

Fordypningsoppgave

Postoperative smerter og mestring



Høgskolen Stord/ Haugesund

**Videreutdanning i intensivsykepleie
Kull 2008, våren 2009**

Kandidat nr. 1

Fordypningsoppgave i intensivsykepleie, våren 2009
Kandidat nr 1

1.0 Innledning	4
<i>1.1 Begrunnelse for valg av tema.....</i>	<i>4</i>
<i>1.2. Presentasjon av problemstilling.....</i>	<i>5</i>
<i>1.3 Avgrensing av oppgaven</i>	<i>5</i>
<i>1.4 Formål med oppgaven.....</i>	<i>5</i>
<i>1.5 Oppgavens disposisjon.....</i>	<i>6</i>
2.0 Begrepsklargjøring.....	7
2.1 Intensivsykepleie.....	7
2.1.1 Sykepleiers rolle i smertelindringen.....	7
2.1.2 Sykepleiers kunnskap om smerte	8
2.2 Smerteteori	9
2.2.2 Postoperative smerter	10
2.2.1 Portkontrollteorien	10
2.3 VAS/NRS/VRS.....	11
2.4 Smerte og kommunikasjon.....	13
2.5 Mestring	15
2.5.1 Egenkontroll/egenomsorg og mestring	16
2.6 Lazarus og Folkmans mestringsteori.	17
2.6.1 Mestringsmetoder.....	18
3.0 Joyce Travelbee	20
3.1 Menneske til menneske forhold	20
3.2 Kommunikasjon.....	21
3.3 Terapeutisk bruk av seg selv	21
3.4 Smerte og lidelse	22

4.0 Metode	23
4.1 <i>Kvalitativ og kvantitativ metode.....</i>	23
4.1.1 <i>Kvalitativt intervju</i>	24
4.2 <i>Valg av deltakere.....</i>	24
4.3 <i>Praktisk gjennomføring</i>	25
4.4 <i>Kildekritikk.....</i>	26
4.5 <i>Etiske overveielser.....</i>	26
5.0 Drøfting	28
5.1 <i>Sykepleiers rolle i smertelindring</i>	28
5.2 <i>Sykepleiers kunnskap om smerte.....</i>	29
5.2.1 <i>Får pasienter nok smertelindring.....</i>	31
5.3 <i>Sykepleiers bruk av smerteskalaer</i>	33
5.3.1 <i>Retningslinjer/rutiner og protokoller for smertebehandling og bruk av smerteskalaer</i>	35
5.4 <i>Smarter og kommunikasjon.....</i>	37
5.5 <i>Pasientens opplevelse av smerter og mestring.....</i>	40
6.0 Oppsummering.....	43
6.1 <i>Forslag til videre forskning.....</i>	44
Litteraturliste.....	45
Vedlegg 1.....	Søknad om tillatelse av intervju
Vedlegg 2.....	Samtykkeskjema
Vedlegg 3.....	Intervjuguide
Vedlegg 4.....	Lazarus og Folkmans mestringsmodell

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Som sykepleier på en postoperativ intensivavdeling vil en alltid komme borti pasienter med smerter av varierende grad. Da er det viktig med gode kunnskaper og hjelpemidler for å kunne lindre pasientens smerte. I min erfaring fra postoperative pasienter opplever jeg at de kan komme til intensivavdelingen med store smerter. Har de store smerter kan dette gjøre at de puster dårlig, de er urolige i sengen og de kan rive ut utstyr og sår kan gå opp i ”kampens hete”. Retningslinjer i smertebehandlingen og bruk av hjelpemidler synes jeg ofte kan virke litt tilfeldige og uklare.

Mennesker reagerer ulikt på smerter og de oppfattes forskjellig. En pasient kan oppleve sin smerte mye verre enn det som er ”vanlig.” Dette vises også i McCaffery og Beebe (2003:16) sin definisjon på smerte: *”smerte er det som den personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte.”*

Mye teori innenfor sykepleie beskriver kunnskap og smertebehandling på sykehus i dag som dårlig og underbehandlet. Til tross for at det er mye forskning som dokumenterer høy forekomst av smerter, og nye, bedre behandlinger utvikles, får mange pasienter ikke den hjelpen de burde ha fått (Rustøen og Wahl, 2008).

Tidligere forskning viser gang på gang at pasienter får for lite smertebehandling i forhold til de smertene de opplever. Sykepleier tror som regel hun gir en god smertebehandling til pasienten ut i fra hennes syn, men resultater viser at det ofte ikke er slik (Watt- Watson mfl. 2001). Forskere mener det er manglende kompetanse hos helsepersonell i tillegg til dårlig organisering og manglende rutiner på smertelindring. Smerteskala som hjelpemiddel er også lite brukt i mange sykehus. I følge McCaffery er det pasientens tallmessige rapporter som er den eneste gyldige indikator på smerteintensitet (Reiersdal mfl, 2007).

1.2. Presentasjon av problemstilling

”Hvordan kan sykepleier hjelpe en pasient med å mestre sine postoperative smerter ved hjelp av kunnskap om smertebehandling og bruk av smerteskalaer?”

1.3 Avgrensning av oppgaven

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i voksne pasienter som er inne til større, akutte, kirurgiske inngrep, og som ligger på intensiv til neste morgen. Uavhengig av hvilket inngrep han har hatt, kommer han som regel ikke unna en form for smerter postoperativt. Presist hvilket inngrep som er gjort, velger jeg å ikke komme nærmere innpå. Elektive pasienter pleier å ha pasientkontrollert smertestillende, som EDA, epidural analgesia, eller PCA, pasient controlled analgesia. Men jeg har tatt utgangspunkt i en pasient som ikke har dette, da det i akutte operasjoner ofte ikke legges inn på grunn av tidsmangel, eller legene ikke vet på forhånd hva omfanget av operasjonen blir. Pasienten vil få sykepleierkontrollert smertelindring, nurse controlled analgesia (NCA), også kalt konvensjonell smertelindring. Da får pasienten et opioid intravenøst eller intramuskulært etter sykepleiers skjønn på oppfordring fra pasient som mener hans smertegrense overskrides (Sorgendal mfl, 2003)

1.4 Formål med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å se på sykepleieres kunnskap av smerter og smertebehandling, bruken av hjelpemidler i smertebehandling hos postoperative pasienter og hva den kan gjøre for pasientens mestring. Jeg vil med det prøve å bevisstgjøre sykepleierens behov for smertekunnskap og bruk av smerteskalaer i smertebehandlingen. Det er ikke bare å gi smertestillende og så ferdig med det. Man skal også ha kunnskap, vise omsorg, berolige, trøste og informere samtidig, med andre ord, se hele mennesket.

Å skrive en fordypningsoppgave innenfor selvvalgt emne er også et krav i forhold til retningslinjene i Høgskolens fagplan. (Fagplan for videreutdanning i intensivsykepleie, 2008).

1.5 Oppgavens disposisjon

I oppgaven vil jeg gjøre rede for begrepsmessige rammeverk. Her vil jeg nevne sentrale og viktige begreper og teorier som har betydning for min oppgave. Den presenterer også litt hvilken sykepleieteoretiker jeg har valgt å bruke og deretter beskrives valg av metode. Så vil det komme en drøftingsdel, hvor jeg har prøvd å drøfte mine funn opp mot teori, forskning og egne erfaringer. Til slutt foreligger det en oppsummering.

2.0 Begrepsklargjøring

2.1 Intensivsykepleie

Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død.

Målet med intensivsykepleie er å etablere en terapeutisk relasjon med intensivpasienter og deres pårørende, og å styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak (NSFLIS, 2004).

2.1.1 Sykepleiers rolle i smertelindringen.

Som sykepleier har hun en unik rolle i behandlingen av smerte i forhold til andre helsepersonell. Det er hun som ser pasienten mest og blir derfor som regel en hjørnestein i behandlingen av pasientens smerter (McCaffery og Beebe, 2003).

Å gi smertelindring krever ofte et tverrfaglig samarbeid, og sykepleier har både et selvstendig og et delegert ansvar for å lindre smerte. Den selvstendige funksjonen innebærer å identifisere smertetilstanden, iverksette aktuell behandling ut i fra observasjonene og til slutt vurdere effekten av tiltakene. De aktuelle tiltak kan være ulike pleie- eller omsorgstiltak eller bruk av komplementær behandling. Denne metoden kalles også å bruke sykepleieprosessen. Det er en planleggingsmetode for å gi god og individualisert sykepleie (Aambø, 2007).

Sorgendal mfl. (2003) sier litt om sykepleiers rolle under smertelindring. Sykepleier må ha kunnskap om forebygging av smerter, hun må kunne identifisere smerter. På den måten kan hun administrere og vurdere effekten av behandlingen.

2.1.2 Sykepleiers kunnskap om smerte

Det tar år før vitenskap om smerter vinner frem og blir akseptert og innarbeidet i grunnutdanningen. Mangen av de som allerede er i helsevesenet blir derfor lite undervist, og mye av det de har lært fra grunnutdanning er utdatert og erstattet med ny kunnskap. Helsepersonell er ofte ikke klar over at de har manglende kunnskaper om dette og bruker det som de har lært og som da kanskje er byttet ut med annen praksis i ettertid (McCaffery og Beebe, 2003).

Gulbrandsen og Stubberud (2006) sier at på grunn av manglende kunnskaper om patologi og virkning av smertestillende gis det ofte mindre enn det som er forordnet av lege. Dette er i frykt for komplikasjoner som respirasjonsstans eller avhengighet. Sykepleier må selv evaluere og vurdere å tilpasse smertebehandling til hver enkelt pasient. Mangen har i dag en negativ holdning til smerter og lager sin egen forståelse på smerter og tar ikke hensyn til pasientens subjektive opplevelse av dem.

Sykepleieren kan tolke andres smerter ut i fra egne erfaringer, erfaringer fra yrkessammenheng og skjønn på samme måte som pasienten tolker smertene etter sine erfaringer. Dette kan gjøre at en handler som om ens egen erfaring er mer objektiv og dermed mer pålitelig enn det pasientene gir uttrykk for. Men det kan også bidra positivt fordi sykepleier er mer oppmerksom på pasientens smerte. Derfor er det viktig med gode kunnskaper om smerte og smertelindring som vil påvirke til en mer positiv holdning til andres smerter (Almås, 2007).

Wat-Watson m.fl (2001) viser også til at sykepleiers oppfatning av smerte ikke alltid stemmer overens med pasientens. Det ble i denne undersøkelsen gjort underadministrering av smertestillende i forhold til det som var forskrevet. Det som spilte inn var sykepleiers erfaring, men også kjønn, alder og utdanning. Sykepleierne for øvrig mente de hadde gode kunnskaper selv om de scoret lavt i undersøkelsen.

Det er i helsepersonellovens § 4 (1999) lovpålagt at: *”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”*

Videre står det at de også skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand der det er nødvendig. Om pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell som for eksempel samarbeid med leger. I § 3-10 (1999) i spesialisthelsetiloven står det at virksomheter som sykehus skal sørge for at ansatte helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

Sorgendal m.fl (2003) sier i sin artikkel at en sykepleier med fagkunnskap om smertefysiologi og farmakologisk smertekontroll, har mulighet til å tilpasse metodene til behovene til enkelte pasient og kan derfor påvirke behandlingen aktivt.

2.2 Smerteteori

The International Association for the Study of Pain (IASP) har definert smerte som: *“en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevskade, eller beskrevet som slik skade”* (Knutstad og Kamp, 2006). Denne definisjonen viser at smerte er mer enn en vevskade, men en subjektiv, personlig opplevelse (Knutstad og Kamp, 2006). Jmf (1.1) McCaffery sin definisjon fokuserer i likhet med IASPs definisjon på at smerte er en subjektiv opplevelse.

