

BACHELOROPPGAVE

Postoperative smerter

Formidling av noko som ikkje kan målast objektivt

av

Trine Charlotte Lilleng
Kandidatnummer: 41

Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK 152

Mai 2015

Tal ord: 7085

Rettleiar: Irene Walaker



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Kandidatnummer: 41

Namn: Trine Charlotte Lilleng

JA X NEI__

Samandrag

Tittel

Postoperative smerter: Formidling av noko som ikkje kan målast objektivt

Bakgrunn for val av tema

Då eg gjekk første året på sjukepleiestudiet var begge søstrene mine i ei bilulykke. Dei vart hardt skada og måtte operera. Etter operasjon vart spesielt ho eine liggjande med sterke smerte. I ettertid har eg tenkt mykje kva som gjorde at ho ikkje vart smertelindra. I tillegg har eg i praksis opplevd fleire utfordringar i forhold til smertelindring, som har gjort at mi interesse rundt dette temaet har blitt enda større.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiarar kartlegga og vurdere smertene til pasientane i ein postoperativ fase?

Framgangsmåte

I denne bacheloroppgåva har eg brukt relevant faglitteratur og forskingsartiklar for å belysa mitt tema. Eg har valt å bruke litteraturstudie som metode, det vil seie at eg har brukt litteratur som er skrevet av andre. Eg har i hovudsak brukt litteratur som omhandlar smerte og den postoperative fasen. Eg har også brukt egne erfaringar og opplevingar frå praksis for å drøfte og reflektera over problemstillinga.

Oppsummering

Det kjem fram i forskingsartiklar og anna litteratur at pasientar som blir tilfredstillande smerelindra postoperativ, får eit kortare sjukehusopphald, blir raskare mobilisert, aukar velværet til pasienten, betra dei kirurgiske resultatet, gjev mindre biverknadar, redusera komplikasjonar og redusera langvarige smertetilstandar. Samtidig kjem det fram at mange pasientar ikkje føler seg tilstrekkelig smertelindra. Det er derfor viktig at sjukepleiarane har kunnskap om korleis ein skal kartlegge smertene til pasientane, slik at pasienten får tilstrekkeleg smertelindring postoperativt.

Innhald

1.0 Innleiing med val og grunngjeving av tema.....	1
2.0 Problemstilling:.....	2
2.1 Avgrensing av problemstillinga	2
3.0 Metode	2
3.1 Litteraturstudie som metode	2
3.2 Val av litteratur.....	3
3.3 Søkjesprosessen	4
3.5 Kjeldekritikk.....	4
4.0 Teoridel.....	5
4.1 Smerte og smertefysiologi.....	5
4.2 Ulike typar smerte	5
4.3 Postoperative smerter.....	6
4.4 Kartlegging og vurdering av smerter	6
4.5 Kartleggingsverktøy	7
4.6 Joyce Travelbee	8
4.7 Sjukepleieprosessen som metode.....	8
4.8 Kommunikasjon og relasjonskompetanse.....	8
4.9 Empowerment.....	9
4.10 Dokumentasjon	9
4.11 Presentasjon av forskingsartiklar	10
5.0 Drøfting.....	11
5.1 Sjukepleiaren si rolle i smertebehandling	12
5.2 Kommunikasjon - ein føresetnad for smertevurdering.....	12
5.3 Kunnskap om smertekartlegging.....	13
5.4 Smertekartleggingsverktøy	14
5.5 Barrierar for god smertevurdering og kartlegging	16
5.5.1 Holdningar	16
5.5.2 Forstyrringar i ein hektisk arbeidsdag	17
6.0 Konklusjon	18
Bibliografi	19

1.0 Innleiing med val og grunngjeving av tema

Kvart år blir omtrent éin av ti nordmenn operert. Kirurgi inneberer skade av vev og nervetrådar, men den naturgitte smerte etterpå er uhensiktsmessig (Rædar, 2011). I følgje Ræder (2011) er så mange som 38% av vaksne nyopererte utilstrekkeleg smertelindra. Dette skuldast både at smerte blir for dårleg registrert og dokumentert, og at tilgjengelege medikament og metodar ikkje brukast optimalt (Rædar, 2011). I følgje den Norske Legeforening (2009:14) kan mangelfull kontroll på postoperative smerter føra til auka komplikasjon- og dødelegheitsrate etter kirurgi. Sjukepleiarar har eit viktig ansvar i å observera og spørje spesifikt om smerte slik at ein får tak i førekomst, intensitet, varigheit og utløysande eller lindrande faktorar (Rædar, 2011). Det er viktig å komme i gang raskt med smertebehandling slik at ikkje pasientane blir utsett for ytterlegare komplikasjonar og langsam rehabilitering (Rolland, 2007).

Då eg gjekk første året på sjukepleiestudiet, var begge søstrene mine i ei bilulukke. Dei vart hardt skada og sendt med luftambulans til nærmaste sjukehus, og operert same kvelden. Etter operasjonen vart dei liggande med smerter og spesielt ei av søstrene mine var ikkje smertelindra store delar av døgnet. I ettertid har eg tenkt mykje på kva som gjorde at ho ikkje fekk nok smertelindring. Var det noko ho som pasient kunne gjort annleis? Eller var det sjukepleiarane som ikkje klarte å kartlegga og vurdere kor vondt ho egentleg hadde?

Som framtidig sjukepleiar vil eg møte mange pasientar, som av ulike årsaker har behov for smertelindring. Mi evne til å kartlegga og vurdere smerter vil vera medverkande for pasienten sin rehabiliteringsfase og velvære. Smerte krev ei tverrfaglig tilnærming, men det er sjukepleiarar som har mest kontakt med pasienten og dermed har best moglegheit til å vurdere dei postoperative smertene. I den samanheng blir sjukepleiarane svært sentrale i dette arbeidet. Eg har ikkje som mål å få et eintydig svar på problemstillinga, men at eg kan få ein betre innsikt i korleis foreta ei god kartlegging og vurdering av pasientane sine smerte i den postoperative fasen.

Innleiingsvis har eg presentert bakgrunn for val av tema, vidare kjem problemstillinga mi og avgrensing av den. Deretter vil eg presentera metoden som er brukt i oppgåva. Så presentera eg relevant teori i forhold til problemstillinga og fortset med ei drøfting av denne. Til slutt kjem ein konklusjon med hovudpunkta som eg har funne i denne oppgåva gjennom å lesa forskning og litteratur.

2.0 Problemstilling:

Korleis kan sjukepleiarar kartlegga og vurdere smertene til pasientane i ein postoperativ fase?

