

## Postoperativ smertelindring

Hvordan kan sykepleiere sørge for en god smertelindring hos pasienter som gjennomgår store kirurgiske inngrep?

Innleveringsdato:

Kandidatnummer: 10003

Emnekode: HSYK3003 Bacheloroppgave i sykepleie

Antall ord: 6310

Type oppgave: Litteraturoppgave

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Postoperativ smertelindring er en viktig fase for pasienter som opplever store kirurgiske inngrep. Pasientens smerteopplevelse etter en slik operasjon kan være forskjellige og da er det en erfart sykepleier med god kompetanse spiller stor rolle i behandlings prosessen.

**Hensikt:** Å undersøke de forskjellige kartleggingsverktøyene for å kunne behandle pasienten på best mulig måte.

**Metode:** Bruk av åtte forskjellige forskningsartikler, pensumbøker, litteraturstudie og praksiserfaringen min ved St.Olav.

**Resultat:** Forskning viser en variasjon mellom sykepleieres kunnskap og erfaring, noe som kan ha stor betydning for pasientens smertebehandlings fase. Systematisk bruk av smertekartlegging har vært svært forskjellige mellom de sykepleierne som ble med på forskning. Mangel på tid og kunnskap også har blitt diskutert, noe som har hatt stor påvirkning for pasienten under smerte behandling.

**Konklusjon:** Sykepleierens kommunikasjonsevne og teknikk er kjernen til postoperativ smertelindring. Å kunne bygge en god relasjon basert på tillit og respekt mellom sykepleiere og pasienter bidro til bedre smertebehandling.

**Nøkkelord:** postoperative smerter, sykepleier, smertekartlegging og smertebehandling.

## Innhold

1	Innledning.....	5
1.1	Introduksjon av tema.....	5
1.2	Teoretisk perspektiv/begreper.....	5
1.2.1	Smerte.....	5
1.2.2	Smertefysiologi.....	6
1.2.3	Postoperativ smerte.....	6
1.2.4	Krav til sykepleier og rettigheter for pasientene.....	7
1.2.5	Kartleggingsverktøy.....	7
1.2.6	Sykepleieteori.....	8
2	Metode.....	10
2.1	Litteraturstudium som metode.....	10
2.2	Inklusjons-og eksklusjonskriterier.....	10
2.3	Søketabell.....	10
	Tabell 2.1 Søketabell.....	12
2.4	Kvalitetsvurdering.....	14
2.5	Analyse.....	14
3	Resultater.....	16
	Tabell 3.1 Artikkelmatrise.....	16
3.1	Viktighet av å ha nok kompetanse ved smertelindring.....	29
3.2	Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy.....	30
3.3	Smertekartlegging kan være utfordrende.....	31
4	Diskusjon.....	32
4.1	Sykepleierens møte med pasienter med store postoperative smert.....	32
4.2	Sykepleierens ansvar ved å utføre en god smertekartlegging.....	33
4.3	Sykepleiers kunnskaper kan påvirke smertebehandlingen.....	35
4.4	Sykepleierens ansvar ved smertebehandlingen.....	37
5	Konklusjon.....	39
	Referanse.....	40

## Tabeller

Tabell 2.1 .....	12
Tabell 3.1 .....	16

## 1 Innledning

Jeg vil introdusere oppgavens tema, problemstilling og de viktigste begrepene i denne innledningen. I tillegg vil jeg presisere definisjon av sentrale begrep som knyttet til problemstillingens begrep og oppgavens avgrensninger.

### 1.1 Introduksjon av tema

Postoperative komplikasjoner har blitt færre og kirurgiske inngrep er ikke så kompliserte lenger med nåtidens teknologi (Holm & Kummeneje, 2009). I tillegg har det vært en utvikling i retningslinjer og bruk av medikamenter sikrer en god smertelindring hos pasienter som har vært gjennom et stort kirurgisk inngrep. Det har blitt færre postoperative smerter og samtidig forebygging av komplikasjoner etter inngrep (Fredheim, et al., 2010). Det viktigste i denne prosessen er kartlegging av postoperative smerter. Dette betyr at sykepleiere skal kunne kartlegge pasientens smerter under hvile og i aktivitet. Målet er at pasienter får minst mulig komplikasjoner i postoperativt fase (Holm & Kummeneje, 2009). Sykepleieren har et stort ansvar i denne behandlingen og skal utføre sitt arbeid i samsvar med krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999). En stor del av pasientene plages likevel av postoperative smerter.

### 1.2 Teoretisk perspektiv/begreper

I dette kapitlet vil jeg presentere aktuell teori og litteratur som kan forklare problemstillingen. I drøftingsdelen skal jeg anvende det som vil bli forklart av fagstoff, forskning og lovverk.

#### 1.2.1 Smerte

Smerte er en normal sanseopplevelse som oppstår når en ytre eller indre påvirkning (skade eller sykdom) truer med, eller beskadiger, en del av kroppen og det er en ubehagelig opplevelse som forbindes med skade eller sykdom (Stubhaug & Losjå, 2008).

Smerter i postoperativt fase defineres primært som akutt smerte forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgiske inngrep. Kirurgi innebærer skade av vev og nervetråder, men den naturgitte smerten etterpå er uhensiktsmessig (Fors, 2012).

Det er vanlig at akutt smerte utløser en viss angstfølelse. Selve smertefølelsen avhenger i hovedsak av den bakenforliggende årsak, for eksempel et kirurgisk inngrep hvor det har ført til store vevskade (Stubhaug & Losjå, 2008).

