



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 60

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Hvordan kan sykepleiere ved sykehus bruke endimensjonale kartleggingsverktøy til å foreta en tilfredsstillende smertekartlegging?

Antall ord *: 8874

Engelsk tittel *: How can nurses in hospitals use one-dimensional pain assessment tools to perform decent pain assessment?

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleiere ved sykehus bruke endimensjonale kartleggingsverktøy til å foreta en tilfredsstillende smertekartlegging?

How can nurses in hospitals use one-dimensional pain assessment tools to perform decent pain assessment?

Kandidat 60

Bachelor i sjukepleie

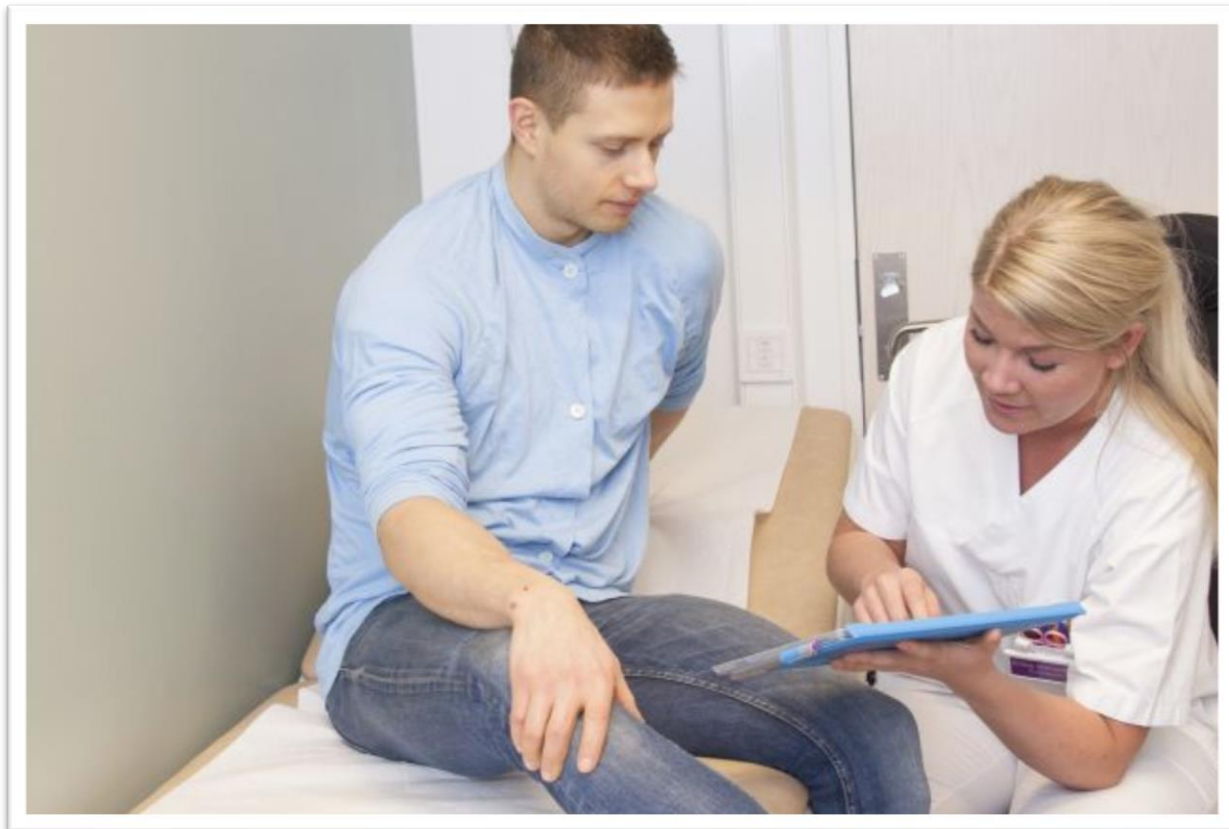
Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19 kl 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.



Dips (u.å) Hentet fra <https://www.dips.com/no/legene-bekymret-eget-sprak> den 24.april 2019

«Hvor vondt har du fra null til ti?»

Kull 2016

Sveio April 2019

8874 Ord

Sammendrag

Tittel: Hvor vondt har du på en skala fra null til ti?

Bakgrunn: Smerte er den vanligste årsaken til kontakt med helsevesenet. Dette resulterer i at sykepleiere møter smerte på alle arenaer innenfor helsesektoren. Når det kommer til møte med pasienter med smerter ved sykehus, er dette tilfellene som ofte er mer kritiske enn de man trygt kan behandle hjemme eller i kommunehelsetjenesten. Dette krever igjen at sykepleiere innehar nok kunnskap når det kommer til nøye smertekartlegging, smertebehandlingen i etterkant og har evne til god ivaretagelse av pasienten.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere ved sykehus bruke endimensjonale kartleggingsverktøy til å foreta en tilfredsstillende smertekartlegging?

Hensikt: Studiens hensikt er å belyse sykepleierens unike rolle når det kommer til smertekartlegging. Studien går ut på å utprøve endimensjonale kartleggingsverktøy da det vises gjennom egen praksis at det ofte er de kartleggingsverktøyene som blir brukt.

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie, hvor det er brukt 4 forskningsartikler og annen relevant faglitteratur for å belyse problemstillingen.

Funn: Sykepleiere trenger å øke kunnskapen rundt smertekartlegging, smertebehandling og smerte generelt. Pasienter uttrykker at det kan være utfordrende å kategorisere smerteintensitet ut fra en tall-skala. Utfyllende spørsmål er svært viktig for å få et større innblikk i pasientens smerteopplevelse. Endimensjonale smerteskalaer bør ikke stå for en smertekartlegging alene, men gir sykepleierne et raskt overblikk over situasjonen til pasienten. Bruken av endimensjonale kartleggingsverktøy er også gunstig over tid når det kom til vurdering av smertebehandlingen, og om denne har hatt ønsket effekt.

Nøkkelord: smertekartlegging, kartleggingsverktøy, kommunikasjon, sykepleie, smerte, sykehus

Abstract

Title: How is your pain on a scale from zero to ten?

Background: Pain is the most common cause for contact with health care services. Nurses will therefore experience patients with pain in all arenas within the health sector. When it comes to meeting with patients with pain in hospitals, these are cases that is often more critical than those you can safely treat at home or in other healthcare services like nursing homes. This requires that nurses have sufficient knowledge when it comes to careful pain assessment, post-treatment pain management and the ability to properly care for the patient.

Research question: How can nurses in hospitals use one-dimensional pain assessment tools to perform decent pain assessment?

Aim: The purpose of the study is to clarify the nurse's unique role when it comes to pain assessment. The study aims to establish the quality of one-dimensional mapping tools, as it is shown through own experience that this is one of the most preferred pain assessment methods used in hospitals.

Methodes: The assignment is a literature study, where 4 research articles and other relevant literature have been used to answer the research question.

Findings: Nurses need to increase their knowledge of pain assessment, pain management and pain in general. Patients say that categorizing pain intensity from a number scale can be challenging. Supplementary questions are very important for gaining a greater insight into the patient's pain experience. One-dimensional pain scales should not represent a pain assessment alone, but it shows that these scales give the nurses a quick overview of the patients situation. The use of one-dimensional assessment tools is also beneficial over time when it comes to assessing the pain treatment and whether it has had the desired effect.

Keyword: Pain assessment, pain, pain assessment tools, communication, nursing, hospital

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Hensikt med oppgaven	6
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	7
1.4 Begrunnelse av valg av problemstilling	7
1.5 Avgrensning og presisering.....	7
2 Teori	8
2.1 Florence Nightingale	8
2.2 Smerte.....	8
2.3 Akutt og/eller kronisk smerte	9
2.4 Smertekartlegging/-vurdering.....	9
2.5 - Kartleggingsverktøy	10
2.6 Kommunikasjon	11
2.7 Relasjon	11
2.8 Sykepleierrollen.....	12
3 Metode.....	12
3.1 Litteraturstudie	13
3.2 Litteratursøk	13
3.3 Søkord.....	13
3.4 Kildekritikk	14
3.5 Metodekritikk	14
3.6 Forskningsetikk	15
4 Resultat – artikler	15
4.1 – En skala er ikke tilstrækkelig til at vurdere smerter - Nielsen, M. B., & Noe, B. B (2017).....	15
4.2 – Kartlegging av smerter gav økt refleksjon - Nortvedt, L & Wiborg, A. G., & Nittebergg, I. J., & Romsland, G. I (2013).....	16
4.3 – Quality Improvement Project: Replacing the Numeric Rating Scale with a Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA) Tool - Topham, D & Drew, D (2017)	17
4.4 A Canadian online survey of oncology nurses’ perspectives on the defining characteristics and assessment of breakthrough pain in cancer. - Fitch, M. I. & McAndrew, A & Burlein-Hall, S (2013)	17
4.6 Hovedfunn.....	18
5 Drøfting	19

5.1	Subjektiv opplevelse av smerter.....	19
5.2	Viktigheten av kommunikasjon og samarbeid med pasienter som har smerter	20
5.3	Bruken av endimensjonale kartleggingsverktøy.....	21
5.4	Bruken av flerdimensjonale kartleggingsverktøy.....	23
6	Konklusjon	24
7	Litteraturliste	25
8	Vedlegg	28
	Vedlegg 1: Søk i Svemed.	28
	Vedlegg 2: Søk i PubMed.	28
	Vedlegg 3: Søk i Cinahl.	28
	Vedlegg 4: NRS-Skala	29
	Vedlegg 5: VAS-Skala	29
	Vedlegg 6: ESAS-skjema.....	30
	Vedlegg 7: Mcgills smertekartleggingsskjema	31
	Vedlegg 8: Kvalitativ forskningsartikkel sjekklister	32

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Smerte er den vanligste årsaken til kontakt med helsevesenet, og det viser seg at 50% av alle voksne som oppsøker lege har smerte (Felleskatalogen, 2016). Man vil som sykepleier møte smerte på alle arenaer innenfor helsesektoren. Pasienter innlagt på sykehus vil ofte ha smerte i en eller annen form, men når dette er forårsaket eksempelvis av gjennomført kirurgisk inngrep, traume eller udiagnostiserte smerte har sykepleieren en svært viktig rolle når det kommer til kartleggingen av disse og planlegging av videre behandling. Dette grunnet at disse tilfellene ofte er mer kritiske enn de man trygt kan behandle hjemme eller i kommunehelsetjenesten.