Det er viktig å tro på pasienten og ikke betvile hans opplevelse av smerte. Likevel er det ikke uvanlig at helsepersonell er redd for å bli lurt av pasienten til å gi han mer enn han trenger. Smerte kan ikke bevises eller motbevises og intensiteten på smertene kan ikke sammenlignes med skadens størrelse eller alvorligheten av sykdommen. Det er mange faktorer som kan ha innvirkning på smertene både i negativ og positiv forstand. Dette kan være psykologiske, emosjonelle, sensoriske og fysiologiske faktorer (Rustøen og Wahl, 2008).

2.2.2 Postoperative smerter

Smerte er en tilstand der resurser utfordres. Det kan derfor sees på som en stressor. Smerte oppfattes av sanseapparatet og får mening ved at inntrykket bearbeides kognitivt. Stress i form av smerte utløser både emosjonelle og fysiologiske stressresponser. Ved akutte smerter er det helst strukturer i det fysiologiske systemet som aktiveres som for eksempel økt blodtrykk og puls, blek og kaldsvett (Rustøen og Wahl, 2008).

Smerter er kroppens signal for å bevisstgjøre vevsskade. Ulindret kan postoperative smerter være med på å forverre det postoperative forløpet. Etter operasjoner i toraks og abdomen kan det påvirke lungefunksjonen. Da reduserer pasienten smerten ved å ta mindre dype pust. Dette kan danne atelektaser og pneumonier og det er veldig ugunstig for tilheling i et postoperativt forløp. Endringer som takykardier og høyere blodtrykk øker hjertets arbeid som kan utløse iskemi hos utsatte pasienter. Sterke smerter kan gi kvalme og oppkast. Dette er ikke gunstig for en som er operert fordi det kan føre til immobilisering og det disponerer for tromboser og en rekke andre komplikasjoner (Tønnesen, 2003).

Akutte smerter er forbigående og kan forsvinne like fort som de kommer. Undersøkelser viser at underbehandlede smerter kan føre til varige endringer i ryggmargens bakhorn og smerten kan gå over til å bli kronisk (Nortvedt og Nesse, 1997).

Sommer mfl (2007) fant ut at kvinner, yngre pasienter eller pasienter som hadde fått generell anestesi etter store inngrep utgjorde en større andel av de med moderate til sterke smerter. Disse beskrives som risikofaktorer som har blitt identifisert til at de kan føre til kroniske smerter.

2.2.1 Portkontrollteorien

Portkontrollteorien er en forklaringsmodell på hvordan smerte kan oppleves forskjellig i ulike situasjoner og variere fra person til person. Portkontrollteorien går ut på at informasjon fra

smertestimuli blir påvirket under passasjen fra perifere nervefibrer til sentralnervesystemet via spesialiserte portmekanismer i ryggmargens bakre horn. Hvor mye informasjon som slippes igjennom kommer an på hvor åpen porten er. Er den helt åpen vil all informasjon slippes gjennom. Dette påvirkes av psykologiske faktorer, tidligere erfaringer, motivasjon, sinnstilstand og følelse av kontroll og mening i situasjonen (Nortvedt og Nesse, 1997)

I en fagartikkel fra sykepleien av Vistnes (1997) nevner forfatteren at å holde på med andre ting kan virke som avledning på smerte. Hun sier videre at dette kan forklares med portkontrollteorien, som sier at andre impulser fortrenger smerteimpulsene.

2.3 VAS/NRS/VRS

Grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter er viktig. Den er grunnlaget når det skal planlegges og iverksettes en smertebehandling som er tilpasset den enkelte pasient. Det er flere hjelpemidler som kan brukes for å få et innblikk i pasientens smerter. Det kan være ved hjelp av skalaer, enkle spørsmål, spørreskjemaer eller kroppskart (Almås, 2007). Smerteskalaer gir ikke et eksakt mål, men danner et bilde av hvor intenst pasienten oppfatter smerten (Jensen m.fl, 2004). De mest brukte og de enkleste metodene for registrering av smerter er VAS, visual analogue scale, NRS, numerisk rating skala og verbal rating skala, VRS.

VAS er en rett linjal, vanligvis 10 cm lang, der det skal avmerkes fysisk på en strek hvor sterke smertene er/har vært, og der ytterpunktene er "ingen smerte" og "maksimal/ verst tenkelig smerte". Pasienten skal markere på linjen for å si hvor sterk smerten er (Jensen m.fl, 2004). Fordelen med å bruke VAS er at de ikke er språk - eller kulturavhengig. Den kan brukes til å måle både kroniske og akutte smerter. Den har også vist seg å være veldig følsom for forandringer og er derfor mye brukt i forskning, hvor en er avhengig av å måle presise forandringer i smerteintensitet. Et eksempel er i uttesting av effekten av smertestillende medikamenter. Innvendinger er at den krever god motorikk, god kognitiv funksjon og evne til å tenke abstrakt (Rustøen og Wahl, 2008).

NRS er en skala som går fra 0 til 10. 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerter. Pasienten blir spurt om å oppgi et tall på denne skalaen etter hvor intense smertene er. Pasienten setter da en ring rundt det tallet, eller sier det tallet som passer til den smerten han har. NRS forutsetter en viss form for abstrakt tenkning, men forskning viser at NRS er bedre i bruk, spesielt hos eldre med mild eller moderat kognitiv svikt, og gir et bedre bilde av pasientens smerte. Den kan også bare brukes muntlig uten noen form for verktøy (Rustøen og Wahl, 2008).

I VRS brukes det ord for å beskrive pasientens smerter. Ordene som skal nevnes er ingen smerter, milde smerter, moderate smerter, sterke smerter og uutholdelige smerter. Problemet med denne skalaen er at personal og pasienter kan oppfatte intervallene mellom disse adjektivene ulikt og dette kan påvirke resultatet. Det kan være vanskelig å sammenligne VRS resultatene med NRS resultatene (Rustøen og Wahl, 2008).

I en forskningsartikkel utført av Lauren mfl (1998) ble det utført målinger med flere typer VAS skalaer. Den viser at for at VAS skal være en god måte å måle smerter på må den være lett og forstå og bruke for pasienten. De kom frem til at VAS linjal kunne være vanskeligere å bruke i den postoperative tiden da pasienten var omtåket av anestesi, hadde uklart syn, kvalm og de trengte informasjon i hvordan den skulle brukes. En numerisk skala, (NRS), overkom mange av disse problemene.

Rustøen og Wahl (2008) viser i sin bok til flere studier som sier at helsepersonell har lett for å stole på egne observasjoner av pasientenes smerte. Disse stemmer ikke alltid med pasientens opplevelse av smerten.

I en fagartikkel fra Sykepleien Reiersdal m.fl (2007) ble det gjort en undersøkelse på om sykepleiere brukte smertescore for å kartlegge smerter hos pasienter. Kun 10 % viser til at de bruker ofte VAS for å sjekke effekt av smertestillende, mens 23 % sier de bruker det av og til. Den viste også at de fleste sykepleierne vurderte sine egne kunnskaper om smertelindring som ganske bra, men få brukte internett for å oppdatere seg faglig. En grunn til at sykepleierne ikke tok i bruk

VAS ble oppgitt som at det ikke var rutine i avdelingen.

I en annen undersøkelse gjort av Øverbø mfl (2006) ble det derimot oppgitt at 95 % bruker minst en av de nevnte smerteskalaene, NRS og VRS er mest brukt. Men bare en av fire opplyser at de bruker den daglig.

2.4 Smerte og kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare* som betyr ”å gjøre noe felles”, ”delaktiggjøre en annen i”, ”ha forbindelse med”. Eide og Eide (2004:17)

For at pasienten skal føle seg hjulpet og kommunisere godt bør sykepleier ha *kunnskap og ferdigheter*, slik at hun vet hvordan og hvorfor hun gjør det hun gjør. Det er viktig at hun har evne til *etisk refleksjon*. Etske dilemmaer dukker stadig opp og sykepleiers etikk sies å utvikles i skjæringsfeltet mellom hennes personlige verdier og profesjonens verdigrunnlag. Hun må ha evnen til å lytte og prøve å sette seg inn i pasientens situasjon og til forstå den andres følelser og reaksjoner. Hun må ha *empati* som er en sammensetning av *en* (inn) og *phatos* (følelse), og kan direkte oversettes med innfølelse, samfølelse eller innlevelse. Empati kan være det viktigste grunnlaget for god kommunikasjon. Å benytte disse tre utgjør det fjerde hovedprinsippet, at en er *målorientert*. Benytter en dette fullt ut, vil en på best mulig måte ivareta pasientens helse og behov. Eide og Eide (2004).

Tegn og signaler, verbale eller non- verbale må ofte tolkes. Avhengig av disse signalene kan møtet med denne personen oppleves på forskjellige måter. Den andres signal og vår tolkning skaper grunnlag for avstand, tillit, samarbeid for å nevne noen. Ulike personer kan også tolke de samme signalene på forskjellige måter. I et kommunikasjonsforhold må det som utspiller seg ut mellom partene fortolkes og forstås i sammenheng (Eide og Eide, 2004).

Sorgendal m.fl. (2003) sier også at høy faglig kompetanse er en forutsetning for god

kommunikasjon og samarbeid med pasienten.

Mackintosh (2007) hevder i sin studie at effektiv kommunikasjon er fundamental i presis måling av smerte. Hun sier videre at helsepersonell må ta seg tid til å snakke med pasienten og lytte. De må også vurdere om det er underliggende faktorer som gir smerte.

Forskjeller på å kommunisere og evne til å tåle sin smerte er store. Pasient og sykepleier kan ha forskjellig oppfatning over hva som er årsak og hva som må gjøres. En utfordring er å kommunisere slik at den enkelte pasient føler seg hjulpet. Flere studier viser at grunnen til at mange pasienter ikke er godt nok smertelindret er en av årsakene på grunn av manglende kommunikasjon. Mange pasienter er passive mottakere av smerte og aktive strategier som problemløsning og aktiv forhandling blir sjeldnere brukt. Dette stiller store krav til sykepleier. Å se på hvordan pasient ser ut som ansiktsuttrykk, puls og blodtrykk, eller hva pasienten sier eller om de har erfaring med slike smerter er subjektive strategier. Sykepleiere bør bruke kartleggingsverktøy i økende grad fordi pasienter har ulike nonverbale uttrykk når de har smerter og underkommuniserer hvor vondt de har det (Rustøen og Wahl, 2008).

I en stor forskningsstudie (Carroll mfl. 1999) om smertemålinger og behandling hos kritisk syke postoperative og traume pasienter viser det at pasientens forventning av smerte og dets behandling var blant annet at de ønsket at ”ekspertene” skulle bestemme for dem.

Andre faktorer som kan påvirke kommunikasjon av smerte er psykologiske faktorer som for eksempel depresjon, tidligere erfaringer, emosjonelt stress. Kulturelle faktorer kan også spille en vesentlig rolle i hvordan de oppfatter smerte og reagerer på dem. Når det gjelder alder så har eldre en tendens til å ha lavere smerteterskel enn yngre voksne. Det er derfor viktig at sykepleier ikke lettere aksepterer smerte hos eldre enn hos andre. Barn har begrensede evner til å uttrykke og konkretisere smertene. Smerter blir lett mistolket av helsepersonell (Nortvedt og Nesse, 1997).