### 1.2.2 Smertefysiologi

Smertefysiologi forklarer hvordan vi kan oppfatte smerter i kroppen vår. Nociseptorer arbeider med å oppfatte smerte. De fungerer som et alarmsystem som varsler sentralnervesystemet vårt når en vevsskade er i ferd med å inntreffe eller har oppstått (Wyller, 2019). Nociseptorene er festet til smerteførende perifere nervebaner, de nociseptive nervefibrene (Baastrup, Dahl, Arendt-Nielsen, & Jensen, 2013). Ved nocisepsjon føres signaler fra truet eller skadet vev til hjernen slik at vi føler smerte. Signalene oppfattes først av nociseptorer og sendes via nociseptive nervefibre til ryggmargens bakhorn før de når hjernen (Wøien & Strand, 2008). Når vi brenner oss på et stearinlys, oppstår det irritasjon i vevet. Det dannes elektriske impulser som via en rekke nervetråder ledes inn til ryggmargen. Nervecellene som leder smertesignalene, kalles nociseptorer. Fra ryggmargen ledes smertesignalene videre til hjernen.

Endogene smertehemmende mekanismer er i hovedsak knyttet til ulike deler av retikulærsubstansen og aktiveres normalt ved smertefull stimulering. Forventning om smertereduksjon, samtidig smertefull stimulering andre steder og høyt blodtrykk er eksempler på faktorer som kan øke kroppens endogene smertehemmende mekanismer (Wøien & Strand, 2008). Nociseptiv smerte kan også beskrives som akutt eller kronisk. Akutt stimulering skjer for eksempel når du brenner deg på en varm plate, noe som fører til en intens smerte med nøyaktig lokasjon. Kronisk stimulering karakteriseres gjerne som murrende eller verkende, og er typisk ved en begynnende sykdomsprosess i et organ (Wyller, 2019).

### 1.2.3 Postoperativ smerte

Smerter i postoperativt fase er definert primært som akutt smerte forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgiske inngrep. Kirurgi innebærer skade av vev og nervetråder, men den naturgitte smerten etterpå er u hensiktsmessig. Ekstra smerte knyttet til varsling av postoperative komplikasjoner vil som oftest bryte gjennom god smertelindring uansett og vil dessuten være ledsaget av andre og mer pålitelige kliniske tegn (Fors, 2012). Fredheim viser at smertelindringen er utilstrekkelig hos så mange som 38 % av voksne innlagte nyopererte. Postoperative smerter kan deles inn i grunnsmerter og gjennombruddssmerter. Grunnsmerter beskrives som konstante smerter etter traume på nerver og vev etter kirurgi. Gjennombruddssmerte er smertetopper som plutselig oppstår som et resultat av brå bevegelser, for eksempel hoste. Dette kan øke behovet for ekstra smertestillende utover basisbehandlingen (Wøien & Strand, 2008). Postoperative smerter som forblir ubehandlet kan oppleves som alt fra milde til svært intense, og selv

ved god smertebehandling, opplever svært mange pasienter å ha intense smerter (Fredheim, et al., 2011).

#### 1.2.4 Krav til sykepleier og rettigheter for pasientene

Sykepleiere skal sørge for at pasienter som har gått gjennom store kirurgiske inngrep skal få best mulig smertelindring med minst mulig bivirkning. I den postoperative fasen skal sykepleiere optimalisere pasientforløpet ved å vurdere pasientens tilstand, kartlegge og begrense betydningen av risikofaktorer og å forberede pasienten til operasjonen. Under det kirurgiske inngrepet forebygges komplikasjoner ved hjelp av faste kontrollrutiner, nøye overvåking og strenge infeksjonsforebyggende tiltak. Postoperativt får pasienten kontinuerlig overvåking til det er forsvarlig å flytte ham over til en sengepost. Også ved dagkirurgi planlegges inngrepene med tanke på fullgod sikkerhet og kvalitet (Holm & Kummeneje, 2009).

Sykepleierens ansvar er å redusere mengden stress pasienten utsettes for i forbindelse med den postoperative fasen, og det er viktig å bidra til raskere rehabilitering og færre komplikasjoner. Sykepleiere kan redusere pasientens stressnivå på flere måter. Pasienten må være godt informert og forberedt, både til smertebehandlingen som skjer i postoperative forløpet. God smertelindring, med for eksempel multimodal og opioidsparende behandling, reduserer også det kirurgiske stresset pre- og postoperativt.

I tillegg sier pasient og brukerrettighetsloven (1999) at pasienten skal få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i behandlingen. Dette gjelder også mulige risikoer og bivirkninger. Pasienten har også en rett til å medvirke i behandlingen (§3-1, 3-2). I tillegg skal helsepersonell «...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» (Helsepersonelloven, 1999).

#### 1.2.5 Kartleggingsverktøy

Et kartleggingsverktøy vil kunne bidra til en dekkende og systematisk kartlegging. Dette er en svært viktig sykepleieroppgave i den postoperative fasen. Sykepleiere er avhengige av et kartleggingsverktøy for å kunne gi en god smertelindring til pasienter som har smerte etter en operasjon. Ved å kartlegge smerter kan sykepleieren bevisstgjøre pasienten, slik at han kan finne ut av hva som forårsaker smerter, og hva som lindrer (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2016). Det er også viktig at

sykepleiere dokumenterer resultatet skriftlig for å kunne sikre all informasjon til videre behandling og pasientens tiltak (Wøien & Strand, 2008).

Endimensjonale kartleggingsverktøy som Visual Analogue Scale (VAS) og Numeric Rating Scale (NRS) er de som er mest brukt postoperativt. Bruk av kartleggingsverktøy systematiserer smertekartleggingen. Dette fører til færre misforståelse og feil mellom sykepleiere og gir bedre smertebehandling til pasienter med akutt smerter. Slik kan en også måle effekten av behandling i ettertid (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2016).

Det er veldig vanlig at sykepleiere satser på egne holdninger og oppfatning av pasientens smerte. Et kartleggingsverktøy hindrer holdninger og oppfatninger som kan gå på bekostning av pasienter. En del av sykepleiere mener at pasienten ikke skal ha høyere smerteskår enn tre. Overskrider smertene tre, skal pasienten ha analgetika. Ved smerter under tre, kan smertebehandlingen reduseres. Dersom kartleggingsverktøyene anvendes aktivt, bevisstgjøres også sykepleiere viktigheten av å overvåke pasientens smerter, og han vil få bedre smertebehandling (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2016).