Smertevurdering er et veldig komplekst tema og krever at sykepleieren har en del kunnskap om ulike smertestillende legemidler, diagnoser og de symptomene som kan utspeile seg. I tillegg til dette må sykepleieren ha kjennskap til ulike smertekartleggingsverktøy og kunnskap nok til å bruke disse godt. Smertekartlegging kan være krevende, da det eksempelvis kan være akutte og stressende situasjoner og det kan være utfordrende å samarbeide med pasienter som har smerter og er redd.

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne Bachelor-oppgaven er å belyse hvilken unik mulighet vi har som sykepleiere til å vurdere pasientene våre og til å bidra til god smertebehandling, og samtidig bidra til økt trygghet og tillit til helsevesenet generelt. Temaet jeg har valgt til denne Bachelor oppgaven er smertevurdering og bruken av kartleggingsverktøy.

Erfaringsmessig består mye av hverdagen til en sykepleier av smertekartlegging, behandling og dokumentasjon. Et av de mest brukte smertekartleggingsverktøyet sett i praksis er 11-trinnskalaen NRS. Jeg ønsker å gå i dybden og se hva vi som sykepleiere kan gjøre for å optimalisere smertebehandling for våre pasienter under sykehusopphold.

Dette er mye av grunnen til at jeg ønsker å sette meg godt inn i temaet. Ikke bare for å kunne styrke min egen kompetanse rundt smertevurdering, men også for å heve frem viktigheten av grundig og god smertekartlegging og hvordan dette kan bidra til at en sykehusinnleggelse kan føles så trygg som mulig for pasienten. Oppgaven er dermed skrevet primært i et sykepleieperspektiv, men vil også i en viss grad omhandle pasientens opplevelser og synspunkter da man som sykepleier i mindre grad kan arbeide målrettet uten disse.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Hvordan sykepleiere ved sykehus bruke endimensjonale kartleggingsverktøy til å foreta en tilfredsstillende smertekartlegging?

1.4 Begrunnelse av valg av problemstilling

Egne erfaringer fra praksis har gjort meg oppmerksom på viktigheten av smertekartlegging, og jeg har sett at endimensjonale smertekartleggingsverktøy er det mest foretrukne i praksis.

Som fremtidig sykepleier vil jeg i stor grad møte pasienter som har behov for smertekartlegging og behandling, og da vil mine evner til å vurdere smerte ha stor betydning for mine pasienter. Jeg velger å ikke ha en problemstilling jeg kan svare ja eller nei på, da jeg ønsker at denne litteraturstudien kan fremme viktigheten av god kunnskap om kartleggingsfasen og betydningen av den når det kommer til pasienter med ulik smerteproblematikk.

1.5 Avgrensning og presisering

Jeg velger først og fremst å avgrense oppgaven til pasienter innlagt på sykehus. Valget falt på dette da det er mest naturlig for meg å velge pasienter på sykehus ut ifra nåværende arbeidssituasjon og fremtidig ønske for arbeidsplass.

Ettersom smerte er et relativt stort tema, valgte jeg å avgrense oppgaven til temaet fysisk smerte, da psykiske smerter også er en problemstilling man vil møte i arbeid som sykepleier ved sykehus. Det viser seg også ofte å være en kombinasjon av både psykisk og fysisk smerte man må iverksette tiltak mot. Men ettersom dette er en bacheloroppgave med ordbegrensning vil besvarelsen derfor primært handle om fysisk smerte, den psykologiske delen knyttet opp til dette og sykepleierens rolle og ansvar.

I søk etter artikler vil en finne flere som omhandler både sykepleiere og leger i vurderingssaker om omhandler smerte, dette på grunn av det tverrfaglige samarbeidet rundt pasientene. Her har jeg valgt å være litt selektiv i valg av artikler som omhandler sykepleierne og deres roller i situasjonen, ettersom dette er en bacheloroppgave innen sykepleierfaget.

Jeg vil ikke ha et videre fokus på medikamentell behandling i denne oppgaven, dette vil kun komme frem som smertebehandling gjennom besvarelsen. Oppgaven er heller ikke knyttet opp mot en spesiell diagnose, det vil gjenspeiles i de artiklene som presenteres. Derimot vil man kunne se at de valgte artiklene er knyttet opp mot smertekartlegging og kartleggingsverktøy, og at artiklene tar opp både sykepleier- og pasienterfaringer.

2 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere teori som jeg ser på som relevant for min problemstilling og som jeg skal bruke videre i drøftingsdelen. Jeg vil blant annet ta for meg Florence Nightingale sin sykepleieteori. Videre vil jeg skrive om definisjonen på smerte, ulike typer smerte, kartlegging og kartleggingsverktøy, kommunikasjon, relasjon og sykepleierens rolle når det kommer til temaet.

2.1 Florence Nightingale

Florence Nightingale har vært en inspirasjon for mange innenfor sykepleierfeltet. Hun hadde fra ung alder vært opptatt av å ta seg av syke mennesker, både i og utenfor egen familie, og følte etter hvert at det var et kall fra Gud at hun skulle pleie syke (Fause & Micaelsen, 2011, s. 87-88). Hennes synspunkter har vært banebrytende for sykepleierutdannelsen helt frem til i dag. Mangen av hennes synspunkter er også sentrale for meg og min studie.

Nightingale mente sykepleieren skulle være oppriktig interessert i den sykes situasjon (Fause & Micaelsen, 2011, s. 155), og at sykepleierens fokus skulle være det syke menneskets kropp og alle de plager eller begrensinger som kom med sykdommen (Fause & Micaelsen, 2011, s. 291). Hun mente at for å kunne observere godt, var man nødt å ha en hensikt med selve observasjonen, og at sykepleierens observasjoner måtte komme til syne i nøyaktige og konkrete rapporter til legen om pasienten nåværende tilstand (Kristoffersen, s. 154-155). De områdene Nightingale mente var sentrale for sykepleierne å observere anses å være de samme områdene en sykepleier har ansvar for å kartlegge i dag (Kristoffersen, s. 155).

Hun skrev blant annet i en av sine bøker at sykepleieren må kunne, eller lære seg ulike kjennetegn på ulike sykdommer og ha god omsorgsevne for å kunne pleie den syke (Fause & Micaelsen, 2011, s. 291) (Kristoffersen, s.154). Pasientene var syke og for å kunne utøve god sykepleie kreves grundig observasjon av pasienten, finne og iverksette nødvendige tiltak (Fause & Micaelsen, 2011, s. 291). For henne var det viktig at sykepleierne skulle vite fakta om pasientene, og ikke basere valg av behandling ut fra den oppfatningen sykepleieren selv fikk av pasienten (Alvsvåg, 2016, s. 87).

2.2 Smerte

Smerte som fenomen vil si at det er kroppens måte å bevisstgjøre sin erfaring av det å ha vondt (Nortvedt, 2016, s. 173). Det å oppleve smerter er universell og menneskelig, og det er den viktigste årsaken til at man oppsøker helsevesenet for hjelp (McCaffery & Beebe, 2001, s. 11). McCaffery definerer smertefenomenet som dette:

«Smerte er hva den opplevende sier det er, når han/hun sier smerte er tilstede»
(siteret i Nortvedt, 2016, s. 117, oversatt til norsk av meg).

Smerter oppstår som oftest helt uavhengig av pasientens egen vilje (Nortvedt, 2016, s. 173). Dette gjør at pasienter som opplever smerte er i en sårbar situasjon hvor en opplever å miste evnen til å kontrollere egen kropp.

Opplevelsen av smerte er gjerne preget av tidligere erfaringer av smerter fra tidlig barndom (Nortvedt, 2016, s. 173). Smerteopplevelsen blir derfor påvirket av alle de tidligere erfaringer og fremtidige forventninger til smerte. Dette er et viktig utgangspunkt når sykepleieren skal hjelpe og ikke minst forstå en person i smertepåvirket tilstand (Nortvedt, 2016, s. 173-174).

Toleransegrensen vil alltid variere fra person til person (McCaffery & Beebe, 2001, s. 26)., uansett hvor likt pasientforløpet ser ut. Mennesket vet intuitivt hva smerte er, og det er derfor ingen tvil om når vi kjenner på smerte. Pasienten vil da umiddelbart bruke alle sine krefter og vilje på å takle denne smerten så langt det lar seg gjøre (Nortvedt, 2016, s. 173).

2.3 Akutt og/eller kronisk smerte

Kronisk smerte blir kategorisert som smerte som varer over en lengre tidsperiode, og ut fra forskjellig litteratur vises det uenighet om når man kan kategorisere smerter som kroniske da det fremkommer både etter tre og seks måneder ((Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 414). Det litteraturen er enig om derimot er at slike smerter kan vare over flere år. Ved kronisk smerte som vedvarer over år kan opplevelsen av kontrolltap være dominerende og en kan oppleve at smerten styrer livet (Bastøe, 2011, s.95). Det kan også være utfordrende å definere kronisk smerte og en kan oppleve en tilbakevending etter en eller flere perioders smerteopphold. En vil møte disse pasientene innenfor alle arenaer i helsesektoren og man har derfor en stor mulighet til å gjennomføre kartlegging over lengre tid (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 414)

Akutt smerte oppstår ved vevstraume, eksempelvis brudd, kirurgi, kuttskader (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 394), eller obstruksjon i en utførselskanal. Slik smerte har også en beskyttende funksjon da det er et signal om skade og/eller sykdom (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 394). Akutte smerter oppstår ofte brått, og vil gjerne avta dersom årsaken behandles. Det som ofte kjennetegner akutt smerte er at de varierer i intensitet selv om de ofte kategoriseres høyt på en smerteskala og er som oftest tidsavgrenset (Nortvedt, 2016, s. 175). Det er viktig med rask og god kartlegging når det kommer til akutt smerte, og deretter starte med rett og hensiktsmessig behandling for å unngå komplikasjoner (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 395)

2.4 Smertekartlegging/-vurdering

Sykepleieren har en unik rolle når det kommer til smertevurdering, og det er ofte sykepleieren som gir pasientene tilfredstillende smertelindring og best smertekontroll (Danielsen & Berntzen & Almås, 2016, s. 388) (McCaffery & Beebe, 2001, s. 13). Sykepleieren er den som tilbringer mest tid sammen med pasienten, og kan dermed vurdere situasjonen både før, under og etter tiltakene er satt i gang (McCaffery & Beebe, 2001, s. 13). Det er viktig at man har en gjensidig tillit mellom pasienten og helsepersonellet når det kommer til god og optimal smertelindring (Danielsen & Berntzen & Almås, 2016, s. 388). Sykepleieren må kunne stole

på at pasienten gir uttrykk for reel smerte og pasienten må kunne stole på at han eller hun får rett behandling (Danielsen & Berntzen & Almås, 2016, s. 388).