2.1 Avgrensing av problemstillinga

I denne oppgåva vil eg skriva om korleis ein kan kartlegga og vurdere smertene til pasientar som er innlagt på sjukehus etter eit kirurgisk inngrep. Eg vil ta utgangspunkt i vaksne pasientar, men ikkje vektlegga eldre pasientar særskilt. Vidare vel eg å utelukka kognitivt svekka pasientar, pasientar med rusliding, og pasientar som har fått spinal- eller epiduralbedøving. I oppgåva vil eg ikkje fokusera på ein spesiell type kirurgisk operasjon, men på generelle postoperative smerter. Det er også viktig å understreke at eg har avgrensa oppgåva til observasjon og kartlegging av smerter og vil derfor ikkje komme inn på farmakologisk eller ikkje-medikamentell behandling. Eg har valt å konsentrere meg om akutte smerter og ikkje kroniske smertetilstandar. Kulturelle forskjellar i å uttrykkje smerte er heller ikkje teke omsyn til.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metode» (Dalland, 2012, s. 111). Det er vanleg å dele metode i to hovudkategoriar, kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvalitative tilnæringsmåten brukar ein når ein skal få fram kjensler, haldningar og verdier. Kvantitative metoden tek utgangspunkt i å forme informasjon om til statistikk og tall (Dalland, 2012). Begge metodane er nyttig for å komme fram til evidensbasert forskning.

I mi oppgåve har eg valt å bruka litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er ein systematisk gjennomgang av litteraturen rundt ei problemstilling (Dalland, 2012). Ein byrjar med å formulera eit spørsmål ein ønskjer å finna svar på, for deretter å besvare spørsmålet systematisk gjennom å identifisera, velja, vurdere og analysera relevant forskning (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

Eg meiner ein ulempe med denne metoden er at ein må bruka litteratur som allereie fins og at ein ikkje gjere eigen innsamling av primærdata. Difor får ein ikkje eit heilt tilpassa datasett, men må overføre andre sin forskning og erfaringar til ei ny problemstilling. Det gir heller ikkje høve til å stille oppfølgjande eller oppklarande spørsmål undervegs. Fordelen med denne studien er at det fins mykje litteratur om temaet eg har valt, og at ein slepp å samle inn data sjølv (Dalland, 2012).

Eg vurderer overføringsverdien frå dei skriftlege kjeldene til problemstillinga mi som god, og meiner difor eg kan belyse problemstillinga utan å samle inn eigne data.

Når ein vel litteraturstudie som metode skal ein kritisk vurderer kunnskap frå skriftlege kjelder som utgangspunkt for diskusjon. Dette krev at ein går systematisk fram når ein skal søka etter litteratur. I utgangspunktet bør ein følgje kunnskapspyramiden når ein skal velje ut kjelder. I mi oppgåve har eg valt enkeltstudier, men veit at det ideelle hadde vert å bruke systematiske oversiktsartiklar. Eg fann dessverre ikkje så mykje relevant forskning som omhandla observasjon då det meste handla om medisinsk behandling og intervasjonsstudier. Eg har vidare lite forskingserfaring og tykkjer det er krevjande å finne relevante søkeord, men har fått god rettleiing på dette. Det er utfordrande å lese engelsk litteratur og lage samandrag som ein kan bruke i den praktiske kvardagen. Det å kritisk vurdere artiklar og sjå etter manglar og svakheiter krev erfaring, men sjølv tykkjer eg at eg har meistra dette etter beste evne på det nivået eg er.

3.2 Val av litteratur

For å finna bøker som var relevante søkte eg på Oria på høgskulen sine nettsider for å få ei oversikt over kva som fantes av litteratur. Då eg hadde laga meg ei liste over aktuelle bøker gjekk eg innom biblioteket for å få hjelp. Eg leste også litteraturlistene til tidlegare bachelor-, master- og fordjupingsoppgåver som omhandla smerte for å sjå kva bøker dei hadde brukt, samt referanselista til bøker som gav tips til vidare fordjuping.

Her vil eg presentere hovudbøkene som eg har brukt mest i oppgåva:

- «Ulike tekster om smerte», Rustøen & Klopstad Whal (2008), relevante kapittel er: om smerte, smertefysiologi og kommunikasjon, relasjon i forhold til smerter.
- «Smerter: lærebok for helsepersonell», McCaffery og Beebe (2001). I denne boka har eg brukt kapitla som omhandlar vurdering av smerte, ulike kartleggingsverktøy og sjukepleieprosessen.
- «Postoperativ smertebehandling», Tønnessen (1998). Denne boka har vert relevant fordi den beskriver mykje i forhold til den postoperative fasen, både smertefysiologi og dei individuelle reaksjonane og opplevinga eit menneskje har ved smerte.
- «Sykepleie og dokumentasjon», Heggdal (2009). Boka omhandlar dokumentasjonsplikt og viktigheita med å dokumentera.
- «Metode og oppgåveskriving», Dalland (2012). Beskriv litteraturstudie som metode og korleis byggje opp ei oppgåve.
- «Bære eller bryte», Røknæs og Hanssen (2012). Relevante tema er kommunikasjon- og relasjonskompetanse.

- «Mellommenneskelige forhold i sykepleien» av Joyce Travelbee (2001). Sentrale tema er mellom anna sjukepleiens natur og mål og om kommunikasjon, relasjon til pasient og om sjukepleiarens metodar.

3.3 Søkjeprosessen

I søkjesprosessen har eg brukt følgjande databasar: CINAHL, PubMed, Medline og SveMed. Eg brukte databasen Svemed+ for å finna gode forslag til engelske søkjeord. Ein kan bruka søkjeorda aleine eller bruka funksjonane AND og OR for å kombinera ulike søkjeord. Funksjonen AND gir treff på begge søkjeorda. Funksjonen OR gir treff på artiklar som inneheld anten det eine eller det andre søkjeordet. I min søkjesprosess brukte eg funksjonane AND og kombinerte to til fire søkjeord.

Eg brukte følgjande: Pain, Postoperatively, Communications act, Postoperative pain, Nurse, Assessment tools, Nurse and patient og Observation.

Eg valte ut dei artiklane eg tykte virka relevante, og leste samandraga. Når eg søkte fekk eg opp mange som omhandla smertelindring av born, kognitivt svekka pasientar, eldre, kroniske smerte osv. Mange resultat gjekk på behandling av smerte, både medikamentelle og ikkje-medikamentelle behandlingsformer. Eg fant lite forskning som berre omhandla observasjonar av smerte postoperativt. Derimot fann eg forskning som belyse sjukepleiaren si rolle ved vurdering og handtering av smerte.

3.5 Kjeldekritikk

I følge (Dalland 2013) er kjeldekritikk en metode som brukast for å fastslå om ei kjelde er sann. Når ein brukar kjeldemateriale er det viktig å vera i stand til å forhalde seg kritisk til det materiale ein brukar i oppgåva, og kjeldekritikk er eit hjelpemiddel til dette. Når eg vurderte mine artiklar brukte eg sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning, denne fann eg på kunnskapssenteret sine nettsider (www.kunnskapssenteret.no, lest: 28.05.15).

Etter å ha gjort eit relativt grundig søk sat eg igjen med tre engelske artiklar og ein norsk som eg ynskte å bruke i oppgåva mi. Målet var å ikkje bruke artiklar som var eldre enn 10-15år, då det er ein fordel å bruka ny forskning i ein klinisk samanheng. Artiklane er godkjent av etisk komité for forskning og dei har henta samtykke frå pasientane. Dei har vidare ivaretatt pasienten sin konfidensialitet. Eg har valt bøker både av nyare og eldre data, då eg meiner bøkene er relevante for å belyse problemstillinga.

