplevelse (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2012).

Smerter delers inn i akutte eller kroniske. Akutt smerte er plutselig oppstått vevsskade, som ved en operasjon, eller kuttskade (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2012). Akutte smerter kjennetegnes ved at de er kortvarig, og avtar når smerten leges. Smerter som varer i mer enn 3 måneder defineres som kroniske. De vanligste kroniske smertene er ryggsmarter, muskelsmerter og leddsmarter. Akutte smerter kan gå over til å bli kroniske hvis pasienten i akutfasen ikke blir smertelindret godt nok (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013).

I tillegg til å dele smerte i akutt og kronisk, deler vi de også inn i nociseptiv, nevropatisk, psykogene og idiopatisk smerte. Nociseptiv smerte er den vanligste formen

for smerte, og oppstår etter en vevsskade forårsaket av for eksempel varme, kulde, stikk, eller mekanisk trykk i hud, leddkapsler og muskler. Nevropatisk smerte er forårsaket av skader i perifere nerver eller sentralnervesystemet. Desto mer sentral nerveskaden er jo større område er preget av smerte. Psykogene smerter kommer av psykisk lidelse eller sykdom hvor smerte er et viktig symptom. Idiopatiske smerter, er smerter med ukjent årsak, det kan ikke påvises vevsskade, nerveskade eller psykisk lidelse (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013).

3.1.2 Postoperativ smerte

I følge Wøien & Strand (2010) kan postoperativ smerte inndeles i grunnsmarter og gjennombruddssmerte. Grunnsmertene er smertene som kommer av nerve- og vevsskade etter kirurgi. Gjennombruddssmerte er smertetopper som oppstår ved mobilisering, hoste og annen aktivitet, hvor pasienten trenger ekstra smertelindring utover basisbehandlingen. Ved hofte- og kneprotese kirurgi, er postoperativ smerte forventet, det gjør at pasienten kan forberedes og smertetopper kan forebygges (Wøien & Strand, 2010).

3.2 Sykepleiers ansvar i møte med postoperativ smerte

I den postoperative fasen er sykepleiers ansvar å innhente data om pasientens smerte, dens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og om den fører til nedsatt funksjon, samt gjøre kliniske observasjoner av pasienten. Sykepleier administrerer

legemiddelbehandlingen og dokumenterer virkning og eventuelle bivirkninger i journalen og rapporterer til legen (Berntzen, et al., 2013).

Smerte uttrykkes på forskjellige måter, hvordan pasienten reagerer på smerten er helt individuelt. Sykepleier må ha kunnskaper om hvordan smerte kan komme til uttrykk gjennom verbale ytringer som rop, dype sukk og klaging, og gjennom kroppslig ytring som gråt, grimaser, bite tennene sammen eller å gni seg på smertestedet (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013). I en norsk studie utført av Ganheim, et al. (2015) kom det fram at sykepleiere og sykepleierstudenter synes det er lettere å gi smertelindring til pasienter som viser tydelige smerteadfærd, enn pasienter som utfra observasjonene ikke virker smertepåvirket (Granheim, Raaum, Christophersen, & Dihle, 2015). Pasienter som opererer inn hofte- eller kneprotese, har gått med store smerter i lang tid før operasjonen. Disse pasientene har i mange tilfeller tilegnet seg en mestringsstrategi for å holde smertene på avstand. Noen ønsker å ligge helt stille og vente på at smerten skal gå over, mens andre fortrenger smerten (Grønsløth, Roa, Kjønneøy, & Almås, 2013). Det viser at det også er viktig at sykepleier kjenner til mestringsstrategier pasienten bruker, for å kunne hjelpe pasienten å bli smertelindret (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013). I studien til Yildirim, et al. (2015) ble pårørende og sykepleier spurt om hvilken smerteadfærd de anså som overdreven, 50 % av de pårørende og 68 % av sykepleierne svarte at de mente roping var overdreven smerteadfærd. Studien viste også at det var pasientene som ropte som oppga høyest smertescore (Yildirim, et al., 2015).

Travelbee (2011) beskrev pasientens reaksjon på smerten som høyst individuell, noen lider i stillhet, mens andre bruker hele kroppen for å formidle sine smerter. I noen tilfeller kan pasienten føle at han ikke blir trodd og at han «bare spiller skuespill». Travelbee mener en mulig årsak til at sykepleier og helsearbeidere tror en person «spiller skuespill», kan være at de utvikler seg en slags «mental målestokk». Den gir utgangspunkt i hvor sterke smerter en person skal ha etter et visst kirurgisk inngrep eller skade. Pasienter som overskrider denne «målestokken» kan bli sett på som «en skuespiller», «en som ikke tåler noe», «stakkarslig» eller «potensiell medikament misbruker». En slik målestokk kan ha en viss praktisk betydning, men helsearbeidere må ikke glemme at pasientene er unike individer som reagerer forskjellig. Om pasienten sier han har smerte, så er det pasientens opplevelse og sykepleier har ikke annet valg enn å godta det, og finne måter å hjelpe pasienten (Travelbee, 2011).