De smerteskalaene anses som pålitelige og gir en umiddelbar forståelse hos pasienten. Vi har to type smerteskalaer. Den første er NRS som en numerisk linje som strekker seg fra 0 til 10, hvor 0 er ingen smerte, og 10 er verst tenkelige smerte. Den andre er en lignende skala som baserer seg på ord som for eksempel ingen smerte ... osv. VAS består av en linje som strekker seg fra «ingen smerte» til «verst tenkelig smerte», hvor pasienten skal plassere sin smerteintensitet langs linjen (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2016).

Det er viktig å bruke smertekartleggingene både i hvile og aktivitet. Det vil si at smertekartlegging må skje når pasienter er i bevegelse etter operasjon og ikke bare når sitter eller ligger i senga etter operasjon. Dette gir bedre resultat av pasientens smertepåvirkning og dermed kan man gi riktig smertebehandling. Smerteintensitet til pasienter bør måles hver 4 time for å kunne få en nøyaktig forståelse av pasientens smertepåvirkning. 4 timer etter at pasienten er bivirkningsfri fra medikamenter kan pasienten gi en riktig opplevelse av smerter (Holm & Kummeneje, 2009).

### 1.2.6 Sykepleieteori

Som sykepleier skal man være i stand til å forstå pasientens tanker og kunne se forbi deres ytre atferd, altså deres sinnstilstand. Dette vil bidra til at en kan skape nærhet og relasjon med vedkommende. Empati vil si å ta del i den andre sine følelser, samtidig som man skal forholde seg profesjonell i denne relasjonen. En skal kunne greie å fatte betydningen av hva pasienten tenker og føler utenom at en blir dratt inn i det selv.



Det handler ikke å være kald, men heller at en tar del i opplevelsene og følelsene til pasienten. Når partene oppnår dette vil en føle empati og greie å knytte seg til hverandre. Her vil individene være klarere og det er derfor viktig at sykepleieren møter pasienten der vedkommende er slik at de erfaringene en har, samt målene er like. Dette må ligge til grunn, hvis ikke er man for distanserte til å kunne utvikle empati (Travelbee, 2001). Empati er ikke en kontinuerlig prosess mellom sykepleieren og pasienten. Man vil kunne oppleve følelsen i den enkelte situasjonen, i små glimt og øyeblikk. Når empati først har forekommet i forholdet mellom sykepleieren og pasienten vil forholdet alltid være forandret, hevder Travelbee (Travelbee, 2001).

Når det er utviklet empati mellom pasienten og sykepleieren vil relasjonen stå sterkere enn før empatien ble utviklet. Når empatien ligger til grunn, vil en bedre kunne være mer bevisst på pasientens symptomer og mestringer. Når pasienten greier å snakke med sykepleieren om sine utfordringer og sin livshistorie, styrkes sykepleierens empatiske følelser ovenfor brukeren (Torbjørnsen, et al.,2014).

## 2 Metode

### 2.1 Litteraturstudium som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Dette kapittelet gir oversikt over de strukturerte søkene og vurdering av aktuell litteratur. Med begrensningene beskrevet nedenfor, er det gjort et avgrenset søk av litteratur i utvalgte databaser. I tillegg er relevant pensumlitteratur benyttet.

### 2.2 Inklusjons-og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene er at innholdet skal være i en ramme på 10 år. Det vil si fra 2011 til 2021, for å være oppdatert. I oppgaven har jeg anvendt pensumlitteratur fra alle de 3 studieårene: Dalland, 2018; Danielsen et al. 2016; Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2016; Wyller, 2019. Jeg har brukt fagbøker som har god forklaring om smerter, smertebehandling og postoperative smerter, Baastrup, Dahl, Arendt-Nilsen & Jensen, 2013; Fors, 2012; Holm & Kummeneje, 2009; Winger & Leergaard, 2016; Wøien & Strand, 2008. Jeg har også brukt en del av forskningsartikler fra Ferdheim et al. 2016; Linberg et al. 2016. Sykepleieteori er hentet fra mellommenneskelige forhold Travelbee 2001 også Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K. & Rørtveit, K. 2014.

Eksklusjonskriterier var blant annet pasienter med kroniske smerter, kroniske sykdommer eller kronisk medikamentell behandling da dette vil ha stor påvirkning på hvordan pasienten opplever smerter.

### 2.3 Søketabell

For å finne forskningslitteratur søkte jeg i ulike databaser som Cinahl, SveMed+ og Medline. Jeg startet søkene relativt bredt og snevret mer inn etter hvert. Jeg har kombinert flere ord. Søkingen har foregått over perioden mars 2021 til august 2021, og jeg har kommet over flere gode artikler som jeg har valgt å bruke.

For å strukturere søket mitt, har jeg benyttet meg av PICO-skjema. PICO står for P: Population/patient/problem, I: Intervention, C: Comparison, O: Outcome.