4.0 Teoridel

4.1 Smerte og smertefysiologi

Den mest brukte smertedefinisjonen i dag er den Internationale Association for the study of pain (IASP) satte fram i 1994: «Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade» (Merskey og Bogduk 1994 gjengitt i Stubhaug & Ljoså, 2008: 25). McCaffery og Beebe (1998) har ein annan definisjon av smerter: «Smerte er det som personene sier at det er, og den eksisterer når personene som opplever smerte, sier at han har smerte» (Stubhaug & Ljoså, 2008: 25).

Smertesansen er evna til å kjenne vevsskadeleg stimuli, det går signal frå truga vev gjennom perifere nerver via ryggmargen til hjernen (Stubhaug & Ljoså, 2008). Smertesansen står i særstilling i forhold til dei andre sansane våre, på den måten at smerte i seg sjølv opplevast som ubehagelig og skremmande. Dei påverkar også det autonome nervesystemet ved at det fører til at hjertefrekvensen og blodtrykket aukar, samtidig som blodsirkulasjonen i huda reduserast (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2012)

4.2 Ulike typar smerte

Tønnessen (1998) skriv at i hovudsak kan ein dela smerte inn i fire, Nociseptive smerter definerast som vevsøydelegging eller truande vevsøydelegging. Smerten kan skyldast direkte mekanisk stimulering av nociseptorar (smertereseptorar) eller kjemiske substansar som produserast i vevet på grunn av skaden, og som startar ein inflammatorisk prosess i det traumatiserte vevet. Nevropatiske smerter oppstår på grunn av skade i nervesystemet, enten i sentralnervesystemet eller i det perifere nervesystemet. Psykogene smerter er smerter som har oppstått eller består utan kjend fysiske stimuli. Desse smertene kan forvekslast med somatisk sjukdom, men blir ofte upresist forklart og stemme ikkje med anatomien. Ved ideopatiske smerter er årsaken ukjent. Ideopatisk smerte blir ofte ein samlebetegnelse av smertetilstandar der ein framleis ikkje forstår patogenesen.

Sjølv om det er eit mindretal, fins det nokon som simulerar. Ein som simulerar er ein som seier at han har smerter når det ikkje er tilfelle, vanlegvis for å unngå noko eller for å oppnå noko. Då lyg pasienten bevisst sidan han per definisjon ikkje har smerter og ikkje trur han har smerter (McCaffery & Beebe, 2001).

4.3 Postoperative smerter

Den postoperative perioden byrjar når operasjonen er avslutta og pasienten flyttast over i seng (Berntzen, Almås, Gran Bruun, Døvre, Giskemo, Dåvøy & Grønseth, 2011). Postoperative smerter definerast primært som akutte smerter forårsaka av vevsskade, assosiert med kirurgi (Holm & Kummeneje, 2011). Når ein snakkar om akutte smerter meiner ein smerte som er frå heilt kortvarig, berre nokre minutt, til 3 månadar (Stubhaug & Ljoså 2008). Postoperativ smertebehandling gjeld behandlinga av smerter som oppstår i samband med kirurgi, dei er forventa og dei kan førebyggjast. Sjukepleiaren bør derfor informera pasienten om ulike smertebehandlingsalternativ som er tilgjengeleg (Wøien & Strand, 2008). Smertebehandling frigjer mentale og fysiske ressursar som er nødvendig for rehabilitering (Nakstad, 2011). Derfor er det viktig at pasientane bør vera tilstrekkeleg smertelindra for å bli mobilisert, delta i fysioterapi og kvile ordentleg. Fare for komplikasjonar reduserast dersom pasienten kjem tidleg i gang med rørsler. Tilstrekkeleg postoperativ smertelindring reduserar også faren for utvikling av kroniske smerter (Berntzen, Almås, Gran Bruun, Døvre, Giskemo, Dåvøy & Grønseth, 2011).

4.4 Kartlegging og vurdering av smerter

I kartlegginga skal sjukepleiarane ta med både subjektive og objektive sider ved pasienten si smerteoppleving (Nesse & Nortvedt, 1989). Korleis ein reagerer på smerte varierer frå individ til individ og kan vere relatert til både arvelige og sosiale faktorar. Pasienten si oppfatning av sine smerter skal vera grunnlaget for smertekartlegginga. Målet med systematisk kartlegging er at den enkelte pasient skal få individuell og optimal smertebehandling (Tønnessen, 1998). Det er viktig å kartlegga smertene til pasienten slik at ein kan planlegga, gjennomføra og evaluera smertebehandlinga. Når ein har kartlagt smertene til pasienten før ein startar behandling kan ein evaluera om behandlinga har fungert slik ein ynskjer og om den har nådd måla om smertelindring, mestring og økt funksjonsnivå (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008).

Når det gjeld vurdering av postoperative smerter er det fem komponentar vurderinga skal innehalde: 1) smertens karakter, 2) åtferdsmessige endringar ved smerte, 3) konsekvensar av smerte for pasienten, 4) noverande eller tidligare behandling av smerte og 5) pasientens forventningar til smertelindring (Wøien & Strand, 2008). Det er viktig at pasienten blir spurt jamleg om smertens lokalisasjon og karakter i tillegg den opplevde effekten av smertebehandlinga. Dersom pasienten kjenner smerter andre plassar enn sjølve operasjonsområdet kan det tyde på komplikasjonar som treng separerte tiltak. Klage over generelle smerter i heile kroppen kan bety stress, angst eller i nokon tilfeller feber (Wøien & Strand, 2008). For å kunne kartlegga smertene til pasienten kan det vera til hjelp å bruka eit kartleggingsverktøy som blir omtalt i neste avsnitt.

4.5 Kartleggingsverktøy

Det fins mange kartleggingsverktøy som ein kan bruka for å kartlegga smertene til pasienten. Dei ulike kartleggingsverktøya kan delast inn i to hovudkategoriar: eindimensjonale og fleirdimensjonale. Dei eindimensjonale måler stort sett smerteintensitet, og blir brukt for kartlegging av akutte smerter, medan dei fleirdimensjonale skalaene måler ulike dimensjonar av smerte. Dei går meir inn på korleis smertene påverkar livet til pasienten, og blir mest brukt til pasientar med forskjellige smerteproblematikkar over lengre tid (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). Eg har i hovudsak valt å presentere dei eindimensjonale verktøya og kroppskart, sidan desse er mest relevante innanfor akutte smerter.

Eindimensjonale smertekartleggingsverktøy:

Det vanligaste er å måla smerteintensitet, det vil seie kor sterk smerte pasienten oppleve at han har. Dei mest brukte måleinstrumenta er visuell analogue scale (VAS), numeric rating scale (NRS), verbal rating scale (VRS) og ansiktsskala.