3.3 Den profesjonelle kommunikasjonen

Kommunikasjon er ifølge Eide & Eide (2008) utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere personer. I dagliglivet er slik kommunikasjon personlige samtaler, muntlig eller skriftlig, multimedia, chatting, o.l. (Eide & Eide, 2008). Som profesjonell yrkesutøver, bruker sykepleier en annen form for kommunikasjon enn i dagliglivet; profesjonell kommunikasjon. Profesjonell kommunikasjon har et helsefaglig formål i form av å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og å lindre lidelse (Eide & Eide, 2008; Norsk sykepleierforbund, 2011). Den profesjonelle kommunikasjonen er hjelpende, i form av anerkjennelse, og den skaper trygghet og tillit. Sykepleier formidler informasjon på en måte som er forståelig og hjelper pasienten eller pårørende til å meste sykdom eller situasjonen best mulig (Eide & Eide, 2008).

Kommunikasjonen vår er sammensatt av forskjellige ferdigheter der aktiv lytting er blant de viktigste. Aktiv lytting innebærer å være mentalt tilstede, dette krever at sykepleier legger bort sine formeninger og egne erfaringer, men lytter til det pasienten uttrykker verbalt og nonverbalt (Kristoffersen, 2011). Sykepleier viser at hun lytter ved å nikke anerkjennende, berøre pasienten, bruker øyekontakt og sier «hmm» og «ja». Sykepleier kan også repetere det som har blitt sagt for å bekrefte om hun har forstått riktig og vise at hun har lyttet (Eide & Eide, 2008).

Ut i fra hvilken hensikt sykepleier har med samtalen, kan sykepleier stille åpne eller lukkede spørsmål. Åpne spørsmål har som formål å hjelpe pasienten til å utforske, klargjøre, utdype eller beskrive noe. Det være seg erfaringer, tanker og følelser (Eide & Eide, 2008). Pasienten får snakket fritt om et tema, og sykepleier får utfyllende informasjon. Dette forutsetter at pasienten ønsker å formidle sine tanker og erfaringer rundt temaet og at sykepleier lytter aktivt. Pasienten må føle at han blir tatt alvorlig og at sykepleier viser empati (Eide, 2010). Er formålet med spørsmålet å få et konkret eller bekreftende svar, kan sykepleier bruke lukkede spørsmål. I mange tilfeller bruker vi lukkede spørsmål om noe vi synes er vanskelig å snakke om, enten sykepleier, pasienten eller begge to. Når lukkede spørsmålet brukes til rett tid og på rett måte, kan spørsmålet virke åpnende og reflekterende (Eide & Eide, 2008).

Nonverbal kommunikasjon er uttrykk som kommer fram gjennom måten vi framtrer ovenfor den vi kommuniserer med. Nonverbal kommunikasjon kan være kroppsspråket (hvordan vi står, har armene, holdning, osv.), ansiktsuttrykk (smil, sinnarynker, frustrasjon, smerte), øyekontakt (unnavikende blikk, viser øynene glede eller er de triste) og toneleie på stemmen. Nonverbal kommunikasjon er kommunikasjon som skjer spontant og er vanskelig å skjule. Når det verbale språket ikke samsvarer med det nonverbale kalles det inkongruens. Dette påvirker kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, og kan resultere i at pasienten underrapporterer smerte, og derfor heller ikke blir godt nok smertelindret. Det motsatte av inkongruens er kongruens, det er da samsvar mellom det som blir uttrykt verbal og nonverbalt. Kongruens fører kommunikasjonen videre og gjør at pasient-sykepleier-relasjonen utvikler seg med gjensidig forståelse og tillit (Eide & Eide, 2008).

Det krever gode kommunikasjonsferdigheter for å forstå pasienten, skape relasjon og være hjelpende. Dette er ferdigheter sykepleier lærer seg i samspillet med pasienter og andre kollegaer ved å ha en bevisst tilnærming og evnen til å reflektere over egne handlinger (Eide & Eide, 2008).