Tabell 1; PICO

Population Pasient Problem	Intervention	Comparison	Outcome
Postoperative pasienter Smerte/pain Patient	Kartleggingsverktøy Sykepleie/sykepleietiltak	Ikke aktuelt	Forebygge smerte Smertelindring

Ved søk etter artikler i de ulike databasene, valgte jeg å kombinere ulike ord fordi kun ett søkeord ga svært mange irrelevante artikler. Da jeg kombinerte ord, brukte jeg «AND» mellom de ordene. Søkene ble avgrenset til ti år tilbake i tid (år 2011-2021) da flere artikler publisert i 2021 ikke var lagt ut for allmenn tilgang ennå. Søkeord benyttet i Cinahl og Medline ble oversatt til engelsk. Ved søk i SveMed+ benyttet jeg både norske og engelske søkeord. Søkeord og strategiske søk er fremstilt i tabellene under:

Cinahl og Medline	SveMed+
Postoperative pain	Postoperativ smerte
Nursing	Postoperative smerter
Pain measurement	sykepleier
Pain assessment	kartlegging
Assessment	Postoperative pain
Numeric Rating Scale	Nursing
Abdominal surgery	
Guidelines	

Tabell 2.1 Søketabell

Data-base	Dato	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
SveMed+		Postoperative smerter	2011-2021	371	1 (A)
Cinahl		Postoperative pain Nursing	2011-2021	4	
Cinahl		Postoperative pain management Abdominal surgery Measurement	2011-2021	24	2 (B, C)
Medline		Nurse Pain assessment	2011-2021	118	1 (D)
Medline		Nurse Assessment Postoperative pain	2011-2021	113	1 (F)
Medline		Postoperative pain Numeric rating scale	2011-2021	127	1 (G)
Medline		Postoperative pain assessment Guidelines	2011-2021	13	1 (H)
Sykepleien forskning (håndsök)		Kartlegging Postoperative smerter	2011-2021	16	1 (E)

### Inkluderte artikler

A. Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K. & Broström, A. (2016) Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*

B. Rothaug, J., Weiss, T. & Meissner, W. (2013) How simple can it get? Measuring pain with NRS items or Binary items, *Clinical pain*

C. Kapritsou, M., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Korkolis, D.P., Kaklamanos, I., Siskou, T. & Konstantinou, E.A. (2018) Cross-correlation among visual analog, observational, and behavioral pain scales of oncological patients undergoing major abdominal surgery, *Journal of PeriAnesthesia nursing*

D. Peterson, A., Carlford, S., Schaller, A., Gerdle, B. & Larsson, B. (2016) Using education and support strategies to improve the way nurses assess regular and transient pain – A quality improvement study for three hospitals, *Scandinavian Journal of Pain*

E. Granheim, T.K., Raaum, K., Christophersen, K.A. & Dihle, A. (2015) Sykepleieres og sykepleierstudenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne, *Sykepleien forskning*

F. Bach, A.M., Forman, A. & Seibaek, L. (2017) Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective, *Pain Management Nursing*

G. Eriksson, K., Wikström, L., Årestedt, K., Fridlund, B. & Broström, A. (2013) Numeric Rating Scale: patient's perceptions of its use in postoperative pain assessments, *Applied Nursing Research*

H. Van Dijk, J., Van Wijck, A., Kappen, T.H., Peelen, L.M., Kalkman, C, J. & Schuurmans, M.J. (2011) Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study, *International Journal of Nursing Studies*

Ved treff i databasene vurderte jeg overskriftene og leste abstract for å sjekke relevans. Videre undersøkte jeg om de var publisert i tidsskrift, publikasjonsdato og i hvilket land og institusjon forskningen var gjort. Det var viktig for meg at de fleste artiklene var skrevet i et sykepleieperspektiv, og at man i tillegg fikk et innblikk i pasientens opplevelse. Artikkel «E» i Tabell 4 er ikke gjort ved strategisk søk, men ved et håndsøk i *Sykepleien Forskning*. Jeg har likevel valgt å legge den inn i søketabellen for å demonstrere hvordan jeg har funnet den.

## 2.4 Kvalitetsvurdering

Det har vært mye forskning om postoperative smerter i verden, særlig om smertekartlegging også smertebehandling. Forskning viser at de fattige landene som sliter mest med ressurser og økonomi har dårligere pasientbehandling generelt, særlig smertebehandling enn de rike landene. Jeg mener at europeiske land generelt har mer utviklet postoperativ smertelindring på grunn av at de lettere kan skaffe medikamenter og har bedre kommunikasjon mellom seg enn de andre landene for eksempel i Afrika. Dette gjelder også sykepleierens arbeidsoppgaver. Det vil si at det har blitt lettere for en sykepleier i Norge å behandle en pasient i postoperativ fase enn en sykepleier i en av de fattige landene. Det er på grunn av at sykepleiere i Norge har mer tilgang til ressurser enn de andre. Dette førte til at jeg valgte å finne forskning som ligner på Norge i forhold til økonomi og ressurser. En av mine utvalgte artikler kommer fra Hellas, men resten er fra Norge, Sverige, Tyskland og Nederland.

Pasientbehandling i disse landene er ganske like. Det vil si de landene bruker systematisk kartleggingsverktøy som hovedregel. Alle de åtte artiklene er innen de siste ti årene og er relevante til min oppgave. Hovedfokus i oppgaven er pasienter som har gått gjennom et stort kirurgisk inngrep og dermed har akutt smerte. Det vil si at jeg har ikke involvert de pasientene som har hatt kronisk sykdom eller smerte. Dette førte til at de utvalgte artiklene setter søkelys på akutt smerte i postoperativ fase. I tillegg er de åtte artiklene fagfellevurdert av Norsk Senter for Forskningsdata. Jeg har også valgt å velge noen artikler som har mer søkelys på relasjon mellom sykepleier og pasient. Syv av artiklene i oppgaven er av nivå 1 og en er av nivå 2. Alle har en tydelig IMRoD struktur.

## 2.5 Analyse

Tre av de utvalgte forskningsartiklene er basert på intervju av sykepleiere på sykehuset om bruk av kartleggingsverktøy og resten er basert på studie. I tillegg har jeg brukt pensumlitteratur, fagbøker og mine egne erfaringer i praksisperiode i Gastro akutt ved St.Olav hospital. De studiene er knyttet til problemstillingen og er svært relevant til oppgaven. Hovedfokuset i oppgaven er å finne den beste måten å møte med pasienter som har store vevsskader. Det vil si ved bruk av riktig verktøy kunne ha den beste observasjonen og dermed riktig vurdering av pasientens smerteopplevelse. Det har vært svært vanskelig å finne riktig kartleggingsverktøy fordi hver forskning peker på fordeler og ulemper med hvert enkelt kartleggingsverktøy. Dette førte til at jeg måtte være nøye med tanke på å velge riktig forskningsartikkel, samtidig pensumlitteratur som tilsvarer forskningene. I tillegg måtte de utvalgte artiklene være innen de siste ti årene være fagfellevurdert. Jeg har ikke

intervjuet noen av sykepleiere selv eller har ikke hatt en samtale med dem for å kunne bruke i oppgaven som kunne ha hjulpet meg med å finne riktig svar på min problemstilling.

