



Sykepleiekunnskaper om postoperativ smertelindring

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i Sykepleie

Modul 11: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 148

Antall ord: 10 216 (Eksklusive litteraturliste, tabeller og figurer)

Dato: 10.03.17

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	4
1.1 Presentasjon av tema.....	4
1.1.1 Tema.....	4
1.1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Problemformulering.....	4
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans.....	5
1.4 Oppgavens avgrensning.....	5
1.5 Begrepsforklaring.....	6
1.6 Oppgavens videre oppbygning.....	6
2. Metode	7
2.1 Beskrivelse av fremgangsmåten.....	7
2.2 Presentasjon av valgte forskningsartikler.....	8
2.2.1 <i>The gap between saying and doing in postoperative pain management</i>	8
2.2.2 <i>Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses workin on surgical wards</i>	9
2.2.3 <i>Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne</i>	10
2.2.4 <i>Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hoft- og kneprotesekirurgi</i> ... 11	11
2.2.5 <i>Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus</i>	11
2.3 Kildekritikk.....	12
3. Teori/funn	14
3.1 Smerte.....	14
3.1.1 <i>Smerte oppleves ulikt</i>	15
3.1.2 <i>Smertefysiologi</i>	16
3.2 Kommunikasjon.....	16
3.2.1 <i>Tillit</i>	16
3.2.2 <i>Forberedelse av pasient</i>	17
3.3 Beinbrudd.....	18
3.4 Kartlegging.....	19
3.4.1 <i>Ulike endimensjonale kartleggingsverktøy</i>	20
3.5 Retningslinjer for smertelindring av Den Norsk Legeforening (Dnlf).....	21
3.6 Medikamenter.....	22
3.6.1 <i>Sykepleiers barrierer</i>	24
4. Drøfting	26
4.1 Smerte.....	26
4.2 Medikamenter.....	27
4.2.1 <i>Redsel for utvikling av respirasjonsdepresjon og avhengighet</i>	27
4.3 Smerte oppleves ulikt.....	28
4.4 Kommunikasjon.....	28
4.5 Informasjon.....	29
4.6 Holdninger.....	30

4.7 Tillit	31
4.8 Mobilisering av beinbruddpasienter	32
4.9 Kartlegging	32
4.9.1 Kartleggingsverktøy.....	33
4.10 Rutiner og retningslinjer for smertelindring	33
4.11 Å tilegne seg ny og oppdatert kunnskap	34
5. Konklusjon	35
6. Litteraturliste.....	36

1. Innledning

I dette kapitlet vil jeg introduser oppgavens tema og begrunnelse for valg av tema, i tillegg vil jeg presentere oppgavens problemstilling, hensikt, avgrensing og begrepsforklaring. Til slutt nevnes oppgavens videre oppbygging.

1.1 Presentasjon av tema

1.1.1 Tema

Kunnskap hos sykepleiere ved smertelindring hos postoperative pasienter.

1.1.2 Bakgrunn for valg av tema

Smertelindring er en viktig sykepleieoppgave. For at pasienten skal oppnå tilstrekkelig smertelindring kreves det at sykepleieren har oppdatert kunnskap, tilfredsstillende ferdigheter, riktige holdninger som fremmer tillit, omsorg og at sykepleieren tror på det pasienten selv sier om sin opplevelse av smerte (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010b). I den postoperative fasen angir 30-50 % av pasientene at de opplever uakseptabel smerte (Berntzen et al., 2010b).

I min praksis på kirurgisk avdeling opplevde jeg ofte at pasientene rapporterte en smerte som var uakseptabel. Det var stor variasjon mellom hva de forskjellige sykepleierne gjorde med rapporten fra pasienten. Noen sykepleiere dokumenterte akkurat det pasienten hadde sagt om smerten, enkelte dokumenterte noe annet enn det pasienten hadde sagt, andre gjorde ingenting med informasjonen, mens en andel av sykepleiere tilbød pasienten forordnede eventuelt medisiner. Jeg reflekterte mye over hvor forskjellig praksisen til smertelindring var i den postoperative fasen blant sykepleierne. Dette gjorde meg nysgjerrig, og derfor har jeg valgt å skrive om dette temaet. Jeg vil prøve å finne ut hvilke kunnskaper som skal til for å oppnå en tilfredsstillende smertelindring.

1.2 Problemformulering

Hvilke kunnskaper bør sykepleier ha for å gi adekvat smertelindring til pasienter i en postoperativ fase?

1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglige relevans

For at pasienten skal føle seg ivaretatt på avdelingen er det svært viktig at sykepleieren har kunnskaper om smertelindring til pasienter i en postoperativ fase. Smertelindring er også en viktig tverrfaglig oppgave. Sykepleiere er den faggruppen som sannsynligvis tilbringer mest tid sammen med pasienter som opplever smerte. Dette gjør at sykepleiere har en sentral rolle i smertelindring (McCaffery & Beebe, 2001).

I tillegg til kunnskaper er utøvelse av smertelindring noe jeg har lagt spesielt merke til i alle praksisperiodene mine, særlig etter praksisen jeg hadde på kirurgisk avdeling. Jeg har både sett sykepleiere som har blitt forbilder på dette området, men også sykepleiere jeg ikke ønsker å etterligne. Kunnskap om smertelindring er også noe som berører de aller fleste sykepleiere, uavhengig av hvilken avdeling man jobber på. Jeg ser på denne oppgaven som en mulighet for å tilegne og forsterke min egen kunnskap om temaet. I tillegg håper jeg at denne oppgaven vil være med på å øke fokus og interessen rundt kunnskaper om smertelindring til mine medstudenter.

1.4 Oppgavens avgrensning

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til voksne pasienter som har gjennomført ortopedisk kirurgi, men som ellers er friske. Jeg velger å fokusere på kunnskap som en sykepleier trenger for å yte tilfredsstillende smertelindring. Jeg kommer til å gå kort inn på hva smerte er og smertefysiologien, kartlegging av smerte (kartleggingsverktøy), medikamenter (effekt, bivirkninger og barrierer) og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Jeg har ikke tenkt å bruke litteratur som er eldre enn 10 år, men noe avvik forekommer i oppgaven, på grunn av relevansen for oppgavens problemstilling.

Jeg har valgt å ikke ta med pasienter med nedsatt kognitiv svikt og språk, barn (<18 år), og gamle (>75 år), palliativ behandling eller kroniske smerter. I tillegg velger jeg å ekskludere ikke medikamentell smertelindring, og jeg kommer ikke til å skrive noe om de forskjellige legemidler som blir brukt i smertelindring, selv om dette er essensiell kunnskap sykepleiere trenger.

1.5 Begrepsforklaring

- Ortopedisk avdeling: sengepost der pasientene har skader eller lidelser i musklene eller i skjelettet (Grønsløth, Roa, Kjønnøy & Almås, 2011)
- Postoperativ fase: ”starter når pasienten flyttes over i en seng etter kirurgisk inngrep” (Berntzen et al., 2010a, s. 307).
- Jeg har valgt å omtale sykepleieren som hun og pasienten som han, for å skape en bedre flyt i oppgaven.

1.6 Oppgavens videre oppbygning

Videre fortsetter oppgaven å følge IMRaD-struktur (Innledning, Metode, Resultat og Diskusjon). I metodekapittelet blir forskningsartikler, litteratursøk og kildekritikk introdusert. I teoridelen blir relevante kunnskaper som sykepleier trenger presentert ut ifra fag- og forskningslitteratur. Problemstillingen blir belyst ut ifra forskningen presentert i metodekapittelet og teorien. Oppgaven avsluttes med en konklusjon og litteraturliste.

2. Metode

Vilhelm Aubert forklarte metode som ”*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, 2007, s. 81). I følge skolens retningslinjer for oppgaveskriving skal studentene, bruke litteraturstudium som metode ved skriving av bacheloroppgave. Litteraturstudium vil si at man samler anerkjent fag- og forskningslitteratur om et bestemt tema, for så å drøfte funnene (Dalland, 2007). I dette kapittelet presenteres fremgangsmåten for innsamlingen fag- og forskningslitteratur, en presentasjon av valgte forskningsartikler, som skal anvendes videre i oppgaven, og tilslutt kildekritikk til fag- og forskningsartiklene jeg har valgt.

2.1 Beskrivelse av fremgangsmåten

Ettersom metoden i denne oppgaven er litteraturstudium, var det en forutsetning å samle inn fag- og forskningslitteratur om smertelindring. For å finne forskningslitteratur søkte jeg i diverse databaser, som Sykepleien Forskning, Tidsskrifter for Norsk Legeforening og PubMed. Det har kommet mye forskning om smertelindring de siste årene, spesielt postoperativ smertelindring og smertelindring til kreftpasienter. Derfor var det viktig å spesifisere søkeordene. For når jeg benyttet søkeordene ”pain management” i databasen PubMed, og endte opp med 52 338 treff, selv etter jeg hadde avgrenset søke til tidsrommet 2006 frem til februar 2017, og at det måtte være full tekst. Da søkeordene ble spesifisert til ”Pain, Postoperative/nursing” og ”Nurse-Patient Relations” endte det opp med 10 treff. Dette anså jeg som overkommelig å lese gjennom sammendraget til, dersom overskriften så relevant ut. Av de 10 treffene valgte jeg artikkelen ”The gap between saying and doing in postoperative pain management”. Jeg så at denne var utenfor tidsrommet jeg hadde tenkt meg, men sammenlignet med annen forskning validerte jeg denne som fortsatt gyldig og relevant for oppgavens problemstilling.

I PubMed ble også søkeordene ”Pain, Postoperative, competence, nurses, surgical wards” benyttet og fikk 10 treff. Jeg leste overskriften og sammendraget, hvis det så relevant ut i forhold til problemstillingen og ente opp med artikkelen ”Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards”.

Da jeg søkte på Sykepleien.no brukte jeg søkeordene ”smertebehandling” og ekskluderte nyheter, innspill og fag. Søket resulterte i 37 treff. Jeg så på det som et overkommelig antall artikler å lese gjennom overskriftene på. Videre leste jeg sammendraget av de artiklene som så relevante ut, og ente opp med to forskningsartikler, ”Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne” og ”Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi”.

Jeg gjorde også søk på Tidsskrift for Norsk Legeforening, der brukte jeg søkeordet ”smertelindring”. Jeg avgrenset til originalartikler, og endte opp med 13 treff. Her valgte jeg en artikkel: ”Postoperative smerter hos pasienter innlagt i norske sykehus.”, etter å ha lest overskriftene på treffene og diverse sammendrag

Da forskningsartiklene var valgt satt jeg igjen med to forskningsartikler som benyttet kvalitativ metode, og tre forskningsartikler som benyttet kvantitativ metode.