Travelbee (2011) var ingen tilhenger av å bruke ordet «pasient», da hun anser det som en merkelapp og at den syke blir puttet i en kategori. Travelbee var opptatt av å se hvert enkelt individ og danne et menneske-til-menneske-relasjon, slik at pasienten, pårørende eller andre involverte får sine behov dekket. For å oppnå denne relasjonen er det viktig at sykepleier er bevisst på sin egen og den sykes måte å kommunisere på. Travelbee beskriver kommunikasjonen som en tosidig prosess, hvor det er helt sentralt at sykepleier forstår det den syke formidler verbalt, men også nonverbalt. Ved å respektere, lytte og anerkjenne den syke, kan sykepleier lære pasienten å kjenne som det individet han er, ikke bare som en «pasient» i rekken. Når sykepleier kjenner pasienten som individ, kan hun lettere oppdage endringer hos den syke, og den syke vil også ha en lavere terskel for å si ifra om endringer når han vet at sykepleier kjenner han (Travelbee, 2011).

3.3.1 Pre operativ informasjon

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det at sykepleier skal gi pasienten tilpasset informasjon om sin situasjon, som fremmer selvstendige avgjørelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999; Norsk sykepleierforbund, 2011).

De fleste pasienter har et stort behov for informasjon i forkant av en operasjon. Sykepleier har i den forbindelse en veiledende og undervisende funksjon, der hun skal hjelpe pasienten med å forstå og mestre sin situasjon. Preoperativ informasjon har som formål å forberede pasienten best mulig, slik at han kan være delaktig i behandlingen og redusere stress (Berntzen, et al., 2013). I forkant av hofte- kneprotese operasjon, blir pasienten tilbudt preoperativ undervisning. Her får en gruppe pasienter felles informasjon fra tverrfaglig team bestående av kirurg, anestesilege, fysioterapeut og sykepleier fra sengeposten. Kirurgen informerer om inngrepets omfang og videre prognose. Anestesilegen informerer om smertelindringen pre- per og postoperativt. Fysioterapeuten informerer om rehabiliteringen og opptreningen rett etter operasjon, men også om ukene og månedene etter operasjon. Sykepleier fra sengeposten informerer om rutiner på sengeposten og smertekartleggingsskala som brukes for å måle smertene postoperativt (Berntzen, et al., 2013). Holm & Kummeneje (2009) hevder at preoperativ informasjon har best effekt om det gis to til tre uker før innleggelse, og oppsummeres ved innkomstsamtale. Blir informasjonen gitt rett før operasjonen, er det større sannsynlighet for at pasienten ikke er mottagelig, fordi han er preget av angst og usikkerhet (Holm & Kummeneje, 2009). Forskning utført av Kearney et. al (2011) bekrefter viktigheten av preoperativ informasjon. Deltagerne i deres studie mente de hadde en positiv effekt av preoperativ undervisning i form av større trygghet både pre- og postoperativt (Kearney, Jennrich, Lyons, Robinson, & Berger, 2011). Eide (2010) trekker fram at særlig eldre over 65 år har godt utbytte av preoperativ undervisning der det legges vekt på viktigheten av å kommunisere om smerten, medikamenter og effekten av smertelindringen, i tillegg til informasjonsbrosjyrer (Eide, 2010).

Travelbee (2011) beskrev et kirurgisk inngrep som en individuell opplevelse, der frykt og angst er følelser som står sentralt. *«Sykepleiers rolle er klar. Hun skal gi god og*

kyndig fysisk omsorg og tilstrebe seg på å ivareta den sykes behov for informasjon og sikkerhet før, under og etter det kirurgiske inngrepet» (s.263). Det er ikke dermed sagt at informasjon gjør inngrepet mindre angstfylt, men kunnskap kan være med på dempe eventuelle misoppfatninger pasienten har (Travelbee, 2011).

3.3.2 Smertekartleggingsverktøy

Når sykepleier skal kartlegge pasientens smerter har kommunikasjonen en sentral plass. Ved å snakke med pasienten om smertene blir han mer bevisst på hva som forsterker og hva som lindrer smerten. I tillegg til å gjøre kliniske observasjoner og vurderinger av pasientens nonverbale adferd og verbale ytringer, er smertekartleggingsskala et nyttig supplement i kartleggingen (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013).

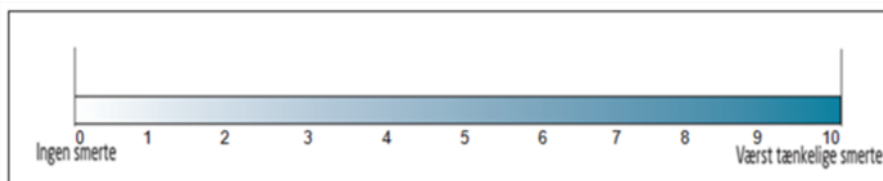
Smertekartleggingsverktøy kan deles i to hovedformer; endimensjonale, som måler smertens intensitet, og flerdimensjonale som måler ulike dimensjoner av smerten. Ut i fra hvilken type smerte pasienten har brukes de forskjellige verktøyene.