VAS-skalaen er ein 10 cm lang linje som består av endepunkt som indikerar det mest ekstreme smerteuttrykket «verst tenkelege smerte» i den eine enden av skalaen og «ingen smerte» i den andre enden. Pasienten markerar det punktet på linja som indikerar vedkommandes smerteintensitet. Antal millimeter målt frå nullpunktet opp til avmerkinga indikerar pasienten si smerteintensitet uttrykt i tal (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). NRS er ein talskala som vanlegvis går frå 0-10. 0 betyr ingen smerte medan det høgaste talet betyr verst tenkeleg smerte. Pasienten skal kryssa av eller setta ring rundt det talet som han sjølv meiner gir best uttrykk for smerteintensiteten (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). VRS er ein skala som består av adjektiv som uttrykker ulik grad av smerteintensitet. Skalaen indikerar stigande grad av smerteintensitet mellom «ingen smerte» og «sterk smerte» eller «verst tenkelege smerte» (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). Ansiktsskala er teikningar eller bilete av ansiktsuttrykk som indikerar aukande grad av smerte (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). Eit anna verktøy som kan vera aktuelt i den postoperative fasen er kroppskart. Det er ei teikning av kroppen som brukast for å lokalisera smertene. På kroppskartet kan ein skravera det smertefulle området. Ved å bruka dette verktøyet kan ein både få informasjon om kor smertene sit og om eventuelle endringar (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008).

4.6 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (2001) er ein kjend sjukepleieteoretikar. Travelbee (2001) tek utgangspunkt i at mennesket er eit eineståande og uerstatteleg individ. I følgje Travelbee (2001) er sjukepleiaren si hensikt å hjelpe pasientar til å meistra sjukdom og lidingar, og finna meining i tilveret sine ulike livserfaringar. For å oppnå dette må ein etablere eit menneske-til-menneskeforhold. Dette forholdet oppstår ved at sjukepleiar og den sjukepleiaren har omsorg for deler ein eller fleire erfaringar. Det er sjukepleiaren sitt ansvar å etablere og oppretthalde forholdet, men det er avhengig av gjensidigheit.

I følgje Travelbee (2001) er kommunikasjon ein gjensidig prosess kor ein delar eller overfører tankar og kjensler. Dette er viktig for å skape eit forhold til pasienten. Vidare meiner Travelbee (2001) at ein må bruka ein «disiplinert, intellektuell tilnæringsmåte» for å kunna hjelpe sjuke mennesker til å meistre sin sjukdom og liding, og finna meining i situasjonen. Tilnæringsmåten går ut på at sjukepleiaren på ein systematisk måte må bruka sine fagkunnskapar og si innsikt for å få fram personen sitt sjukepleiebehov, og finne ut korleis ein som sjukepleiar kan hjelpe vedkommande. Dette kjem også under begrepet sjukepleieprosessen som blir omtalt i neste avsnitt.

4.7 Sjukepleieprosessen som metode

Sjukepleieprosessen er ein planleggingsmetode for å få god og individualisert sjukepleie (Rustøen, 2007) Prosessen er delt inn i fem trinn; vurdering, identifisering av problemet, planlegging, tiltak og evaluering. Trinna er overlappande. Det første trinnet er vurdering. Her samlar ein inn subjektiv og objektiv informasjon som omfattar både fysiske, psykiske og sosiale aspekt ved den enkelte pasient som kan påverka hans oppfatning av, og reaksjonar på smerte. Data som blir innhenta skal vera relevante, tilstrekkelege, nøyaktige og valide. Pasienten sitt individuelle behov skal vere med når sjukepleiaren kartlegg og vurderar pasienten sine smerter (Rustøen, 2008). Dei neste trinna er å identifisera problemet (trinn 2) og lage ein plan (trinn 3). Her skal både pasienten og sjukepleiaren i lag sette opp mål i prioritert rekkefølge. Trinn 4 er å iversette tiltak for å oppnå måla ein har satt seg. Det siste ein skal gjera er å evaluera kor godt dei tiltaka som er blitt satt i verk fungerte og kva behovet for sjukepleie er framover (Skaug & Andersen, 2008). I denne samanheng må sjukepleiar ha gode evner til kommunikasjon, som blir presentert i neste kapittel.

4.8 Kommunikasjon og relasjonskompetanse

Kommunikasjon er utveksling av meningsfylte teikn mellom to eller fleire parter (Eide, 2008). Ein kommuniserar både verbalt og ikkje-verbalt. Den viktigaste funksjonen til sjukepleiarar er å møte pasientar på ein bekreftande, oppmuntrande og styrkande måte, og gjennom det skape den tryggheta og tilliten som pasienten treng for å kunne opna seg, dela tankar og kjensler.

Kommunikasjon er eit viktig hjelpemiddel til å byggja opp ein relasjon til pasienten (Eide, 2008).

Som sjukepleiar blir ein stilt ovanfor ein del andre utfordringar når det gjeld kommunikasjon enn ein elles møter i dagleglivet. For å kunne meistre desse utfordringane treng ein relasjonskompetanse. Dette handlar om å forstå og samhandle med pasienten på ein slik måte at han får uttrykke tankar om helsetilstanden sin (Røkenes og Hansen, 2012). På den måten blir pasienten si medverknad ivaretatt, som blir omtalt i neste avsnitt.

4.9 Empowerment

Verdas helseorganisasjon (1998) definerar empowerment som ein prosess der folk oppnår større kontroll over avgjerder og handlingar som omhandlar helse (Tveiten, 2008). Det er ingen norske ord som dekkar omgrepets innhald heilt, det mest dekkande er «myndiggjering», ein kan også bruke brukarmedverknad. Gjennom empowermentprosessen blir brukaren i stand til å auke sin kontroll over eigen helsetilstand og til å forbetre eiga helse (Tveiten, 2008). For å kunne gjere dette må brukaren vere i stand til å definera eigne problem og ha tilstrekkelig informasjon til å finna sine eigne løysningar i fellesskap med andre. For å hjelpa brukaren i empowermentprosessen, må helsepersonellet forhalde seg til brukaren som ein likeverdig partner i helseteamet. Sjukepleiaren si rolle er å støtta pasienten. Likevel er det slik at pasienten har rett til å medverke, men ikkje til å bestemma det som er relatert til fagutøvarens sitt ansvar og myndigheit (Tveiten, 2008). For at brukarmedverknad skal ivaretakast er det nødvendig med god journalføring og dokumentasjon, slik at pasienten sine vurderingar blir ført vidare til øvrig helsepersonell.

4.10 Dokumentasjon

Sjukepleiaren si dokumentasjonsplikt er omtalt i helsepersonelloven § 39; Dokumentasjon skal sikra kvalitet og kontinuitet i pleien, samtidig som den skal bidra til pasientens sikkerheit. For å oppnå optimal smertelindring er det nødvendig å ha system for kvalitetssikring (Wøien og Strand, 2008). Det er viktig å dokumentera dei postoperative smertetiltaka som blir iverksatt slik at andre sjukepleiarar og legar forstår kva tiltak som er satt i gang, og kva effekt desse har hatt på pasienten (Wøien og Strand, 2008). For at dokumentasjonen skal fungere må den bæra preg av nøyaktigheit og tilstrekkeleg data (Heggdal, 2009).

4.11 Presentasjon av forskingsartiklar

Observing pain management practice on a medical unit following changes arising from an action research study, Gregory og Waterman, publisert 22. januar 2012.

Dette er ein kvalitativ studie der dei observerte sjukepleiarar på 7 ulike medisinske avdelingar. Formålet var å beskriva smertevurderingspraksis og identifisera faktorar som kan påverka smertevurderinga. Det blei også gjennomført pasientintervju for å vurdere deira erfaring. Forskinga viste at det var mange forstyrrende element (slik som kommunikasjon med mange personar, multi-tasking og avbrytingar i arbeidet) som påverkar korleis sjukepleiaren får utføre arbeidet sitt. Spesielt påverkar det sjukepleiaren si moglegheit til å gjennomføra gode smertevurderingar, og dermed gje god smertelindring.