Smerte kan komme av så mangt. I noen tilfeller trenger man heller ikke å ty til smertestillende legemidler for å lindre, det kan være nok med å endre leie eller avlaste noen kroppsdeler (Bastøe & Frantsen, 2016, s. 365). Dette viser godt hvor viktig det er med en god helhetsvurdering av smertene når det kommer til slike situasjoner. Det er svært viktig å samle informasjon før man iverksetter tiltak (Bastøe & Frantsen, 2016, s. 365), Manglende forståelse for hvordan smerter skal vurderes og manglende kunnskap om smertestillende legemidler kan føre til at man lett kan misforstå og trekke forhastede konklusjoner ut ifra pasientens situasjon (McCaffery & Beebe, 2001, s. 12). Sykepleieren kan vurdere pasienten ut ifra det han eller hun ser, men dette er ofte utilstrekkelig hos ellers godt fungerende mennesker. Noen kan prøve å skjule smertene, og dersom sykepleieren ser tegn til smerte må man derfor være frempå og spørre pasienten direkte (Borge, 2011, s. 628). Det betyr ikke at sykepleieren ikke kan gjøre seg opp en mening før man konsulterer med pasienten selv. Objektive tegn på smerte kan eksempelvis være blek og klam hud, forhøyet blodtrykk og rask puls (Stubberud, 2011, s. 421) (Danielsen & Berntzen & Almås, 2016, s. 398).

2.5 - Kartleggingsverktøy

For å kunne planlegge, iverksette, evaluere smertenivå og systematisk tilpasse pasientens smertebehandling er man avhengig av en grundig og nøyaktig kartleggingsprosess i forkant (Danielsen & Berntzen & Almås, s. 390). Slike verktøy vil være en god ressurs for sykepleieren, og kan bidra til at pasienten får overført sin subjektive opplevelse til en konkret og pålitelig beskrivelse og vurdering av egen smerte (Danielsen & Berntzen & Almås, s. 390).

I praksis finnes det mange ulike typer kartleggingsverktøy og det er viktig at man velger det mest hensiktsmessige verktøyet for pasientens aktuelle situasjon. Det er også viktig at pasienten forstår hvorfor sykepleieren velger å bruke slike verktøy da det kan gjøre at pasienten bidrar i større grad i egen smertekartlegging.

Kartleggingsverktøy kan deles inn i to kategorier; en- og flerdimensjonale.

Endimensjonale skalaer tar kun for seg smerteintensitet og eksempler på dette er Visuell analog skala (VAS) og Visuell numerisk skala (NRS) (Danielsen & Berntzen & Almås, s. 390) som brukes ved at pasienten selv vurderer smerten ut fra en tall- eller linjeskala.

Flerdimensjonale kartlegger som man ser ut fra navnet flere dimensjoner rundt smerten, blant annet påvirkning på funksjoner, søvn, livskvalitet og smerteintensiteten (Danielsen & Berntzen & Almås, s. 390). Eksempel på flerdimensjonale verktøy er McGills smerteskjema (MPQ) (Danielsen & Berntzen & Almås, s. 390), CAPA og ESAS.

I praksis har jeg erfart at det mest foretrukket kartleggingsverktøyet som blir brukt NRS-skalaen. Dette er et verktøy hvor man ber pasienten vurdere smerteintensiteten ved hjelp av en 11-trinnsskala som går fra et ytterpunkt som markerer ingen smerte (0) og andre ytterpunkt som markerer verst tenkelig smerte (10) (Danielsen & Berntzen & Almås, s. 390). Det vises også at dette verktøyet er det som går igjen, gjennom forskningsartiklene valgt for denne litteraturstudien.

2.6 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan enkelt defineres som en utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter (Eide og Eide, 2014, s. 17). Det vil si at man gjør noe felles eller tilgjengelig for andre, eksempelvis å dele tanker med andre enn deg selv. Man vil alltid ha en form for kommunikasjon i møte med andre, selv om dette gjerne skjer underbevisst.

Kommunikasjon skjer blant annet gjennom øyekontakt, nikking og speiling av bevegelser; dette kalles nonverbal kommunikasjon, hvor man uttrykker seg uten bruk av ord. På andre siden har vi verbal kommunikasjon hvor man uttrykker seg i form av ord og uttrykk. Kunsten med kommunikasjon er å oppfatte samspillet mellom verbale og nonverbale (Eide og Eide, 2014, s. 14)

Det er mange faktorer som kan utfordre kommunikasjon mellom pasient og sykepleier; redsel og utrygghet er eksempler på dette. Sykepleieren har derfor en viktig oppgave når det kommer til kommunikasjon med sine pasienter, og det er viktig at man har forståelse for situasjonen og toner seg inn på pasientenes ulike behov. Med at pasienten da i noen tilfeller holder tilbake informasjon om egen smerte, utsettes kroppen for en belastende stressituasjon som gjør helingsprosessen vanskelig. Det er da viktig at sykepleieren tydelig får frem hva som er målet med smertekartleggingen, videre smertebehandling og hvordan de selv skal forholde seg til sin smertesituasjon (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 398).

Ettersom mange pasienter har stor tillit til sykepleieren som profesjonell aktør, er det viktig å få frem at pasienten er den største påvirkningskanalen i situasjonen, da det er pasienten selv som eier sin egen opplevelsen av smerte (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 394).

Corcoran forklarer helse kommunikasjon som en dialog mellom fagperson og pasient hvor man utveksler informasjon og reflekterer rundt helse (Tveiten, 2015, s. 182). Noe som også er sentralt innenfor kommunikasjon er begrepene health literacy og compliance. Nutbeam definerer *Health Literacy* som evnen til å kunne forstå, fortolke og bruke informasjonen med hensikt å fremme egen helse og *Compliance* som vil si en evne til å følge gitte råd eller ta kontroll over egen situasjon (Tveiten, 2015, s. 182).

God kommunikasjon er hjelpende og pasientrettet og i helsesektoren vil hjelpende kommunikasjon være viktig. Dette innebærer evnen til å gjennomføre aktiv lytting, ha gode samtale-, intervju-, og rådgivingsferdigheter (Eide & Eide, 2014, s. 20).

Gode kommunikasjonsferdigheter er sykepleierens hjelpemiddel til å kunne forstå pasienten som person, danne og forstå deres relasjon og til å gi bedre hjelp og støtte (Eide & Eide, 2014, s. 20-21).

2.7 Relasjon

Begrepet relasjon beskrives som en forbindelse, kontakt eller forhold mellom mennesker (Eide & Eide, 2014, s. 17). Det samme gjelder relasjonen mellom den hjelpende og den trengende, videre benevnt som sykepleieren og pasienten. Som sykepleier vil engasjement og empati være forutsetninger for at sykepleieren skal kunne identifisere behov for sykepleie, og pasienten må føle på trygghet og tillit i møte med sykepleier. Dette kan være mindre

utfordrende dersom man har dannet en god relasjon mellom pleier og pasient. Evnen til å skape god relasjon er viktig for et hvert pleier og pasientforhold, og kan ut fra forskning spille en rolle når det kommer til behandlingsresultatet (Eide og Eide, 2014, s.140).

2.8 Sykepleierrollen

Som sykepleier har man mange roller og funksjoner gjennom en arbeidsdag. Sykepleieren skal fremme helse, forebygge og behandle sykdom og/eller komplikasjoner, gi støtte og undervisning, og være en trygghet for pasientene eller brukerne (Alvsvåg, 2015, s. 80). Ofte er det snakk om å utføre flere av disse funksjonene samtidig. Nightingale hevdet at sykepleierne har en todelt rolle, der den ene anses å være legenes assistenter som utfører prosedyrer og behandlingstiltak, og i tillegg til å ha et ansvar for døgntinuerlig observasjon av, og pleie og stell til den syke (Fause & Micaelsen, 2011, s. 291). Sykepleieren kan også sees på som et formidlingsorgan mellom pasient og lege, og dette er et viktig punkt når det kommer til observasjon og kartlegging.

Pasientens situasjon og egen opplevelse av situasjonen vil også være betydningsfull for en sykepleier og vil være utgangspunktet for å utføre sykepleie (Alvsvåg, 2015, s. 80). Det kan ofte være vanskelig for et menneske å ivareta sin rett til autonomi (Kristoffersen & Nordtvedt, 2016, s. 108). Da er det viktig at vi som helsepersonell ikke går inn som en autoritet som avgjør for pasienten om han eller hun har smerte og eventuelt hvilken smerte det er snakk om (McCaffery & Beebe, 2001, s. 16). Sykepleieren har ansvar for at det skal bli ett godt samarbeid når det kommer til smertevurdering og lindring. Det er også viktig at pasienten så langt det lar seg gjør får være med å ta avgjørelser når det kommer til hvilke behandlingstiltak som skal iverksettes (Danielsen & Berntzen & Almås, 2016, s. 388). Det er viktig at sykepleieren fremmer sin faglige kompetanse, viser refleksjon og evner til å bidra mot en trygg relasjon mellom pleier og pasient. Dette fører ofte frem til at pasienten føler seg hørt og forstått (Alvsvåg, 2015, s. 80). En støttende, spørrende og interessert holdning, samt å være bevisst på sin objektive deltaking i vurderingen er egenskaper en sykepleier bør inneha. Sykepleieren bør fokusere på og støtte opp pasientens egen ressurs som informasjonsformidler slik at pasienten selv føler en medvirkende rolle i egen behandling (Alvsvåg, 2015, s.80).

3 Metode

Metode blir beskrevet på som et verktøy for å anskaffe seg kunnskap og som et hjelpemiddel for noe en vil undersøke. Metoden er altså vårt redskap for å finne den informasjonen man trenger i undersøkning av et tema (Dalland, 2012, s.111-112) og denne informasjonen kan videre brukes til å svare på den valgte problemstillingen i oppgaven. Sosiologen Vilhelm Aubert (Dalland, 2012, s. 110) beskriver begrepet metode slik som dette;

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder.»

3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie går ut på å orientere seg i tidligere forskning, for så å knytte dette opp mot den valgte problemstillingen (Dalland, 2012, s. 228). Studien bygger i hovedsak på skriftlige kilder, men kan også inneholde egne erfaringer fra praksis (Dalland, 2012, s. 223). Omfanget av en slik litteraturstudie vil være påvirket av selvvalgt tematikk, og avhenger av hvilken grad temaet er belyst fra tidligere (Dalland, 2012, s.228). Ved å studere tidligere forskning kan man sammenligne resultatene å komme fram til flere svar, deretter skal man sette kunnskapen i system og vurdere innholdet.