Flerdimensjonale smertekartleggingsverktøy er tidkrevende, men gir god informasjon om hvordan smerten påvirker pasientens liv. Denne formen brukes som regel til pasienter med kroniske smerter. Ved akutte smerter brukes det vanligvis endimensjonale smertekartleggingsverktøy, da det er viktigst å vite intensiteten på smerten. Verktøyet brukes også av mange, det er derfor hensiktsmessig at det er lett å forstå og forholde seg til. De to mest brukte skalaene ved akutte smerter er VAS (visuell analog skala) og NRS (numeric rating scale) (Torvik, Skauge, & Rustøen, 2010).

VAS skala (Visuel Analog Skala)



VAS er en 10 cm (100 mm) lang linje uten tall, med ytterpunktene hvor det står «ingen smerte» og «utholdelige smerter». Pasienten skal markere det punktet på linjen som indikerer hans smerteintensitet. Antallet millimeter fra 0 (ingen smerte), indikerer smerteintensiteten pasienten opplever (Torvik, Skauge, & Rustøen, 2010).



NRS er en 10 cm lang linje med tallene fra 0 til 10, der 0 representerer «ingen smerte» og 10 representerer «verst tenkelig smerte». Pasienten skal markere det tallet på linjen som indikerer hans smerteintensitet. Overstiger pasienten 3 i hvile og 5 i aktivitet, skal pasienten få ny dose smertelindring (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013). NRS ansees som det smertekartleggingsverktøyet som gir det beste bilde av pasientens akutte smerte (Torvik, Skauge, & Rustøen, 2010).

Skalaene er nyttige smertekartleggingsverktøy hvis de blir brukt regelmessig og målingene blir dokumentert (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013). Forskning gjort av Eriksson et al. (2014) viser at smertekartleggingsskala alene ikke dekker behovet pasientene har for å formidle sin smerte. Pasientene i studien ønsket ved flere anledninger å legge til et adjektiv for å beskrive smerten, eller at sykepleier stilte oppfølgingsspørsmål til smerteskalaen (Eriksson, Wikström, Årestedt, Fridlund, & Broström, 2014). På grunnlag av opplysningene og observasjonene sykepleier har gjort, setter sykepleier mål for smertelindringen med pasienten. Det er viktig at det så tidlig som mulig er avklart med pasienten hva han mener er akseptabel smerte, slik at sykepleier kan sette inn tiltak for smertelindringen (Eriksson, et. al, 2014; Sjøveian & Leegaard, 2015).

4. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg se på funnene fra litteraturen og forskningsartiklene som tidligere er presentert, og drøfte dette i lys av problemstillingen min.

Problemstillingen min er

«Hvordan kan sykepleier på ortopedisk sengepost vurdere og kartlegge postoperative smerter?»

4.1 Kommunikasjon og relasjonsbygging

For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten med å lindre smertene, må pasienten ha tillitt til sykepleier. Dette kommer ikke av seg selv, og handler om å bygge en relasjon til pasienten allerede preoperativt. Pasienten har mange sykepleiere å forholde seg til i løpet av sykehusoppholdet, og opplever mest sannsynlig ikke en god relasjonen til alle sykepleierne. Det kan derfor være hensiktsmessig at den sykepleieren som tar imot pasienten på innskottssamtalen, er den som til størst grad følger opp pasienten så langt det lar seg gjøre. Travelbee (2011) beskrev menneske-til-menneske-relasjonen, og la vekt på at sykepleier måtte bli kjent med pasienten som individ for å kunne oppdage endringer og for at han skal føle seg trygg på at sykepleier tar han alvorlig. Viktigheten av nære relasjoner viser også studien til Yildirim, et al, (2015), som sammenlignet pasientens-sykepleier-relasjonen og pasient-pårørende-relasjonen. Studien viste at pårørende som hadde et nært forhold til pasienten, hadde større forutsetning for å oppdage smerte og skjønne pasientens smerteadfærd, enn sykepleier hadde (Yildirim, et al., 2015). Forholdet mellom sykepleier og pasient kan aldri bli som forholdet mellom pasient og pårørende, men studien viser viktigheten av å danne en relasjon med