Forskarane gjennomførde ei enkel undersøking for å kartlegga tilstanden, deretter sette dei i verk tiltak (gjorde aktivitetar), og til slutt evaluerte dei desse ved å finne ut om det hadde skjedd ei forbetring. Formålet med sjølve tiltaka var gjenkjenning og vurdering av smerte.

Observation of pain assessment and management- the complexities of clinical practice, Manias, Botti og Buvknall, publisert 8. mai 2002

Dette er ein kvalitativ studie, der dei har observert 12 sjukepleiarar i arbeid med smertevurdering og handtering. Dei har sett på sjukepleie og pasientforholdet og faktorar som kan påverke kor godt sjukepleiarane klarar å vurdere smertene til pasientane. Forskarane kom fram til 4 tema som blei identifisert som barrierar for effektiv smertevurdering:

- Sjukepleiaren si respons på avbrytingar, og konsekvensar for pasienten i form av forsinka smertebehandling.
- Sjukepleiarane mangla merksemd retta mot teikn på smerte hjå pasientane.
- Sjukepleiarane hadde varierende tolkingar av pasienten sine smerte.
- Sjukepleiaren sitt forsøk på å imøtekomma krav frå kollegar og deira prioriteringar gjekk på bekosting av smertevurdering og handtering til pasienten.

Desse funna viser at den komplekse kvardagen til sjukepleiarane påverkar deira vurdering og behandlinga av postoperative smerte.

Strategies just in post-operative pain assessment and their clinical accuracy, Sjøstrøm, Dahlgren og Haljamäe, publisert 17. februar 2000

Dette er ein kvalitativ studie. Forskarane har intervjuar sjukepleiarar og legar. Målet med denne studien var å beskrive innhaldet i profesjonell klinisk tenking under smertevurdering. Vidare å fastslå

nøyaktigheita av smertevurderinga til sjukepleiarane samanlikna med pasienten si oppleving/uttrykk for smerte.

Før denne studien vart utført, var det tre faktorar som var identifisert som kunne gje ein mogleg forklaring på kvifor smertebehandlinga har vist seg å vera suboptimal. Desse faktorane var mangel på kunnskap, metodiske vanskar (ferdigheiter) og holdningar.

Denne studien har prøvd å identifisere meir konkret kva strategiar sjukepleiarar og legar brukar når dei skal vurdere smerte. Forskarane har også intervjuet pasientane og samanlikne deira erfaring mot helsepersonellperspektivet. Denne studien viste at helsepersonellet oftast brukte strategien "I have learnt a typology of patients/how the patients looks" for å vurdere smerte. Denne strategien viste seg å stemme dårlig med pasienten si vurdering av eigen situasjon. Strategien «I have learnt to listen to the patients» var den som ga best samsvar mellom pasient og helsepersonell.

Hvordan kan sjukepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling, Hjelpdahl Sjøveian og Leegaard, publisert 2012.

Studien har eit kvalitativt beskrivande design med semistrukturerte dybdeintervju. Føremålet med studien var å kartlegge korleis sjukepleiarane samhandlar med pasientar om den postoperative smertebehandlinga med «Joint Care»: eit behandlingsprogram som vektlegg brukarmedverknad. Resultatet i denne studien viser at sjukepleiarane er usikre på om pasientane har tilstrekkeleg kunnskap om bruk av «numericrating scale» som smertekartleggingsverktøy. I den samanheng har sjukepleiarar ei viktig rolle for å formidle kunnskap til pasientane slik at verktøyet blir nyttig i praksis.

5.0 Drøfting

Forskning har vist at kirurgiske pasientar som får tilfredstillande smertelindring postoperativt, blir raskare mobilisert, får kortare sjukehusopphald og kostar mindre enn pasientar som ikkje får tilstrekkeleg smertebehandling (Berntzen, Ålmås, Gran Bruunm Døvre, Giskemo, Dåvøy & Grønseth, 2011). Eg meiner dette viser kor viktig det er å kartlegge og vurdere smertene til pasientane slik at desse kan behandlast best mogeleg. I drøftinga vil eg diskutere ulike faktorar for å oppnå nettopp dette.

I denne delen av oppgåva brukar eg teori til å drøfte korleis sjukepleiarar kan kartlegge og vurdere smertene til pasientar i en postoperativ fase. Først drøfter eg sjukepleiararen si rolle i smertebehandlinga, deretter ynskjer eg å belyse kor viktig god kommunikasjon er for å gjere ei god vurdering av pasienten. Under kommunikasjon vil eg og diskutere korleis ulike smertekartleggingsverktøy kan brukast, samt fordelar og ulemper med desse.

Kapittelet vert avslutta med ei drøfting av ulike hindringar for god smertelindring, då med fokus på sjukepleiarar sine haldingar og hektiske kvardag.

5.1 Sjukepleiaren si rolle i smertebehandling

Sjukepleiarar har ei unik rolle i behandling av smerte, ho/han ser pasienten mest og blir derfor ein hjørnestein i behandlinga (McCaffery og Beebe, 2001). Dette kjem også fram i studien til Sjøstrøm, Dahlgren & Haljamae (2000) som viser at det er dei som jobbar tettast på pasienten som har størst potensiale til å påverke vurderinga og lindringa av postoperative smerter. Dette meiner eg viser at sjukepleiarane har eit spesielt ansvar for å forstå og formidle pasienten si smerte til øvrig helsepersonell. Smertelindring krev tverrfagleg samarbeid for å lukkast, og her skal sjukepleiarane vera eit bindeledd mellom dei ulike faggruppene slik at heilheita i smertelindringa ivaretakast. Denne funksjonen er i følge rammeplan og forskrifter for sjukepleieutdanning (2000) kalla eit delegert ansvar (Rustøen, 2007). Dersom ein får til eit godt samarbeid med ulike faggrupper vil pasienten få eit best mogleg helsetilbod. Samtidig viser Gregory & Waterman (2012) til utfordringar med tverrfagleg samarbeid, slik som at det kan oppstå samarbeidsutfordringar og misoppfatningar, og skape unødig tidsbruk knytt til dette.

Sjukepleiaren skal vidare identifisera smertetilstand og i verksette aktuell behandling ut i frå observasjonar og til slutt vurdere effekten av tiltaka (Rustøen, 2007). Dei aktuelle tiltaka kan være ulike pleie- og omsorgstiltak. Denne metoden kallast også sjukepleieprosessen. Travelbee (2001) seier at sjukepleieprosessen er alt sjukepleiarane gjere for pasientane slik at dei kan meistre sin sjukdom eller lidning. Ho meiner det viktigaste med denne prosessen er at sjukepleiarane har tilstrekkelig kunnskap og innsikt til å identifisera og møta den sjukes behov. Pasientane blir sjølv ein viktig samarbeidspartnar i denne prosessen (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy & Grønseth, 2011). For å hjelpe pasienten til å ta avgjersler og til å ta aktivt del i behandlinga, må helsepersonellet sette brukarmedverknad over sitt kontrollbehov. Ein må akseptera og respektera brukaren si avgjersle, sjølv om ein er ueinig, for empowermentprosessen krev gjensidig respekt (Tveiten, 2008).