Det finnes flere metoder for å innhente data. De blir ofte skilt i to kategorier; *Kvalitative* og *kvantitative* metoder. Kvalitative metoder tar for seg som følelser eller opplevelser i motsetning til den kvantitative metoden som tar utgangspunkt i målbar informasjon som kan videreføres i et system. Dette kan gi oss konkrete svar som gjennomsnitt eller prosentdel av et fenomen som eksempelvis smerter i en større gruppe (Dalland, 2012, s. 112).

3.2 Litteratursøk

For å finne frem til forskningsartiklene brukt i denne oppgaven gikk jeg gjennom de databasene jeg har tilgang til som student ved Høgskulen på Vestlandet og valget falt på *Svemed*, *PubMed* og *Cinahl*. Det var en stor jobb å søke relevante forskningsartikler, og dette gjorde at jeg flere ganger måtte omformulere min foreløpige problemstilling og tankemåte. Da jeg fant artikkel 4 var denne kun tilgjengelig ved kjøp via *Cinahl*. Derfor gjorde jeg et frisøk, som gav positivt resultat. Jeg valgte artikler ut fra relevans for problemstillingen, enten som underbyggende eller avkrefte.

Jeg benyttet meg av søkeord både på norsk og engelsk i søkefasen. Jeg brukte også MeSH for å videre vinkle artikkelsøkene inn mot de som var mest aktuelle for meg, og det ble da benyttet AND mellom søkeordene. Ettersom det var en større del av artiklene som ikke var aktuelle for min problemstilling, eller som var for tilknyttet en spesifikk diagnose så leste jeg gjennom overskrifter, og skimleste de som kunne være aktuelle for meg og min Bacheloroppgave. Jeg valgte artikler som var skrevet fra år 2012 og frem til nå. Da forskning på helse alltid er i endring vil artikler eldre enn dette kunne være utdaterte og føre til at litteraturstudien er basert på feilaktig informasjon.

3.3 Søkeord

- Pain
- Pain assessment
- Pain estimation
- Pain measurement
- Pain + nurse
- Pain + scale
- Breakthrough pain + assessment
- Smertevurdering

- Smerte + kartlegging
- Smerte + sykehus
- Smerte + sykepleier

Vedlegg 1, 2 og 3 viser hvordan jeg har gjort mine artikkelsøk i de tre ulike databasene nevnt over.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk vil si at man er i stand til å kritisk vurdere de ulike kildene som er relevant til oppgaven. En skal vurdere hvordan de teoriene og forskningsresultatene vi har funnet svarer på eller beskriver problemstillingen en har valgt (Dalland, 2012, s 72-73). Hensikten med bruk av kildekritikk er at de som senere leser oppgaven skal kunne se hvilke refleksjoner man har gjort rundt validiteten i valgt forskning og litteratur når det kommer til å svare på problemstillingen (Dalland, 2012, s. 72). Validitet går ut på at det som måles i forskningen må ha relevans og gyldighet for den problemstillingen man går ut ifra (Dalland, 2012, s. 52).

Kunnskap innen helse er i stadig endring, det er derfor viktig å være kritisk til forskning, slik at det materialet man velger å bruke er så tilnærmet det som nyttes i praksis per nåværende tidspunkt. For å vurdere mine valgte forskningsartikler har jeg blant annet brukt IMRad-strukturen som hjelpemiddel. En vitenskapelig artikkel skal ifølge Støren (2013, s. 15) ha en fast og gjennomtenkt struktur og skal kunne svare på spørsmål som innledning, teoretisk perspektiv, metode, resultat og diskusjon. Dette gjorde enklere å orientere meg gjennom den mengde med artikler som kom ved alle artikkelsøk, og jeg kunne da lettere velge bort de som var uaktuelle eller mindre aktuelle for denne studiens problemstilling.

Artiklene som er valgt omhandler pasienter og sykepleiere med ulik nasjonalitet. Dette har jeg vurdert som hensiktsmessig, på tross av eventuelle kulturforskjeller ettersom funnene i studiene samsvarer selv om studiene er utført i ulike land. To av artiklene er skrevet på engelsk, noe som kan resultere i mulige feil knyttet til egen omsetting til norsk, dette til orientering.

Jeg har også brukt sjekklister fra FHI.no til å vurdere mine valgte artikler, eksempel på dette legges til som vedlegg 8.

3.5 Metodekritikk

Litteraturstudie som metode vil si at man ønsker å få større innsikt i forskning og litteratur som finnes på denne tematikken fra før. Dette kan gi en viss begrensning i forhold til bruk av artikler. Dette kan være problematisk ettersom problemstillingen som er utgangspunktet kan være lite forsket på, og man dermed finner lite forskning. Derfor kan det være utfordrende å finne forskning som tar opp tema som samstemmer med den aktuelle problemstillingen. Man kan også finne et stort og bredt utvalg av artikler i ulik form, dette gjør at man er nødt til å velge ut artikler som støtter opp om egen oppfatning av problemstillingen.

Det finnes i mitt tilfelle mye forskning innenfor feltet jeg har valgt for min litteraturstudie, men mye av denne forskningen vinkles i en annen retning som blant annet; smertekartlegging hos personer med demens, ryggskader eller kreft og smertekartlegging hos barn. Ettersom min studie ikke er knyttet til konkret diagnose eller situasjon, har søksfasen etter artikler tatt mye tid ettersom jeg har fokusert på kartleggingsverktøyene og virkningen av disse. Jeg har derfor måtte bruke artikler som tar opp blant annet diagnose og situasjon, og valgt å føre hovedfokuset på de funnene kan knyttes til min egen problemstilling.

3.6 Forskningsetikk

Forskningsetikk omhandler etikken i planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning (Dalland, 2012, s.95). Dette handler om å ivareta informantens personvern og troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland, 2012, s.95) Dette skal sikre at informantene ikke kan ta skade av å involveres i en studie, uavhengig av studiens mål. Dette kan være at datainnsamlinger er anonymisert og at alle involvert i studien opprettholder taushetsplikten. Det kan også omhandle plagiering, og har vært et av mine mål å unngå i denne litteraturstudien for å vise selvstendighet.

4 Resultat – artikler

4.1 – En skala er ikke tilstrækkelig til at vurdere smerter

- Nielsen, M. B., & Noe, B. B (2017)

Hensikt: Hensikten med studien var å avdekke pasientenes egen smerteopplevelse og bidra til ny og bedret kunnskap rundt smertebehandling til kirurgiske pasienter.

Bakgrunn: Smertebehandling er et viktig element i sykepleie, spesielt til kirurgiske pasienter, men på tross av veiledende retningslinjer og andre tiltak er fortsatt smerte en utfordring. Tidligere undersøkelser viser at opptil 80% av kirurgiske pasienter opplever smerte, og 30% av disse skårer høyt på smerteskalaer.

Metode: Studien var en tverrsnittundersøkelse hvor 288 pasienter mellom 18 og 89 år ble undersøkt anonymt via spørreskjema. Spørsmålene var formulert for å få et større innblikk i deres smerteopplevelse og eksempler på spørsmålene var; Smerteintensitet, holdninger til smerter og smertebehandling. Deltakelse i studien var frivillig og innsamlet data ble anonymisert.

I studiens spørreskjema ble smerte målt ut ifra flere parametere, hvor blant annet kartleggingsverktøyet NRS brukt for å få et innblikk i pasientenes smerteopplevelse både i aktivitet og i hvile.

Funn: Det kommer frem i denne studien at kvinner rapporterer høyere smerter enn menn og at alder også spiller en stor rolle når det kommer til pasientens selvrapporing om smerte.

Det viste seg også at dersom pasienten får for mange spørsmål knyttet til sin smerteopplevelse kan besvarelsen være upresis og være utfordrende å tolke.

Konklusjon: Det viser seg at en smerteskala mellom 0 og 10 ikke er tilstrekkelig effektiv når smerteopplevelsen hos kirurgiske pasienter skal vurderes. Smertevurdering kan baseres på flere punkt, blant annet hvordan smerter påvirker pasientene, deres holdninger til smerter og smertebehandlingen generelt. Forskjellen mellom menn og kvinners vurdering av egen smerteopplevelse kunne knyttes til at kvinner ofte var mer villig til å rapportere smerte.

4.2 – Kartlegging av smerter gav økt refleksjon

- Nortvedt, L & Wiborg, A. G., & Nittebergg, I. J., & Romsland, G. I (2013)

Hensikt: Forsøket gikk ut på å undersøke om kartleggingsverktøyet Numeric Rating Scale (videre kalt for NRS) (Vedlegg 1) bidrar til at sykepleiere og sykepleiestudenter ved Sunnås sykehus ble mer reflekterte rundt smertehåndtering. Problemstillingen som var satt var derfor: «*Hvordan kan bruk av NRS bidra til at sykepleierne fokuserer på pasientens smerte?*»

Intensjonen var at sykepleierne skulle ta i bruk NRS-verktøyet i sykepleiersamtalen og bruke dette som grunnlag til behandlingsplanen under oppholdet.

Bakgrunn: Det viste seg gjennom en tidligere undersøkelse der 46 intensivsykepleiere var inkludert, at verktøyet VAS (Vedlegg 2) kun ble brukt av cirka 10% av informantene, selv om kartleggingsverktøyet er i tråd med anbefalte retningslinjer.

Det viste seg at det heller ikke var del av rutinen ved denne seksjonen (Sunnås sykehus) og dermed kun ble brukt i mindre grad. Det ble da bestemt at det gjennom en 6-månedersperiode skulle testes om NRS skulle bli en rutine på klinikken.

Metode: Det ble brukt kvalitativ metode til dette forsøket i form av fokusgruppeintervju som ble tatt opp på bånd. Hvor 8 informanter der alle hadde flere års erfaring innenfor yrket og med bruk av kartleggingsverktøyet ble inkludert. Gruppeintervjuene ble delt inn i to med fire informanter i hver gruppe hvor det ble brukt en semi-strukturert intervjuguide. Deltakelsen i dette forsøket var frivillig og informantene fikk god informasjon om studiens hensikt i forkant, både skriftlig og muntlig.

Funn: Sykepleierne fremmet behovet for økt kunnskap når det kom til flere punkt relatert til smertevurdering, som smertefysiologi, smertehåndtering og smerte som fenomen generelt. Det kom også frem at gruppen var relativt samstemt i holdningen om at smerter er hva pasienten selv sier det er.

Smerteskalaer ble tatt opp som et dilemma, og problematikk som hvordan pasienter som skårer høyest på skalaen fortsatt fungerer både fysisk og psykisk gjennom dagene, og at pasienter skårer høyt på skalaen i frykt for å ikke bli trodd ble tatt opp som tema.