### 3 Resultater

Tabell 3.1 Artikkelmatrikse

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain.	Hensikten med studien var å belyse hvordan sykepleiere på sengepost oppdaget postoperativ smerte hos pasienten og hvilke tiltak de utførte da de oppdaget den.	Kvalitativ studie hvor de gjennomførte intervju av sykepleiere og leger ved 3 sykehus i Sverige.	Hovedtiltakene sykepleierne utførte, var å innhente informasjon om pasientens smerteintensitet, analgetika og kirurgiske komplikasjoner. Målet var å administrere medikament er på en trygg måte uten at pasienten opplevde bivirkninger. Dersom pasienten hadde vansker med å forklare smerten, hadde sykepleieren gode oppfølgingspørsmål. Sykepleierne s arbeidsdag var likevel begrenset av	Måten sykepleier reagerer på smerte og hvilke tiltak de utfører, er en viktig del av smertebehandling. Artikkelen har en aktiv tilnærming til min oppgave.  Alle forfatterne var inkludert i datainnsamlingen, analyse og diskusjon av funn. Dette fører til at en lettere unngår at det gjøres feil. Intervjuene ble forhåndstestet for å sikre best mulig kvalitet. Dette gjorde at de ekskluderte et av intervjuene grunnet for



			<p>tid og ressurser, og det var ikke alltid at de klarte å kartlegge smertene godt nok. Ikke alle sykepleierne hadde gode pedagogiske teknikker. At sykepleiere har ansvar for samme pasient flere dager på rad gjorde at sykepleieren etterhvert fikk god forståelse for smerten. Gode ferdigheter i kommunikasjon og observasjon er viktig for å oppdage smerte, da ikke alle pasienter har like god evne til å beskrive smerten selv på grunn av for eksempel bivirkning av morfin.</p>	<p>generelle spørsmål. Deltakerne i studiet fikk forberede seg 2 uker på forhånd noe som gjorde at de hadde innholdsrike og gode svar. Dette kan likevel føre til at man ikke er helt ærlig, slik som hvis man blir spurt der og da. Forskjell i profesjon, erfaring, kjønn og alder gir et bredt perspektiv i datainnsamlingen.</p>
How simple can it get? Measuring pain with NRS items	Hensikten med studien var å sammenligne bruken av	En kvantitativ studie hvor de analyserte grad av postoperative	Resultatet var at begge formene for kartlegging ga like gode	Flere av artiklene i oppgaven belyser viktigheten

<p>or Binary items.</p>	<p>NRS (0-11) og binære svar (ja/nei) ved smertekartlegging. Forskerne mente at det var minst like viktig at pasienten forstod hvordan man bruker kartleggingsverktøyet som at sykepleieren brukte det. Det verktøyet som fungerer best bør implementeres i sykepleiepraksisen.</p>	<p>smertes ved bruk av NRS og binære elementer.</p>	<p>svar. Man så en sammenheng mellom at "nei" tilsvarte skår 0-2 på NRS, og stiller da spørsmål om 0-2 på NRS tilsvare ingen smerte. Forskningen viste også at 2/3 av pasientene foretrakk de binære svarene.</p>	<p>av bruk av NRS og VAS i smertekartlegging. Denne artikkelen viser derimot at det kan fungere like bra å spørre om pasienten har smerter. Artikkelen blir viktig under diskusjonsdelen når jeg skal undersøke hvordan sykepleier best kan gi smertebehandling.</p> <p>Forskningen ble gjennomført ved 1 sykehus. Dette gjør at resultatet ikke kan ansees som gjeldende for pasienter ved alle andre sykehus. Ved å ekskludere pasienter som ikke snakket tysk utelukker man mange potensielt nyttige svar. Det er tatt hensyn til at noen</p>
-------------------------	---	---	---	--

				<p>pasienter er mer påvirket av opioider enn andre.</p> <p>Fordi mennesker opplever smerte så ulikt, er det mange faktorer som kan spille inn på hvilke svar de angir på kartleggingsverktøyene, og hvilket verktøy de foretrekker.</p> <p>Det er likevel en viktig del av pasientbehandling. En skal alltid se pasientens smerte som individuell.</p>
<p>Cross-correlation among visual analog, observational, and behavioral pain scales of oncological patients undergoing major abdominal surgery.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke om sykepleiere virkelig forstod graden av pasientens postoperative smerter.</p>	<p>En kvantitativ studie hvor forskerne målte smerteintensiteten til pasientene ved bruk av VAS, BPS og CPOT. Alle operasjoner var gjennomført av det samme kirurgiske teamet. Smertekartleggingen fant</p>	<p>Studien belyser at sykepleierne på avdelingene vurderte pasientens smerte lik pasienten vurderte den selv. Ved høyere skår på VAS ble skår på BPS og CPOT også forhøyet. Dette gjaldt likevel bare</p>	<p>Artikkelen er interessant for oppgaven da dette er den eneste artikkelen jeg har funnet som viser at sykepleier og pasient har lik oppfatning av pasientens smerter.</p> <p>Eksklusjonskriterier var blant annet kroniske smerter,</p>

		sted på operasjonsdagen, 6 timer etter operasjon.	ved milde eller svært kraftige smerter. Ved smerte midt på skalaen var det vanskeligere for sykepleier å vurdere pasientens smerter.	kroniske sykdommer eller kronisk medikamentell behandling da dette vil ha stor påvirkning på hvordan pasienten opplever smerter. Studien foregikk på 1 sykehus, som gjør at man ikke kan forvente samme resultat for andre pasienter. Ved å studere både pasienter med moderate smerter og svært smertepregede pasienter, fant de store forskjeller i hvordan smerter kartlegges og hvilke hensyn sykepleierne tar.
Using education and support strategies to improve the way nurses assess	Postoperative smerter er et velkjent problem. Studien ønsker å belyse effekten av	Kvantitativ studie hvor de innhentet informasjon fra pasientjournal og via spørreskjema	Systematisk bruk av NRS økte betraktelig på avdeling. I tillegg økte antall pasienter	Artikkelen viser hvor viktig bruk av kartleggingsverktøy er, både før og etter man gir ekstra