2.5 Mestring

Stress er nært forbundet med mestring. Hvordan vi mestrer er avhengig av hvordan vi er som person. Om personen oppfatter mestring som en prosess, vil de strategiene han velger ofte henge sammen med hvordan han opplever stresset, hvilke konsekvenser han opplever at det har. Smertemestring er det han gjør for å gjøre opplevelsen eller ubehaget mindre. Det omfatter tanker, oppfatninger, holdninger til smerten, følelser og handlinger. Derfor er mestring høyst individuell og varierende i grad fra person til person (Rustøen og Wahl, 2008).

Livet er en form for mestring ved at vi utvikler oss, tilpasser oss og lærer oss nye kunnskaper. Å bli akutt kritisk syk, gjør at en utsettes for store psykiske påkjenninger, i tillegg til medisinsk behandling og intensivsykepleie utfordrer og setter det store krav til mestring. Noen pasienter kan føle seg veldig trygge når de gir seg hen til helsepersonell, mens andre opplever det som krenkende og truende (Gulbrandsen og Stubberud, 2006).

Eide og Eide (2003) sier i forhold til mestring at alvorlige hendelser i livet som sykdom, traumer, katastrofer, vold og dødsfall kan føre til tap av mening og sammenheng, en er i krise eller en stressituasjon. Mestring er å forholde seg til situasjonen slik at mening og sammenheng gjenoprettes, eller bidrar til at en bearbeider følelsesmessige reaksjoner og/eller klarer å løse de vanskeligheter en står overfor. Det finnes ikke et svar på hva som er gode mestringsstrategier. Å velge riktig strategi er det som passer til pasientens situasjon.

Mestring inkluderer selve evnen til å utføre oppgaver (mestringskompetanse) og hvilke følelser eller forventinger vi har til denne utførelsen (mestringsfølelsene). Det er ikke alltid sammenheng mellom de to. Det som er en bragd for en person, er kanskje ingenting for en annen person. Behovet for mestring oppstår når individet blir utsatt for en påkjenning eller belastning. (Ekeland og Heggen, 2007)

Salmon og Manyande (1996) fant ut i sin forskningsartikkel at sykepleiere ofte overestimerte pasientens mestring og underestimerte behovet for smertestillende.

2.5.1 Egenkontroll/egenomsorg og mestring

Som sykepleiere skal vi hjelpe pasienten å gjenvinne egenomsorg og autonomi. Egenomsorg forklarer en dimensjon ved pasientens aktivitet, å ta vare på seg selv. Mens omsorg er hva sykepleier skal gjøre for å understøtte pasientenes egenomsorg. Å ha fokus på pasientens egenmestring er alltid sentralt i sykepleien. Ivaretagelse av pasientens integritet er fundamentalt knyttet til respekt for autonomi og hans rett til informasjon og samtykke til helsehjelp. Dette må være målet for sykepleien så fremt pasienten vil og kan. Autonomi og understøttelse av pasientens egenomsorg er bare en del av omsorgen (Nordtvedt, 2008). I etikken snakkes det om autonomiprinsippet. Det vil si plikten til å respektere autonome personers beslutninger. Det er pasientens rett til informasjon og rett til å velge det som er best for seg selv. Dette er både en etisk og juridisk rettighet, en rett til selvbestemmelse (Brinchmann, 2008).

At pasienten har smertekontroll bidrar til pasientens fysiske og følelsesmessige velvære. Å ha smertekontroll må stå høyt på listen over prioriterte mål i pasientbehandlingen. Det er pasienten som kontrollerer det. Det vil si at det er han som har den endelige autoriteten når det gjelder å kontrollere smerten og alle metoder for smertekontroll så lenge det er trygt, og så lenge det mulig å kommunisere, også ikke verbalt (McCaffery/Beebe, 2003).

Å oppleve at en mestrer livets utfordringer og har en følelse av personlig kontroll er muligens den enkeltfaktor som har størst betydning for velvære og helse. Noen mennesker har også større evner til å mestre negative opplevelser, mens andre igjen blir raskere frustrert og har mindre evne til dette (Håkonsen, 1999).

Mestringsevnen eller handlingsevne er av stor relevans når man snakker om mestring og myndiggjøring. Den er også knyttet opp til den type kontrollfokus som primærkontroll. Er mestringsforventningen høy vil en ha tro på at egne handlinger kan ha innverkning på ens helsetilstand (Ekeland og Heggen, 2007)

I en fagartikkel i sykepleien beskrives ulike former for kontroll eller mestring. Disse er kognitiv

kontroll som forutsetter informasjonssøken og kunnskaper, instrumentell kontroll forutsetter at han får undervisning, og gjennom kommunikasjon og samtale kan vi hjelpe pasienten å se egne ressurser. Den siste er emosjonell kontroll. Pasienten trenger støtte og veiledning, respekt og forståelse. For at pasienten skal oppleve kontroll eller mestring må minst to av de tre former for kontroll være til stede for at pasienten skal føle personlig kontroll. Om pasienten kjenner til og har kunnskaper om behandling og prosedyrer vil usikkerhet og angst reduseres. Dette vil bidra til kontroll og mestring (Varre og Dale 1994).

Sorgendal mfl (2003) sier i sin artikkel om postoperativ smertelindring at mestring er definert som det å ha kontroll. Mangelfull informasjon og ingen innflytelse på det som skjer vil gi en følelse av hjelpsløshet og tap av kontroll. Det å ha valgmuligheter, å få være aktiv å få bevare sin autonomi, er avgjørende for et vellykket postoperativt forløp. Mestring blir sett på som et resultat av den kunnskap, evner, og mulighet til handling som et menneske har.

2.6 Lazarus og Folkmans mestringsteori.

Da jeg har valgt å bruke mestring som mitt fokusområde vil jeg ta utgangspunkt i Lazarus og Folkman sine teorier innefor dette.

Moesmand og Kjøllesdal (2005) har oversatt Lazarus og Folkmann (1984:141) sin definisjon på mestring. *”(..)kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overskrider ens ressurser”.*

I følge Lazarus' mestringsteori gjennomfører en tre subjektive vurderingsprosesser: primærvurdering, sekundærvurdering og revurdering. Ikke alle gjennomgår disse prosessene hver gang, og de trenger heller ikke ha samme rekkefølge. De kan henge sammen eller veksle mellom dem. De kan være bevisste, ubevisste, realistiske eller urealistiske (Moesmand og Kjøllesdal, 2005, og Ekeland og Heggen, 2007).

I *primærvurdering* er den umiddelbare vurderingen av situasjonen og hvilke krav personen står overfor. Det kan sees på som en utfordring og gi positive følelser som håp og iver. Hvilke mestringsstrategier som blir brukt er og så av betydning her. Primærvurderingen gir et resultat som kan oppfattes nøytralt, positivt eller negativt (Moesmand og Kjøllesdal, 2005).

I *sekundærvurderingen* vurderer pasienten sin mulighet for å kunne mestre de kravene som er i situasjonen, hvilke resurser han har og hvilke konsekvenser de valgene han tar, får. Også som i primærvurderingen spiller følelsene inn her. Følelsene kan være de resurser han har for å møte utfordringen (Knutstad og Kamp, 2006).

Revurderingen skjer når mestringsforsøket er gjennomført. Det blir så vurdert hvilke mestringsforsøk som videre er hensiktsmessige. Er situasjonen annerledes, kan pasienten nå gå tilbake og gjøre en ny primær og sekundærvurdering. Lazarus sier at det er kanskje den mest effektive måten å mestre en stressfylt situasjon på (Moesmand og Kjøllesdal, 2005 og Knutstad og Kamp, 2006).

2.6.1 Mestringsmetoder

Lazarus og Folkmann skiller mellom problemfokuset og emosjonelt fokusert mestring og har utviklet en firetrinns modell som kan illustrere forholdet mellom vurderinger, mestring og følelser (Moesmand og Kjøllesdal, 2005, Vedlegg 4).

Problemfokusert mestring tar i følge Moesmand og Kjøllesdal (2005) sikte på å gjøre noe konkret med situasjonen ved å hindre den i å oppstå eller ved å forandre på den, slik at den blir mer tilfredsstillende. Noen strategier på problemfokuset mestring kan være å søke informasjon og støtte, vurdere og velge alternativer og dermed prøve å løse eller håndtere situasjonen.

Der hvor personen ikke har mulighet til å gjøre noe for å endre situasjonen, brukes ofte *emosjonell mestring*. Da tar de sikte på å endre meningen av situasjonen uten å endre selve situasjonen. I følge

Lazarus bruker de fleste en blanding av de to mestringsstrategiene. Akutt kritisk syke kan ha begrenset mulighet til å bruke problemfokuserert mestring. Da antas det at det brukes emosjonelle strategier som gir energi til overlevelsesprosesser (Moesmand og Kjøllesdal, 2005). Hvilket av disse to formene som blir brukt, avhenger på hvilket problem som skal løses, men også kjennetegn på personen og hans omverden (Ekeland og Heggen, 2007).

Salomon og Manyande (1996) beskriver i sin forskningsartikkel at de som brukte mest aktiv og problemfokuserede strategier var de som mottok minst smertestillende. Dette mener de videre beviser at aktiv mestring, som alternativ til smertestillende, blir foretrukket av noen pasienter.

3.0 Joyce Travelbee

Jeg har i henhold til begrepet mestring valgt å bruke deler av Travelbee sine begreper og sykepleieteori. Hennes sykepleietenkning konsentrerer seg om at menneske er et enestående, unikt og uerstattelig individ. Mennesket har felles erfaringer, men den konkrete opplevelsen av lidelse, tap og sykdom er bare dets egne (Travelbee, 2001).

Travelbee (2001:29) definerer sykepleie som:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne meningen i disse erfaringene.”

3.1 Menneske til menneske forhold

Travelbee (2001) sin definisjon på sykepleie er også sykepleiers mål og hensikt i sin utøvelse av sykepleie. Hun mener videre at dette best oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske forhold. Dette er i følge Travelbee (2001) sin grunntanke om at den profesjonelle sykepleieren sin oppgave er å etablere et slikt forhold. Det er først når det enkelte individ opplever den andre som et menneske at en reel kontakt er oppstått. Før slik relasjon kan oppstå må sykepleier og den hun har omsorg for, ha gjennomgått fire faser. Disse er det innledende møte hvor sykepleier vil foreta en observasjon og gjøre seg opp meninger om pasienten, og motsatt. Følelser vil oppstå på de slutninger som tas. Det vil så etableres en tilknytning mellom to ulike individ og fremvekst av identiteter begynner. Evnen til å leve seg inn i og forstå den andres opplevelse er en del av empatifasen. Ut fra empati springer sympati og medfølelse. Her foreligger et ønske om å lindre og at en føler andres plager.

3.2 Kommunikasjon

For å oppnå menneske til menneske relasjonen, er det viktig med kommunikasjon. Travelbee (2001) sier at det ved et hvert møte mellom sykepleier og den hun har omsorg for, foregår kommunikasjon. Hun sier også at det er tre mål som ønskes ved en slik interaksjon: *"å lære den syke å kjenne, å fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov og å oppfylle sykepleiers mål og hensikt."* Å lære den syke å kjenne er å bli kjent med pasienten som et individ. En må møte menneske, oppfatte, respondere på og respektere det unike ved personen. Å fastslå eller identifisere pasientens behov for pleie skjer gjennom observasjon og kommunikasjon. Først da kan man ivareta behovene for pleie til pasienten. Hensikten med disse målene er å kunne planlegge sykepleiehandlinger, å hjelpe lege til å stille diagnose, vurdere behandlingstiltak som lege har forordnet, å samle informasjon som formidles til de andre i helseteamet, forebygge komplikasjoner og følgetilstander og å observere sykdomstegn (Travelbee, 2001).