Konklusjon: En kom frem til at bruk av kartleggingsverktøyet gav sykepleierne et raskt oversiktsbilde over pasientens egen smertetilstand, som videre kan brukes som utgangspunkt for samtale og legges ved den tverrfaglige kartleggingen. Studien viste at sykepleierne ble mer reflektert og fokusert på pasientens smerte ved bruk av NRS, samtidig som det viste

behov for økt kunnskap rundt smertevurdering. På den andre siden ble det konkludert med at bruk av NRS-verktøyet satte begrensning for planlegging og/eller utøving av sykepleie.

4.3 – Quality Improvement Project: Replacing the Numeric Rating Scale with a Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA) Tool

- Topham, D & Drew, D (2017)

Hensikt: Hensikten med denne studien var å bytte ut et snevert kartleggingsverktøy med et nytt litt mer åpent verktøy, og se om dette kunne gjøre smertekartlegging lettere og mer effektiv.

Bakgrunn: Selv om det fantes flere smertekartleggingsverktøy tilgjengelig var det 11-punkts skalaen NRS som for det meste ble brukt. De fleste slike kartleggingsverktøy som pasientene selv kan bruke til å rapportere inn smerter, gir bare svar på smertens intensitet. Større kartleggingsverktøy som gir større innblikk er ofte knyttet til kronisk smerte og kan være mindre nyttige når det kommer til å kartlegge akutte smerter.

Metode: Studien var en kvantitativ målbar studie. En pilotstudie gikk ut på å erstatte NRS-skalaen med et nytt kartleggingsverktøy som kalles CAPA. Studien varte i en periode på et år. Den inneholdt flere spørsmål som blandt annet tok for seg søvn, komfortabilitet, om ubehaget/smerten intensifiserer eller bedres og om tiltakene har hjulpet i etterkant. CAPA gjenspeiler ikke bare smerteintensitet i form av tall, men også hele settingen rundt det å ha smerter.

Funn: Det viste seg etter denne studien at 55% av pasientene og 3 av 4 sykepleiere foretrakk å bruke CAPA fremfor NRS. 80% av de som gav tilbakemelding mente at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient ble forbedret når de anvendte CAPA istedenfor NRS. Pasientene uttrykte også at de synes det var vanskelig å sette et tall for sin smerteintensitet når det kommer til opplevelsen av smerte og lidelse. Sykepleierne fortalte i etterkant av prosjektet at de følte ikke CAPA-verktøyet tok lengre tid enn ved bruk av NRS, og at det kunne gi dem en veiledning til hvilken behandling som var optimal.

Konklusjon: Å forbedre kartleggingsverktøy er et steg i riktig retning når det kommer til pasienten tilfredshet rundt smertebehandling. Bruk av CAPA i smertevurdering viser seg å være en enkel og rask måte for sykepleiere å få tilstrekkelig kunnskap om pasientens smerter og dermed kunne gi mer hensiktsmessig smertebehandling.

4.4 A Canadian online survey of oncology nurses' perspectives on the defining characteristics and assessment of breakthrough pain in cancer.

- Fitch, M. I. & McAndrew, A & Burlein-Hall, S (2013)

Hensikt: Hensikten med denne studien var å finne ut om bruken av kartleggingsverktøy er annerledes når man ser på alder, kompetanse og yrkeserfaring hos sykepleierne. Denne bestemte studien var knyttet opp til gjennombruddssmerte hos kreft pasienter

Bakgrunn: Å identifisere gjennombruddssmerter hos pasienter med en kreftdiagnose kan være utfordrende. Det er viktig å få kartlagt dette på en god og effektiv måte ettersom slike smerter har stor påvirkning på pasientens daglige funksjon, både fysisk og psykisk. For å vurdere riktig verktøy og retningslinjer når det kommer til identifisering og vurdering av gjennombruddssmerter er det viktig å se på den nåværende kunnskapen til kreftsykepleiere.

Metode: Det ble brukt en kvantitativ metode i studien. Det ble sendt ut en epost til alle sykepleiere som var medlem i Canadian Association of Nurses in Oncology (N=668). På bakgrunn av undersøkelsen ble det gjort et utvalg av personer som var spesielt aktuelle for problemstillingen, og informantgruppen endte tilslutt på 201 deltakere. Svarene ble anonymisert før de ble analysert, men alder, kjønn og annen relevant informasjon ble samlet inn. Informantene var i hovedsak kvinner mellom 46 og 65 år som arbeidet heltid.

Funn: Det kommer frem i studien at de kartleggingsverktøyene som ble mest brukt var NRS og ESAS. Man ser på funnene i studien at de informantene som er i aldersgruppen 46-65 år er de som har flittigst bruk av kartleggingsverktøy, da svarandelen her var 75%. I aldersgruppen mellom 20-45 år svarte bare 55% at de brukte kartleggingsverktøy. Av de som svarte at de ikke brukte kartleggingsverktøy uttrykte over 70% at de var usikre når det kom til veiledningsdelen av pasientene.

Det kommer også frem i studien at 82% av sykepleierne uttrykker økt behov for opplæring når det kommer til å kartlegge gjennombruddssmerter hos kreftpasienter. Man kunne også lese ut fra svarene at det var flere av informantene som hadde opp til, eller mer enn 20 års erfaring som var usikre på gjennombruddssmerter. Man fant også at 33% av informantene ikke bruker smertekartleggingsverktøy.

Konklusjon: Det kom frem at de som har lengre erfaring i sykepleier yrket, er de som er tryggest når det kommer til bruk av kartleggingsverktøy, og at de har mer nøyaktig smertekartlegging enn de med mindre erfaring innenfor yrket.

4.6 Hovedfunn

Samtlige av informantene uttrykker gjennom den viste forskningen over at de hadde behov for å øke kunnskapen når det kommer til temaene smertevurdering og behandling. Det viser seg at et flertall av sykepleierne foretrekker kartleggingsverktøy hvor en får mer informasjon om situasjonen i sin helhet. De ønsket mer informasjon om smertens påvirkning, og ikke kun smerteintensitet for å kunne optimalisere smertebehandlingen.

Informantene, altså sykepleierne involvert i studien til Topham og Drew (2017) opplevde at det kunne være vanskelig for pasienter å kategorisere smerteintensitet ut fra en tall-skala. Dette kan også bidra til at kartleggingen blir vurdert feilaktig utfra en smerteintensitet-enhet som ikke er målbar for sykepleieren selv. Videre kan slike vansker under kartleggingsfasen ende i under- eller overdosering av smertestillende medikamenter, noe som kan være både uheldig og svært alvorlig.

Endimensjonale smerteskalaer bør ut fra artiklene altså ikke stå for en smertekartlegging alene. Derimot finner man også at slike kartleggingsverktøy er gunstig når det kommer til smertevurdering, og gav sykepleierne et raskt overblikk over situasjonen til pasienten. Det er også et godt supplement og grunnlag til videre kartlegging. Utfyllende spørsmål er svært

viktig for å få et større innblikk i pasientens smerteopplevelse og om smertebehandlingen fungerer optimalt. Bruken av endimensjonale kartleggingsverktøy er også gunstig over tid når det kom til vurdering av smertebehandlingen, og om denne har hatt ønsket effekt.

Man har også gjennom prosjektene i studiene over funnet at pasienter som igjen får for mange spørsmål knyttet til sin smerte, kan svare diffust og upresist. Det kunne dermed være utfordrende for sykepleieren og bruke informasjonen videre i prosessen.

5 Drøfting

I denne drøftingsdelen vil jeg nå belyse min valgte problemstilling opp mot den forskningen jeg har funnet, egne erfaringer fra praksis, sykepleiefaglig litteratur, og teorien jeg presenterte i kapittel 2. Jeg har valgt å dele opp drøftingen i fire ulike punkt.

5.1 Subjektiv opplevelse av smerter.

McCaffery's (2001) definisjon på smerter blir nevnt i artikkelen til Fitch, McAndrew, & Burlein-Hall (2013). Nortvedt (2015) støtter også opp om McCaffery's (2001) påstand som omhandler den subjektive opplevelsen av smerter, og han mener dette er et av de klareste definisjonene. Det vil da si at sykepleieren aldri vil kunne fullverdig vurdere smertene til en pasient ut fra hva han eller hun kan se. Dette da den visuelle påvirkningen aldri vil være lik hos alle pasienter.

Som Nightingale ytret så skal man som sykepleier basere våre vurderinger på fakta og ikke «*syensing*». I artikkelen til Stig Nøra (2011) ytrer Marit Leegaard at det er en utbredt misoppfatning hos sykepleiere at man kan vurdere om pasienter har smerter basert på vitale tegn. Hun mener at det bare er pasienten som vet om han eller hun har smerte og at sykepleieren er nødt til å stole på pasienten. Det vil alltid være pasienten selv som sitter med eierskap til sin opplevelse, og det er den man er nødt å ha som utgangspunkt for videre planlegging av behandling. Dette gjenspeiler den essensen McCaffery (2001) får frem i sin definisjon på smerte.

Man kan ikke definere smerte som noe fysisk eller psykisk; smerte vil være en totalopplevelse som inneholder det eksistensielle, fysiologiske og psykologiske aspekter (Nortvedt, 2015). Dette vil da si at pasienten som opplever smerte kan være påvirket igjennom hele perioden når det kommer til ernæringstilstand, søvnbehov, sosiale behov, aktivitetsnivå og intellektuelle ferdigheter. Dette kan igjen føre til at pasienter med sterk smerte kan trekke seg tilbake og la smerten påvirke negativt på alle punkter som er nevnt og flere til. Denne påvirkningen kan skje gradvis, men kan i verstefall inntre på alle de tidligere nevnte eksempler og gi pasienten ytterligere plager enn smerten i seg selv. Det er derfor viktig med rask kartlegging for å starte målrettet behandling.

Mennesker har ulik toleranse, og dette gjelder også når det kommer til smerte. I praksis bruker en ofte formulering høy eller lav smerteterskel eller smertetoleranse. Man vil i praksis kunne erfare at pasienter som på smerteskalaen NRS definerer smerteintensitet til eksempelvis 7, som er relativt høgt og krever behandling. Pasienten vil gjerne oppføre seg ulikt; ha en rolig

eller urolig atferd. Det er da viktig at sykepleieren kjenner til andre symptomer som kan kobles til smerte, som eksempelvis kaldsvett, blek i huden og rask puls.

Ut fra de funnene til Nielsen og Noe (2017) om pasienters egen erfaring med kartleggingsverktøy, og utfordringene med at de enten kun er ute etter smerteintensitet eller at de inneholder for mange spørsmål, kan man konkludere med at det er et behov for korte og konkrete kartleggingsverktøy hvor man enkelt får fanget essensen av smertens påvirkning.