<p>regular and transient pain – A quality improvement study for three hospitals.</p>	<p>kartleggingsverktøy, og hvordan smertekartlegging fører til bedre smertelindring ved at sykepleierne på avdeling får bedre opplæring. Målet var å øke bevisstheten og kunnskapen rundt smertekartlegging hos sykepleierne på avdeling. I tillegg til å implementere NRS, var hensikten også at sykepleierne skulle kartlegge smerten før og etter de ga ekstra smertestillende.</p>	<p>til pasienten. Undersøkelser ble gjort før oppstart av undervisning, etter 6 måneder og etter 12 måneder.</p>	<p>som fikk ekstra smertestillende på bakgrunn av NRS. Antall sykepleiere som kartla effekten av smertestillende økte også.</p>	<p>smertestillende. God opplæring og gode rutiner vil bedre pasientens smertebehandling betydelig.</p> <p>Forskningen inkluderte mange ulike sengeposter fra flere sykehus noe som styrker funnene. Vi får ingen informasjon om hvilken erfaring de ulike sykepleierne har, noe som er essensielt hvis man skal sammenligne kunnskapsnivået før og etter opplæring. Det er positivt at forskerne inviterte til samlinger 3 ganger før studien skulle starte for å forberede de involverte. Opplæringen ble grundig gjennomført. Deltakerne fikk god</p>
--	--	--	---	---

				informasjon om hensikten med smertekartlegging, hvor ofte det skal gjøres og hvordan det gjøres. Dette skaper engasjement.
Sykepleieres og sykepleierstudenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne.	Forfatterne ønsket å tilegne seg økt kunnskap om sykepleieres og sykepleierstudenters kunnskaper om og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne.	En kvantitativ tverrsnittsun dersøkelse hvor datainnsamlingen foregikk gjennom den norske versjonen av kartleggingsverktøyet NKAS-N. Undersøkelsen bestod av 39 spørsmål om smertehåndtering og smertelindring.	Forskningen avdekket at sykepleiere og sykepleierstudenter i utgangspunktet har gode kunnskaper, men at de viser engstelse for opioidavhengighet og respirasjonsdepresjon, noe som gir et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk utførelse. Forskerne konkluderer med at det finnes et behov for å øke kompetansen om smerter, smertehandling og smertehåndtering.	Sykepleiere og sykepleierstudenters kunnskaper og holdninger har mye å si for å gi tilstrekkelig smertebehandling. Dersom de er redd for å gi så stor dose som er ordinert, vil ikke pasienten smertelindres godt nok, uavhengig om sykepleieren har kartlagt smertene. Dette er et viktig moment å belyse når jeg skriver om hvordan sykepleier kan oppnå tilstrekkelig smertebehandling.

				<p>dling hos pasienten.</p> <p>En svakhet ved studien var at den ble gjennomført på 1 sykehus og 1 høgskole. Den foregikk i 2009 og det kan ha vært endringer i praksis og undervisning de siste 11 årene. Sykepleierne som deltok i studien arbeidet ved kirurgisk sengepost. Svarene kunne blitt annerledes ved å rekruttere sykepleiere ved andre sengeposter. Ved å presentere pasientcaser i spørreskjemaet, er det lettere å sette seg inn i de ulike situasjonene, noe som gir mer realistiske svar. Dette er en styrke ved studien.</p>
--	--	--	--	---

<p>Postoperative Pain Management: A Bedside Perspective</p>	<p>Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan sykepleier på sengepost og pasienten samhandlet, kommuniserte, vurderte og kom frem til et felles mål ved behandling av postoperativ smerte.</p>	<p>En kvalitativ undersøkelse med semi-strukturerte intervjuer av sykepleiere og pasienter, i tillegg til pasientobservasjoner.</p>	<p>Noen sykepleiere på avdelingene brukte NRS og VAS som kartleggingsverktøy, mens andre spurte pasienten hvordan han hadde det. De fleste sykepleierne gjorde seg opp en mening av pasientens smerter ved å se på pasientens aktivitet. Dersom pasienten oppga en VAS skår på 9, men vandret rundt i rommet, anså sykepleieren det som en lavere skår. Fordi sykepleierne anså postoperative smerter som vanlig på avdeling, fikk forskerne inntrykk av at smertebehan</p>	<p>Studien belyser viktigheten av sykepleiers holdninger og kunnskap om smertebehandling, i tillegg til viktigheten av pasientmedvirkning i behandlingen.</p> <p>Intervjuene varte i 30-70 minutter. Observasjonene varte fra 1-4 timer. Dette skaper god dybde i funnene. Forskerne hadde klinisk erfaring. Dette gjør at de har en bedre forståelse for de observasjonene de gjør seg.</p> <p>Forskerne som ikke har kunnskap om temaet vil ha vansker for å begrunne hvorfor sykepleierne gjør som de gjør. En svakhet ved studien var at</p>
---	--	---	---	--