Bøkene jeg har benyttet i oppgaven har jeg funnet på to forskjellige måte. Jeg har gått gjennom alle pensumlister som er benyttet i løpet av sykepleierstudiet og valgte ut bøker som inneholdt relevante kapitler. I tillegg har jeg lånt bøker på Høyskolens Diakonova sitt bibliotek som hadde relevant innhold til denne oppgaven for å svare på oppgavens problemstilling.

2.2 Presentasjon av valgte forskningsartikler

2.2.1 The gap between saying and doing in postoperative pain managment

Dihle, Bjølseth & Helseth (2006) skrev en artikkel for å prøve og finne ut hvordan sykepleiere bidrar til postoperativt smertelindring på en kirurgisk avdeling. Forfatterne ønsket også å identifisere barrierer for oppnåelse av optimal postoperativ smertelindring. Artikkelen hypotese var at postoperativ smerte ikke var behandlet på en tilfredsstillende måte. Det ble gjort observasjoner og dybdeintervjuer med ni sykepleiere på tre kirurgiske avdelingen fordelt på to norske sykehus. Hver sykepleier ble observert under fem skift og intervjuene ble gjennomført etter siste observasjon. Studiets design er beskrivende, innsamling og analyse av data fulgte prinsippene for kvalitativ forskning.

Hovedfunnet som ble gjort var en uoverensstemmelse mellom hva sykepleierne sa de gjorde og hva de faktisk gjorde når det gjaldt postoperativ smertelindring. Studien avslørte i tillegg at

sykepleierne sjeldent gav smertestillende medikamenter under mobilisering. Forfatterne mente at grunnen for dette kunne tolkes som at sykepleierne ikke trodde at pasienten hadde smerter, var ufølsom for smertetegnene til pasienten, at sykepleierne mente at det ikke var mulig å være smertefri eller at sykepleierne mente pasienten måtte tåle litt postoperative smerter. Dihle et al. (2006) hevder at sykepleierutdanningen trenger å fremme kunnskap om smerter og smertebehandling, samt trengte sykepleiere å lære og handle i samsvar med teoretisk kunnskap, for å jevne ut gapet mellom hva sykepleiere sier og hva de faktisk gjør, når det gjelder postoperativt smertelindring.

2.2.2 Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses workin on surgical wards

I en studie gjort av Rognstad et al. (2012) var hensikten å utforske holdninger, tro og egenrapportert kompetanse til sykepleiere og leger om smertebehandling på en kirurgisk avdeling. Total svarte 128 leger og 407 sykepleiere på et spørreskjema. Studien fulgte en kvalitativ forskning med et beskrivende, tverrsnittundersøkelse design. Respondentene var fordelt på 77 avdelinger på fem sykehus i Norge, der tre av fire helseregioner ble presentert.

Flesteparten av legene (95%) og sykepleierne (86%) rapporterte at pasientene ”ofte” eller ”svært ofte” oppnådde en tilfredsstillende smertelindring. Av alle var det 69% som vurderte seg selv for å være ”kompetent” eller ”svært kompetent” på behandling av nociseptiv smerte. Nociseptiv smerte oppstår som oftest akutt, fordi reseptorene til smerten stimuleres av smertefremmede stoffer, høy temperatur eller mye trykk (Berntzen et al., 2010b). Når det gjaldt nevropatisk smerte var det kun 16% av respondentene som vurderte at de var ”kompetente” eller ”svært kompetente”. Nevropatisk smerte er skade som oppstår enten i det perifere nervesystemet eller i sentralnervesystemet, og kan i tillegg forekomme etter en nerveskade, som kan skje under et kirurgisk inngrep eller strålebehandling (Berntzen et al., 2010b). Det faktumet at en så stor andel av respondentene mente at smertebehandlingen var tilfredsstillende, mens smerte har vist seg ofte å være underbehandlet hos kirurgiske pasienter, kan tyde på at helsepersonell undervurderer pasientenes smerter (Berntzen et al. 2010b).

Forfatterne mener at en mulige barrierer for effektiv postoperativ smertelindring kan være: tidsstyring, sammen med holdninger og oppfatning av både pasient og sykepleier. Tjue prosent av respondentene var fornøyde med de årlige oppdateringene for helsepersonell om

smertelindring for pasienter med postoperativ smerte. Generelt i studien hadde legene en tendens til å være mer fornøyde enn sykepleiere, noe som gjenspeiler faktumet at sykepleier utfører de fleste postoperative observasjonene og er tidsmessig mer med pasientene. Forskerne presiserte at leger og sykepleiere bør være klar over sitt ansvar med å holde kunnskap oppdatert, når det gjelder postoperativ smertebehandling.

2.2.3 Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne

Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle (2015) utførte en studie der hensikten var å beskrive kunnskaper og holdninger til sykepleiere og sykepleiestudenter om smerte og smertelindring hos voksne pasienter innlagt på en kirurgisk avdeling. I alt var det 81 sykepleiere og 83 sykepleiestudenter som svarte på 39 spørsmål og to caser, som var samlet i en norsk versjon av kartleggingsverktøyet "Nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain". Skjemaet testet kunnskap og holdningen via spørsmål og utsagn som krever presise svar. Sykepleierne jobbet ved et universitetssykehus, mens sykepleiestudentene studerte tredje året ved en høyskole i Norge. Det ble brukt en kvantitativ metode med et deskriptive tversnittundersøkelse design. Sykepleierne svarte riktig 71,1 %, mens sykepleiestudentene svarte 58,5% riktig i undersøkelsen.

Det ble kjent at både sykepleierne og sykepleiestudentene hadde tilfredsstillende kunnskaper på visse områder. Likevel avslører forskningen at begge gruppene var engstelige for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet. I tillegg vurderte ofte sykepleierne smerteopplevelsen til pasienter mindre enn pasienten selv vurderte sin egen smerteopplevelse. Granheim et al. (2015) beskriver et gap mellom den teoretiske kunnskapen og den praktiske handlingen. Dette ble avslørt gjennom to caser som inneholdt hver sin pasienthistorie. Studien konkluderer med at det er nødvendig å heve kompetansen om smertehåndtering blant sykepleiere og sykepleiestudenter. I tillegg er det viktig at sykepleiere og sykepleiestudentene blir bedre på å ta hensyn til pasientens uttrykk av smerte.

2.2.4 Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotese kirurgi

Sjøveian & Leegaard (2015) utførte en studie med kvalitativ forskning som metode, med et beskrivende design. Forfatterens hensikt med studien var å fremstille hvordan pasienten erfarte og påvirket den postoperative smertelindringen ved hofte- og kneprotese kirurgi på norske sykehus. Innsamlingen av data ble gjort via 10 semistrukturerte intervjuer, som ble gjennomført tredje postoperative dag.

I forkant av operasjonen hadde deltakerne gjennomført en felles forberedelsesdag. På forberedelsesdagen fikk pasienten informasjon av sykepleier, ortoped og fysioterapeut om temaer som funksjonen til protesen, smertebehandling, mobilisering, planlagt hjemmesituasjon, pasientens ansvar for å rapportere smerte og smertekartleggingsverktøyet Numerisk rangskala (NRS). Hensikten med denne forberedelsesdagen, var å motivere til deltakelse i det postoperative smerte- og opptreningsprogrammet, planlegge hjemmesituasjonen og å forberede pasienten til inngrepet. Respondentene som ble deltakere i studien hadde gjennomgått et planlagt opptreningsprogram fra dagen de ble operert og frem til utskrivelse den fjerde postoperative dagen.

Et av resultatene i studiet var at flere av pasientene ikke var smertelindret optimalt under mobilisering, men flesteparten fullførte allikevel opptreningsprogrammet. I tillegg fortalte deltakerne at sykepleierne hadde ulike rutiner for bruk av smertekartleggingsverktøyet. Bare halvparten av pasientene beskrev at sykepleierne brukte NRS ofte. Deltakerne erfarte likevel at sykepleierne var engasjert når det i forhold til å forebygge smerten og at sykepleierne trodde på pasientens opplevelse av smerte.

2.2.5 Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus

Studien til Fredheim et al. (2011) ble basert på kvantitative metoder, med en tversnittundersøkelse som design. Innhenting av data skjedde via pasientenes egenrapporterte data og data fra pasientjournaler. Tohundre og femten pasienter deltok i studien fra 12 ulike sykehus i alle helseregionene i Norge. Mange ulike avdelinger ble representert i studien, deriblant ortopedisk avdeling.

Fredheim et al. (2011) ønsket og undersøke smerte det første postoperative døgnet. Studiet avdekket at postoperativ smerte bare ble systematisk dokumentert i journalen til 22% av

pasientene. For å oppnå tilfredsstillende praksis for postoperativ smertebehandling mente Fredheim et al. (2011) at intensiteten av smerten burde kartlegges minst tre ganger i døgnet, når pasienten blir tilbudt eventuell medisin og når intensiteten av smerten skal revurderes etter at eventuell medisin er gitt. Studien beskriver også at bare halvparten av pasientene ble spurt om å angi smerte på en skala, derimot oppgav $\frac{3}{4}$ av pasientene å bli tilbudt ekstra smertelindrende medikamenter.

Forfatterne understreker at fordi pasientene ved norske sykehus er fornøyde med smertebehandlingen, betyr ikke det at behandlingen er tilfredsstillende. Videre i studien beskrives behovet for et kompetent smerteteam ved hvert sykehus. Smerteteamet skal kunne veilede behandling av pasienter med vanskelige smertetilstander, gjennomføre opplæring, utarbeide rutiner og bidra til gode holdninger ovenfor pasienter som lider av smerte. Studien konkluderer med at forbedringspotensialet for kartlegging, dokumentasjon og behandling av postoperativ smerte i norske sykehus er stort.

2.3 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).

Det er vanlig å skille mellom kvantitativ og kvalitativ forskningsmetode. Kvantitative metoder har som intensjon å finne en generell standard, som det å finne median og prosent av større mengder. Kvalitative metoder går dypere inn på et tema. Intensjonen er å plukke opp meninger og opplevelser, som verken kan tallfestes eller måles. Selv om oppgavens størrelse er begrenset, er det at tre forskningsartikler benytter kvantitativ forskningsmetode, mens de to andre bruker kvalitativ forskningsmetode, med på å styrke oppgavens pålitelighet (Dalland, 2007).