Når det kommer til observasjon og kartlegging er det viktig at sykepleieren er genuint interessert og nysgjerrig på pasienten og dens situasjon. Dette vil kunne føre til at informasjonsinnhenting vedrørende pasienten kommer mer naturlig. Dette gjelder ikke bare for sykepleieren, men pasienten vil nok også merke forskjell på en sykepleier som ønsker å vite og en som ikke ønsker å vite. Det er mye enklere og åpne seg for andre dersom man føler mottaker har en åpen og positiv holdning.

5.2 Viktigheten av kommunikasjon og samarbeid med pasienter som har smerter

Effektiv kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter under hvert terapeutisk møte er avgjørende for at sykepleieren kan klare forstå pasientens perspektiv. Når man skal kommunisere med pasienter som har smerter, eller relativt store smerter er det viktig at spørsmålene som stilles er korte og konsise, samt enkle å svare på med enkelt stavinger eller peking (Danielsen & Berntzen & Almås, 2016, s. 398). Det vil også være svært ugunstig å gi pasienten svært mye informasjon på dette tidspunktet, da pasienten nok ikke klarer å motta den informasjonen som er gitt. Ifølge Fjerstad vil fokuset være på kroppen, og den oppmerksomheten man har til det som skjer rundt en, innsnevres (Renolen, 2015, s.147). Spørsmålene og eventuell informasjon bør derfor være målrettet mot det nåværende smerteproblemet, annet kan man vurdere å vente med til situasjonen har roet seg.

Ut fra forskningen over kommer det frem at flere av sykepleierne konkluderte med at utvidet vurdering og kartlegging av smertene gav bedre relasjon og økt kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Dette vil også spille positivt inn på pasientens trygghet, og styrke en god relasjon mellom sykepleier og pasient når det kommer til en innleggelse ved et sjukehus. En slik utvidet kartlegging gir større spillerom hos sykepleierne da de skulle vurdere hvilke behandlingstiltak som er gunstige og aktuelle for den gitte pasient. Det er viktig at man har en gjensidig tillit mellom pasienten og helsepersonellet når det kommer til god og optimal smertelindring (Danielsen & Berntzen & Almås, 2016, s. 388). For å kunne danne et tillitsforhold mellom oss som helsearbeidere og pasientene er det viktig at vi opptrår med åpen og hjelpende holdning til pasientene våre og fremme en toveis dialog.

Studien til Nielsen og Noe (2017) viser at kvinner er flinkere enn menn når det kommer til selvrapporing. Kan dette knyttes til at kvinner generelt er mer åpne om egne følelser, er dette et punkt som må jobbes med. Når dette er sagt kan også kvinner holde tilbake informasjon om smerter. At noen holder slikt tilbake kan være både bevisst og ubevisst, det kan eksempelvis knyttes til redsel, følelse av nedverdiggelse og et ønske om å ikke være til bry. Det kan være svært ugunstig, om ikke farlig å holde tilbake informasjon som omhandler smerte, da smerte i seg selv er en stressreaksjon for kroppen og man kan utsette seg selv for ytterligere komplikasjoner dersom dette ikke behandles ((Danielsen & Berntzen & Almås,

2016, s. 395). Sykepleieren bør derfor prøve å normalisere og ufarliggjøre opplevelsen av smerter på en god måte. Dette er viktig for å kunne skape en trygg relasjon til pasienten og åpner for deling av reel informasjon.

Pasienten selv har rett på involvering og medbestemmelser når det kommer til egen situasjon. For å ha et grunnlag for å ta egne valg rundt behandling er det svært viktig at pasienten får grundig informasjon og dette er en vesentlig del av en sykepleiers ansvar. Det fremkommer i pasient og brukerrettighetsloven (1999) at alle pasienter har rett til deltakelse i og utforming av egen helsehjelp, med dette er da brukermedvirkning både et krav i henhold til lovverket og et ideal sykepleieren bør arbeide mot. I tillegg kommer også dette frem i de yrkesetiske retningslinjene til sykepleierne. Sykepleierne skal fremme pasientens mulighet til å ta egne valg ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og sikre at pasienten har forstått informasjonen (NSF, 2016).

Sverre Pettersen definerer health literacy som den evnen enkeltpersoner har til å skaffe seg basal helsekunnskap, til å motta, forstå, og kunne diskutere og kritisk vurdere helseinformasjon i hensikt å kunne forbedre egen helse (Finbråten & Pettersen, 2009). I de fleste tilfeller sykepleierne høyere health literacy enn pasienten og mange sykepleiere driver nok helseinformasjon overfor personer som har svært ulike nivåer av health literacy, uten å vite hvilke begrensninger mange har for å kunne nyttiggjøre seg av deres informasjon (Finsbråten & Pettersen, 2009). Pettersen ytrer også at pasienter med lav health literacy har også vist seg å få dårligere behandling i helsevesenet, trolig på grunn av deres manglende evne til å uttrykke seg faglig om sitt helseproblem (Finsbråten & Pettersen, 2009).

Jeg har opplevd situasjoner hvor sykepleiere som ikke samarbeider særlig godt sammen med pasienter som uttrykker smerter. Det kan i uheldige situasjoner ende opp som en kamp mellom sykepleieren og pasienten selv om hvem som skal vurdere de smertene pasienten har (McCaffery & Beebe, 2001, s. 16). Dette er en holdning som strider som hensikten om å hjelpe pasienten på best mulig måte (McCaffery & Beebe, 2001, s. 16). Sykepleieren har ansvaret for at det skal bli ett godt samarbeid når det kommer til smertevurdering og lindring, og det er viktig at pasienten får være med å ta avgjørelser når det kommer til hvilke behandlingstiltak som skal iverksettes (Danielsen & Berntzen & Almås, 2016, s. 388). Gode kommunikasjons ferdigheter hos sykepleieren vil si at man har empati, og har en evne til å variere måten man kommuniserer på til den enkelte pasient. Ingen pasienter er like.

5.3 Bruken av endimensjonale kartleggingsverktøy

Det faktum at endimensjonale kartleggingsverktøy er et av de som blir mest brukt i praksis vil jeg til en viss grad tro er knyttet til at de er svært raske og enkle å bruke. Dette er forståelig, ettersom en arbeidsdag for en sykepleier kan være preget av tidsklemme, og gjøremål som avviker fra planen satt ved start av vekten. Det som da kan være farlig er om denne tidsklemmen går på bekostning av pasientene og den pleien de har krav på. Et annet punkt man kan legge her er hva man er lært til. Dersom opplæringen ved institusjonen viser at man skal bruke verktøy som blant annet NRS, vil man nærmest automatisk anvende dette fremover ettersom det er en «norm» ved arbeidsplassen.

I studien til Nortvedt, Wiborg, Nitteberg og Romsland (2013) kom det frem i funnene at bruken av endimensjonale kartleggingsverktøy satte begrensning for videre planlegging og utførelse av sykepleie. Dette er ikke overraskende da man kun får en svært sparsom datasamling dersom det kun er slike kartleggingsverktøy som blir brukt. Nielsen og Noe (2017) poengterer også i sin artikkel at slike kartleggingsverktøy ikke er tilstrekkelig informasjon da de ofte er kortfattet og enkle. Jeg skal ikke kritisere endimensjonale kartleggingsverktøy i noe større grad, for det å undersøke hvor sterk smerteintensiteten er for pasienten er viktig for smertekartlegging. Enhver sykepleier som har erfaring med smerter vil nok spørre pasienten i noe grad utover smerteintensitet, men det er burde vært satt i system slik at man kan ha alle slike vurderingssituasjoner tilgjengelige utover journalnotat som skrives flere ganger for dagen. Man kan se gjennom samtlige artikler over at bruken av endimensjonale kartleggingsverktøy som VAS og NRS være et svært gunstig utgangspunkt for sykepleieren for å kunne innhente utvidet informasjon, eksempelvis om smertens lokalisasjon, hvilken type smerte det er, og hva som eventuelt påvirker smertens intensitet i form av bevegelse, inntak av mat, eliminasjon og så videre. Ved hyppig bruk av slike verktøy ved en sykehusinnleggelse kan man etter en stund se på smertebildet i en større helhet, og sammenligne dagene. Da vil man kunne danne seg en større forståelse når det kommer til eksempelvis smertetopper og tidspunkt hvor dette utspiller seg.

Det kan også diskuteres hvordan pasienter selv rapporterer inn feilaktig informasjon når skalaer som NRS brukes til sin egen fordel. Dette kommer frem i studien som Nielsen og Noe (2017) skriver om. Pasienter kan oppgi mer eller mindre smerte enn det de egentlig har, og grunner til dette kan blant annet være ønske om mer smertestillende enn nødvendig, for stor tiltro til at sykepleieren vet best, eller redsel for at smertestillende kan skape avhengighet. Informasjonsbehovet til pasienten er da stort, og dette er noe sykepleieren bør prøve å avdekke for å unngå komplikasjoner hos pasienten.

Man kan ut ifra funnene i artikkelen til Topham og Drew (2017) tenke at mange pasienter ikke er vant med å sette et tall som forklarer hvordan smerten er. Det kan da tenkes at pasienten selv har behov for å forklare smertene mer utfyllende. Dette har jeg selv opplevd i praksis ved flere anledninger, hvor da pasienten selv kom med nyttig informasjon utover sykepleierens dialog om smertebehandling ved bruk av NRS-skalaen. Da jeg selv brukte NRS verktøyet i en smertekartlegging i praksis, la pasienten til at smertene satt på høyre side av magen og minnet om gnagende hodepine under ribbebeina og bak mot ryggen.

Det kom også frem i studien til Nortvedt, Wiborg, Nitteberg og Romsland (2013) at sykepleierne selv opplevde økt refleksjon rundt smerteproblematikken da de konsekvent skulle bruke NRS-skalaen hos de pasientene som uttrykte smerter. Dette er et svært viktig punkt i funnene, da det i noe grad understøtter de utsagna om økt kompetansebehov som sykepleierne selv kom med som vises gjennom funnene i flere av artiklene som er presentert. Dette i kombinasjon med pasientenes varierende nivå av health literacy og compliance kan gjøre smertekartlegging utfordrende.

Vil det så si at man i praksis burde satt som «krav» at man skal eller bør bruke slike enkle kartleggingsverktøy i alle passende tilfeller hvor smerter har forekommet før man eventuelt starter utvidet kartlegging? Det kan være gunstig i de tilfellene hvor smerten påvirker pasientens kommunikasjonsmulighet, og man ikke får frem mer enn at dette er svært smertefullt. Da kan det være smart å behandle de smertene før man går videre med en større

kartlegging og informering av pasienten, da en pasient som er meget tydelig smertepåvirket gir et dårlig utgangspunkt for både datasamling i form av opplevelse og utøving av helsekommunikasjon.