			<p>dlingen ikke ble komplett gjennomført. Sykepleierne hadde ikke implementert smertekartlegging som en del av rutine, men spurte pasienten mens de holdt på med andre ting som for eksempel stell.</p> <p>Forskerne konkluderte med at det burde utvikles et kartleggingsverktøy som involverer pasientmedvirkning. Smertekartlegging bør også bli en rutine på avdeling, og arbeidsmiljøet bør bestå av refleksjon, klinisk trening og kunnskapsbasert praksis.</p>	<p>den ene forskeren hadde kunnskaper om de ulike sykepleierne som deltok i studien. Dette kan føre til at observasjonene er preget av forskerens personlige mening om sykepleieren.</p>
Numeric Rating Scale: patient's perceptions	Hensikten med forskningen var å belyse selve	En kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer.	Resultatet av forskningen var at NRS har en absolutt	Artikkelen har en aktiv tilnærming til oppgaven. Pasientens

<p>of its use in postoperative pain assessment.</p>	<p>pasientopppløvelsen av at sykepleier bruker NRS for å kartlegge postoperative smerter på sengepost.</p>		<p>verdi innenfor smertekartlegging. Men det legges stor vekt på at det er behov for en samtidig dialog mellom sykepleier og pasient for at pasienten skal få uttrykt smertens dybde, lokalisasjon og intensitet. På denne måten vil sykepleier og pasient få et felles mål og forståelse for smertebehandlingen.</p>	<p>opplevelse av bruken av NRS er viktig for å forstå eventuelle mangler med verktøyet.</p> <p>Studiens utforming gjorde at de kunne analysere mange ulike pasienter, og derfor få et bredt spekter av funn. Ved å fange et stort antall pasientopplevelser burde en også kunne se et likt mønster hos pasienter ved andre sykehus i Europa. Forskerne i studien hadde lang klinisk erfaring innen postoperativ smertebehandling, noe som styrker utvalg av spørsmål i intervjuene. De har i tillegg mulighet for å komme med tilleggsspørsmål fra egen</p>
---	--	--	---	---

				<p>klinisk erfaring. Forhåndskunnskaper om det de skulle forske på, kan påvirke utfallet av studien.</p>
<p>Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study.</p>	<p>Forskning har vist at sykepleiere og pasienter vurderer pasientens smerter ulikt. Hensikten med studien var å finne ut hva som er akseptabelt smertenivå for pasientene, ved å bruke NRS og VAS.</p>	<p>En kvantitativ studie. Tverrsnittundersøkelse som inneholdt spørreskjemaer som sykepleierne skulle besvare.</p>	<p>De fleste pasientene mente at en smerteskår på 4-5 var akseptabelt. Anestesileger, sykepleiere ved sengepost og sykepleiere ved postoperative sengeposter var enig med pasientene. Intensivsykepleierne mente derimot at en skår over 4 var uutholdelig, og syntes å være i risiko for å overbehandle pasientene.</p>	<p>Artikkelen belyser hva som er akseptabel postoperativ smerte, og hvordan sykepleiere og pasienter vurderer smertene ved bruk av kartleggingsverktøy. Dette er den eneste artikkelen som dokumenterer at smerter over 3 på NRS kan være akseptabelt, men viser samtidig at noen sykepleiere anså pasientens smerter som mer intense enn pasienten selv.</p> <p>En styrke ved studien er antall deltakere.</p>

				<p>Ved å analysere et så stort antall pasienter kan en nesten forsikre at funnene kan generaliseres til andre sykehus. Smertevurderingene er derimot gjort i hvile og gir ikke et bilde på smerter under aktivitet. En styrke var at pasientene først brukte VAS og så NRS. Dette for å unngå at pasientene ville gå tilbake og endre NRS skår når de så hvilke ord som forbindes med de ulike numrene. Studien var en del av et større prosjekt som forsket på postoperativ kvalme og brekninger. Dette kan ha påvirket sykepleiernes administrasjon av opioider</p>
--	--	--	--	---

				med tanke på bivirkninger av disse, som for eksempel kvalme.
--	--	--	--	--

### 3.1 Viktighet av å ha nok kompetanse ved smertelindring.

Det må legges vekt på at pasienten selv er en viktig samarbeidspartner i smertebehandlingen ved selv å formidle behovet for smertestillende, eventuelt kunne forholde seg til en smerteskala, eller kunne betjene en smertepumpe dersom dette er aktuelt når han er tilstrekkelig våken.

Postoperativ kvalme og oppkast fører sjelden til alvorlige komplikasjoner, men kan være både slitsomt og svært ubehagelig. Dette er noe som sykepleiere må ha kompetanse i for å kunne forklare til pasienter og dermed kunne betrygge pasienten. Det krever å bygge en god relasjon med pasienter. Dette må bygges på å vise forståelse av pasientens opplevelse av smerter også empati. Det er viktig at pasienten opplever trygghet i en postoperativ fase. Det vil si at pasienten tror på sykepleierens kompetanse om postoperativ smertelindring og oppfølging under behandlingsperiode. Studie viser at pasienter kan legge merke til forskjellig oppførsel under behandlingstiden. Empati er den nøkkelordet som pasienter forklarte under intervju (Granheim , Raaum, Christophersen, & Dihle, 2015).