pasienten slik at sykepleier lettere kan oppdage endringer. For å møte pasienten i sin situasjon, må sykepleier ha gode kommunikasjonsferdigheter. Sykepleier må blant annet være tilstede i samtalen fysisk og psykisk, og lytte aktivt. Aktiv lytting viser pasienten at sykepleier hører hva han sier og at hun ønsker å lytte. Sykepleier viser genuin interesse for å hjelpe pasienten ved å anerkjenne og respektere pasientens opplevelse av smerte. På den måten opplever pasienten at han blir tatt alvorlig, og at det er greit å gi uttrykk for smerte og be om hjelp (Eide, 2010). Studien til Eriksson et. al (2014) bekrefter også betydningen av dette. Pasientene i studien sa de synes det var vanskelig å snakke med en sykepleier om smertene og å være ærlig om de allikevel ikke opplevde at hun brydde seg, eller kom til å gi ekstra smertelindring. Flere av pasientene følte de noen ganger ble spurt om smerte fordi sykepleier var forpliktet til å spørre, men at pasientene opplevde henne som likegyldig. I den samme studien kom det også fram at flere av pasientene var redde for at deres NRS-score ble sammenlignet med de andre pasientene (Eriksson, Wikström, Årestedt, Fridlund, & Broström, 2014). Frykten for å ikke bli trodd, eller å bli sammenlignet med andre, er en vond opplevelse som forsterker smerten pasienten føler fra før av. Sykepleier har ingen grunn for å mene at pasienten «spiller skuespill» slik Travelbee (2011) beskrev det. En erfaren sykepleier vil etter en viss tid tilegne seg kunnskaper om hvor sterke smerter et visst inngrep vil gi, men det vil ikke si at alle pasientene følger den målestokken (Travelbee, 2011). Sykepleier må bruke skjønn og se an pasientens subjektive opplevelse. Smertene pasienten føler styres ikke bare av inngrepet omfang, men også av tidligere erfaringer med smerte som er lagret i hjernens hukommelsessenter (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2012). At smerte styres av tidligere erfaringer bekreftes også i studien til Yildirim et al, (2015) der pasientene som tidligere hadde vært innlagt rapporterte om sterkere smerte, enn pasientene som aldri hadde vært innlagt (Yildirim, et al., 2015).

Til tross for at sykepleiere har kunnskaper om at smerte er en subjektiv opplevelse, viser flere studier (Granheim, et. al, 2015; Sjøveian & Leegaard 2012; 2015) at smertelindringen ikke fungerer tilfredsstillende for alle pasientene og at sykepleier i mange tilfeller mislykkes i å anerkjenne pasientens smerteopplevelse. Det er bare pasienten selv som kan kjenne intensiteten, lokalisasjonen og kvaliteten på smerten. Sykepleier må derfor stole på det pasienten beskriver og handle deretter. Mange hoft- og kneprotese pasienter har hatt langvarige smerter i forkant av operasjonen (Grønsløth, Roa, Kjønnøy, & Almås, 2013). Flere av disse pasientene har tilegnet seg strategier for

å takle smerten, noen dekker over ved å smile og le, mens andre mestrer smerten ved å være i bevegelse. I min praksis på ortopedisk sengepost opplevde jeg at enkelte sykepleiere ikke tok pasientens smerte på alvor. Ved flere anledninger mente sykepleier at pasienten måtte ha misforstått NRS skalaen, da han meldte et høyt NRS-tall, men ikke virket smertepåvirket. Studien til Ganheim et. al, (2015) bekrefter min opplevelse fra praksis. Sykepleierne og studentene i studien noterte et lavere tall på NRS-skalaen enn det tallet pasienten hadde oppgitt når han smilte eller lo, enda de på et tidligere spørsmål hadde svart at det er pasienten selv som kjenner sin smerte best. Pasienten fikk også lavere dose analgetika enn det smertescoren skulle tilsi. Sykepleierne og studentene rapporterte at de hadde lettere for å gi ekstra smertelindring til en som viste tydelige tegn på smerte enn en som smilte og lo (Granheim, Raaum, Christophersen, & Dihle, 2015). At sykepleier kjenner til pasientens tidligere mestringsstrategier og smerteadferd kan være hensiktsmessig for at sykepleier skal kunne danne seg et riktig bilde av pasientens smerter og opplevelse av den. Til sammenligning viser studien til Yildirim et. al, (2015) at sykepleiere og pårørende anså verbal ytring slik som roping, som overdreven smerteadferd. Men studien viste også at det var pasientene som viste tydelig smerteadferd som roping, klaging og gråt, som hadde høyest smertescore (Yildirim, et al., 2015). Disse to studiene viser hvordan forskjellige smerteuttrykk kan gjøre det vanskelig for sykepleier å bedømme hvor sterke smerter pasienten har. Travelbee (2011) beskrev kommunikasjonen som en tosidig prosess, der sykepleier må forstå hva pasienten uttrykker verbalt, likeledes som hva pasienten uttrykker nonverbalt. Om det er misforhold her oppstår det misforståelser mellom pasient og sykepleier. Studiene viser også hvor avhengig pasienten er av at sykepleier forstår hans måte å gi uttrykk for smerte på, og hvor sårbar han er om han ikke blir hørt. Sykepleier må også ha kunnskaper om fysiologiske endringer som oppstår, så vel som det nonverbale og verbale. Dette er særlig viktig med de pasientene som ikke snakker om smerten eller klarer å gi uttrykk for det. Økt blodtrykk, raskere puls og respirasjon, svetting og utvidede pupiller er alle objektive tegn på økt smerte som sykepleier til enhver tid skal ha oversikt over (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013).