5.4 Bruken av flerdimensjonale kartleggingsverktøy

Som skrevet tidligere vil en grundig smertekartlegging inneholde flere aspekter rundt en pasient og dens behov, og det er nettopp dette man får ved bruk av flerdimensjonale kartleggingsverktøy.

Når man bruker kartleggingsverktøy som eksempelvis CAPA, har man spesifikke spørsmål man skal gå gjennom for å undersøke smerters påvirkningskraft, når det kommer til eksempelvis aktivitet, søvn og hvile. Dette kunne man se gav positiv effekt i prosjektet Topham og Drew (2017) skriver om. Resultatet som kom frem der tre av fire foretrakk slikt kartleggingsverktøy er ikke overraskende. Videre i artikkelen skriver de at kommunikasjonen mellom sykepleierne og pasienten bedret seg når man brukte dette kartleggingsverktøy. God kommunikasjon er en viktig byggestein i relasjonen dem imellom, som igjen bidrar til økt åpenhet og trygghet hos pasienten.

Det kan være flere grunner til at sykepleiere velger å bruke endimensjonale kartleggingsverktøy som NRS fremfor flerdimensjonale. Som nevnt tidligere kan det hende noen velger å bruke endimensjonale kartleggingsverktøy for å spare tid, forståelig nok, ettersom de er svært enkle i bruk. Det som da er et flott funn i Topham og Drew's studie (2017) er at flere av informantene forteller i etterkant av prosjektet at større kartleggingsverktøy som CAPA ikke tar noe særs lengre tid enn når de anvendte NRS i kartleggingen. Man vil derimot gjerne spare tid på å gjøre en slik grundig kartlegging når smerten oppstår eller blir presentert for sykepleieren, fremfor å måtte innhente ny informasjon fra pasienten ved gjentatte anledninger.

Nightingale fremmer at man skal kunne informere legen om pasientens situasjon, med så nøyaktig og konkret informasjon som mulig (Kristoffersen, s. 154-155). Dette vil jeg påstå er enklere når man innhenter informasjon fra pasienten ved bruk av eksempelvis CAPA, da man kan systematisk gå gjennom en sjekklister, og ryddig omdanne pasientens egne tanker til noe konkret man kan videreformidle til lege. Det kan forenkle det tverrfaglige samarbeidet mellom profesjonene på sykehus, dersom man har god, og ikke minst nok informasjon å legge ved i vurdering av behandling for den enkelte pasient.

Som jeg tok opp i forrige punkt kan man også undre seg om større kartleggingsverktøy kan være for krevende for pasienter å ta for seg dersom i for stor grad påvirket av smertene. Dette er jo en vurderingssak for sykepleieren. Et alternativ man da har er å ta i bruk eksempelvis NRS for å undersøke smerteintensitet og deretter lindre pasientens smerter. Når situasjonen er roligere kan man da ta frem et større kartleggingsverktøy for å undersøke hvordan smerten påvirker pasienten.

Det som kommer frem i artikkelen til Fitch, M. I. & McAndrew, A & Burlein-Hall, S (2013) som omhandler at sykepleiere med lengst arbeidserfaring er de som mest tar i bruk kartleggingsverktøy er heller ikke et usannsynlig funn. De har mer kunnskap på feltet, og har nok gjennom erfaring sett at slike verktøy har positiv virkning når det kommer til

smertekartlegging og behandling. Kan det hende at nylig utdannede sykepleiere ikke føler seg trygge i å bruke slike verktøy og dermed unnviker dem i en viss grad? Ida Torunn Bjørk (2006) ytrer at manglende kunnskaper i de medisinske fag kan tolkes som et resultat av en forskyvning i utdannelsens fokus. Dette kan bety at smertekartlegging og verktøyenes betydning for kartleggingen kanskje ikke blir prioritert nok før man står som sykepleier og føler på mangel på kunnskap.

6 Konklusjon

Denne prosessen har gitt meg en dypere forståelse når det kommer til smertekartlegging, og som jeg skrev innledningsvis vil dette forhåpentligvis styrke min kunnskap når jeg trer inn i rollen som sykepleier. Dette er noe alle sykepleiere vil møte, og derfor bør ha en del kunnskap knyttet til tematikken tatt opp i denne studien, da det vises gjennom en del forskning på feltet at sykepleiere både har og ytrer et behov for å øke egen kunnskap når det kommer til smerte, vurdering og behandling. Det er derfor mulig man bør ha et større fokus på smertetematikk i sykepleieutdannelsen, slik at man kan forbedre utgangspunktet nyutdannede sykepleiere har til å kartlegge og behandle smerte.

En bred smertekartlegging er viktig for å kunne behandle helheten av situasjonen, da er punkter som, god kunnskap smertekartlegging og behandling hos sykepleieren, god kommunikasjon og relasjon mellom pleier og pasient og gode innarbeidet rutine ved institusjonen svært viktig. På en annen side er det viktig å tilpasse kartleggingen til den enkelte pasient slikt at man får så nøyaktige og gode datasamlinger som mulig.

Jeg ser gjennom oppgaven at jeg har svart på min problemstilling. Det kommer frem at endimensjonale kartleggingsverktøy er gunstig for en sykepleier når det kommer til smertekartlegging, men i form at den kan brukes som en supplerende grunnstein i videre kartlegging, eller til å evaluere virkningen av den satte behandlingen. Endimensjonale kartleggingsverktøy bør altså ikke stå alene for smertekartleggingen, men brukes i kombinasjon med flerdimensjonale kartleggingsverktøy. Dette betyr da at man kan benytte flere kartleggingsverktøy om hverandre i praksis og det er et av mine mål og få frem med denne litteraturstudien.

7 Litteraturliste

- Alvsvåg, H (2016) | Helsefremming og sykdomsforebygging – et historisk og sykepleiefaglig perspektiv | Gammersvik, Å & Larsen, T (red.) | *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 80 & 87) | Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Bastøe, L., K., H & Frantsen, A-M (2016) | Behovet for søvn og hvile | Kristoffersen, N., J & Nordtvedt, F & Skaug, E-A & Grimsmo, G., H (red.) | *Grunnleggende sykepleie Bind 2 – Grunnleggende behov* (3.utg, s. 365) | Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bastøe, L-K., H (2011) | Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade | Holter, I, M & Mekki, T, E (red.) | *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (4.utg. s. 95) | Oslo: Akribe AS
- Björk, I. T. (2006). *Nyutdannede sykepleieres manglende praktiske sykepleieferdigheter*. *Klinisk Sygepleje*, 20(4), 23-30.
http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2006/04/nyutdannede_sykepleieres_manglende_praktiske_sykepleieferdigheter
- Borge, A, M (2011) Personlig Hygiene | Holter, I, M & Mekki, T, E (red.) | *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (4.utg. s. 628) | Oslo: Akribe AS
- Dalland, O. (2012) | *Metode og oppgaveskriving* (5.utg) | Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Danielsen, A & Berntzen, H & Almås, H (2016) | Sykepleie ved smerter | Stubberud, D-G & Grønseth, R & Almås, H (red.) | *Klinisk Sykepleie - 1* (5.utg, s. 388, 390, 394-395, 398 & 414) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dips (u.å) | *Legene bekymret for eget språk* / Hentet fra <https://www.dips.com/no/legene-bekymret-eget-sprak> den 24.april 2019
- Eide, H & Eide, T (2014) | *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg) | Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fause, Å & Micaelsen, A (2011) | *Et fag i kamp for livet – sykepleiefagets historie i Norge* | Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Felleskatalogen (2016) Smerter | Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/smerter> den 23.april 2019
- Finsbråten, H. S. & Pettersen, S (2009) | *Kunnskap er egenmakt* | Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/kunnskap-er-egenmakt> DOI: 10.4220/sykepleiens.2009.0009
- Fitch, M. I., McAndrew, A., & Burlein-Hall, S. (2013). *A Canadian online survey of oncology nurses' perspectives on the defining characteristics and assessment of breakthrough pain in cancer*. *Canadian Oncology Nursing Journal*, Spring/Printemps, 85 – 90. doi:10.5737/1181912x2328591.
- Folkehelseinstituttet (2019) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler* | Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/> Den 18.Mars 2019

- Kristoffersen, N (2016) | Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling | Kristoffersen, N, Nortvedt, F, Skaug, E-A & Grimsbø, G (red.) | *Grunnleggende sykepleie Bind 1, Sykepleie – fag og funksjon* (3.utg, s. 154-155) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N & Nortvedt, P (2016) | Pasienten og sykepleier – verdier og samhandling | Kristoffersen, N, Nortvedt, F, Skaug, E-A & Grimsbø, G (red.) | *Grunnleggende sykepleie Bind 1, Sykepleie – fag og funksjon* (3.utg, s. 108) Oslo: Gyldendal Akademisk
- McCaffery, M & Beebe, A (2001) | Perspektiv på smerter (1.utg, s. 11-13 & 16 & 19 & 26) | *Smerter – lærebok for helsepersonell* | Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nielsen, M. B., & Noe, B. B. (2017). En skala er ikke tilstrækkelig til at vurdere smerter. *Sygeplejersken Fag&Forskning*, 117(3), 68-74. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2017-3/en-skala-er-ikke-tilstraekkeligt-til-at-vurdere-smerter>
- Norsk Sykepleieforbund (2016) | *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* | Hentet den 17. April 2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, F (2016) Smerte – en personlig og sammensatt erfaring | Kristoffersen, N, Nortvedt, F, Skaug, E-A & Grimsbø, G (red.) | *Grunnleggende sykepleie Bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s 173-175) | Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nortvedt, L., Wiborg, A. G., Nittebergg, I. J., & Romsland, G. I. (2013). Kartlegging av smerte ga økt refleksjon. *Sykepleien*, 101(7), 38-41. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0059>
- Nøra, S (2011) | *Kan for lite om smerter* | Hentet fra <https://forskning.no/sykepleie-helsetjenester-hogskolen-i-oslo/kan-for-lite-om-smerter/794956>
- Pasient og brukerrettighetsloven (1999) | *Lov om Rett til medvirkning og informasjon* (LOV-1999-07-02-63). | Hentet den 02. April 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Renolen (2015) | Personlighet og selvoppfatning | *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag* (2.utg, s. 147) | Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Stubberud, D-G (2011) | Sirkulasjon | M & Mekki, T, E (red.) | *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1* (4.utg. s. 421) | Oslo: Akribe AS
- Støren, I (2013) | *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudie.* (s.15) | Oslo: Cappelen Damm akademiske
- Topham, D & Drew, D (2017) | *Quality Improvement Project: Replacing the Numeric Rating Scale with a Clinically Aligned Pain Assessment (CAPA) Tool* | DOI: 10.1016/j.pmn.2017.07.001

Tveiten, S (2016) | Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid Gammersvik, Å & Larsen, T (red.) | *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 182) | Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

8 Vedlegg

Vedlegg 1: Søk i Svemed.