3.3 Terapeutisk bruk av seg selv

Når en sykepleier bruker seg selv terapeutisk, bruker hun bevisst sin egen personlighet og egne kunnskaper med mål om å framkalle forandring hos pasienten. Denne bruken av seg selv fremmes i sykepleiestudie. Å bruke seg selv terapeutisk dreier seg om å bruke sin personlighet bevisst og målrettet i forsøk på å etablere et forhold til pasienten, slik at en kan organisere sykepleieintervensjonene. Det betyr også at hun må bruke fornuft og intelligens. Dette krever at sykepleier har selvinnsikt, selvforståelse og evne til å tolke både sin egen og andres atferd (Travelbee, 2001).

Varre og Dale (1994) sier at måten det kommuniseres på er like viktig som innholdet. Målet er forståelse og dette skjer ikke automatisk. Hver enkelt pasient er spesiell og sykepleier må vurdere å tilpasse kommunikasjonen til den enkelte.

3.4 Smerte og lidelse

Travelbee (2001) nevner begrepet smerte som "en bestemt art menneskelig erfaring". Som sykdom er smerte et vagt begrep fordi det ikke lar seg observere, men kun lar seg registrere. Hun sier at smerte og lidelser er intenst ensomme erfaringer. Med dette mener hun at det er vanskelig å forstå og vurdere den andres smerte. Det er ikke mulig å være helt sikker på vurderingen av intensiteten av den andres smerter, det vil eventuelt være gjetninger. Men psykisk og fysisk smerte er en erfaring som alle før eller siden vil komme møte. Fysisk smerte er en av flere former for lidelse (Travelbee, 2001).

Hvordan den enkelte reagerer på smerter avhenger av flere faktorer. Travelbee (2001) nevner en faktor som årsaken til smerten, varigheten og intensitet og i hvilken grad det gis smertestillende lindring. Noen vet at smerten vil opphøre og at de får noe fint tilbake, som ved en fødsel. Andre har en fått en diagnose hvor en ikke vet hva en kan forvente etter hvert som denne utvikler seg. Andre faktorer er kulturbakgrunn, religion, livsfilosofi. I visse kulturer reagerer man veldig på ting som vi i vesten anses som uakseptable og overdrevne. Mens religion og livsfilosofi gjør at noen kanskje ser smertene som en mening med noe, gjør andres religion ikke det. Smertene kan vekke angst og frykt for hva som gir smertene. En kan være redd for ikke å få nok smertestillende, eller å få de tidsnok (Travelbee 2001).

4.0 Metode

Metodelæren gir råd om hvordan samle inn, behandle og analysere data. Hellevik (2003:12) bruker i sin bok Vilhelm Aubert sin definisjon på metode:

”En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilke som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”

Det står i henhold til fagplanen at det skal skrives en empirisk oppgave og jeg har derfor valgt å belyse problemstillingen med egne kvalitative intervjuer og aktuell forskning.

4.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Forskningens hovedmål er å gi økt kunnskap, gjennom å forklare eller fortolke omverdenen. For å nå det målet tar all forskning utgangspunkt i ett eller flere spørsmål, problemer eller ideer. (Olsson og Sörensen, 2006).

Kvalitative metoder gir beskrivende data. Det vil si at det er menneskets egne eller talte ord observerbare atferd. Den gir mange opplysninger om få enheter og fokuserer ofte på det unike. Man stiller med ”blanke ark” og prøver å møte informasjonen som om den er helt ny. Forskeren er subjektiv og står i nær kontakt med informanten og har få informanter.

Kvantitative metoder tar utgangspunkt i teorier som bygger på tidligere forskningsresultat/litteraturstudier og egne erfaringer på området. Teorien er strukturert og formuleres i testbare hypoteser og eller definerte formål. Så planlegges og gjennomføres dette empirisk. Forskeren er mer objektiv og har ofte kortvarig eller ingen kontakt med informanten i det

hele tatt og et stort antall informanter (Olsson og Sôrensen, 2003).

Den kvalitative metoden jeg har bygd min teori opp på, handler om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Fenomenologi representerer en forståelsesform der subjektive erfaringer betegnes som kunnskap. Skal den brukes om tilnærming til emne som blir tatt opp, forutsetter det at forsker har kunnskap om faglitteraturen på området. Hermeneutikk handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk (Malterud, 2008). Hermeneutisk forskningsperspektiv har til hensikt å fange opplevelser og uttrykke, fortolke og forstå sammenhenger og muligheten til å forklare (Olsson og Sôrensen, 2003)

4.1.1 Kvalitativt intervju

For å få et godt kvalitativt intervju er det viktig å ha definert formål så vel som problemområde før undersøkelsen. Formålet med et kvalitativt forskningsintervju er å forstå sider ved informantens dagligliv, fra informantens eget perspektiv. Samtalen skal være likt den dagligdagse samtalen, men som et profesjonelt intervju skal det også ha en bestemt metode og spørreteknikk. Et intervju er en konversasjon som har en viss struktur og hensikt. Den går dypere enn den hverdagslige samtalen og blir en varsom spørre- og -lytte- tilnærming som vil frembringe utprøvd kunnskap. Temaet styres av intervjueren og følger opp svarene til informanten (Kvale, 1997).

Kvalitative forskningsintervju er altså temaorienterte samtaler og to personer snakker om det samme temaet som er av interesse hos begge. Den deskriptive siden er å få en så eksakt som mulig beskrivelse av hva informanten føler, opplever og handler (Olsson og Sôrensen, 2003).

4.2 Valg av deltakere

For å få belyst temaet mitt var det naturlig å velge sykepleiere som hadde jobbet mye med smerter og postoperative pasienter. Dette kalles et strategisk utvalg. (Malterud, 2008). Kriterier var at de

måtte ha minimum 5 års erfaring som sykepleier. Ønsket var å få intervju 3 stk sykepleiere. De trengte ikke være intensivsykepleiere, bare de hadde erfaring fra en intensivavdeling og/eller hadde erfaring med postoperative smerter. Informantene jeg ønsket å intervju har jobbet med prosjekter innenfor VAS, de har jobbet med smertepasienter i en årrekke og har vært fagsykepleiere. Med dette utvalget ønsket jeg å få gode erfaringsmessige utsagn fra mine informanter.

4.3 Praktisk gjennomføring

Malterud (2008) sier i sin bok at det som skiller den vitenskapelige tilnærming og overfladisk synsing er en gjennomarbeidet og veldokumentert analyse. Den skal bygge bro mellom rådata og resultat ved at det organiserte materialet blir fortolket og sammenfattet.

Etter å ha fått godkjent min prosjektplan med oppgavens problemstilling og hensikt og intervjuguiden (Vedlegg 3), ble det sendt et informasjonsskriv med søknad om tillatelse til å gjennomføre et intervju på respektive avdeling (Vedlegg 1). Det ble også sendt ut et samtykkeerklæringsskjema til ønskede informanter, hvor det også ble presisert at det hele var anonymt og frivillig og at de kunne trekke seg når de måtte ønske (Vedlegg 2). Etter hvert som samtykke ble gitt ble det avtalt tid og sted for intervjuet. Hele intervjuet ble tatt opp på båndopptaker og i etterkant transkribert. I og med at jeg var alene ble det ikke sjanse til så mye notering utenom, men stilte oppklarende/utdypende spørsmål og noterte dette som stikkord når jeg ikke fikk de utfyllende svarene jeg ønsket. Når intervjuene var blitt transkribert, prøvde jeg å tolke funnene og bygge opp under dem i drøftingen mot den teorien og forskningen som jeg hadde. Jeg kom med egne erfaringer og meninger som eventuelt støttet opp om det som var mine funn. Jeg kalte informantene for A, B og C for å beholde det anonymt. Drøftingen delte jeg opp i de emnene jeg følte det ble fokusert mest på i intervjuene

I søken etter teori til min fordypningsoppgave brukte jeg BIBSYS for å finne relevante bøker som jeg kunne ha i min teoridel. I tillegg brukte jeg ulike helsedatabaser som, PROQUEST, Medline og SveMed, hvor jeg søkte på relevante ord som **smerter, postoperativ, VAS, sykepleier, kunnskap**

og **mestring** for å finne forskningsartikler og undersøkelser som bygget opp under mitt tema. Disse ordene ble brukt alene og i kombinasjon med hverandre på engelsk og norsk. Dette ga meg alt i fra ingen treff til hundrevis. I tillegg søkte jeg i Sykepleiens fagartikler. Jeg valgte til slutt ut 5 norske og 6 engelske artikler som jeg syntes belyste min problemstilling bra. Jeg brukte også teori fra pensumlitteratur. Dette har vært med på å gi meg en god og solid litteraturred som var med på å underbygge mitt intervjuresultat og drøftingsdel.

4.4 Kildekritikk

Jeg har så godt som mulig prøvd å bruke primære kilder, men i noen tilfeller for vanskelig å få tak i boken, eller den var utlånt, eller at artikkelen var for gammel. Noen av de artiklene jeg har brukt er noe gamle, men jeg har valgt å ta de med da de belyste mitt tema veldig bra og var aktuell for det jeg ville ha med i drøftingen. Noen av de norske artiklene var heller ikke av den beste kvalitet, men de jeg tok med syntes jeg belyste temaet mitt såpass at jeg valgte å ta de med.

4.5 Etiske overveielser

Det heter i Helsinkideklarasjonen som er utarbeidet av verdens legeforening at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter. Kvalitative forskningsmetoder gir møter mellom mennesker, og normer og verdier utgjør viktige elementer av den kunnskapen som utveksles og utvikles (Malterud, 2008). Helsinkideklarasjonen gjelder pasienter og er ikke like beskyttende for helsepersonell som utforskes.. Da må vi bruke vårt beste skjønn til å utøve forsvarlig forskningsetikk til dem som betror seg sin kunnskap eller sin hverdag (Malterud, 2008).

Etiske avgjørelser må tas gjennom hele forskningsprosessen. Kvale (1997) sier noe om regler for forskning på mennesker. Informert samtykke innebærer at informantene/intervjuobjektene er

informert om undersøkelsens overordnede mål, hovedtrekk i prosjektplanen. Den skal også informere at det er frivillig å delta og at informanten kan trekke seg når som helst i prosessen. Konfidensialitet innebærer at forskningen ikke skal avsløre informantens identitet. Det betyr at data som kan komme til å avsløre identiteten til informanten ikke skal offentliggjøres. Derfor slettes alle intervjuer etter transkribering.

5.0 Drøfting

5.1 Sykepleiers rolle i smertelindring

Jeg tolker det som at sykepleierne er ganske selvstendige i sitt arbeid med smertebehandling. De bruker sin kunnskap og erfaring til å observere og gi omsorg og trygghet til pasienten. Om smertestillende ikke fungerer er de observante på om det kan være andre ting som ligger bak. De vurderer da om det kanskje er andre tiltak som må til som for eksempel, stillingsendring, andre smertestillende eller kanskje beroligende. Når de ser sin begrensning og har fulgt de retningslinjer som ligger til grunn, kontakter de lege for samarbeid og veiledning.

A: "(..) så spør vi legene våre om vi kan få gi andre ting og det er ikke problemer med ordinasjoner og samarbeid på at vi får gi(..) Det er ikke bare medisiner vi gir. En gir de jo trygghet og omsorg, at vi er der."

C: "da kontakter jeg lege hvis jeg ikke kommer i mål og jeg har prøvd alt(..) Jeg har vært såpass lenge i yrket at jeg tror nok jeg klarer å vurdere om jeg kan gjøre det uten å kontakte lege(..)"