5.2 Kommunikasjon - ein føresetnad for smertevurdering

Forsking viser at smerter etter operative inngrep ikkje blir lindra tilfredstillande, og at dårleg kommunikasjon er ein sentral faktor i dårleg smertelindring postoperativt (Dihle mfl. 2006 gjengitt i Eide, 2008). Travelbee (2001) meiner at for å kunne forstå kva sjukepleie er og bør vera, må ein ha ei forståing av kva som føregår mellom pasient og sjukepleiar. Dersom sjukepleiarar og pasient skal ha ein god kommunikasjon må det vera etablert ein trygg relasjon mellom partane (Eide og Eide, 2007).

I følge Røkenes og Hansen har ein sjukepleiar relasjonskompetanse når han/ho kommuniserer på ein måte som gir meining og ikkje krenkjer pasienten. Det er viktig at ein klarar å ivareta pasienten sine interesser i samhandlinga. For å oppnå dette bør sjukepleiaren forsikre seg om at han/ho og pasienten har forstått kvarandre. Det er viktig at pasienten får uttrykke sine tankar om eigen helsetilstand (Røkenes og Hansen, 2012). I følge Travelbee (2001) er smerte ei einsam erfaring, det kan vera vanskelig å formidla smerteopplevinga til andre, då nokon som ikkje opplever dei reelle smertene ikkje har forutsetjing for å forstå dei. Pasienten kan prøva å forklara og beskriva kjensla til sjukepleiarane, men beskrivinga blir ofte ufullstendig. Dette underbyggjer Berntzen, Danielsen & Almås (2011) då dei meiner at sjølv om den som har smerter prøver å formidle kva den føler til ein annan, og den andre prøver å forstå, er i realiteten den som har smerte aleine om kjensla. Det er ingen moglegheit for at sjukepleiarane kan fullstendig sette seg inn i pasienten sin situasjon og oppleving av smerte. McCaffery & Beebe (2001) meiner at det viktigaste ein sjukepleiar kan gjere for å hjelpe pasientar med smerte, er å akseptera at det berre er pasienten som kan føla den. Dette kan også representera ei utfordring for sjukepleiaren. Den viktigaste reiskapen me har for å vurdere smerte er derfor kommunikasjon.

McCaffery & Beebe (2001) meiner at helsepersonell har lettast for å forhalde seg til symptom som kan observerast og målast objektivt. Det kan vere betryggande å lesa ein patologirapport eller få tilbake nokre tal frå laboratoriet. Det er ikkje mogleg då det ikkje finst målemetodar for opplevinga av smerter, heller ingen «smertetermometer». Derfor må helsepersonellet snakka med pasienten for å kartlegge smertene og finne ut effekten av behandlinga som er gjort (McCaffery & Beebe, 2001). God kommunikasjon kan og vere med på å gjere pasienten trygg. I følge Travelbee (2001) er kommunikasjon ein komplisert prosess, der det ikkje finst ei «magisk frase» ein kan seie for å etablere eit band til pasienten. Eide og Eide (2007) er opptatt av kunsten å stille dei riktige spørsmåla, lytte aktivt for å skape trygghet og stimulera den andre til å utforske eller formulera seg om eit problem. For å gjera kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasient lettare er det utarbeida ein del smertekartleggingsverktøy for å prøva å standardisera og kategorisera smerteopplevinga.

5.3 Kunnskap om smertekartlegging

Sjukepleiarar må hugse at smerte er individuelt og at det er naturleg at det er forskjellar i opplevinga av smerter. Nokon tåler meir og andre tåler mindre smerter før dei gir uttrykk for det (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011). Nokon personar føler det direkte audmjukande å mista kontrollen og kan derfor få behov for å skjule at dei har vondt. For andre fell det meir naturleg å uttrykke sine smerter (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011).

Det som er felles for alle som gjennomgår eit kirurgisk inngrep er at dei har både nociseptive og nevropatiske smerte fordi det både er vevsøydeleggingar og det alltid blir overskjering av større og mindre nerver. I følge Wiøen og Strand (2008) kan ein skilje desse smertene ved å få pasienten til å beskriva smertene. Smerter som er stikkande og skjerande kan assosierast med kirurgi, medan smerter som er nummen og kriblande kan bety nervekomprimering eller iskemi. Ulike typar smerte krev ulik smertebehandling, det er viktig at sjukepleiarane har kunnskap om dette når dei skal kartlegge.

I følge Wiøen & Strand (2008) er det fem komponentar ein skal bruke når ein skal vurdere postoperative smerter. Eg meiner at dersom ein brukar desse komponentane får man ein oversiktlig vurdering av pasientens smertesituasjonen, vidare vil eg ta føre meg tre av desse. Ved den første komponenten skal ein vurdere intensitet og karakter ved smerten. Her kan ein bruka smertekartleggingsverktøya som hjelp, desse blir omtalt seinare i oppgåva. I komponent to skal ein sjå etter åtferdsmessige endringar, fordi det kan avsløre om pasienten har smerter. Då eg var i praksis opplevde eg at ein pasient vart veldig sint og utagerande. Ein erfaren sjukepleiar skjønnte at humørsvingane var eit utslag av smerter, og etter at pasienten vart smertelindra endra pasienten åtferd. I komponent 4 skal ein kartlegga pasientens tidlige smerteoppleving, korleis behandling dei fekk og effekten av denne. Eg meiner at dersom ein er klar over dette blir det lettare og raskare å gi god smertelindring tidleg i fasen. På den andre sida kan dette vere utfordrande fordi det ikkje er sikkert det er blitt godt dokumentert og pasienten sjølv ikkje hugsar kva som er blitt gitt tidlegare. I tillegg til desse vurderingskomponentane må ein kontinuerlig observera blodtrykk, puls, ansiktsuttrykk, kroppshaldning, hudfarge, pupillstørrelse, respirasjon, søvnmønster, emosjonelle uttrykk, obstipasjon og oppkast. Dersom ein plutselig ser endringar i desse vitale teikna og pasienten klagar over intense smerter, skal dette vurderast umiddelbart (Wiøen & Strand, 2008).

Kartlegginga av postoperative smerter skal dokumenterast. Dette er sjukepleiaren si oppgåve. Det skal dokumenterast skriftleg på ein tydeleg måte slik at det er mogleg for andre sjukepleiarar og legar å forstå kva tiltak som er satt i verk og kva effekt desse har hatt. For å oppnå konkret dokumentasjon kan det vere ein fordel å bruka lettvinde kartleggingsverktøy, som blir nemnt i neste avsnitt (Wiøen & Strand, 2008).

5.4 Smertekartleggingsverktøy

Smertekjensla er subjektiv og derfor har forskarar utvikla vurderingsverktøy som kan hjelpe pasienten til å formidla informasjonen om smertekjensla (McCaffery & Beebe, 2001).