4.2 Informasjon og pasientmedvirkning

Ved akselererende pasientforløp har pasienten tid til å forberede seg til operasjonen, da den er planlagt. Denne tiden kan gjøre at pasienten får økt kunnskap om sin behandling, men tiden kan også gjøre pasienten mer engstelig. I forkant av hofte- og kneprotesekirurgi blir pasienten tilbudt preoperativ undervisning hvor informasjon blir gitt. En studie utført i Chicago viste at pasientene som deltok på preoperativ undervisning opplevde at de var godt forberedt på smertene som kom, og at de da følte de mestret det (Kearney, Jennrich, Lyons, Robinson, & Berger, 2011). Hensikten med preoperativ undervisning er å dempe preoperativ stress, øke kunnskapen om smerte, medikamenter og viktigheten av mobilisering, slik at pasienten opplever å mestre smerten postoperativt. Dette bekrefter Travelbee (2011) i sin teori. Hun mente at informasjon ikke kunne ta bort smerten og angsten pasienten opplever på grunn av et kirurgisk inngrep, men det vil bidra til å dempe eventuelle misoppfatninger pasienten har.

For at pasienten skal kunne medvirke i sin egen behandling, må pasienten har fått tilstrekkelig informasjon slik det står i Pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Informasjonen som gis preoperativt gjennom undervisning og brosjyrer er generell og ikke tilpasset hvert enkelt individ. Det er derfor viktig at pasienten gjennom samtale med sykepleier får muligheten til å uttrykke individuelle behov. Først når pasienten har kunnskaper om hvordan samarbeidet foregår og hvilken rolle han har i smertelindring, er det naturlig at han tar del i behandlingen. Studien til Sjøveian & Leegaard (2012) viste at flere pasienter opplevde det som positivt å medvirke i sin egen smertebehandling. Det ble blant annet sagt at det var helt naturlig å informere sykepleier om sin smerte, da sykepleier ikke kunne kjenne deres smerte, eller hvordan smerten oppleves. Allikevel viste studien også at flere, spesielt eldre over 65 år, ikke rapporterte om smerte og ikke tok på seg den aktive rollen i smertebehandlingen. Sjøveian og Leegaard (2012) mente det kunne forklares med at eldre tenker på smerte som en del av alderdommen og at de ofte er mer skeptiske til medikamenter (Sjøveian & Leegaard, 2012). Dette belyser viktigheten av å gi tilpasset informasjon, slik at misoppfatninger kan avdekkes. Spesielt denne pasientgruppen kan

ha nytte av preoperativ undervisning for å øke kunnskapen deres rundt medikamentene. Det er også essensielt for behandlingen at de er informert om viktigheten av å si ifra om smerter utover sin akseptable smertegrense.

Studier viser at preoperativ informasjon og undervisning har en positiv effekt på det postoperative forløpet (Kearney et al, 2011; Sjøveian & Leegaard, 2012). Men ingen studie viser at det bidrar til å korte ned liggetiden eller minske smertene. Smertene er der fortsatt, men pasienten er psykisk forberedt på at smerten kommer, noe som gjør det lettere for pasienten å takle det. Den økte kunnskapen bidrar også til en økt forståelse rundt medikamentene og kan derfor redusere misoppfatninger rundt medikamentbruk og redselen for avhengighet. At behovet for smertelindring vil avta i takt med at det kirurgiske såret heles, er informasjon som gjør det lettere for pasienten å ta imot ekstra smertelindring utover den ordinerte doseringen. Optimal smertelindring er helt nødvendig for at pasienten skal klare å utføre mobilisering med fysioterapeuten. Ikke bare reduserer mobilisering faren for komplikasjoner, det gjør også at pasienten fortære gjenvinner normale funksjoner (Berntzen, et al., 2013).