Ut i fra disse utsagnene vet jeg at sykepleierne aktivt bruker det som også kalles sykepleieprosessen. De bruker tverrfaglig samarbeid, samtidig som de bruker den delegerte oppgaven de har til å lindre smerte (Jmf 2.1.1). Dette er også lovpålagt i Helsepersonelloven at sykepleier skal utføre arbeidet sitt i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og at de skal samarbeide med andre kvalifiserte (Jmf 2.1.2). Det nevnes også i sykepleieforbundets (NFLIS) protokoll fra 2004 generalforsamlingen. Der skal sykepleier delta aktivt i prosessen med å gjenopprette pasientens helse. Målet er å etablere en terapeutisk relasjon med pasienten som blant annet innebærer lindrende og behandlende tiltak (Jmf, 2.1). Travelbee (2001) sier i sin sykepleieteori at sykepleierrollen kan være en barriere for menneske til menneske forholdet. Tittelen som "sykepleier" kan gjøre at sykepleier blir oppfattet som bare en tittel og ikke et menneske. Hun kan ofte bli dømt ut fra handlingene sine og hvordan hun gjør disse. Ønske er at hun blir sett på som det hjelpende menneske, kvalifisert til å gi hjelp på grunn av det hun vet, det

hun gjør og det hun kan. Jeg føler at jeg kan bruke min egen erfaring opp mot det som blir sagt her. Som sykepleier har jeg en unik rolle da jeg er mye hos pasienten og ser hvordan pasienten har det når han har vondt. Når legen er der inne mander pasientene seg ofte opp og sier at det ikke er så vondt som det egentlig er. Det er jeg som ser og kjenner pasienten best og kan kanskje vurdere bedre hva pasienten trenger, enn en lege som bare ser pasienten på visitten. Jeg ønsker å bli sett som en som vil lindre pasientens smerter. Dette får også støtte hos McCaffery og Beebe (2003) (Jmf 2.1.1). Sorgendal mfl (2007) sier også at kunnskap å kunne identifisere for så å administrere og vurdere effekt av smertebehandling er en sykepleiers rolle (Jmf 2.1.1).

5.2 Sykepleiers kunnskap om smerte

Jeg fikk inntrykk av at mine informanter har gode kunnskaper og er oppdaterte på dette området. De er som regel aldri i tvil om at pasienten har vondt, og de bruker både sine kunnskaper og ser på klinikken til pasienten. De synes ikke det er vanskelig å vurdere pasientens smerter. Det ble blant annet sagt:

A: ”Jeg synes ikke det er så vanskelig å vurdere smerter. De er som regel våkne og sier at de har vondt, eller jeg kan spørre pasienten.”

B: ”Jeg synes jeg har relativt gode kunnskaper.”

C: ”Jeg føler jeg lærer mye av pasientene mine(..). For så lenge du er lydhør overfor pasientene å det de sier så lærer du alltid noe nytt(..) greit å få litt påfyll av og til.”

Da jeg valgte mine informanter hadde jeg forventinger om at de kunne litt mer om smerter og smertebehandling enn en mindre erfaren intensivsykepleier. Jeg er nokså sikker på ut i fra det de sier om sine kunnskaper, og det å observere klinikk og kroppsspråk for å vurdere pasientens smerter, som regel stemmer med pasientens opplevelse. Ser jeg derimot på hva litteraturen sier om sykepleiers kunnskap om smerte får jeg et litt annerledes bilde. Dette kan gjøre at de svarene som er gitt fra informantene ikke helt stemmer med det som står av funn i teori og forskning. Gulbrandsen og Stubberud (2006) sier blant annet at på grunn av manglende kunnskaper om

virksomheter og bivirkninger og frykten for respirasjon og avhengighet gjør at sykepleier gir mye mindre smertestillende enn det som er forordnet. Almås (2007) sier også at noen sykepleiere kan tolke pasientens smerte ut ifra egne erfaringer. Denne erfaringen kan virke både positivt eller negativt. Det er derfor viktig med kunnskaper om smerter og behandling som vil gi en mer positiv holdning til andres smerter. McCaffery og Beebe (2003) sier også at helsepersonell ikke er klar over at de ikke har kunnskaper som er relevante for dagens smertebehandling (Jmf 2.1.2). Jeg mener dette kan være på grunn av at ledelsen i avdelinger eller høyere hold ikke prioriterer nok kursing og oppdatering av helsepersonell i forhold til smertebehandling. Selv om det i følge lov om spesialisthelsetjenesten (1999) er lovpålagt å utdanne personell for å kunne drive forsvarlig arbeid (Jmf 2.1.2). For at helsepersonell skal få en mer positiv holdning til smerter og behandling synes jeg at det er viktig at det blir lagt frem og tilbudt kurser og utdanning på avdelinger som har pasienter med smerteproblematikk på sine avdelinger.

Når jeg ser på kunnskapen mine informanter har, og hvordan de bruker den for å lindre smerte, synes jeg at noen av Travelbees sykepleiebegreper understreker dette. Hun sier at blant annet at det er viktig med et menneske til menneske forhold. Den profesjonelle sykepleier har som oppgave å etablere dette forholdet (Jmf 3.1). Et slikt forhold bygges opp etter hvert og indikerer at sykepleier vet hva hun driver med, tenker, føler og har erfaring med, og det er avhengig av at hun bruker den tilgjengelige kunnskapen og har forståelsen av den. Travelbee (2001) snakker også om å bruke seg selv terapeutisk. Da skal sykepleier bruke sine kunnskaper for å fremkalle forandring hos pasienten. Her kan det for eksempel være å få pasienten smertelindret så godt som mulig ved bruk av de kunnskapene sykepleier har om smertebehandling (Jmf 3.3). Det at Travelbee (2001) sier at mennesket er unikt, og at den smerten pasienten opplever er hans egen erfaring, understøtter det mine informanter sier om å respektere pasienten og ikke betvile hans smerte (Jmf 3.0).

Watt- Watson mfl (2001) undersøkte tre universitetssykehus om forholdene mellom sykepleiers kunnskaper til smerte og behandlingen av smerter. Resultatet viser at sykepleiers oppfatning om pasientens smerte i forhold til den mengde smertestillende som ble gitt, eller det pasienten opplevde av smertebehandling ikke stemte. Om sykepleier hadde smertekunnskap så ble ikke dette nødvendigvis assosiert med bedre smertebehandling. At mine funn ikke stemmer helt med

forskningen kan sees i forbindelse med at undersøkelsene i forskningen er store og er gjort hos sykepleiere med vekslende erfaring. Jeg derimot har erfarne sykepleiere som jobber med det daglig og har mer kunnskap om det enn den gjennomsnittlige sykepleier.

I undersøkelsen hvor de har tatt for seg om bruk av PCA til postoperative pasienter skal være effektiv, må sykepleier ha kunnskaper om forebygging av smerte, kunne identifisere smerte, administrere medikamenter og vurdere effekten av den. Da kan sykepleier ivareta omsorg og se pasientens totale situasjon gjør at sykepleier har mulighet til å tilpasse behovene til hver enkelt pasient og kan derfor påvirke behandlingen aktivt (Sorgendal mfl, 2003) (Jmf 2.1.2). Her ser jeg at selv om disse pasientene styrer sin egen smertelindring er det viktig at en ikke glemmer å ha sykepleiers tilstedeværelse og kompetanse der. Det er de som har kunnskapen for at det postoperative forløpet skal oppleves optimalt. Det ser jeg også selv når jeg jobber med pasienter som bruker PCA. De kan ofte ha behov for ekstra smertebehandling i starten av forløpet. Da er det viktig at jeg har kunnskaper om den smertebehandlingen de får og at de får det de trenger.

5.2.1 Får pasienter nok smertelindring

I spørsmål om informantene føler de gir nok smertestillende forstod jeg det som om at de ikke er tilbakeholden på det. Det kunne nok hende at de ikke får gitt tilfredsstillende smertelindring på grunn av for eksempel at det er travelt. Men de er veldig bevisst på at pasienten skal få det han trenger og de tenker lite på avhengighet og respirasjonsdepresjon. Når de ikke frem med sin smertelindring så samarbeider de med legen om at de kan prøve andre medikamenter. Det kan også være andre ting enn smertestillende som skal til. Det kan være noe beroligende eller rett og slett litt omsorg og trøst.

A: "(..) noen kan være veldig beskjedne og sier ikke fra. Men det går for det meste greit. Men at vi kanskje ikke smertelindrer dem nok, det er en annen problemstilling(..) spesielt når det er travelt og vi har mange pasienter kan det ta lang tid før vi kommer tilbake til den pasienten vi ga smertestillende.

B: "Jeg tviler aldri på at pasienten har vondt, men jeg kan jo lure på om det er riktig medikament(..).

Det er ikke aktuelt å tenke avhengighet.”

C: ”Pasienter som kommer og har det veldig vondt er veldig vanlig. Da kan en ikke begynne å snakke om VAS å sånn. Det gjør jeg først når jeg har gitt smertelindring(..). Det kan nok ha skjedd, men jeg er vel litt mer bevisst på det.”

Fra tidligere i drøftingen vet jeg at mine informanter sjelden betviler pasientens smerte. Jeg vet at det som regel ikke blir holdt tilbake på å gi mye smertestillende. Det kan i visse tilfeller oppstå undring over hvorfor pasienten har fremdeles mye vondt etter store mengder analgetika. Rustøen og Wahl (2008) jmf (2.2) presiserer det å ikke betvile pasientens smerter. Mange helsepersonell er ofte redd for å bli lurt av pasienten til å gi mer enn han trenger. Da bør en huske å ha i tankene at grunnen til at en ikke skal tvile på pasienten er at smerten er fullstendig subjektiv og det er han som opplever det sånn (Knutstad og Kamp, 2006). Jeg opplever at i slike situasjoner hvor vi ikke får pasienten smertefri må det prøves ut andre medikamenter, eller kanskje også at det er noe galt i forhold til det inngrepet pasienten har hatt. Men det kan også være at pasienten trenger litt å slappe av på eller bare ei hånd å holde i. Almås (2007) sier derimot at sykepleiere ofte holder seg for mye til doser av smertestillende som er godt under det som legen har forordnet. Gulbrandsen og Stubberud (2006) sier at grunnen som nevnt tidligere at dette er på grunn av mangel på kunnskap om patologi og virking av medikamentene (Jmf 2.1.2). Denne situasjonen ser jeg ikke hos mine informanter. De mener at avhengighet er et ”ikke tema” når det gjelder smertelindring hos postoperative pasienter. Mine informanter er litt ivrige i uttalen når jeg nevner avhengighet.

A: ”Å nei, avhengighet tenker en ikke på i det hele tatt.

C: ”Det er gammelt tull. Pasienter får ikke ruseffekten gitt at de har smerter.”

De er heller ikke bekymret for respirasjonen og A sier som så: ”(..) de er så godt overvåket her at det er ikke noe problem!”

Å bruke seg selv terapeutisk sier Travelbee (2001) er å bruke sin personlighet og kunnskap for å få frem forandring hos pasient, noe som krever selvinnsett, selvforståelse og evne til å tolke sin egen og andres adferd (Jmf 3.3). Om sykepleiere kanskje er mer bevisst på disse tingene vil nok mange

pasienter hadde sluppet å ligge med unødige smerter. Mine informanter er som sagt veldig tydelige på hva de mener om avhengighet. Jeg vet av egen erfaring at jeg tenker sjelden eller aldri på om pasienten kan utvikle avhengighet med de medikamentene jeg gir til akutte postoperative smerter. Men pusten er jeg litt bekymret for til tider, men som sagt er de godt overvåket på intensiv så det er sjelden et problem.