Eg har i det følgjane valt å fokusera på VAS, NRS og ansiktsskala. Fordelane med VAS er at den ikkje er språk- eller kulturavhengig. Denne er brukt til både å vurdere akutte smerter og kroniske smerter

(Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). Det er også vist at VAS er veldig følsam for forandringar, den er derfor mykje brukt der ein er avhengig av å måle presist forandringar i smerteintensitet. På den andre sida er det forutsett at pasienten har god motorikk, god kognitiv funksjon, og evne til å tenke abstrakt (Torvik, Skaug & Rustøen 2008).

NRS skil seg frå VAS ved at verktøyet ber pasienten oppgje smerte i tall og ikkje direkte peike på ein skala. Fordelen med NRS er at den er enkel å bruka og ein treng ingen hjelpemiddlar, det vil seie at ein også kan bruka den i telefonintervju. NRS forutset ei viss evne til abstrakt tenking, men forskning viser at den også kan brukast til eldre med mild og moderat kognitiv funksjon. Det er publisert studiar som konkluderar med at NRS er betre å bruka enn VAS fordi den viser eit betre bilde av pasienten si smerte (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). I den postoperative fasen til søstera mi, brukte sjukepleiarane NRS for å kartlegga hennar smerter. Ho var omtåka og fekk ingen informasjon om NRS eller kva betydning hennar svar ville ha. Ho vart spurt om kor vondt ho hadde på ein skal frå 0 (ingen smerter) til 10 (verst tenkelege smerter), og utifrå kva ho svarte vart smertene hennas vurdert. I følge Hjelpdahl & Leegard (2012) blir det vist at informasjon om bruk av NRS og om viktigheita av smerterapportering blei gitt pre-operativt, men sjukepleiarane hadde ingen felles rutinar for korleis dei skulle gjenta eller oppklara denne informasjonen postoperativt.

Eg meiner det er viktig å vita forskjellen mellom VAS og NRS, fordi nokon pasientar er meir visuelle og andre meir abstrakte. For å kunne gjere best mogleg smertevurdering er det viktig at sjukepleiaren har nok kunnskap til å kunne velje det verktøyet som passar pasienten best.

Ved bruk av ansiktsskala er ein ikkje avhengig av språk og den er derfor fin å bruka til born, eldre som ikkje klarar å uttrykke smerte verbalt, personar med kognitiv svikt og pasientar som ikkje har norsk som morsmål (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). På den andre sida er det berre fem forskjellige fjes på skalaen. Det kan då blir store forskjellar på korleis ein oppfattar dei ulike fjesa og det kan vera vanskelig å finne eit fjes som uttrykkjer sin smerte. Ein utfordring eg ser ved bruk av ansiktsskala er at denne pasientgruppa kan ha vanskar med å oppfatte at det er smerter ein prøve å formidle og ikkje sjølv situasjonen ein er i. Ein fordel med bruk av ansiktsskala er at den kan vera betre egna til å kommunisera ikkje-verbalt.

Uansett kva kartleggingsverktøy ein veljar å nytte bør sjukepleiaren forsikra seg om at pasienten forstår vurderingsskalaen. Dersom smerteverktøya skal ha nokon nytteverdi må sjukepleiarane bruka skalaane aktivt i smertereistreringa og i evalueringa av smertelindrande tiltak. Det bør inngå som grunnlag for rutinemessige observasjonar på linje med til dømes kontroll av puls, blodtrykk og temperatur (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011). Mange avdelingar har generelle reglar om at pasienten ikkje bør ha høgare smerteskår enn tre, etter ein operasjon. Dersom pasienten angir

høgare skår enn det skal den få ny dose anestetika. Deretter skal det takast ei ny vurdering etter ei bestemt tid (Berntzen, Danielsen & Almås 2011). På avdelingane søstera mi var innlagt merka ho store individuelle forskjellar på sjukepleiarane for kvar grensa gjekk for å gi smertestillande. Då eg var i praksis gjekk eg med ulike sjukepleiarar på avdelinga. Eg observerte at dei gav ulikt med smertestillande på same oppgitte skår. Nokon var veldig snare til å gje med ein gong pasienten sa han hadde over 3, medan andre ikkje gav før rundt 6-7. Dette kan skape stor frustrasjon for pasientane og dei må bruka mykje unødvendig energi på å læra seg når dei ulike sjukepleiarane gir smertestillande.

Studien til Manias, Botti & Bucknall (2002) viser at ved bruk av ein smerteskala vil det vere forskjellar i korleis ein pasient og ein sjukepleiar både brukar og tolkar skalaen. I følge Berntzen, Danielsen & Almås, (2011) bør sjukepleiarane ha eit felles begrepsapparat og individuelle holdningar og oppfatningar bør betyr mindre. Ved å avklare ei felles forståing av korleis smertene kan kartleggast ivaretar ein pasientmedverknad i større grad. Ein unngår at kvar enkelt sjukepleiar skal gjere sine skjønsmessige vurderingar og pasienten si smertekartlegging blir meir forutsigbar. Ein utfordring er at alle kartleggingsverktøya er baserast på skjønsmessige vurderingar. Vidare vil eg drøfte ulike faktorar som kan virka inn på kartlegging av smerter.

5.5 Barrierar for god smertevurdering og kartlegging

Det er fleire faktorar som kan vera barrierar for god smertevurdering og kartlegging. Forsking viser blant anna at ein hektisk kvardag og holdningane til sjukepleiaren kan vera avgjerande. Dette er to barrierar eg drøftar under.

5.5.1 Forstyrningar i ein hektisk arbeidsdag

Ein faktor som kan skape barrierar for god smertelindring er at sjukepleiarane vert mykje forstyrra i løpet av ein dag. Desse avbrytingane kan bestå av oppgåver som må utførast i tide, slik som å henta opp antibiotika, svara på telefon, assistera sjukepleiestudentar, og leite etter utstyr. I følge studien til Gregory og Waterman (2012) er desse avbrytingane ein medverkande grunn til at pasientane ikkje følte for å fortelja åpent om sine bekymringar som var knytt til smerte. Pasientane venta heller til dei vart spurd av sjukepleiaren om dei hadde smerte. Tilsvarende fant Manias, Botti & Bucknall (2002) ut i sin studie. Samtidig viser studien till Manias, Botti & Bucknall (2002) at sjukepleiarane var dårleg på gjenkjenning og anerkjening av smerte hjå pasientane sine. Det verka som dei forventa at pasienten skulle kunne tolerera ein viss grad av smerte. Dei etterspør heller ikkje meir informasjon om smerte sjølv om pasienten gjev smerteteikn (Manias, Botti & Bucknall 2002). Dette underbyggjer kvifor sjukepleiarane også må ha fokus på ikkje-verbal kommunikasjon, då eg trur fleire pasientar har vanskar med å skjule kroppsspråk.