Postoperativ smertelindring et tema det har kommet mye forskning på de siste 10 årene. Det var derfor nødvendig å avgrense søkene på forskningslitteratur. Dette kan ha ført til at jeg har gått glipp av, eller oversett, forskningsartikler som kunne vært aktuelle for oppgaven.

Bøkene jeg benyttet i oppgaven er gitt ut av anerkjente forlag. Jeg ser derfor på bøkene som pålitelige, selv om noen deler av bøkene brukes som sekundærkilde. Boken til McCaffery & Beebe (2001) og artikkelen til Dihle et al. (2006) er begge eldre enn 10 år. Boken er essensiell

for diverse definisjoner som er brukt i oppgaven, mens artikkelen er sentral for oppgavens problemstilling.

Ettersom to av de valgte forskningsartiklene er engelskspråklig er det muligheter for misforståelse i oversettingen, men det skal ikke ha gått utover budskapet og resultatet i artiklene. En observasjon jeg har gjort meg er at flere av de valgte forskningsartiklene deler samme forfatter. Dette kan være fordi forfatterne er spesielt interessert i temaet, ønsker å videreutvikle faget eller sette mer fokus på området.

3. Teori/funn

I dette kapitlet skal jeg belyse teori som er relevant i forhold til oppgavens problemstilling, og skal benyttes for å drøfte problemstillingen sammen med valgte forskningsartikler. Det blir en presentasjon om hva smerte er, smertefysiologien, smertekartlegging, sykepleierens oppgaver i forhold til medikamenter, administrasjonsmåter og sykepleier barrierer i forhold til smertestillende medikamenter. I tillegg beskrives kommunikasjon og informasjon som pasienten bør få. Det kommer også en presentasjon av Den Norske Legeforeningens retningslinjer for smertebehandling.

3.1 Smerte

Smerte er meget sammensatt og kan oppleves svært ulikt fra menneske til menneske. I denne oppgaven brukes McCaffery & Beebe (2001, s. 18) sin definisjon på smerte: *”Det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte sier at han har smerte”*. I tillegg til International Association for Study of Pain (IASP) sin definisjon *”Smerte er en ubehagelig sensorisk emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse”* (Berntzen et al., 2010b, s. 357).

Det finnes forskjellige type smerter. Hovedsakelig skilles det mellom akutte og kroniske smerter (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2009). *Akutt smerte* er når smertene varer mindre enn tre måneder. Altså smerte som blir svakere når årsaken for smerten helbredes. Akutte smerter kan både komme langsomt og brått, og ha forskjellige grader av intensitet. Eksempler på akutte smerter er: knivstikking, beinbrudd og postoperative smerter. Akutte smerter kan gå over til å bli kroniske smerter (McCaffery & Beebe, 2001). *Kroniske smerter* er smerter som varer over lengre tid, som oftest lengre enn tre måneder. Det er ulike meninger rundt hvor lenge smertene må være for at de skal kategoriseres som kroniske. Eksempler på kronisk smerte er gikt smerter, seneskjedebetennelse og rygg smerter med ulike årsaker (McCaffery & Beebe, 2001). I tillegg skilles det mellom nociseptiv, nevropatisk, psykogene og idiopatisk smerte (Berntzen et al., 2010b), men på grunn av avgrensning i oppgaven har jeg kun valgt å beskrive nociseptiv og nevropatisk smerte, som allerede er forklart i oppgaven.

3.1.1 Smerte oppleves ulikt

Smerte er en subjektiv opplevelse. Smerte kan oppleves ulikt fra kultur til kultur (Nortvedt, Leegaard, Valeberg & Helseth, 2016). ”Smerte blir smerte for den enkelte via læring av språk fra vi er små, den sosiale konteksten vi er og har vært i, og de kulturelle normene vi har internalisert” (Nortvedt et al., 2016). For eksempel skriver Saadati (2009) at iranske kvinner har en kultur der de er lært til å ikke snakke om smerte. Tegn på at de opplever smerte blir sett på som en svakhet. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskaper om, og forståelse for, ulike kulturer og deres forhold til smerte (Leegaard & Valeberg, 2016). For å beskrive smerte blir det ofte brukt metaforer eller språklige bilder, men disse varierer fra land til land, kultur fra kultur (Leegaard & Valeberg, 2016).

Smerte kan også oppleves ulikt blant kvinner og menn. Hos menn oppstår som regel smerte kun i forbindelse med skader og uhell, mens for kvinner er smerte en mer vanligere del av livet i form av menstruasjon, svangerskap og fødsel (Rustøen & Stubhaug, 2008). Ettersom kvinner og menn, i løpet av livet, har forskjellig erfaring med smerte kan dette gjøre at menn og kvinner vurderer smerte ulikt (Rustøen & Stubhaug, 2008). Selv om det kan være forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder opplevelse av smerte, er det også essensielt å vite at spriket innad mellom kvinner og menn er stort.

Sykepleier bør også ha kunnskap om eldre pasienter (65 år – 75 år). Eldre reagerer annerledes på smerte enn unge voksne (18 år - 40 år) og middelaldrende voksne (40 år – 65 år). Hos eldre pasienter er behovet for en grundigere og beredere preoperativ evaluering enda større enn hos yngre pasienter (Engstad, 2015). Smerte hos eldre kan være helt borte, eller diffuse ved sykdom. Symptomer som dyspné eller slapphet er mer normalt enn smerte hos eldre (Engstad, 2015). En normal komplikasjon som kan oppstå hos eldre etter kirurgiske operasjoner er postoperativ forvirring, spesielt etter hoftebrudd. Det å forebygge forvirring er en utfordrende sykepleieoppgave, men er med på å korte ned sykehusoppholdet, bedre rehabiliteringsresultatet og redusere dødeligheten. For å forebygge forvirring gjelder det å bevare tilfredsstillende oksygenmetning (>90%), se etter at pasienten ikke har et systolisk blodtrykk som er under 90 mm Hg, tilstrekkelig smertelindring og søvn, og sørge for bra tømning av urinblæren og tarmen (Engstad, 2015).

3.1.2 Smertefysiologi

Smerte er en del av sanseapparatet vårt, og smertesansen er betydningsfull når det gjelder overlevelse. ”Smertesystemenes normale oppgaver er å beskytte og å gi instruksjoner om hensiktsmessig atferd” (Brodal, 2007, s. 49). Smertesansen virker inn på det autonome nervesystemet. Ved smerte øker hjertefrekvensen og blodtrykket synkront med at blodsirkulasjonen i huden blir redusert. Når det skjer skade av vev eller sykdom, igangsettes smertereseptorene i området som er skadet. I reseptorene blir informasjonen transformert gjennom nerver, til ryggmargen og opp til hjernen. Ikke før signalet kommer til det sensoriske området i hjernebarken, mottar vi informasjonen om hvor smerten befinner seg og dens intensitet. Både hjernens følelses- og hukommelsessenter får beskjed om smerten. På denne måten forsterkes følelsen av uro og angst, i tillegg blir opplevelsen av smerte lagret. Dette danner fundamentet for fremtidige smerteopplevelser (Sand et al., 2009).

3.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som ”utveksling av menings- eller betydningsinnhold mellom individer og grupper ved hjelp av et felles system av symboler” (Hansen, 2011, s.145). Travelbee skriver at kommunikasjon er et viktig verktøy når det dreier seg om å etablere et menneske-til-menneske-forhold til pasienten (Kristoffersen, 2011). Ved kommunikasjon blir sykepleier kjent med pasienten, men det er viktig at sykepleier klarer og separere sine egne behov fra pasientens behov. Kommunikasjon handler ikke bare om den verbale kommunikasjonen, men også non-verbal kommunikasjon, som for eksempel kroppsspråket (Kristoffersen, 2011). God og tydelig kommunikasjon bidrar til at smertetopper kan unngås, og at pasienten kan føle seg trygg på at smertene ikke skal komme igjen. Når sykepleieren tar pasientens smerteopplevelse på alvor i smertebehandlingen skapes trygghet og tillit (Berntzen et al., 2010b).

3.2.1 Tillit

Det å støtte, trygge, informere og forberede pasienten på det som skjer videre hos en pasient som har smerter er en betydningsfull og nødvendig sykepleieroppgave (Berntzen et al., 2010a). Alle mennesker har behov for trygghet, spesielt når noen opplever smerte (Thorsen, 2011). Hvis pasienten erfarer trygghet, tillit og respekt, kan smertelindringen som blir gitt få

en større virkning (Berntzen et al., 2010b). Når det gjelder tilliten sykepleier har til pasienter med smerte kan sykepleier enten velge å tro eller tvile på pasientens opplevelse av smerte. Dersom sykepleieren velger å ikke tro på pasienten, eller ikke dokumenterer det pasienten rapporterer om smerte, kan sykepleieren bremse effekten av smertelindringen hos pasienten (Berntzen et al., 2010b). Som helsepersonell har man plikt til å dokumentere helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999). I følge Thorsen (2011) danner kompetanse trygghet. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal ”sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.” (Norsk sykepleierforbund (NSF), 2011, punkt 1.4).

3.2.2 Forberedelse av pasient

Ved en akutt operasjon eller ø-hjelp, er mulighet for preoperativ informasjon mer begrenset enn ved elektive (planlagte) operasjoner. I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i at pasientene som har operert har fått preoperativ informasjon, altså informasjon i forkant av operasjonen (Berntzen et al., 2010a).

I forkant av elektive operasjoner er preoperativ informasjon en nødvendig sykepleieoppgave. Preoperativ informasjon er med på å forberede pasienten på blant annet inngrepet, hva som forventes av pasienten før og etter operasjonen, hva pasienten kan forvente av helsepersonellet før og etter inngrepet, eventuelle bivirkninger og mulig risiko ved behandlingen, forklaring av og hensikten med smertekartleggingsverktøy, osv. I pasient- og brukerrettighetsloven (PBL) (1999) beskrives pasientens rett til viktig informasjon for å få forståelse av helsetilstanden sin, og omfanget av helsehjelpen. I tillegg har pasienten rett på informasjon om eventuelle risikoer og bivirkninger (PBL, 1999). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011, s. 8) nevnes følgende: ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått”. Berntzen et al. (2010a) skriver at forskning har vist at informasjon før en operasjon bidrar til at behovet for kvalmestillende og beroligende medikamenter reduseres. I tillegg blir opplevelsen av smerte og ubehag mindre, pasienten bli fortere mobil og sykehusoppholdet blir kortere. Dette kan føre til at den postoperative fasen oppleves mer behagelig og komplikasjonene synker (Berntzen et al., 2010a). Mange av pasientene som får preoperativ informasjon er ikke tilfredsstilte med verken kvaliteten eller kvantiteten på opplysningene fra helsepersonellet (Berntzen et al., 2010a). Preoperativ

undervisning bør være individualisert, kort og presis. Det kan være fordel å få informasjonen skriftlig enten før eller etter muntlig gjennomgang. Et godt alternativ kan være å la pasienten oppsummere informasjonen som ble gitt etter formidlingen. Slik får pasienten mulighet til å repetere informasjonen, og sykepleier kan sjekke hvilken informasjon pasienten har fått med seg, for så å gjenta eventuell glemte informasjon.