Søkenummer:	Søkeord:	Antall treff:	Begrunnelse for valgt artikkel:
1	Smerte + kartlegging	4	Artikkel nr. 2 ble valgt grunnet interessant innledning.
2	Smerte + vurdering	53	
3	Smerte + sykepleier	110	
4	Pain + assessment AND Nurse (peer reviewed)	21	

Vedlegg 2: Søk i PubMed.

Søkenummer:	Søkeord:	Antall treff:	Begrunnelse for valgt artikkel:
1	Pain + assessment AND nurse And Scale (avgrenset til full tekst og review)	38	Artikkel nr 3 ble valgt grunnet appellerende overskrift.

Vedlegg 3: Søk i Cinahl.

Søkenummer:	Søkeord:	Antall treff:	Begrunnelse for valgt artikkel:
1	Pain + scale	5011	Valgte artikkel nr. 10 ettersom den tok for seg smerteskala og forskjellen mellom kronisk og akutte smerter.
2	Pain + scale OR pain + assessment AND nurse	400	
3	Breakthrough + pain AND assessment	190	Valgte nr. 20 pga overskriften viste at artikkelen inneholdt sykepleierens perspektiv på vurdering. Denne artikkelen måtte kjøpes, så gjorde frisøk og fant samme artikkel tilgjengelig for alle.

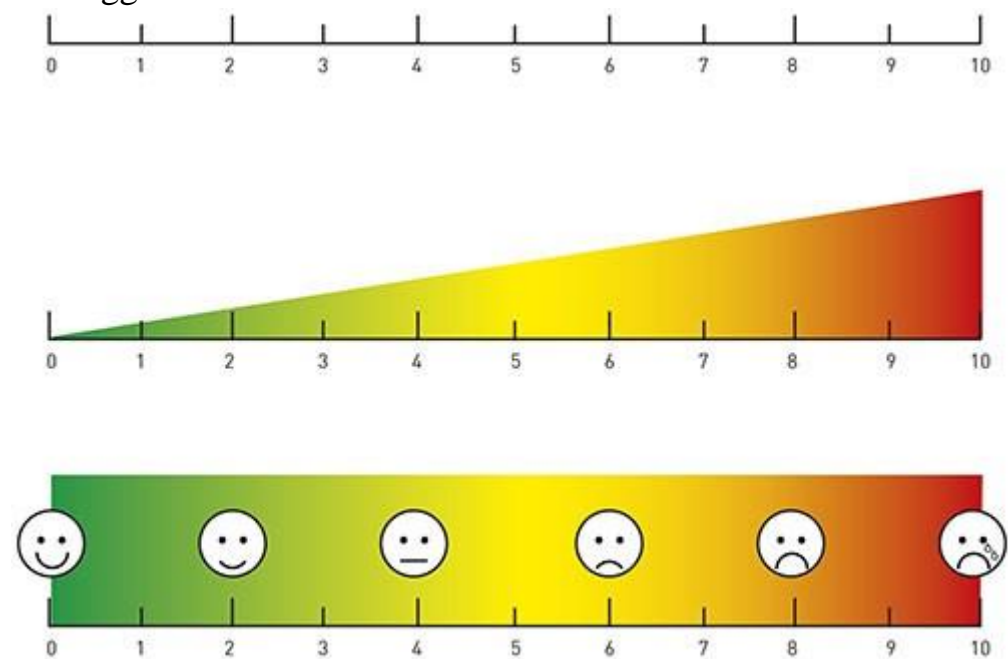
Vedlegg 4: NRS-Skala



Hentet fra Healthline 11.04.19

<https://www.healthline.com/health/pain-scale>

Vedlegg 5: VAS-Skala



Hentet fra Tidsskriftet 11.04.19

<https://tidsskriftet.no/2014/02/sprakspalten/vas-visuell-analog-skala>

Vedlegg 6: ESAS-skjema

Edmonton Symptom Assessment System: (revised version) (ESAS-R)												
Please circle the number that best describes how you feel NOW:												
No Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Pain
No Tiredness <i>(Tiredness = lack of energy)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Tiredness
No Drowsiness <i>(Drowsiness = feeling sleepy)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Drowsiness
No Nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Nausea
No Lack of Appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Lack of Appetite
No Shortness of Breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Shortness of Breath
No Depression <i>(Depression = feeling sad)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Depression
No Anxiety <i>(Anxiety = feeling nervous)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Anxiety
Best Wellbeing <i>(Wellbeing = how you feel overall)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Wellbeing
No _____ Other Problem <i>(for example constipation)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible _____
Patient's Name _____											Completed by (check one):	
Date _____ Time _____											<input type="checkbox"/> Patient	
											<input type="checkbox"/> Family caregiver	
											<input type="checkbox"/> Health care professional caregiver	
											<input type="checkbox"/> Caregiver-assisted	

Hentet fra Tidsskriftet 11.04.19

<https://tidsskriftet.no/en/2012/01/symptom-assessment-palliative-medicine>

Vedlegg 7: Mcgills smertekartleggings skjema



McGill Smertespørgeskema

(McGill Pain Questionnaire)

Oversat af Line Christensen fra Medeno.dk

Navn: _____ Dato: _____

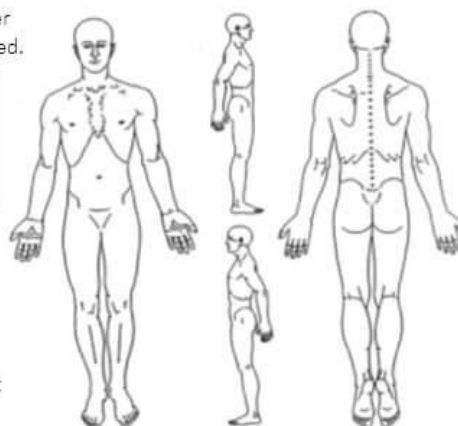
Del 1: Beskriv intensiteten af dine smerter. Vælg det tal/den beskrivelse som du synes passer bedst.

- Lige nu _____
- Når de er værst _____
- Når de er mindst _____

1	2	3	4	5
Mild	Moderat	Middelsvær	Stærk	Uudholdelig

Del 2: Marker på figuren hvor dine smerter er og sæt kryds i nedenstående kasse for varighed.

Kortvarig _____	Sporadisk _____
Øjeblikkelig _____	Uafbrudte _____
Forbigående _____	Stabil _____
Rytmiske _____	Konstant _____
Periodevise _____	



Del 3: Er en række ord, der kan beskrive forskellige former for smerte. De er inddelt i grupper fra 1 – 20. Lav en cirkel om det/de ord, der bedst beskriver din **nuværende** smerte. Du må vælge så mange ord du vil, men kun ét fra hver af grupperne.

1 Sitrende Vibrerende Pulserende Dunkende Bankende Hamrende	5 Knibende Klemmende Gnavende Snærende Knusende	9 Murrende Dump Værkende Tung Kraftig	13 Frygtelig Forfærdelig Grufuld	17 Udstrålende Udbredende Gennemtrængende Gennemborende
2 Springende Lynende Jagende	6 Trækkende Hivende Vridende	10 Svag Spændt Kradsende Kløvende	14 Straffende Opslidende Modbydelig Grusom Dræbende	18 Stram Følelsesløs Sammentrækkende Knugende Flænsende
3 Prikkende Stikkende Borene Stødende Huggende	7 Varm Brændende Svidende Skoldende	11 Trættende Udmattende	15 Nederdrægtig Ødelæggende	19 Kølrig Kold Isnende
4 Skarp Skærende Sønderrivende	8 Snurrende Kløende Snertende Tærende	12 Kvalmende Kvælende	16 Irriterende Plagsom Intens Pinagtig Uudholdelig	20 Nagende Væmmelig Pinefuld Rædselsfuld Tortrende

Hentet fra Medeno 11.04.19

<https://medeno.dk/smertespoergeskema/>

Velger å ta med dette selv om det er danskspråklig, da jeg etter lengre tids leting ikke kunne finne et på norsk med troverdig kilde.

Vedlegg 8: Kvalitativ forskningsartikkel sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [opdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

1. Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)? 1. om bruken av NRS bidro til økt Refleksjon over smertehåndtering.
2. Hvorfor ville de finne svar på det? 2. for å optimalisere smertebehandling.
3. Er problemstillingen relevant? 3. absolutt relevant!

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Ja. studien hadde som mål å få frem forskjellige synspunkter og personlige opplevelser etter prosjektet.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

ja, dette er beskrevet godt i studien.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

1. Ja, både aldersgruppe, yrkeserfaring og at de har tidligere erfaring med kartleggingsverktøy er nevnt.

2. Ja, som nevnt over tidligere erfaring med kartleggingsverktøy, og høy gjennomsnittlig yrkeserfaring.

3. nei.

4. nei.

5. alder, yrkeserfaring

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

 JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- 1 • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- 2 • Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- 3 • Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- 4 • Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- 5 • Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- 6 • Har forskerne diskutert metning av data?

1. Ja. Beskrivende design med kvalitativ tilnærming.

2. fokusgruppeintervju.

3. Semistrukturert intervjuguide

4. nei.

5. lydopptak → transkribert ordrett.

~~6. analyse ved hjelp av hermeneutisk metn~~

6. nei. 8 informanter delt i 2 grupper

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

 JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI

Tips:

- 1 • Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- 2 • Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- 3 • Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

1. muntlig og skriftlig info i forkant om hensikt, frivillighet og lov til å trekke seg.

2. Samtykkeerklæring fra alle 8 informanter ellers lite her.

3. seksjonleder v/ helseforetak og personvernombudet for forskning v/Oslo. U. sykehus godkjent, men ingen etisk komite.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

 JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- 1 • Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- 2 • Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- 3 • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- 4 • Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- 5 • I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

1. hermeneutisk meningsfortolkning

2. usikker.

3. Ja. eller hvertfall ut fra egen forståelse

4. Ja.

5. eget avsnitt med dilemma?

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

 JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- 1 • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- 2 • Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- 3 • Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- 4 • Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

1. eget avsnitt med kilder.

2. Ja. innspill, endringer etc.

3. nei

4. Ja.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- 1 • Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- 2 • Har studien avdekket behov for ny forskning?
- 3 • Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

1. usikler.

2. Ja og nei, ~~men~~ nye potensielle kartleggingsverktøy, og satt lys på utfordringer som må jobbes med i praksis.

3. nei