I tillegg til teori støtter også forskning opp om at pasienter ikke får nok smertestillende. I Watt-Watson (2001) sin artikkel viste det at pasienter som rapporterte fra moderate til sterke smerter, gjennomsnittlig bare fikk 47 % av de smertestillende medikamentene som var forskrevet. Storparten av pasientene i denne amerikanske studien viste at pasientene rapporterte om ubehandlede smerter og var undermedisinert. Mer kunnskap betydde ikke nødvendigvis mer smertestillende (Jmf 2.1.2). Av erfaring fra vanlige poster, hvor det ikke er tilgjengelig overvåkningsutstyr, kan jeg være litt mer tilbakeholden på smertestillende. Der har jeg ikke samme mulighet til å overvåke pasienten som på en intensiv avdeling. Jeg må kanskje springe ut fra rommet til pasienten innimellom smertebehandlingen også. Dette mener jeg kan være en av grunnene til at mange pasienter er underbehandlet på sykehuset i dag.

5.3 Sykepleiers bruk av smerteskalaer

Bruken av smerteskalaer er av varierende grad hos mine informanter. De synes alle det er et viktig hjelpemiddel i smertebehandling, men bruken av den fikk jeg inntrykk av at er så som så. Når det gjelder kunnskap om de forskjellige måtene å måle smerte på visste de at der fantes andre, men de kaller det for VAS uansett hvilken metode de bruker.

A: "Føler VAS er hovednavnet på alle og de kommer inn under dette.(..) Jeg brukte det mye før, når vi hadde det i rutinene."

B: "For det første, du sier VAS, men det du egentlig mener er NRS.(..) Det er NRS vi bruker, men vi sier VAS. Det gjøres overalt.(..) jeg tror det er mange sykepleiere bruker en mer "ikke standardisert" verbal skala." Videre svarte informanten at: "Jeg forholder meg til VAS."

C: ”For å si det sånn, hvis det er pasienter som har hatt veldig vondt, så er jeg veldig bevisst på å bruke den.”

På grunnlag av den erfaringen disse sykepleierne har, skjønner jeg at de kanskje ikke alltid har behov for å bruke kartleggingsverktøy hver gang. Men i forhold til det litteraturen sier burde de kanskje bruke den mer enn det de gjør. På den måten kan det kanskje ha større effekt på de som ikke er så erfarne og som burde bruke den hver gang. For litteraturen sier at for å gjøre grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter er datasamling en del av denne sykepleieprosessen. Hjelpemidler for datasamling kan være smerteskalaer som VAS, NRS eller VRS (Jmf 2.1.1 og 2.3). Men jeg vet at bruken av smerteskalaer er veldig tilfeldig brukt. Svaret jeg får fra noen av mine informanter er at de ønsker å bruke den og gjør det av og til. Men i sitt daglige arbeid gjør ikke alle det. Dette får også støtte fra teori og forskningsundersøkelser. Rustøen og Wahl (2008) nevner at helsepersonell har lettere for å stole på egne observasjoner av pasienten (Jmf 2.3). MacCaffery og Beebe (2003) nevner også i sin bok at for å forstå og arbeide for pasientens mål er det viktig å bruke hjelpemidler, men det blir ofte forsømt. Travelbee (2001) mener at smerte er ensomme erfaringer som ikke lar seg observere. Det blir kun med gjettinger vi kan prøve å forstå smertens intensitet (Jmf 3.4). Når jeg leser dette og ser på hva mine informanter sier om sin vurdering selv uten hjelpemidler får jeg noen tanker om de virkelig bedømmer smerten så godt som de sier. For i følge litteratur og forskning så gjør de jo ofte ikke det. At det kan være vanskelig å forstå og bedømme smerter er jeg enig i. Men om helsepersonell hadde tydd mer til hjelpemidler i sin vurdering ville kanskje dette gjøre det litt enklere å forstå og vurdere andres smerte.

Reiersdal mfl (2007) registrerte i sin undersøkelse at kun 10 % brukte smerteskalaer ofte, mens i en annen norsk undersøkelse Øverbø mfl (2006) ble det sagt at hele 95 % brukte en form for skala, men kun en av fire brukte den daglig (Jmf 2.3). Disse to undersøkelsene viser to litt forskjellige resultater og den nyeste viser at det ikke brukes, mens den eldre viser at det blir brukt en eller annen form for smertekartlegging. Grunnen til dette kan kanskje være at det er kun ett sykehus involvert i den ene og kun to sykehus i den andre. Hvordan praksisen på det ene sykehuset blir gjort kan derfor være med på å gi et feil inntrykk av hvordan det gjøres for eksempel på landsbasis. For å finne ut dette, må det kanskje en landsdekkende og større undersøkelse til.

Om smerteskalaer brukes mer, eller mindre i utlandet, var faktisk litt vanskelig å finne. Jeg fant mye som omhandlet bruken av den, men ikke om sykepleiere bruker den i sitt daglige arbeid. I den utenlandske studien gjort av Carroll mfl (1999) viser det at sykepleier bruker for lite hjelpemidler i å kartlegge pasienters smerte. Nå er denne artikkelen litt gammel, og ting har nok endret seg siden 1999. Det står for eksempel nevnt i Reiersdal mfl (2007) at det i California i 2001 ble lovpålagt å vurdere smerter som det 5 vitale tegn og skal gjøres på lik linje med blodtrykk og puls, respirasjon og temperatur.

Jeg vet selv av erfaring at min egen bruk av smerteskala er litt tilfeldig. Vurdering av pasientens oppførsel og hva han sier selv blir ofte det jeg tyr til. Jeg kjenner meg også igjen når jeg ser på hva mine informanter sier når de svarer på spørsmålet om deres egen bruk av smerteskala. Retningslinjer for slik bruk er kanskje noe av det som må sees på for å få det mer inn i rutiner. Dette ser jeg nærmere på i 5.3.1.

5.3.1 Retningslinjer/rutiner og protokoller for smertebehandling og bruk av smerteskalaer

Ut i fra det mine informanter sier så forstår jeg at faste retningslinjer for akutt smertebehandling på sykehuset er for dårlige eller ikke eksisterende. Det er ønsket om å ha rutiner og protokoller på hvordan det skal gjøres fordi gode smertebehandlingsrutiner og bruk av hjelpemidler er til god hjelp for både sykepleiere og pasienter. Det virker som om de gangene det er prøvd å lage disse, stopper det ofte opp eller flyter ut i ingenting.

A: (...) vi har jo jobbet veldig iherdig med prosedyrer(...). Rutinene er for dårlige. Enkelt og greit. Jeg kunne tenkt meg at vi hadde hatt en fast rutine på enkelte inngrep.

B: ”Jeg synes ikke det er lagt opp i det hele tatt(...) når det ikke finnes noen retningslinjer, det finnes liksom ingen rutiner, det finnes ingen struktur for å få det til å fungere(...). Faglig oppdatering må til og VAS må stå på papirene. Da får du det inn i journalen.”

C: ”Nå har vi jo en postoperativ veileder(...). Det som kan være et problem i forhold til VAS og dokumentasjon og lignende, det finnes ingen rubrikk på det. Så det kan virke litt tilfeldig hvordan

vi bruker det.”

Grunnen til dette mener jeg er at det er dårlig og lite samarbeid leger i mellom fra forskjellige spesialiteter, i tillegg til lite samarbeid med sykepleiere. Det kommer også til uttrykk hos informantene og får blant annet støtte fra undersøkelsen fra Reiersdal mfl (2007) som sier at i tillegg til manglende kompetanse, spiller systemet en rolle i form av dårlig organisering og manglende rutiner og standarder for smertebehandlingen. Disse utsagnene får også støtte fra teorien, blant annet fra Rustøen og Wahl (2008) som sier at til tross for positive erfaringer med bruk av hjelpemidler som VAS, er det ikke samsvar mellom opplevd nytteverdi og aktiv bruk av dem. Det er derfor viktig med gode rutiner og opplæring av nye medarbeidere. Almås (2007) mener det er viktig for å få en grundig og nøyaktig kartlegging av smerter å bruke hjelpemidler (Jmf 2.3). For at den skal kunne vise effekt av smertebehandlingen må hjelpemiddelet brukes regelmessig, og det må dokumenteres i hans papirer.

For at smertebehandling skal bli høyere prioritert mente noen av informantene at det burde opprettes en form for smertekontakt. Informant **B** sa: ”Det som hadde vært det ideele hadde vært om det var en postoperativ smertesyrkepleier på Intensiv.” Men hun mente også videre at dette må være organisert og det må lages retningslinjer, for ellers så vil det bare flyte ut. En smertekontakt har ansvar for rådgiving og opplæring på sin avdeling når det gjelder systematisk kartlegging, observasjon, evaluering og dokumentasjon av smerte og smertekartlegging (Rustøen og Wahl, 2008). Det er i dag utviklet retningslinjer for smertebehandling i postoperative smerte og kreftrelaterte smerter i flere land. I Norge er dette arbeidet kommet til kort, foruten om at det er startet fra Norsk smerteforening arbeid med postoperative smerter. Det er derfor en utfordring å få utviklet forpliktende retningslinjer for helsepersonell (Rustøen og Wahl, 2008). Hvorfor det er slik i Norge er vanskelig å si. Jeg mener som sagt at det mangler mye på samarbeid leger i mellom og mellom sykepleiere. Det virker som kanskje det gamle hierarkiet mellom de ulike profesjonene har vanskelig for å slippe taket.

Inn i retningslinjene ønsker informantene en rubrikk på anestesiskjema hvor en kan notere VAS når pasientene kommer, under opphold og før de sendes opp. Dette er også under diskusjon så en av

dem. Da tror jeg det vil bli mye enklere å bruke slike målinger for da blir du minnet på det og du føler at du må gjøre det. Det vil nok gi et mye tydeligere bilde på smertenivået til pasienten. Forhåpentligvis vil pasientene få en bedre smertelindring mens de ligger på intensiv i og med at de retningslinjer som faktisk foreligger sier at de ikke skal sendes på post før de har en VAS på 3 eller lavere. I Reiersdals mfl (2007) undersøkelse om hvorfor det ikke ble brukt skala svarte svært mange at det ikke var rutine på avdelingen som del- eller hovedårsak. At det ikke var tid ble nevnt også, men ikke som eneårsak. Videre sier artikkelen at å tilegne seg ny kunnskap og å få gjennomført enkelte standarder ikke alltid er like lett å få gjennomført. Dette ansvaret ligger i følge lovverket hos organisasjonsledelsen (Jmf 2.1.2). Sommer mfl (2008) fant ut i sin studie at måling av smerter på noen sykehus ikke blir gjort uten at pasienten har EDA eller PCA. De mente videre at for å få optimal smertebehandling vil standardisert dokumentasjon av smertescore være viktig.

5.4 Smerter og kommunikasjon

Mine informanter legger vekt på hvordan pasienten uttrykker sin smerte. De ser mye på kroppsspråket til pasienten, klinikken og det som blir uttrykt verbalt. Men de legger også vekt på hvordan de kommuniserer bruken av smerteskala slik at pasientene forstår hvor de vil hen med sine tall og ord.

A: ” de gir som regel uttrykk for at de er smertepåvirket ved å lage lyder og er urolige i sengen.(..) en kan se på ansiktsuttrykkene om en slapper av og har det bra.”

C: ”(..) hva er akseptabelt for deg, og har du rimelig god smertelindring.(..) en annen ting i forhold til VAS er hvordan du spør pasienten om VAS. Det er ofte vanskelig for de å gjengi et tall for smerter.”