Under oppholdet til pasienten er det viktig at sykepleier kommuniserer målet med smertebehandlingen på en tydelig og konkret måte. Eksempel på mål for smertelindring kan være at pasienten skal ha mulighet til å puste dypt og hoste, eller at pasienten skal kunne sove kontinuerlig i fire til seks timer. Mål bør være målbare/sammenlignbare. På denne måte er det enklere for pasienten å spørre etter smertestillende når han trenger det. Det er viktig å informere at det verken er ønskelig eller hensiktsmessig at pasienten tåler unødvendig smerte. I tillegg er det betydningsfullt å opplyse om at pasienten bør gi beskjed om smerten før den blir for sterk, på denne måten er dette enklere å oppnå tilfredsstillende smertelindringen (Berntzen et al., 2010b).

3.3 Beinbrudd

Et beinbrudd vil si ”enhver total eller delvis diskontinuitet (manglende sammenheng) i et bein”. Det skapes når beinet blir rammet av mer stress enn benet tåler (Grønsløth et al., 2011). Det trengs mer energi til for at et beinbrudd skal oppstå hos unge mennesker, enn hos eldre. Brudd klassifiseres på flere måter: hvordan de oppstår, hvordan de ser ut, om bruddet er stabilt/ustabilt, og om de er åpne/lukket. For å blant annet hindre blodpropp er god blodsirkulasjon, spesielt der bruddet er oppstått, og det å hindre mobilisering i bruddstedet, avgjørende for at bruddet skal leges. Ved immobilisering dannes et ytre lag med nydannet beinvev som legger seg rundt bruddet, og fører til at beinet blir sterkere (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2015). I tillegg avhenger bruddtilhelningen av alder, generell helse, alvorlighetsgraden av skaden og behandlingsstrategien. Ved bruddtilhelningen er aktiviteten i cellene avgjørende, disse cellene sitter i beinhinnen (Jacobsen et al., 2015). Pasienter med beinbrudd har ofte sterke smerter, spesielt under mobilisering og trening (Grønsløth et al., 2011). Selv om ikke selve bruddet skal mobiliseres er det helt nødvendig å mobilisere pasienten, fordi mobilisering senker faren for utvikling av komplikasjoner som blodpropp, blødningsfare, obstipasjon og luftveisproblemer (Grønsløth et al., 2011).

Andre komplikasjoner som kan oppstå ved kirurgisk bruddbehandling er blant annet infeksjon, muskellosjesyndrom (trykkøkning i en gruppe muskler som fungerer sammen (muskellosje), og som ligger omsluttet av en felles bindevevshinne), kar- og nerveskader og delirium (akutt forvirringstilstand) (Grønsløth et al., 2011). Ved beinbrudd er det vanlig med intens smerte, spesielt ved mobilisering og opptrening. Det er derfor en forutsetning at pasienten er godt smertelindret og kvalmestilt under mobilisering (Grønsløth et al., 2011).

Smerten må kartlegges, evalueres og dokumenteres hos alle pasienter. Smerten kan være et tegn på at en komplikasjon etter operasjon har oppstått. Lege bør derfor kontaktes hvis pasienten ikke de smertestillende legemidlene pasienten skal ha gir virkning (Grønsløth et al., 2011). I tillegg bør sykepleieren ivare ta pasientens grunnleggende behov som respirasjon (forebygge luftveislidelser), sirkulasjon (forebygging av trombose, emboli og tryggsår), eliminasjon (forebygge obstipasjon), ernæring, hygiene, aktivitet (mobilisering) og psykososialt behov.

3.4 Kartlegging

Kartlegging er essensielt for å finne ut om, og hvor pasienten har smerter. Kartleggingen legger grunnlaget for planlegging, gjennomføring og evaluering av eventuell smertebehandling. Smertekartlegging skjer ulikt. Det kommer an på om smerten er kronisk eller akutt. Når smerten er akutt, er det mer interessant å avsløre smerteintensiteten, smerteårsaken og smertetype. Men ved kroniske smerter vil det i tillegg være aktuelt å finne ut hvilken innflytelse smerten har på mennesket som opplever smerten og hvordan pasienten klarer å leve med smerten (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). Hensikten med systematisk kartlegging er at hver pasient skal oppnå optimal og individuell behandling av smertene. Siden smerte er en subjektiv følelse skal pasientens egen forståelse av smerte være fundamentet for smertelindringen. Leegaard & Valeberg (2016) henviser til en studie der pasienter på kirurgiske klinikker først ble bedt om å fylle ut smerteskåren sammen med forskeren. Etterpå skulle sykepleieren skrive ned sin vurdering av pasientens smerteskår. Det var 95 pasienter og 95 sykepleiere med i studien og resultatet viste at sykepleierne undervurderte smerte på alle delene i skjemaet sammenlignet med pasientene (Leegaard & Valeberg, 2016).

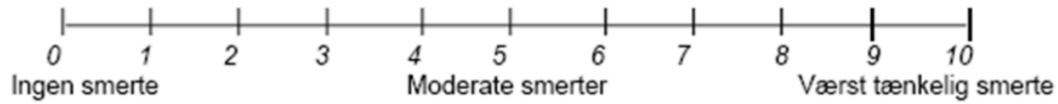
Når det gjelder eldre har denne pasientgruppen en tendens til å underrapportere smerte (McCaffery & Beebe, 2001). Mange eldre, men også noe helsepersonell, tenker at smerte er en del av alderdommen. Dette kan gjøre at eldre "lider i stillhet", og dermed ikke rapporterer ved smerte. I tillegg er det mange eldre som går inn i en passiv rolle og ikke vil bry helsepersonellet med sin smerte. Derfor er det viktig å tolke nonverbale tegn på smerte og stille direkte spørsmål om de eldre pasientene opplever smerter (Torvik & Bjøro, 2008).

Det finnes ulike smertekartleggingsverktøy, men det skilles hovedsakelig mellom to forskjellige grupper, endimensjonal- og flerdimensjonal skala. Endimensjonal skala kartlegger som oftest bare intensiteten av smerte. Flerdimensjonal skala kartlegger forskjellige aspekter ved smerte, som for eksempel kvaliteten på smerten og påvirkningen smerten har på søvn. Endimensjonale skalaer er som ofte mer egnet for akutt smerte, ettersom flerdimensjonale skalaer er mer omfattende, og er mer tilfredsstillende å bruke når det kartlegges hvordan smerten påvirker pasientens liv. Jeg har valgt og beskrive tre endimensjonale smertekartleggingsverktøy, Numerisk Rangskala (NRS), Visuell Analog Skala (VAS) og ansiktsskala (Torvik et al., 2008). Eksempler på flerdimensjonale skalaer er McGill skjema, Edmonton symptom assessment scale (ESAS) og Brief Pain Inventory (BPI), men jeg har valgt å ikke gå mer inn på disse skalaene. Endimensjonale skalaer er mer relevant for smertepasienter i en postoperativ fase (Torvik et al., 2008). Sykepleieren må finne det smertekartleggingsverktøyet som passer best til hver pasient. Når vurderingsskjema eller skala er valgt er det en fordel å fortsette og bruke det samme kartleggingsverktøyet gjennom hele oppholdet til pasienten. Kartleggingsverktøyet bør brukes aktivt i registreringen av smerte og i evaluering av effekten av smertebehandlingen (Berntzen et al., 2010b). Det er viktig at sykepleier forsikrer seg om at pasienten har forstått hvordan smertekartleggingsverktøyet fungerer, og hensikten med å bruke det (Berntzen et al., 2010b).

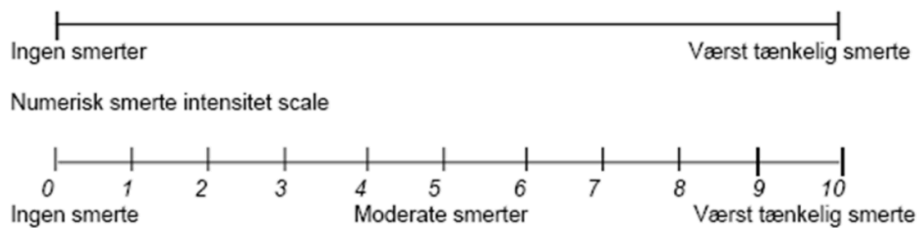
3.4.1 Ulike endimensjonale kartleggingsverktøy

NRS er en 11-punkts skala fra 0 til 10. Der null symboliserer "ingen smerte" og 10 symboliserer "verst tenkelig smerte" (Torvik et al., 2008). Skalaen er lett å bruke og det trengs ingen hjelpemidler. I tillegg er det enkelt å sammenligne resultatene av smerteintensiteten, som for eksempel før og etter administrering av smertelindrende medikamenter for å vurdere effekten av legemidlet. Ved å bruke NRS skapes en dialog mellom sykepleier og smertepasienten, og NRS får frem pasientens subjektive

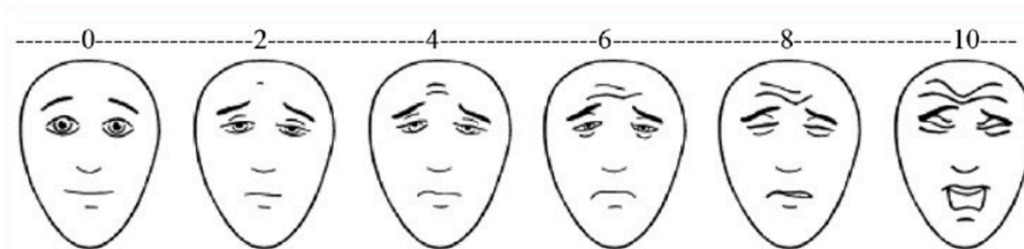
smerteopplevelse. For at en slik skala skal si noe om effekten av behandlingen bør den brukes regelmessig og markeringene må dokumenteres (Berntzen et al., 2010b). Se bilde under.