Enkelte pasienter opplever det som ydmykende å ha smerter (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2013). Travelbee (2011) mente det kan forklares med at pasienten er alene om smerteopplevelsen og at smerten er så vanskelig å beskrive og gi uttrykk for. I studien til Sjøveian & Leegaard (2015) trekker de fram at smerten oppleves såpass forskjellig fra pasient til pasient, derfor varierer det også hvor mye hver enkelt pasient medvirker i sin smertebehandling. Flere av pasientene sier de ikke ber om ekstra smertestillende før de virkelig trenger det, mens en annen sier at han heller ber om ekstra smertestillende før det blir for vondt (Sjøveian & Leegaard, 2015). På grunnlag av informasjon pasienten har fått gjennom preoperativ undervisning kan pasienten ta selvstendige valg.

4.3 NRS et verktøy i kommunikasjonen

For å kunne bruke smertekartleggingsskala er det viktig at sykepleier og pasient har en felles forståelse av skalaen. Gjennom preoperativ undervisning blir pasientene informert om smerteskalaens hensikt, det er allikevel viktig at sykepleier postoperativt minner pasienten på hvordan skalaen brukes, og at det er et verktøy som brukes til å innhente informasjon om intensiteten på smerten. Studien til Sjøveian & Leegaard (2015) bekrefter at pasientene trenger informasjon om bruken av NRS også postoperativt. Studien deres viste at halvparten av pasientene som hadde vært med på preoperativ undervisning, ikke husket at de ble informert om bruk av NRS og dens hensikt (Sjøveian & Leegaard, 2015). Bruk av smertekartleggingsskala krever at sykepleier og pasient samarbeider med det felles mål å smertelindre og mobilisere. Det er pasientens ansvar å gi et ærlig svar på NRS-målingen og sykepleiers ansvar å sette inn smertelindrende tiltak når pasienten oppgir smerte.

Studien til Eriksson et. al (2014) og studien til Sjøveian & Leegaard (2015) trakk begge fram viktigheten av å kartlegge pasientens smertegrense. Hver enkelt pasient har sin grense for hva som er akseptable smerte, denne grensen varierer fra pasient til pasient. For eksempel kan en pasient ha NRS på 6 i hvile, men ikke føle behovet for smertelindring, mens en annen kan ha NRS på 4 og ønske smertelindring (Eriksson, Wikström, Årestedt, Fridlund, & Broström, 2014). Dette viser hvor ulikt NRS tallene kan oppleves, og at det er viktig med en dialog angående smertene, dens intensitet og ønsket om smertelindring. Mange pasienter utfører mobilisering med fysioterapeut selv om de opplever sterke smerter, viser studiene til Sjøveian & Leegaard (2012; 2015). Enkelte klarte heller ikke fullføre mobiliseringen på grunn av smerte. Dette viser en svakhet ved smertekartleggingen, der sykepleier og pasient ikke har kommunisert godt nok vedrørende smertene ved mobilisering. I praksis opplevde jeg at flere av pasientene mente det var unødvendig at sykepleier spurte om deres NRS-score flere ganger om dagen og så ikke nytten av det. På spørsmål om NRS kunne de oppgi NRS på 0 i hvile, men orket ikke bevege seg, så de bare gjettet et tall på NRS ved mobilisering. En slik holdning viser at det kan være vanskelig for sykepleier å kartlegge smertene hos de pasientene som velger å være unnnvikende. Ikke bare er det vanskelig å forholde seg til,

det er også vanskelig å smertelindre de pasientene. Med tanke på at forskningsartiklene til Sjøveian & Leegaard (2012; 2015) bekrefter dette at et samarbeid mellom pasient og sykepleier om smertelindringen er avgjørende for å lykkes.

NRS- verktøyet og andre smertekartleggingsskalaer krever at det er faste rutiner på hvordan det utføres og at det utføres til faste tider. Dette for at pasientene skal få forutsigbarhet, og at resultatene skal være sammenlignbare. Sykepleier er ansvarlig for at pasienten forstår verktøyet og hvordan det brukes. Flere studier (Eriksson et al., 2014; Sjøveian & Leegaard, 2012; Yildirim, et al., 2015) trekker fram at pasientene opplever usikkerhet rundt rutinene på NRS, og at ikke alle sykepleiere bruker den likt. For eksempel blir det trukket fram i studien til Sjøveian & Leegaard (2012) at pasientene synes det er vanskelig å vite hva som er verst tenkelig smerte. For når vet man egentlig at smerten ikke kan bli vondere? Tallet på NRS- skalaen kan bare gi sykepleier en viss indikasjon på hvor intens smerten oppleves. Sykepleier må derfor være lydhør til hva pasienten informerer om smerten, i tillegg til å bruke kliniske observasjoner. Studien til Eriksson et. al, (2014) bekrefter også at pasientene ønsker å beskrive smertene med ord. Behovet for å beskrive smerten var spesielt stort når de rapporterte høyt NRS- tall. Da ønsket også pasientene å bli spurt oftere om smerte (Eriksson, Wikström, Årestedt, Fridlund, & Broström, 2014).