Smerteskala er en måte å kommunisere på. Mine informanter varierer som sagt i bruken av smerteskala. Men de ser mye på kroppsspråket, altså den non-verbale kommunikasjonen, om pasienten har smerter. Rustøen og Wahl (2008) viser til undersøkelser der mange pasienter ikke ble godt nok smertelindret på grunn av dårlig kommunikasjon. Dette kan skje fordi pasient og

sykepleier har forskjellige oppfatninger (Jmf 2.4). Men så sier hun videre at å vurdere pasienten på kroppsspråk og uttrykk er gode indisier på hvordan helsepersonell kan planlegge, iverksette og evaluere smertetiltak. Vurdering av smerter på denne måten krever at sykepleier har gode kunnskaper på flere områder og hun må kunne sette seg inn i pasientens situasjon og forstå hans reaksjoner, vise empati. Dette er noen av elementene som inngår i Eide og Eides (2004) fremstilling av profesjonell kommunikasjon (Jmf 2.4). Det Eide og Eide her nevner kommer også inn under Travelbees tenking om å skape et menneske til menneske forhold ved kommunikasjon gjennom å bruke seg selv terapeutisk (Jmf 3.1, 3.2, 3.3). Det er som regel enkelt å se på en pasient om han har smerter. Men det hender at jeg opplever at kroppsspråket ikke stemmer overens med sånn som pasienten har det. Jeg kan kanskje tro at pasienten sover, men spør jeg i etterkant så kan de si at de har hatt mye smerter. Mens andre kan si at de ikke har vondt, men jeg ser på pasientens væremåte at det ikke stemmer. Grunnen til dette kan være at pasienten ikke vil være til bry, men ønsker å opptre som en lydig og ikke masete pasient. Dette kommer også frem i en artikkel der det ble undersøkt hvordan sykepleiere så på og tolket smerter. De pasientene som ikke "maste" ble sett på som "populære" pasienter, mens de som "maste" ble sett på som "krevende" (Salmon og Manyande, 1996).

Det kan også være forskjellige faktorer som også spiller inn på kommunikasjonsforståelsen. Pasienter kommuniserer sin smerte på forskjellige måter og de non-verbale uttrykkene som ansikts- og kroppsspråk i tillegg til puls og blodtrykk er subjektive. Pasienter har forskjellige non-verbale uttrykk og kan derfor underkommunisere hvor vondt de har. Alder, tidligere opplevelser av smerte, psykologiske tilstander, kulturer er faktorer som kan påvirke hvordan de uttrykker sin smerte. Disse signalene må tolkes, og de kan tolkes forskjellig på samme signal (Jmf 2.4). Det er derfor veldig viktig å ha dette i tankene når en kommuniserer med en som har smerter. Og derfor bør sykepleiere bruke kartleggingsverktøy i økende grad fordi pasienter har ulike nonverbale uttrykk når de har smerter og underkommunisere hvor vondt de har det (Rustøen og Wahl, 2008). Travelbee (2001) sier at observasjon og kommunikasjon er mål for å kunne planlegge å vurdere behandlingen. Da må en lære den syke og kjenne (Jmf 3.2). Har pasienten dårlig erfaring med smerter tidligere, så vet jeg av erfaring at hans reaksjon kan være sterkere enn det som er "normalt" forventet. Også i forskningslitteraturen nevnes dette. Mackintosh (2007) (jmf 2.4) sier at det er

viktig at sykepleier tar seg tid til å prate og lytte til pasienten. Da kan det komme frem underliggende faktorer som gjør at smerten oppleves verre. På den måten tror jeg pasienten kanskje vil føle seg bedre smertelindret og ivaretatt enn om de ser at sykepleier fyker forbi og har ikke tid. Da er de kanskje mer restriktive med å spørre etter smertestillende. Som nevnt tidligere, de vil ikke mase. Da vil de heller ikke få noen adekvat smertelindring og konsekvensene av dette er et dårlig postoperativt forløp som kan gi komplikasjoner og til og med kunne gi kroniske smerter (Jmf 2.2.1).

De finnes jo mange skalaer å måle smerte med. Kommunikasjon og tidspunkt ved bruken av disse er avgjørende for at pasienten skal skjønne hensikten med dem. Å bruke VAS med linjal krever for eksempel god motorikk og kognitiv funksjon. Da vil den kanskje fungere dårlig på eldre (Jmf 2.3). Da mener informant **B** at: ”Da kunne man prøvd den skalaen med ansiktene. Den er jo omvandlingsbar til NRS.” Dokumentasjon av NRS har vist at denne er bedre i bruk hos eldre og den gir et bedre bilde av pasientens smerte (Jmf 2.3).

En informant nevner at hun ikke tar i bruk VAS når pasienten huler av smerte. Da gir hun smertestillende og så kommer hun til VAS i etterkant, og forklarer hvordan denne virker når pasienten er såpass våken og klar. Lauren mfl (1998) kommer også innpå dette at VAS ikke fungerer bra når pasienten er omtåket og kvalm (Jmf 2.3). Det kan også være problemer med hvordan pasienten oppfatter intervallene av det vi spør om. Om pasientene vet at tall under 3 er akseptabel smertegrense, kan dette føre til andre problemer igjen. Som informant **C** sier: ”Påvirker du da pasienten når du spør om det, at du gir føringer som gjør at pasienten svare det du vil?” Dette ser en igjen hos Carrol mfl (1999) hvor pasienten ønsket at ”ekspertene” skulle bestemme for dem (Jmf 2.3). Det samme har jeg erfart med noen av mine pasienter. De synes det er vanskelig med de tallene og spør kanskje hva jeg synes. Da er det viktig å omformulere måten å spørre på, slik at de skjønner hvor jeg vil hen, eventuelt skifte smerteskala. Travelbee (2001) sier at kommunikasjon er en gjensidig prosess som sykepleier bruker for å søke å gi informasjon, mens pasienten bruker den for å få hjelp. For å identifisere behovene til pasienten må der observasjon og kommunikasjon til.

5.5 Pasientens opplevelse av smerter og mestring.

Hvordan pasienten opplever og mestrer sin smerte blir påvirket av mange ting mener informantene mine. Det er mange faktorer som kan spille inn.

A: ”Har de ligget lenge på forhånd med smerter, syns de kanskje det bare er godt.”

B: ” Men jeg vet jo at det er pasienter som har VAS på 5 og er glimrende fornøyde.”

Pasienter som har ventet lenge på operasjon og har gått med mye smerter kan gjerne komme med slike utsagn. Teorien sier at smerte er definert som både noe fysisk og noe emosjonelt. Det er en subjektiv samlet opplevelse som både inneholder smerteimpulser, psykiske, sosiale, tidligere opplevelser og eksistensielle faktorer (Jmf 2.3). Portkontrollteorien kan være en forklaring på at smerter oppleves forskjellig. Her spiller det inn på nevnte faktorer hvor mye informasjon som slippes gjennom ryggmargen og registreres som smerte i hjernen (Jmf 2.2.2). Avledning kan være en måte å bruke portkontrollen på for å få pasienten til å tenke på noe annet enn smertene. Mine informanter nevnte at kanskje det å få pasienten til å stå opp av sengen kunne snu trenden på stressresponsen. Det å kunne spøke og le gjorde at de også tenkte på andre ting enn smerten. Avledning kan være en måte å bruke problemfokusert mestring på for å tenke mindre på smertene. Det hjelper pasienten med å endre situasjonen (Jmf 2.6.1). Vistnes (1997) sier at dette er en del av mestringsstrategier å bruke avledning. Av erfaring vet jeg at om jeg får en god tone med pasienten, og klarer å avlede noe av smerten med en god samtale, så synes de ofte at smerteintensiteten ikke er fullt så sterke lengre. I Sommer mfl (2008) sin studie om 1490 pasienter som gjennomgikk ulike inngrep, mente forfatteren at om pasienten ble distraheret kunne dette på en kognitiv måte redusere hans smerte. Travelbee (2001) nevner faktorer som spiller inn på hvordan pasienten opplever smerter (Jmf 3.4). Alle disse faktorene er også med på å påvirke hvordan hver og en mestrer smerte.

En av informantene mine nevner at noen bare blir en ”sylfide”, mens andre kan hyle og brøle. Hos pasienter med en annen kulturbakgrunn har jeg erfaring med at de kan bruke en noe annerledes måte å mestre sine smerter på enn det jeg er vant til. De bruker kanskje mer lyd og verbale

strategier, mens andre igjen ikke lager noe lyd og ligger helt stille. Dette tyder på at det blir brukt en mer emosjonellfokusert mestringsmetode (Jmf 2.6.1). Mestring er høyst individuell og varierende i grad fra person til person (Jmf 2.5). Rustøen og Wahl (2008) sier at mange pasienter er passive mottakere av smerte og aktive strategier som problemløsning og aktiv forhandling blir sjeldnere brukt. Dette stiller store krav til sykepleier. Forskning viser at de som bruker aktive og problemløsende strategier ofte mottar mindre smertestillende. Disse bruker kanskje aktiv problemløsning som et alternativ til smertestillende (Jmf 2.6.1). Travelbee (2001) nevner også at i visse kulturer reagerer mennesker på måter som vi i Vesten kan synes er overdrevne eller uakseptable (Jmf 3.4).

Informantene mener også at god informasjon om hvordan en bruker smerteskala kan bidra til en slags egenmestring når de på den måten kan styre smertebehandlingen litt selv.

A: ”(..) om de klarer å gradere sin egen smerte, at de vet betydning av VAS. Det er til hjelp for egenmestring.”

C: ”(..) at han kan hjelpe seg selv på den måten(..) blir på en måte mestring til selvhjelp.”

Klarer pasienten på denne måten å gjenvinne kontroll vil dette bidra til at han oppnår bedre velvære fysisk og psykisk. Jeg har sett at pasienter som styrer sin egen smertebehandling via PCA eller EDA oftest kommer mye raskere i gang med mobilisering og har bedre velvære og gnist. Disse er også ofte bedre fulgt opp når det gjelder bruk av smerteskalaer. De som ikke har slik kontroll over sin smertebehandling trenger derfor hjelp til å gjenvinne egenomsorg og selvbestemmelse (Jmf 2.5.1). Om han kan uttrykke ved hjelp av en smerteskala, hvor intense smertene er, vil sykepleier enklere kunne behandle hans smerter. Da vil han ut ifra sin primær- og sekundærvurdering kunne vurdere situasjonen og bruke de ressursene han har, som for eksempel ett tall på intensitet av smertene hans (Jmf 2.6). Da vet han at om han sier et tall som er høyere enn 3 vil han få smertestillende før mobilisering settes i gang. Etter at smertestillende er gitt vil han gjøre en revurdering av situasjonen og om han er klar for mobilisering. På den måten vil han føle en mestringsfølelse av at han har noenlunde kontroll over situasjonen (Jmf 2.5). Personlig kontroll nevnes i fagartikkelen til Varre og Dale (1994). Å kunne ha kunnskap om, og kjenne til hva som

skal skje, reduserer angst og usikkerhet, og bidrar til kontroll og mestring (Jmf 2.5). Sorgendal mfl (2003) sier også i sin artikkel at det å ha kontroll er det samme som å mestre sin situasjon (Jmf 2.5.1). I Salmon og Manyande (1996) ble det funnet at det å ha en mer angstfull personlighet og som hadde mindre innsikt i helse var de som mestret tilværelsen sin dårligst og ble sett på som mer krevende pasienter. Da vil jeg tro at forklaring, samarbeid og tilstedeværelse og det å vise omtanke kan hjelpe slike pasienter langt på vei og de vil kanskje kunne mestre sine smerter bedre.

6.0 Oppsummering

Dette ble en stor oppgave og det var mange temaer som kom inn under det jeg skrev. Det er derfor mye jeg sikkert kunne skrevet mer om og belyst bedre, men på grunn av begrensning av oppgavens størrelse måtte jeg prøve på best mulig måte å holde meg innefor mitt valgte tema.