VAS er en lignende versjon av NRS. På den ene siden av VAS, som bare sykepleieren ser, er NRS-skalaen, mens pasienten kun ser en linje med samme ytterpunkter som NRS: "ingen smerte" og "værst tenkelig smerte". Pasienten peker på det punktet på linjen som representerer sin smerteintensitet. Videre finner sykepleieren ut hvilket tall punktet pasienten pekte på symboliserer. Dette er en skala som kartlegger intensiteten av smerten og er ikke avhengig av språk eller kultur. Skalaen passer både til kronisk og akutt smerte, men forutsetter at pasientene som skal bruke den har god motorikk, god kognitiv funksjon og kan tenke abstrakt (Torvik et al., 2008). Se bilde under.



Ansiktsskalaen består av tegninger eller bilder av flere ansiktsuttrykk der uttrykkene betyr økende grad av smerte. (Berntzen et al., 2010b). Se bilde under.



3.5 Retningslinjer for smertelindring av Den Norske Legeforening (Dnlf)

Dnlf samlet sammen en kompleks gruppe for å utarbeide retningslinjer for smertelindring. Hensikten er å sikre pasienter som opplever smerte en dekkende diagnostikk og behandling, uten å være avhengig av hvor i landet, eller i hvilken del av helsesektoren pasienten befinner

seg (Dnlf, 2009). I retningslinjene beskrives målet med smertebehandling som ”å lindre smerten og bedre pasientens livskvalitet” (Dnlf, 2009, s. 6). Dnlf (2009) legger vekt på nødvendigheten med presise retningslinjer på dette området, til avdelinger som tar seg av postoperative pasienter. Ved utilstrekkelig kontroll på smerten, til postoperative pasienter, vil det i tillegg til å gi pasienten lidelse, også føre til økt fare for komplikasjoner, hovedsakelig på grunn av sinket mobilisering (Dnlf, 2009). Målet med postoperativ smertelindring er at pasienter ikke skal ha en smerte over 3 i smerteintensitet på numerisk rangskala.

I tillegg står det i retningslinjene (Dnlf, 2009) at alle universitetssykehus skal ha en tverrfaglig smerteklinikk. Smerteklinikken skal ha flere funksjoner, blant annet skal den fungere som en ”second opinion” og omfattende undervisning.

3.6 Medikamenter

Tverrfaglig samarbeid er avgjørende for å oppnå tilfredsstillende smertelindring. Sykepleieren har en nøkkelrolle for at samarbeidet skal fungere, og pasienten skal få god lindring av smertene. Sykepleieren har en sentral rolle fordi hun oppholder seg mest sammen med smertepasienten, og har en unik mulighet til å bedømme virkningen av smertebehandlingen kontinuerlig (McCaffery & Beebe, 2001). McCaffery & Beebe (2001, s.58) beskriver sykepleiers aktive rolle når det gjelder medisinerings:

- ”Foreslå/velge et egnet medikament
- Avgjøre hvorvidt det skal gis og når det skal gis
- Evaluere hvor effektivt det er
- Om nødvendig sørge for endring av medisineringsen”

For at sykepleieren skal utfylle rollen sin når det gjelder medisinerings trengs en rekke kunnskaper om smertelindrende medikamenter. Kunnskaper som egenskapene til medikamentet (virkningsmekanisme, absorpsjon, halveringstid osv.), interaksjoner (som vil si at effekten av et medikament virker inn på et annet medikament), bivirkninger, indikasjoner (grunn til å utføre et spesifikt tiltak), legemiddelform/administrasjonsmåte, innhold, synonympreparat (generisk bytte) og dosering (Berntzen et al., 2010b). Selv om mye av denne kunnskapen er legens oppgave, bør sykepleier ha kunnskap om dette, fordi sykepleiere skal kontrollere og evaluere effekten av medikamentene. I tillegg er det sykepleiers ansvar å

administrere forordnet medikamenter. Det er derfor viktig å vite hva man gir, hva som kan skje etter pasienten har inntatt medikamentet, og hva man skal gjøre hvis noe uventet skjer med pasienten på grunn av inntaket av medikamentet.

Sykepleieren er pliktig til å kartlegge smerte, og administrasjonen av forordnede legemidler. I tillegg er det viktig at sykepleierne tar vare på pasientens grunnleggende behov, ettersom bivirkninger av smertelindrende medikamenter kan påvirke grunnleggende behov (Berntzen et al., 2010b). Selv om legen har forordnet hvilket legemiddel og dose pasienten skal få, og til hvilken tid, er det i hovedsak sykepleieren som bestemmer eksakt tid medikamentet gis til pasienten. Det vil si at sykepleieren har et stort ansvar for at pasienten unngår smertetopper, og oppnår en tilfredsstillende smertelindring. Legemidler kan gis på ulike administrasjonsformer, som peroral-, sublingval-, rektal-, intravenøs-, intramuskulær-, subkutan administrasjon, Epiduralanestesi (EDA) og spinalanestesi. Erfaringsmessig blir peroral- sublingval- og rektal administrasjon mindre brukt når det gjelder smertelindring til pasienter med beinbrudd. Derimot brukes intravenøs-, intramuskulær og subkutan administrasjon, samt EDA og spinalanestesi.

Når menneskekroppen eldes skjer forskjellige fysiologiske endringer, flere eldre får hjerte-, lever- og nyresykdom som kan være med på å hindre nedbrytning og utskilling av legemidler. Faktorer som dette må tas hensyn til når dosen til smertelindrende legemidler skal settes for eldre pasienter (Spigset, 2014a). Det kan også være avgjørende for sykepleieren å vite at mange eldre går på naturpreparater som kan gi interaksjoner med diverse legemidler (Spigset, 2014a). Normalt vil eldre oftere rammes av bivirkninger fra legemidler enn yngre pasienter, på grunn av nedsatt fysiologiske funksjoner (Spigset, 2014a). I tillegg øker risiko for bivirkninger fordi hjernen blir mer følsom for angstdempende midler, sovemidler og sterke smertestillende legemidler når mennesker eldes (Spigset, 2014a). Det er vanlig at barn og eldre må ha en mindre dose av legemidler, enn unge og middelaldrende voksne, for å hindre bivirkninger (Spigset, 2014b). Med menn og kvinner finnes det flere forskjeller fysiologisk. Blant annet kan en forklaring på at kvinner som regel får flere bivirkninger fra legemidler enn menn, være at kvinner i gjennomsnitt en større dose per kilo kroppsvekt enn det menn gjør. Dette er fordi kvinner generelt sett veier mindre enn menn. I tillegg kan virkningen av legemidler være annerledes mellom kjønn (Spigset, 2014b).

3.6.1 Sykepleiers barrierer

Berntzen et al. (2010b) henviser til en australsk studie som presenterer fire årsaker til at lidelser av smerte ble utført på en utilstrekkelig måte. Den første årsaken skyldes sykepleiernes tilbøyelighet ved å bli avledet og forstyrret, etter at en pasient hadde etterspurt smertelindrende medikamenter. Den andre grunnen handlet om mangelfull oppmerksomhet blant sykepleierne ovenfor pasientenes antydning og ytring til smerte. Tredje grunn var at sykepleierne hadde ulik tolkning av smerte. Den fjerde årsaken var at sykepleiere bestandig prøvde og tilfredsstille alle, i dette tilfelle gikk det på å innfri krav fra andre sykepleiere, leger og pasienter (Berntzen et al., 2010b). Dermed kan man se på den utilstrekkelige lindringen av smerte som en blanding av manglende kunnskap og rutiner for å oppnå tilstrekkelig smertelindring (Berntzen et al., 2010b).

Helsepersonell har som folk flest en redsel for at pasienter skal bli avhengig av smertestillende medikamenter. Denne redselen kan se ut som å være den største årsaken til undermedisinering, og som fører til underbehandling av smerte (McCaffery & Beebe, 2001). Hvis kroppen blir forsynt med opioider gjentatte ganger, vender kroppen seg til medikamentet og dosen må eskaleres for å bevare tilsvarende effekt. Dette omtales som toleranse. Når toleranse har skjedd over tid utvikles en fysisk avhengighet. Fysisk avhengighet bør ikke forveksles som misbruk, da fysisk avhengighet kun er fysiologisk tilvenning til opioider (Stubhaug & Ljoså, 2008). Abstinensreaksjon er normalt dersom det utvikles fysisk avhengighet og avslutning med opioider skjer brått (Stubhaug & Ljoså, 2008). Pasienter som er medisinert med opioider over lengre tid kan trenge profesjonell hjelp med dosenedtrapping. Her bør det nevnes at McCaffery & Beebe (2001) skriver at de aller fleste pasientene slutter å ta smertestillende medikamenter når smerten avtar.

Respirasjonsdepresjon oppstår når åndedretten blir betydelig svekket. Sentralvirkende analgetika gjør at medulla, som er senteret for respirasjon, blir mindre følsomt for økning av karbondioksid i blodet (Berntzen et al., 2010b). Smerter er en stor respirasjonsstimulans og virker i mot tendensen til hypoventilering. Hypoventilering er ”respiratorisk minuttvolum redusert, fordi pasienten enten har lavere tidevolum eller lavere respirasjonsfrekvens (RF), eller begge deler” (Almås, Bakkeland, Thorsen & Sorknæs, 2010, s. 115). Hvis det gis riktig dose opioider under en smertetopp, uten at pasienten har smerter kan respirasjonsdepresjon oppstå. I tillegg kan respirasjonsdepresjon forekomme dersom det gis større dose enn det som er nødvendig for å smertelindre. Samtidig kan smerten i seg selv føre til hypoventilasjon,

fortrinnsvis ved smerter i abdomenalen og toraks. I disse situasjonene kan lindring av smertene gjøre pasientens respirasjon bedre (Berntzen et al., 2010b). Sykepleiere bør derfor ikke la engstelsen for overdosering av smertestillende legemidler føre til underbehandling av smerten, og slik svekkes smertelindring.