5. Konklusjon

For at sykepleier skal kunne gi optimal smertelindring til pasienten, er det nødvendig at sykepleier og pasient danner en relasjon som bygger på trygghet. Denne relasjonen starter allerede preoperativt gjennom undervisning hvor sykepleier, sammen med andre profesjoner, underviser og veileder pasientene slik at de best kan takle det postoperative forløpet. Informasjonen pasienten får gjennom preoperativ informasjon er med på å redusere stresset og hjelper pasienten å mestre smertene. Det er også hensiktsmessig at sykepleier preoperativt kjenner til pasientens tidligere opplevelse av smerte og smerteadferd, for på den måten vite om pasienten er «en som lider i stillhet», eller «roper av smerte».

For å kunne gi tilfredsstillende smertelindring må sykepleier ha kunnskaper om hvordan smerte kommer til uttrykk gjennom verbale ytringer eller kroppsspråket. Dette varierer fra pasient til pasient. Pasienten er helt avhengig av at sykepleier forstår hans måte å gi uttrykk for smerte. Hvis pasienten skal kunne medvirke i sin behandling må han ha kunnskaper om smertekartleggingen og konsekvensene som følger ved å ikke være smertelindret.

Sykepleier står ovenfor mange utfordringer i møte med postoperative hofte- og kneprotese pasienter, det forventes rask mobilisering og kort sykehusopphold. Dette krever at sykepleier har gode kunnskaper om smertefysiologi og smerteadferd, samt gode kommunikasjonsferdigheter.

NRS- skalaen har en viktig plass i kartleggingen av smerte, men det er viktig med et felles mål for smertelindring og en bredere dialog om smertene. Det legges også vekt på at både pasient og sykepleier forstår hensikten og hvordan smertekartleggingsverktøyet brukes. Selv om pasienten skal ha en delaktig rolle i behandlingen og melde ifra om smerte, ligger hovedansvaret for smertekartleggingen til syvende og sist hos sykepleier, som innehar kunnskapen.

Litteraturliste

- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Grønseth, R. (2013). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie bind 1* (4. utg., ss. 273-338). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2013). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie bind 1* (4. utg., ss. 355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2013). *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. (2010). Kommunikasjon, relasjon og smerte. I T. Rustøen, & A. K. Wahl, *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til smerte* (ss. 354-369). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksson, K., Wikström, L., Årestedt, K., Fridlund, B., & Broström, A. (2014). Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments. *Applied Nursing Research*, 27(1), ss. 41-46.
- Granheim, T. H., Raam, K., Christophersen, K.-A., & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), ss. 326-334.
- Grønseth, K. L., Roa, E., Kjønneøy, I., & Almås, H. (2013). Sykepleie ved sykdommer og skader i bevegelsesapparatet. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie bind 2* (4. utg., ss. 133-166). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet Februar 23, 2016 fra Lovdata: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Holm, S., & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie: Med dagkirurgi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- International Association for the Study of Pain. (2008). Hentet Januar 28, 2016 fra International Association for the Study of Pain: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- Kearney, M., Jennrich, M. K., Lyons, S., Robinson, R., & Berger, B. (2011). Effects of preoperative education on patient outcomes after joint replacement surgery. *Orthopedic Nursing, 30*(6), ss. 391-396.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., ss. 338-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkestiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet Februar 9, 2016 fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2012). *Menneskekroppen: Anatomi og fysiologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sjøveian, A. K., & Leegaard, M. (2012). Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling? *Sykepleien Forskning, 7*(4), ss. 380-387.
- Sjøveian, A. K., & Leegaard, M. (2015). Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi. *Sykepleien Forskning, 10*(2), ss. 162-169.
- Torvik, K., Skauge, M., & Rustøen, T. (2010). Smertekartlegging. I T. Rustøen, & A. K. Wahl, *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (ss. 51-74). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wøien, H., & Strand, A. C. (2010). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I T. Rustøen, & A. K. Wahl, *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (ss. 271-289). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Yildirim, M., Cizmeciyan, E. S., Kaya, G., Basaran, Z., Sahin Karaman, F., & Dursun, S. (2015). Perceptions of pain levels among orthopedic surgery patients, their relatives, and nurses. *The journal of the Turkish society of Algology*, 27(3), ss. 132-138.