Formålet var å se på om sykepleier synes hun har smertekunnskap og om hun bruker smerteskala i sin vurdering av smerter for å fremme mestring hos postoperative pasienter. Jeg har da prøvd å knytte mine funn opp mot det teori og forskning sier om emnet i tillegg til å komme med egne erfaringer der jeg kunne. Mange av funnene jeg fikk i intervjuene stemte ikke helt med det som sto i teori og forskning. Men i og med at mine informanter som sagt hadde mye kunnskap om emnet, skilte resultatet seg litt ut. At pasienter blir underbehandlet på norske sykehus tror jeg nok at teori og forskning har mye rett i. Men dette tror jeg nok er forbeholdt de vanlige postene og kanskje ikke så mye intensivavdelinger. Frykt for overmedisinering og respirasjonsstans er nok noen av grunnene til dette. Det er mye enklere å overvåke en pasient på en avdeling med overvåkningsutstyr enn en avdeling som har delt pasientene på flere rom og en har ikke samme kontroll.

I bruk av smerteskala fikk jeg et resultat som stemte noenlunde med det som teori og forskning sa. Det blir for lite brukt. Retningslinjer i forhold til bruk smerteskala er for dårlige. Bedre retningslinjer og mer samarbeid i tverrfaglige grupper kan nok rette på dette. Men dette er ikke lett.

I forhold til mestring tror jeg at mer bruk av egenkontrollert smertebehandling, som for eksempel PCA, vil være med på å øke egenomsorg og rekonvaliseringsprosessen postoperativt. Sammen med bruk av smerteskala kunne dette hjelpe pasienter til å få en større egenmestring og vite hva de kan kreve av smertebehandlingen. Jeg håper at denne oppgaven er med på å gjøre også meg mer bevisst på hvordan jeg vurderer mine pasienters smerter og at min bruk av smerteskala bedres.

6.1 Forslag til videre forskning

For å finne ut om de sykepleierne som jeg intervjuet hadde de kunnskapene de sa de hadde, kunne det være interessant å gjøre en undersøkelse av postoperative smerter hos pasienter på denne avdelingen. Det kunne også være interessant å se på hvor pasientene satte sine smerter i forhold til det pleierne gjorde.

Litteraturliste

Aambø, A (2007) **Smerter**. Oslo, Cappelen akademisk forlag AS

Almås, H. (2007) **Klinisk sykepleie 1**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Brinchmann, B.S. (2008) **Etikk i sykepleien**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Carroll, K. C et al. (1999) **Pain assessment and management in critically ill postoperative and trauma patients: A multisite study**. American Journal of Critical Care. Vol 8, Iss 2.
Tilgjengelig fra ProQuest. [Internett] [lest 06.01.09]

Eide, T. & Eide, H. (2003) **Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ekeland og Heggen, (2007) **Meistring og myndiggjering**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hellevik, O. (2003) **Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap**. Oslo, Universitetsforlaget AS

Høgskolen Stord/ Haugesund (2008) **Fagplan for videreutdanning i intensivsykepleie, kull 2008**

Jensen, T.S, Dahl, J. B & Arendt- Nielsen, L. (2004) **Smerter- en lærebog**. Århus, FADLs Forlag A/S, Copenhagen

Knutstad, U. og Kamp, B. Nielsen (2006) **Sykepleieboken 2**. Oslo, Akribe AS

Kvale, S. (1997). **Det kvalitative forskningsintervju**. Oslo, Ad Notam Gyldendal AS

Lauren, J. mfl (1998) **The analog scale in the immediate postoperative period: intrasubjekt variability and correlation with a numeric scale.** Departments of Anesthesiology. Tilgjengelig fra ProQuest. [Internett] [lest 06.01.09]

LOV-1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell [Internett] [www.lovdata.no]

LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten [Internett] [www.lovdata.no]

Mackintosh, C. (2007) **Assesment and management of patient with post-operative pain.** Nursing Standard Tilgjengelig fra ProQuest. [Internett] [lest 12.12.08]

Malterud, K. (2008). **Kvalitative metoder i medisinsk forskning.** Oslo, Universitetsforlaget AS

McCaffery, M & Beebe, A. (2003). **Smertter.** Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2005) **Å være akutt kritisk syk.** Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk sykepleier forbund. Protokoll fra Generalforsamling NSFLIS 2004. [Internett] [www.sykepleierforbundet.no]

Nortvedt, P. (2008) **Sykepleiens grunnlag.** Oslo, Universitetsforlaget AS.

Nortvedt, P og Nesse, J.O. (1997) **Smertelindring** Oslo, Universitetsforlaget.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003) **Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver.** Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Reiersdal, O, Helland, E.S. & Breland, H.P. (2007) **Sykepleiere bruker ikke smerteskala.** Sykepleien Fag. [Internet] [lest 17.12.08]

Rustøen, T og Klopstad Wahl, A. (2008) **Ulike tekster om smerte.** Oslo, Gyldendal norsk forlag AS.

Salmon, P & Manyande, A. (1996) **Good patients cope with their pain: postoperative analgesia and nurses' perceptions of their patients' pain.** [Internet] Tilgjengelig fra Medline [lest 06.01.09]

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

Sommer, M. mfl. (2008) **The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients.** European Journal of anaesthesiology. Tilgjengelig fra ProQuest. [Internett] [lest 12.12.08]

Sorgendal, T.F, Kvernes, A & Kive, E.H. (2003) **Smertebehandling: Metodevalg ved postoperativ smertelindring.** Sykepleien Fag nr 17, 2003 [Internet] [lest 17.12.08]

Travelbee, J. (2001) **Mellommenneskelige forhold i sykepleie.** Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Tønnesen, T.I. (2003). **Postoperativ smertebehandling.** Oslo, AD Notam Gyldendal AS

Varre, P. og Dale, L. (1994) **God informasjon -bedre mestring.** Sykepleien Fag, årgang 82, nr 6 [Internet] [lest 18.12.08]

Vistnes, K (1997) **En mestringsmodell med vekt på følelsene.** Sykepleien Fag, nr18 [Internet] [lest 06.02.09]

Watt-Watson, J mfl (2001) **Relationship between nurses' pain knowlegde and pain management outcon\mes for their postoperative cardiac patients.** Journal of Advanced Nursing. Tilgjengelig fra ProQuest. [Internett] [lest 12.12.08]

Øverbø, N.L, Eckhoff, M.R. & Dihle, A. (2006) **Hvor gjør det vondt?** Sykepleien Fag nr 3, 2006 [Internet] [lest17.12.08]

Søknad om tillatelse til å gjennomføre et intervju på intensivavdelingen på Haugesund sykehus til bruk i min fordypningsoppgave.

Fordypningsoppgavens problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier hjelpe en pasient med å mestre sine postoperative smerter ved hjelp av kunnskap om smertebehandling og bruk av smerteskalaer?”

Formål: Jeg ønsker å se på kunnskap av smerter og smertebehandling og bruken av VAS i smertelindring og om dette kan hjelpe sykepleier å bedre smertelindring til pasienten og dermed bedre mestring av pasientens smerter.

Jeg søker herved om tillatelse til å utføre et kvalitativt intervju. De jeg ønsker å intervju er sykepleiere/intensivsykepleiere som har erfaring fra tema og minst 5 års ansiennitet. Antall informanter som er ønsket er 3 stykker.

Metoden som skal brukes i denne oppgaven er kvalitativt intervju. Dette tror jeg vil belyse mitt tema best. Jeg ønsker å bruke båndspiller under intervjuet slik at jeg ikke taper verdifull informasjon. All informasjon og data vil bli anonymisert og makulert ved oppgavens slutt.

Informantene deltar frivillig og kan når som helst trekke seg. Intervjuet ønskes gjennomført i uke 2 og 3 i 2009. Om dette blir vanskelig kan intervjuene gjennomføres på et tidligere tidspunkt.

I og med at jeg kjenner de fleste som jobber der har jeg en viss ide om hvem jeg ønsker å intervju. Men om du kan komme med forslag til hvem som har mye kunnskap innenfor dette temaet hadde dette vært fint.

Håper på et positivt svar fra deg.

Med vennlig hilsen

Samtykke erklæring

Oppgaveskriver:

Veileder:

Problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier hjelpe en pasient med å mestre sine postoperative smerter ved hjelp av kunnskap om smertebehandling og bruk av smerteskalaer?”

Formål: Jeg ønsker å se på kunnskap om smerter og smertebehandling og bruken av VAS i smertelindring og om dette kan hjelpe sykepleier til å gi bedre smertelindring til pasienten og dermed bedre mestring av pasientens smerter.

Jeg ønsker å være med i undersøkelsen	Ja	Nei
Jeg ønsker mer informasjon om temaet	Ja	Nei
Jeg er kjent med at jeg kan trekke meg på hvilket som helst tidspunkt, og alle opplysninger anonymiseres	Ja	Nei
Jeg godtar at det blir brukt båndopptaker under intervjuet	Ja	Nei

Sted og dato

Signatur

Intervjuguide

- Ønske velkommen og takke for at de stiller opp
- Presentasjon av tema og problemstilling.
- Forklare hvordan jeg ønsker å gå frem
- Fortelle hvordan dataene vil bli brukt
- Forsikre om anonymitet og at de har mulighet til å trekke seg om de ønsker

Gjennomføringen

- Skape en rolig og hyggelig atmosfære
- Uforstyrret rom
- La samtalen vandre, ikke avbryte informant
- Skape tillit
- Starte med enkle spørsmål og bygge under disse

Problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier hjelpe en pasient med å mestre sine postoperative smerter ved hjelp av kunnskap om smertebehandling og bruk av smerteskalaer?”

- 1) Beskriv dine erfaringer til pasienter med akutte postoperative smerter? (Skjer det ofte, er det vanskelig å vurdere, forskjeller på kjønn og alder)
- 2) Hvordan vurderer du dine kunnskaper i forhold til smertelindring? (Syns du har lite, nok, ønsker mer, noe spesielt innenfor smertelindring)
- 3) Hva synes du om måten rutiner og organisering på smerteprotokoller er lagt opp på din, intensiv avdeling? (Mangler, savner du noe, finnes det gode rutiner)Får du spørsmål om å hjelpe, kan vi spørre, legen som gjør det?
- 4) Kjenner du til VAS i smertelindring, eller andre måleskalaer og hvordan vurderer du din bruk av slike metoder? (Ulike VAS metoder, bruker du noe form for slik måling, hvorfor/hvorfor ikke)
- 5) Hvordan synes du at VAS fungerer i forhold til å vurdere akutte smerter? (Unøyaktig, enkelt, samsvar med det du tror)

- 6) Hvordan vurderer du om pasienten trenger mer smertestillende? (Klinikk, kroppslige tegn og uro, VAS)
- 7) Hvordan stiller du deg til en pasient som fremdeles sier han har smerter tross i at han har fått store mengder smertestillende? (Tviler du på hans utsagn, venter du, kontakter du lege)
- 8) Hvordan opplever du at du gir den smertestillende lindringen som pasienten trenger? (Mener du gir god lindring, ser det på pasient, spør pasient)
- 9) Hva tror du hyppigere bruk av VAS vil kunne gjøre for pasienten innenfor smertelindring?(mestre bedre, raskere mobilisering)
- 10) Beskriv hvordan opplever du en pasient som er godt smertelindret? (Mindre komplikasjoner, mer stabil)
- 11) Er det noe mer du vil tilføye som du føler ikke er nevnt som kunne være viktig?

Tusen takk for at du stilte opp!