Alle narkotiske analgetika virker til en viss grad inn på alle fasene i respirasjonen, og kan derfor føre til respirasjonsdepresjon. Det er vanskelig å forutsi en eksakt dose som vil gi respirasjonsdepresjon, ettersom dette er ulikt fra pasient til pasient. Sykepleierens viktigste oppgave for å unngå, eller fange opp respirasjonsdepresjon, er og overvåke pasientens individuelle respons på narkotiske smertelindrende medikamenter, særlig ved den første dosen (McCaffery & Beebe, 2001). Respirasjonsdepresjon som oppstår i klinisk sammenheng, på grunn av medikamenter, krever i mange tilfeller ingen andre tiltak enn redusering av dosen, men hvis mer aggressive tiltak blir nødvendig, kan man gi opioidantagonist, som for eksempel Naloxon (Felleskatalogen, 2015; McCaffery & Beebe, 2001). Uansett hva som skjer ved inntak av smertelindrende legemidler, er det viktig å observere pasienten nøye.

Når sykepleiere skal hente inn data for å vurdere smerte finnes en underliggende antakelse om at smerte bare er et fysisk fenomen, som kan observeres ut i fra spesifikke tegn. Dette er tegn som hvordan pasientens generelle utseende: ansiktsuttrykk, ansiktsfarge, hvordan de beveger seg, vitale tegn som puls, blodtrykk og respirasjon. Det vil si at hvis pasienten forklarer at han har sterke smerter, men samtidig smiler og takker for hjelpen, vil sykepleieren tvile og sette spørsmålstejn om pasienten lyver eller overdriver smerten (Leegaard & Valeberg, 2016). Altså kan det at sykepleier mener pasienten mangler troverdighet føre til utilstrekkelig smertelindring. Forskning har vist at hvis pasienter fremtrer som mindre sympatisk enn andre, vurderes smertene mindre, og det blir gitt mindre analgetika til de pasientene sykepleier liker minst (Leegaard & Valeberg, 2016).

4. Drøfting

I dette kapittelet blir teorien og forskningsartikler fra metodekapittelet drøftet i lys av oppgavens problemstilling. Oppgavens problemstilling er: "Hvilke kunnskaper bør sykepleier ha for å gi adekvat smertelindring til pasienter i en postoperativ fase?"

I løpet av livet opplever alle mennesker en form for smerte. Det kan være snakk om psykisk- eller fysisk smerte, akutt eller kronisk smerte. Det å lindre smerte er en viktig sykepleieoppgave, og sykepleieren trenger kunnskap for at pasienten skal oppnå en optimal smertelindring. Pasienter ved norske sykehus erfarer at sykepleiere tror på deres smerteopplevelse, og at sykepleieren er oppriktig interessert i å lindre smertene til pasientene (Sjøveian & Leegaard, 2015). I tillegg er de fleste pasientene som er innlagt på norske sykehus fornøyde med smertebehandling (Fredheim et al., 2011). Dette kan bety at sykepleieren tror på pasientens subjektive smerteopplevelse og handler ut i fra den. Samtidig oppgir 30 til 50 % av postoperative pasienter at de erfarer en uakseptabel smerte (Berntzen et al., 2010b). I studien til Granheim et al. (2015) ble det avslørt at sykepleier ofte vurderer pasientens smerteopplevelse lavere enn det pasienten selv vurderer sin egen opplevelse av smerten. Er sykepleiere med på å underbehandle smerte til pasienter i en postoperativ fase? Hvis dette stemmer er det da på grunn av dårlige holdninger, eller kan det være mangel på kunnskap blant sykepleiere?

4.1 Smerte

Smerte eksisterer når pasienten selv sier at smerten til tilstede, og oppleves ulikt fra person til person (McCaffery & Beebe, 2001). En sykepleier trenger kunnskapen om hva smerte er, og hvordan det påvirker pasienten, både psykisk og fysisk, for å fremme smertelindringen (Berntzen et al., 2010b). I tillegg trengs det kunnskap om hvordan smerte kan lindres. R Rognstad et al. (2012) sin studie vurderte 69% av respondentene seg selv som "kompetent" eller "svært kompetent" når det gjaldt å behandle nociseptiv smerte. Samtidig beskriver oppimot halvparten av postoperative pasienter at de har opplevd smerte på et ikke akseptabelt nivå (Berntzen et al., 2010b). Til tross for at forskning har økt de siste årene er smerte fremdeles behandlet på en utilfredsstillende måte (Granheim et al., 2015). Samme forskning

viser at for å styrke kompetansen blant sykepleiere innen behandling av smerte, er man avhengig av at holdninger endres og kunnskapen økes ytterligere (Granheim et al., 2015).

4.2 Medikamenter

Analgetika er en stor del av smertelindringen. Sykepleiere bør ha kunnskap om hvordan og hvorfor smertelindrende legemidler lindrer smerte (Berntzen et al., 2010b). For å forstå det bør sykepleiere vite noe om egenskaper til medikamentene (som eksempel virkningsmekanisme, absorpsjon, halveringstid, interaksjoner). Dette forutsetter igjen at sykepleiere vet noe om fysiologien til mennesker. Hvilken type smerte pasienten opplever, smerteintensiteten, hvordan fysiologien til mennesker fungerer og hvordan smerte påvirker pasientens liv er data som er med på å påvirke hvilket medikament som blir benyttet (Berntzen et al., 2010b). Ettersom sykepleiere er av de faggruppene som tilbringer mest tid med pasienten er det deres oppgave å observere og dokumentere eventuell virkning og bivirkning av analgetika som administreres (Berntzen et al., 2010b; McCaffery & Beebe, 2001). Derfor trengs en sammensatt kunnskap om smertelindrende medikamenter.

Det kan være vanskelig å skille mellom hva som er sykepleiers ansvar når det kommer til medikamenter. På den ene siden er det legens ansvar å ordinere legemidler, som vil si valg av medikamentet, legemiddelform, dose, når det skal administreres og oppstart/fortsettelse/avslutning av behandlingen. På den andre siden har legen rett til å delegere oppgaver til medhjelpere (som kan være en sykepleier) som har den påkrevde kunnskapen og forståelse av den tildelte oppgaven (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleiere har også ansvar for å kartlegge relevant data for at legen kan vurdere/revurdere postoperativ smerte og smertebehandlingen (McCaffery & Beebe, 2001).

4.2.1 Redsel for utvikling av respirasjonsdepresjon og avhengighet

Forskning har vist at en stor del av sykepleiere er redde for at pasienter skal utvikle respirasjonsdepresjon og avhengighet ved bruk av analgetika (Granheim et al., 2015). Denne redselen kan føre til at sykepleiere underbehandler smerter (Berntsen et al., 2010b; Granheim et al., 2015; McCaffery & Beebe, 2001; Stubhaug & Ljoså, 2008). Forskning har vist at de fleste pasienter stopper å ta analgetika når smertene begynner å avta. I tillegg er det svært få smertesmertepasienter som faktisk utvikler denne avhengigheten (McCaffery & Beebe, 2001).

Utvikling av respirasjonsdepresjon varierer fra person til person, fra legemiddel til legemiddel, men oppstår svært sjeldent (Berntzen et al., 2010b; Granheim et al., 2015). På den ene siden kan alle narkotiske analgetika påvirke faser i respirasjonen til en viss grad (Berntzen et al., 2010b). På den andre siden kan sterke smerter føre til hypoventilasjon, da kan lindring av smertene gjøre respirasjonen til pasienten bedre (Berntzen et al., 2010b). Oftest gjelder dette pasienter med smerte i abdomen og toraks, og ikke pasienter med beinsmerte som denne oppgaven omhandler. Det gjelder derfor å finne en balanse mellom under- og overbehandling av smerter. Underbehandlet smerte, på grunn av sykepleiers engstelse, er uetisk og kan komme av sykepleiers mangel på kunnskap (Granheim et al., 2015; McCaffery & Beebe, 2001). Selv om det å oppgi eksakt dose av analgetikas som vil gi respirasjonsdepresjon regnes som umulig, kan gode observasjoner og dokumentasjon være med på å hemme utviklingen (Berntzen et al., 2010b; Granheim et al., 2015; McCaffery & Beebe, 2011).

4.3 Smerte oppleves ulikt

Sykepleiere møter mange forskjellige pasienter med ulike behov og en annerledes kultur. Det kan være utfordrende for sykepleiere å møte mennesker som uttrykker smerte på en annerledes måte enn det som er normalt innenfor sykepleierens kultur. Smerte kan i visse kulturer anses som et tegn på svakhet, og bringer skam (Saadati, 2009). I andre kulturer kan det derimot virke som det gjelder å vise mest tegn på smerte, som for eksempel ved å rope eller gråte (Berntzen et al., 2010b). Kunnskaper om at smerte oppleves og vises på forskjellige måter er viktig at sykepleiere har for å kunne kartlegge og lindre smerter (Berntzen et al., 2010b). Det rer ikke bare innenfor kulturer at smerte oppleves og uttrykkes forskjellig, men også mellom kvinner og menn, unge og eldre (Rustøen & Stubhaug, 2008). Pasienter og sykepleiere kan tolke smerten på forskjellige måter. Pasienter kan bruke metaforer eller bilder på smerte, som sykepleier tolker på en annerledes måte enn det pasienten mente (Leegaard & Valeberg, 2016). Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienten er en vesentlig del for å oppnå tilstrekkelig smertelindring (Berntzen et al., 2010b).

4.4 Kommunikasjon

Etablering av et medmenneskelig forhold mellom sykepleier og pasient er betydningsfullt for at smertebehandlingen skal bli individualisert (Kristoffersen, 2011). For at et slikt forholdet

skal bli opprettet er kommunikasjonsferdigheter sentralt. Ved tilstrekkelig kommunikasjonsferdigheter blir sykepleier og pasient kjent med hverandres måte å være, og uttrykke seg, på. Pasienter kan ha ulike mestrings- og avledningsmetoder for smerten, det kan gjøre at sykepleieren tolker pasientens smerteopplevelse annerledes enn pasienten egen opplevelse av smerten. Sykepleier bør kommunisere på en tydelig måte med pasienten, stille direkte spørsmål om pasientens smerteopplevelse og være tilgjengelig for pasienten. Dette kan føre til at sykepleieren får en bedre forståelse av hvordan pasienten takler smerten, og hvordan smerten påvirker pasientens grunnleggende behov.

Sykepleier bør møte pasientene ”der de er”, og skape en arene hvor det er naturlig å snakke om smerte. På denne måten får sykepleier større mulighet for å tilrettelegge smertelindringen til behovet for hver enkelt individ. Selv om kvinner og menn kan reagere forskjellig på smerte og analgetika, er det essensielt at det er store individuelle forskjeller innad blant kvinner og blant menn. I tillegg opplever de fleste eldre smerte på en annerledes måte enn unge voksne. Sykepleiere bør ha dette in mente når de kommuniserer om smerte og observerer smertetegn (Berntzen et al., 2010b).