Forskning viser vidare at travle sjukepleiarar ikkje observerar pasientane tilstrekkeleg i forhold til smerte (Manias, Botti & Bucknall, 2002). Det viste seg at sjukepleiarane ikkje hadde tid til å sjekke om pasienten hadde behov for smertestillande. Vidare fann denne studien ut at sjukepleiarane var meir oppmerksame på smerteteikn når dei kom i samanheng med andre observasjonar som blodtrykk, puls og temperatur. På den andre sida ser ein i studien til Gregory & Waterman (2012) at vurdering av smerte som vart utført saman med andre oppgåver som å administrera medikament, førte til at vurderinga vart overflatisk. Vurderinga vart då utført kjapt og pasientane fekk ikkje tid til å beskriva smertene i detalj eller bekymringar i forhold til deira smerte (Gregory & Waterman, 2012). Eg har sjølv erfart i praksis at det tar tid å skape tillit til pasientane og at dette kan komme i konflikt når det er mange arbeidsoppgåver som ventar. Forskning kan i den samanheng bidra til å kartlegge kva som kan hemma og fremja observasjonar av smerte. Slik eg ser det viser denne litteraturstudien at sjukepleiarar har eit forbetningspotensiale og at dette må setjast på dagsorden.

5.5.2 Holdningar

Hjelpdahl og Leegaard, (2012) viser at barrierar som missoppfatning og holdningar hindrar effektiv smertebehandling. I studien erfarte dei at enkelte sjukepleiarar ikkje trudde pasienten då dei oppgav ein NRS-verdi på mellom 6-8 og samtidig kunne gjere aktivitetar og ha normalt blodtrykk og puls. Mi erfaring med søstera mi var at ho handterte smertene betre då me som familie var på besøk. Eg tenkjer det kan handle om ei form for distraksjon. Då besøket gjekk og smertene kom tilbake opplevde søstera mi også å bli møtt med mistru.

Dersom sjukepleiaren ikkje trur på eller responderar på det pasienten seier om smerter, kan ein risikera å oversjå diagnosen inntil sjukdommen er komme så langt at det er for seint å setta i gang behandling, eller at behandlinga blir forsinka slik at prognosane vert dårlegare (McCaffery & Beebe, 2001). Som sjukepleiar kan ein tvile på pasientar og la vera å gje dei behandling fordi ein trur dei simulerar smerter. Eg meiner faren for å blir lurt ikkje rettferdiggjær å tvila på ein pasient, eller hindre smertelindring. Ein må enten tru på det pasienten seier om smerter eller la tvilen koma pasienten til gode. Det er den profesjonelle måten å forholde seg på ifølgje McCaffery & Beebe (2001). Dette underbyggjer Travelbee (2001) då ho meiner den profesjonelle sjukepleiaren tek utgangspunkt i pasienten si subjektive oppleving. Det dreiar seg om eit fagleg ansvar, nemleg å akseptera pasienten sitt utsagn og hjelpa han på ein konstruktiv og positiv måte. Hjelpdahl og Leegars (2012) fann i sin studie at den eine sjukepleiaren pleidde å spørje pasienten meir om sine smerter når ho hadde vanskar med å tru på pasienten, for å betre vurdere smertene. Det er smerten, ikkje truverdigheita til pasienten som er til vurdering. Helsepersonellet si oppgåve er å vurdere smerte. (McCaffery & Beebe, 2001).

6.0 Konklusjon

I denne oppgåva har eg sett på korleis sjukepleiar er med på å kartlegge og vurdere pasientens postoperative smerter. Kjeldene eg har brukt viser at pasientane ikkje opplever tilfredstillande smertelindring. Kvifor det er slik er eit spørsmål med fleire svar. Faktorar som litteraturen peikar på er kunnskapen til sjukepleiarane, om smertefysiologi, om kommunikasjon og viktigheita av den, og om kor stor grad sjukepleiarane vert hindra i arbeidet sitt på ein travel arbeidskvardag. Andre faktorar er viktigheita av brukarmedverknad for å ta pasientane på alvor og vise dei tillit og respekt. Dette er spesielt viktig fordi smerte er individuelt og ikkje kan målast objektivt. Me som sjukepleiarane kan bli flinkare til å bruka smertekartleggingsverktøya konsekvent for å skape ei felles forståing av desse og dokumentera pasientens oppleving av smerte og effekten av behandlinga.

Bibliografi

- Berntzen, H., Almås, H., Gran Bruun, A-M., Døvre, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Grønseth, R. (2011). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (red). *klinisk sykepleie 1* (s. 273-338).Oslo: Gyldendal Akademisk
- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (red). *klinisk sykepleie 1* (s. 356- 398).Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Den norske legeforening (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Oslo: den norske legeforening.
- Eide, H. (2008). Kommunikasjon, relasjon og smerte. I T. Rustøen & A. Klopstad Whal (red), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s.354-376). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, T. & Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag As.
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Forfattarna och bokforlaget Natur og Kultur
- Gregory, J. & Waterman, H. (2012). Observing pain management practice on a medical unit following changes arising from an action research study. *Journal of clinical nursing*, 21, 3523-3531.
- Heggdal, K. (2009). *Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hjelpdahl, S, A-K. & Leegaard, M. (2012). *Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperative smertebehandling*.sykepleieforbundet, nr 4, 380-387.
- Holm, S. & Kummenesje, I. (2011). *Pre- og postoperativ sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kunnskapsenteret. (2015) Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Hentet 24.05.15 fra www.kunnskapsenteret.com/kroppssprak
- Manias, E., Botti, M. & Bucknall, T. (2002). Observation of pain assessment and management- the complexities of clinical practice. *Journal of clinical nursing*, 11, 724-733.
- McCaffery, M. & Beebe, A. (2001). *Smerter: en lærebok for helsepersonell*. Gjøvik: Gyldendal Akademisk
- Nakstad, A. (2011). Pre, per- og postoperativ behandling. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (red), *Sykdom og behandling* (s. 563-578). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nesse, J-O. & Nortvedt, F. (1989). *Smertelindring: utfordringer og muligheter*. Oslo: Universitetsforbundet
- Rolland, T. (2007). *Et smertelig problem*. Hentet (18.04.15) fra URL <http://forskning.no/medisin-medisiner-smertelindring/2008/02/et-smertelig-problem>
- Rustøen, T. (2007). Sykepleie, smerte og smertelindring. I A. Aambø (Red), *Smerter: smerteopplevelse og atferd* (s. 127-143). Oslo: Cappelen Forlag AS

- Rædar, J. (2011). Postoperativ smerte- undervurdert og unerbehandlet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. nr.1, 131.
- Røkenes, O-H. & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller breste*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sand, O., Sjaastad, Ø-V., Haug, E. & Bjålie, J-G. (2012). *Menneskekroppen fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sjøstrøm, B., Dahlgren, L-O. & Haljamae, H. (2000). Strategies used in post-operative pain assessment and their clinical accuracy. *Journal og clinical nursing*, 9, 111-118.
- Skaug, E-A., & Andersen, I, D. (2008) Beslutningsprosesser i sykepleie. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug(red), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 184-214). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Stubhaug, A. & Ljoså, T-M. (2008). Kva er smerte?. I T. Rustøen & A. Klopstad Whal (red), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 22-50). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008). Smertekarlegging. I T. Rustøen & A. Klopstad Whal (red), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 51-69). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Tveiten, S. (2008). *Den vet best hvor skoen trykker*. Bergen. Fagbokforlaget
- Tønnessen, T-I., (1998). *Postoperativ smertebehandling*. Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S
- Wøien, H & Strand, A-C. (2008). Sykepleietiltak ved postoperative smertelindring. I T. Rustøen & A. Klopstad Whal (red), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 271-289). Oslo: Gyldendal Akademisk