4.5 Informasjon

Ikke bare har pasienten rett til informasjon om eventuelle risikoer, bivirkninger og annen viktig informasjon, men forskning viser at preoperativ informasjon har en positiv effekt på postoperative pasienter (PBL, 1999). Det er viktig at sykepleier ikke undervurderer verdien av informasjon. Den positive effekten går ut på at preoperativ informasjon fører til at behovet for kvalmestillende og beroligende medikamenter minsker. Pasienten opplever da mindre smerte og ubehag, blir fortere mobil. Disse faktorene fører igjen til kortere sykehusopphold (Berntzen et al., 2010a). Samtidig viser forskning at få av de som får preoperativ informasjon er tilfredsstilte med informasjonen som blir gitt (Berntzen et al., 2010a; Sjøveian & Leegaard, 2015). Pasientene kritiserer den preoperative informasjonen for å være for generalisert og abstrakt. Det at informasjonen i forkant av operasjon har såpass god effekt, selv om pasientene ikke mener den er god nok, viser verdien denne informasjonen har til nå, og kan ha, dersom fokuset på å forbedre informasjonen økes.

Det kan være betydningsfullt at sykepleiere forklarer hvilken informasjonen sykepleiere er interessert i å samle inn fra pasienten, når de skal kartlegge smerten til pasienten. Dette kan

føre til at det blir lettere for pasienten å beskrive smerten og smerteintensiteten. Ved at sykepleieren sammen med pasienten setter et mål for smertebehandlingen, kan føre til en tydeligere og konkretisere kommunikasjon. Dette kan igjen kan føre til en bedre og kontinuerlig smertelindring. Mål som er konkrete og målbare kan gjøre det lettere for pasienten å opplyse om smerte, sammenligne smerteintensiteten og å etterspørre ekstra analgetika hvis han opplever uakseptable smerter (mindre enn tre på NRS) (Berntzen et al., 2010b).

4.6 Holdninger

Dersom sykepleiere har dårlige holdninger kan de fungere som en effektiv bremsekloss for smertebehandlingen. Med gode holdninger kan sykepleieren også fremme smertelindring (Berntzen et al., 2010b). For å avgjøre om sykepleierne fremmer eller hemmer smertebehandlingen avhenger av om de velger å tro på pasientens smerteopplevelse og hvordan informasjonen viderefremmes til legen (Berntzen et al., 2010b). Hun kan hemme smertebehandlingen ved å tolke pasientens uttrykkelse av smerte på en annerledes måte enn pasienten prøver å uttrykke. I tillegg er det sykepleieren som har ansvaret for når administreringen faktisk skal skje (innenfor gitte rammer). Dårlige holdninger kan føre til at sykepleier utsetter å gi smertestillende fordi man kan undervurderer pasientens smerter (Rognstad et al., 2012). For å unngå smertetopper er det derfor spesielt viktig med en relasjon der sykepleier og pasient har tillit til hverandre og har en tydelig kommunikasjon (Berntzen et al., 2010b).

Legene i studien til Rognstad et al. (2012) hadde en tendens til å være mer fornøyde enn sykepleierne gjennom hele undersøkelsen. Det kan gjenspeile faktumet at sykepleier utfører de fleste postoperative observasjonene og tidsmessig er mer sammen med pasientene (Rognstad et al., 2012). Det kan også si noe om sykepleiers holdninger, at det sykepleier faktisk observerer og kartlegger, avviker med det sykepleieren rapporterer om pasientens smerte. Granheim et al. (2015) avslørte at sykepleiere ofte vurderte smerteopplevelsen mindre hos pasienter som smilte, spøkte og hadde normale målinger, men som likevel oppga uakseptabel smerte (åtte på NRS). Pasienter som derimot oppgav samme smerteintensitet (åtte på NRS), men som lå rolig i sengen, og lagde grimaser ved bevegelse, ble vurderer motsatt av sykepleier. I min praksis, på en postoperativ avdeling, opplevde jeg en tendens til at pasienter kunne beskrive sterke smerter til sykepleieren, samtidig som pasienten kunne smile eller

spøke. Sykepleieren dokumenterte det pasienten hadde beskrevet om smerten sin. Likevel kunne hun på legevisitten sitte og snakke ned pasientens smerter, og det hun selv hadde skrevet i rapporten, på en slik måte at legen fikk inntrykk av at pasienten overdrev smerten.

Leegaard & Valeberg (2016) kom frem til at det var større sjanse for en pasient å få mer analgetika dersom pasienten fremstod mer sympatisk, enn pasienter som fremstod som usympatiske. I tillegg legger sykepleiere mer vekt på observasjoner som ansiktsuttrykk, ansiktsfarge, hvordan de beveget seg og vitale tegn, enn pasientens egen smerteopplevelse (Leegaard & Valeberg, 2016). Dette går i mot oppgavens definisjoner på hva smerte er, og når den eksisterer. Det at noen sykepleiere har en forforståelse om hvor mye smerte pasientene ”skal oppleve” ut fra type kirurgi, kjønn, alder, utseende og kultur, fører til at vurderingen av smerte blir objektivisert og i liten grad tilpasset hver enkel pasient (Leegaard & Valeberg, 2016). Egne erfaringer er at sykepleiere ofte diskuterte seg i mellom om pasienten hadde ”nok” smerter til å gi analgetika. Her blir gapet mellom teoretisk kunnskap og praktiske handling meget tydelig. Selv om sykepleiere vet at det er pasientens egenrapportering av smerte som er behandlingsutgangspunkt, velger de likevel å handle ut ifra sine vurderinger og observasjoner (Granheim et al., 2015).

4.7 Tillit

Gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient er en forutsetning for at pasienten skal oppnå tilfredsstillende smertelindring. Tillit bidrar til at pasienten både føler seg trygg på sykepleieren og avdelingen, og at den medikamentelle smertelindringen oppnår større effekt (Berntzen et al., 2010b). Egne erfaringer, fra postoperativ sengepost, var at spriket mellom sykepleierne var stort når det gjaldt å tro på pasientens subjektive beskrivelse av smerten. I noen tilfeller dokumenterte sykepleiere noe annet enn det pasienten hadde rapportert om smerteintensitet sin til sykepleieren. Dette opplevde jeg som urovekkende. Studien til Granheim et al. (2015) skriver at sykepleiere og sykepleierstudenter bør bli bedre på å ta hensyn til pasientens uttrykk for smerte. I samme studie svarte 97% av respondentene at den mest korrekte til å bedømme pasientens smerteintensitet var pasienten selv. I denne studien blir gapet mellom sykepleiernes teoretisk kunnskap og praktisk handling på nytt bekreftet. Selv om sykepleierne viste at det var pasientens subjektive smerteopplevelse som var mest korrekt, dokumenterte sykepleierne noe annet enn det pasienten hadde sagt (Granheim et al., 2015).

4.8 Mobilisering av beinbruddpasienter

Beinbruddpasienter har ofte svært sterke smerter, spesielt ved mobilisering (Grønsløth et al., 2011). Mobilisering for beinbruddpasienter er helt essensielt for å hindre diverse komplikasjoner (Grønsløth et al., 2011). Derfor er det helt avgjørende at sykepleier sørger for at beinbruddpasienter er smertelindret og kvalmestillet godt nok til å gjennomføre mobiliseringen. Likevel viser studien til Dihle et al. (2006) at sykepleier sjeldent gav ekstra smertestillende ved mobilisering. Det kan være sykepleierne faktisk tilbydde pasienten ekstra analgetika, men at pasientene i denne studien opplevde å være smertestillet, og takket nei. Likevel viste studien til Sjøveian & Leegaard (2015) at selv om pasientene ikke var godt nok smertelindret under mobilisering, gjennomførte flestparten av pasientene opptreningen. Dihle et al. (2006) beskrev sine tolkninger på hvorfor sykepleierne ikke gav ekstra analgetika under mobilisering, som enten at sykepleierne ikke trodde pasienten hadde smerter, at de var ufølsomme for pasientens tegn på smerte eller at sykepleierne mente det ikke var mulig å være helt smertefri under mobilisering. Dnlf (2009) understreker at immobilisering av postoperative pasienter, på grunn av utilstrekkelig smertelindring, både fører til unødvendig lidelse og øker faren for komplikasjoner. Selv om ikke flere pasienter opplevde å bli tilbudt ekstra analgetika ved mobilisering, oppga respondentene i Fredheim et al. (2011) at $\frac{3}{4}$ av pasientene fikk tilbud om ekstra smertelindrende (Sjøveian & Leegaard, 2015; Dihle et al. 2006). Det at pasientene blir tilbudt ekstra smertelindrende medikamenter kan føre til at pasienten opplever at sykepleier bryr seg om å lindre smertene. Det kan være en grunn til at så mange av postoperative pasienter angir å være tilfredsstilte med smertelindringen (Fredheim et al., 2011).

4.9 Kartlegging

Smerte trenger ikke bare å være en følge av operasjonen, det kan også være tegn på oppståtte postoperative komplikasjoner (Berntzen et al., 2010a). For å fange opp smerte er det viktig med god kartlegging. Kartlegging er med på å legge grunnlaget for både planlegging, gjennomføring og evaluering av smertebehandlingen (Berntzen et al., 2010a). Det er helt avgjørende at sykepleieren tror på pasienten når det kartlegges. Hvis ikke kan sykepleier bremse smertebehandlingen.

4.9.1 Kartleggingsverktøy

Ved å bruke samme kartleggingsverktøy jevning blir det lettere for helsepersonell å vurdere/revurdere smertelindrende medikamenter og tiltak. I tillegg blir det lettere for pasienten å sammenligne og vurdere sin egen smerte (Fredheim et al., 2011; Leegaard & Valeberg, 2016). Kartleggingsverktøy er betydningsfullt for å få frem pasientens smerteopplevelse, og er den mest vesentligste informasjonen en sykepleier innhenter for å vurdere/revurdere smertebehandling (Berntzen et al., 2010b). Det å velge hvilket kartleggingsverktøy som skal anvendes avhenger av pasienten (Berntzen et al., 2010b). NRS krever ingen hjelpemidler og er dermed alltid tilgjengelig. Samtidig krever det at smertepasienten forstår skalaen, og har godt nok språk og forståelse til å angi et svar. Med VAS trengs en fysisk linje med ytterpunktene ”ingen-” og ”verst tenkelig smerte” for at den skal kunne brukes. Denne skalaen krever også at pasienten forstår hvordan den fungerer, men er ikke avhengig av at pasienten må ha språk ettersom pasienten bare peker på et punkt som symboliserer smerten (Berntzen et al., 2010b). Ansiktsskalaen krever også en fysisk ”skala” for å kunne sammenligne pasientens ansiktuttrykk med tegningene (Berntzen et al., 2010b). Her trengs verken pasientens forståelse av skalaen, eller språk. Erfaringsmessig er NRS mest anvendt, da den er lett å bruke og er lite tidkrevende. I studien til Fredheim et al. (2011) ble det avdekket at kun halvparten av pasientene som deltok ble bedt om å angi smerteintensiteten ved hjelp av en smerteskala. I samme studien blir det anbefalt å måle smerteintensiteten minst tre ganger/døgn, ved tilbud om ekstra analgetika, og når smerteintensiteten skal revurderes etter at ekstra analgetika er gitt, for å oppnå tilstrekkelig smertebehandling av postoperative smerter. I forskningen til Sjøveian & Leegaard (2015) opplevde deltakerne svært forskjellige rutiner for bruk av smertekartleggingstøy blant sykepleierne, og halvparten av deltakerne svarte at sykepleieren brukte NRS ofte.

4.10 Rutiner og retningslinjer for smertelindring

Det kan tenkes at utilstrekkelig lindring av postoperative smerter kan være en følge av mangelfulle rutiner og uklare retningslinjer for smertebehandling (Berntzen et al., 2010b; Dnlf, 2009). Det å ha klare og tydelige retningslinjer og rutiner, som fungerer, kan være tidssparende og oppleves betryggende blant pasientene (Dnlf, 2009). Arbeidsgiver/leder har ansvar for å legge til rette for at faglig forsvarlighet utøves (Helsepersonelloven, 1999). Det

vil si å sikre rutiner, dokumentasjon, god nok bemanning med en faglig kunnskap med mer (Helsepersonelloven, 1999). Forskning har vist at pasienter erfarer ulike rutiner ved bruk av kartleggingsverktøy blant sykepleiere (Sjøveian & Leegaard, 2015). Dette kan føre til utilstrekkelig smertelindring (Berntzen et al., 2015b). Derimot opplevde de samme pasientene at sykepleier var engasjert og brydde seg om å lindre den postoperative smerten (Sjøveian & Leegaard, 2015). Erfaringsmessig har jeg observert ulik praksis blant sykepleiere, og har sett mangelen på klare og tydelige retningslinjer for smertelindring blant flere avdelinger.

4.11 Å tilegne seg ny og oppdatert kunnskap

Sykepleiers faglige kompetanse vises gjennom kunnskap, holdning og ferdigheter (NSF, 2011). Sykepleiere som handler ut fra faglig forsvarlighet er med på å skape trygghet for pasientene og sikre helsetjenester (NSF, 2011). Sykepleierne har selv ansvar for å være oppdatert på ny forskning, og tilegne seg ny kunnskap (NSF, 2011; Helsepersonelloven, 1999). Forskning viser at de fleste sykepleiere vurderer sin teoretiske kunnskap om smerte og smertebehandling som tilfredsstillende (Dihle et al., 2006; Granheim et al., 2015; Rognstad et al., 2012). Samtidig viser samtlige forskningsartikler og faglitteratur, presentert i metode- og teorikapittelet, et stort behov for å øke sykepleiers kompetanse om smerte og smertebehandling (Dihle et al., 2006; Fredheim et al., 2011; Granheim et al., 2015; Leegaard & Valeberg, 2016; McCaffery & Beebe, 2001; Rognstad et al., 2012). Her finnes det en uoverensstemmelse mellom hva sykepleieres teoretiske kunnskap er, og hva praktiske handlinger viser (Dihle et al., 2006; Granheim et al., 2015; Rognstad et al., 2012). Sykepleiere trenger derfor å lære seg å handle i samsvar med teoretisk kunnskap (Dihle et al., 2006; Granheim et al., 2015).

5. Konklusjon

Kunnskaper om smerte og smertefysiologi er avgjørende for kartlegging og vurdering av pasientens smerte, som oppleves forskjellig fra person til person, og er avhengig av kultur. I tillegg trenger sykepleieren kunnskaper om beinbrudd, og betydningen av mobilisering for å unngå diverse komplikasjoner. Kunnskaper om hvordan en sykepleier skal kartlegge smerte er viktig, samt å vite hvilke kartleggingsverktøy som er best egnet for hver enkel pasient. Sykepleieren må tro på pasientens smerteopplevelse ut fra kartleggingsregistreringen. Den informasjon er svært verdifull for helsepersonell og legger grunnlaget for smertebehandlingen. Rutiner og retningslinjer for smertebehandling bidrar til at kartlegging får en kontinuitet og fremmer smertebehandlingen. Sykepleiers kunnskaper om smertelindrende medikamenter er essensielt, og hvilke barrierer som hemmer sykepleier i å utøve tilfredsstillende smertelindring. For å kunne sikre at det er pasientens subjektive smerteopplevelse som kommer frem i dokumentasjon er det viktig at sykepleier kommuniserer på en tydelig og forståelig måte og at sykepleier har gode holdninger. Det er sykepleiers ansvar å tilegne seg ny og oppdatert forskning, og arbeidsgiver/leder har en viktig rolle med å legge til rette for at faglig forsvarlighet utøves.

6. Litteraturliste

- Almås, H., Bakkeland, J., Thorsen, B. H. & Sorknæs, A. D. (2010). Sykepleie ved lungesykdommer. I: Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (red). *Klinisk sykepleie 1* (4.utg.)(s.107-164). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Grønseth, R. (2010a). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I: Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth, R.(red). *Klinisk sykepleie 1*(4.utg.)(s.273-338). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010b). Sykepleie ved smerter. I: Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (red). *Klinisk sykepleie 1* (4.utg.)(s.355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brodal, P. (2007). Smertens nevrobiologi. I: Aambø, A. (red.). *Smarter: smerteopplevelse og adferd* (s. 49). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den norske legeforening (2009). *Retningslinjer for smertebehandling i Norge*. Den norske legeforening 2009. Hentet 12. 01.17 fra: <http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
- Dihle, A., Bjølseth, G., Helseth, S. (2006) The gap between saying and doing in postoperative pain management, *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), s. 469-479. [Online] DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x (Hentet: 14.02.17)
- Engstad, T. (2015). Geriatri. I: S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling* (s. 532-540). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Felleskatalogen (2015). *Naloxon*. Hentet 04.02.17 fra: <http://felleskatalogen.no/medisin/naloxon-hameln-561749>
- Fredheim, O. M. D., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T & Borchgrevink, P. C. (2011). Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (Nr. 18-20. 131: 1763-7). Hentet 10.01.17 fra: <http://tidsskriftet.no/article/2139479>

- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien forskning* 10(4): 326-334. Hentet 12.01.17 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/11/sykepleieres-og-studenters-kunnskap-og-holdninger-til-smerte-og-smertelindring-hos>
- Grønseth, K. L., Roa, E., Kjønneøy, I. & Almås, H. (2011). Sykepleie ved sykdommer og skader i bevegelsesapparatet. I: Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie 2* (4.utg.)(s.133-166). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hansen, I. (2011). Interkulturell sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.utg.)(s.145). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell mv. Hentet 08.02.17 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2015). Traumatologi. *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi* (2.utg.)(s.482-492). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.utg.)(s.213-222). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Leegaard, M. & Valeberg, B. T. (2016). Vurdering av postoperativ smerte. I: Helseth, S., Leegaard, M. & Nortvedt, F. (Red.). *Livskvalitet og smerte: et mangfoldig forskningsfelt* (s. 82-89). Oslo: Gyldendal Akademisk
- McCaffery, M. & Beebe, A. (2001). *Smarter: Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 08.02.17 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, F., Leegaard, M., Valeberg, B. & Helseth, S. (2016). Livskvalitet og smerte – begrep og fenomen. I: Helseth, S. Leegaard, M. & Nortvedt, F. (Red.). *Livskvalitet og smerte: et mangfoldig forskningsfelt* (s. 11-24). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet 20.12.16 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rognstad, M.-K., Fredheim, O. M. S., Johannessen, T. E. B., Kvarstein, G., Skauge, M., Undall, E. & Rustøen, T. (2012). *Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards*. Scandinavia Journal of Caring Sciences 2012 (26) 545-552. Hentet 12.01.17 fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/228215/613049_FULLTEXT01.pdf?sequence=1
- Rustøen, T. & Stubhaug A. (2008). Kjønnforskjeller og smerte. I: Rustøen, T. & Wahl, A. K. (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet (s. 128-137)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Saadati, M. (2009). Åpner seg lettere for flerkulturelle sykepleiere. *Sykepleien*, 97 (16), 55-57. Hentet 27.02.17 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/11/apner-seg-lettere-flerkulturelle-sykepleiere>
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2009). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sjøveian, A. K. H. & Leegaard, M. (2015). Pasientens medvirkning i postoperativ smertebehandling ved hofte- og kneprotesekirurgi. *Sykepleie Forskning 10(2)*: 162-169. Hentet 12.01.17 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2015/05/pasienters-erfaringer-med-postoperativ-smertebehandling-ved-hofte-og>
- Spigset, O. (2014a). Eldre og legemidler. I: Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.). *Legemidler og bruken av dem (2.utg.)(s.334-339)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Spigset, O. (2014b). Årsaker til variasjon i legemiddelrespons – hvorfor virker ikke alle legemidler likt hos alle?. I: Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.). *Legemidler og bruken av dem (2.utg.)(s.78-86)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Stubhaug, A. & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? I: Rustøen, T. & Wahl, A. K. (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet (s. 22-46)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thorsen, R. (2011). Trygghet . I: Kristoffersen, K. J., Nortvedt, F. & Skaug E.-A. (red).

Grunnleggende Sykepleie bind 3 (2.utg.) (s.105-132). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Torvik, K. & Bjøro, K. (2008). Smerte hos eldre. I: Rustøen, T. & Wahl, A. K. (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet (s. 105-125)*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging – bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler. I: Rustøen, T. & Wahl, A. K. (Red.). *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet (s. 51-75)*. Oslo: Gyldendal Akademisk