Forskningen til Kapritsou et al. (2018) viser at de sykepleiere som har brukt kartleggingsverktøy og har gitt informasjon til pasienter under behandling, har gjort det mer vellykket enn de sykepleiere som har brukt kun egne erfaringer i møte med pasienter som har opplevd akutt smerte. Studie viser at de sykepleiere som har utført sykepleieoppgave i sengeposten ikke har klart å beregne pasientens opplevelse av smerte riktig. De har skåret feil for at de enten har observert pasienten i hvile eller ikke har brukt kartleggingsverktøyet. Det er viktig å observere pasienten som har kommet til postoperativ fase, både i hvile, men også i aktivitet. Ansiktuttrykket er også en av de funnene som sykepleiere må ha søkelys på. Det vil si at det ikke er alle som kan utrykke sine smerter ved aktivitet på grunn av bakgrunn, kultur eller bivirkninger av medikamenter. Derfor er det viktig at sykepleiere kan observere smerte ved bruk av forskjellige metoder. Studie viser også at sykepleiere ikke gir nok informasjon om postoperativ fase om smertebehandling og lindring for at de har blitt vant med at pasienter som har gjennomgått et stort kirurgisk inngrep kan ha smerter og det er greit. Konsekvenser med slik oppførsel

er at pasienten ikke kan legge merke til forskjellige smertebehandlinger og dermed ikke kan forstå endringer etter en operasjon. Disse pasientgruppene kan oppleve å ikke føle seg ivaretatt, og det kan føles nedverdiggende å ikke ha påvirkning i deres utvikling i postoperativ fase. Å gi nok informasjon til pasienten kan gi øke selvbildet til pasienten, noe som kan påvirke velvære under smertebehandlingsfase.

### 3.2 Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy

Peterson et al. (2016) viser hvor viktig bruk av kartleggingsverktøy er, både før og etter man gir ekstra smertestillende. Det vil si at sykepleiere skal dokumentere skriftlig resultatet etter hver kartlegging for å kunne observere pasientens smerteopplevelse og kunne komme med endelig resultat. I tillegg vil god opplæring og gode rutiner bedre pasientens smertebehandling betydelig. Van Dijk (2011) belyser også hva som er akseptabel postoperativ smerte, og hvordan sykepleiere og pasienter vurderer smertene ved bruk av kartleggingsverktøy. Dette er den eneste artikkelen som dokumenterer at smerter over tre på NRS kan være akseptabelt, men viser samtidig at noen sykepleiere anså pasientens smerter som mer intense enn pasienten selv. Det er viktig at sykepleiere benytter kartleggingsverktøy for å kunne systematisere smertevurderingen. VAS og NRS er de to type kartleggingsverktøy som sykepleiere benytter ved smertekartlegging. Pasienten kan fortelle smertenivået sitt med å peke på de to linjer som er fra null til fem, hvor null er minste smertenivå og fem er den høyeste. De sykepleiere som benytter seg av VAS vil kunne ha mer forståelse for pasientens smertenivå. De kan beregne nøyaktig hvor mye pasienten har av smerte. Samtidig er det vanskelig for sykepleiere å treffe smertenivået til pasienter som hadde tatt en vis dose opioider. Medikamenter kan påvirke virkelige smertenivået iblant.

Eriksson et al. (2013) belyser i sin forskning at en god relasjon mellom sykepleiere og pasienter er kravet for å kunne utføre en god smertekartlegging. De sykepleiere som hadde en god relasjon med sine pasienter, har fått realistiske resultat. Det vil si at kommunikasjonen har hjulpet pasienten for å være positiv til å samarbeide i bruk av smertekartleggingen. NRS er det enkleste verktøyet som pasienter kan forstå, for at NRS basert på tallskala og det er lettere for pasienter å kunne uttale sitt smertenivå, men i motsetning vektlegger Wikström et al. (2015) i studien sin på binære spørsmål. Det er enklere for pasienten å svare ja eller nei til spørsmål om smertenivået sitt.

Bach et al. (2017) vektlegger på at sykepleiere skal observere pasientens kroppsspråk under mobilisering også. Pasienten kan være smertefri under hvile og har dermed ingen kroppsspråk som kan vise smertepåvirkning.

### 3.3 Smertekartlegging kan være utfordrende

I flere studier ser man at mangelfull bemanning og for mange arbeidsoppgaver som sykepleiere må utføre, fører til at sykepleiere ikke får nok tid til å gjennomføre smertekartlegging. Det vil si at sykepleiere som har ansvar for en hel avdeling med mer en femten pasienter sliter mest med å finne tid for å gjennomføre smertekartleggingen. Studie til Wikström et al. (2015) viser at prioritering av arbeidsoppgaver, blant annet, medikament oppdeling, sårstell, kontakt med pårørende, informasjon til lege, legevisitt og mye dokumentasjon også videre, tar plassen til smertekartlegging eller fører til at sykepleiere ikke rekker å utføre smertekartlegging kontinuerlig. Dette går utover pasienten og det bør dermed tas hensyn til sykepleiere.

Det kan være vanskelig for noen av pasientene å kunne fortelle om sitt smertenivå eller opplevelse av smerte. Pasienten som ikke opplever forhøyd smertepåvirkning, kan ikke fortelle riktig smertenivå. Eriksson et al. (2013) viser at pasienten ikke kan ha sine smerter på NRS skala, på grunn av for høy eller for lav smertepåvirkning. I tillegg kan pasienter som har tatt opioider eller sterke medikamenter gi feil svar på sitt smertenivå. Dette påvirker sykepleierens oppfatning av pasientens smertenivå i smertekartlegging. Pasienten som har epiduralkateter, kan ikke fortelle sin opplevelse av smerte. Og kanskje ikke pasienten som er i hvile etter en operasjon og har ikke har mobilisert seg. Kartlegging av smerte kan også påvirkes av pasientens medbestemmelse. Det vil si pasient og brukerloven gir pasienten bestemmelse til å kunne forklare seg når det gjelder smertekartlegging.

## 4 Diskusjon

I dette kapitlet har jeg tenkt å diskutere min problemstilling i fire deler og jeg skal bruke litteratur, teori og mine egne erfaringer til å drøfte problemstillingen. Jeg skal komme med en del teori som er både for og mot både problemstillingen og også postoperativ smertelindring. I starten så gjentar jeg min problemstilling.

Problemstillingen min er: Hvordan kan sykepleiere sørge for en god smertelindring hos pasienter som gjennomgår store kirurgiske inngrep?

### 4.1 Sykepleierens møte med pasienter med store postoperative smerte.

Sykepleieren skal ha forståelse for pasientens opplevelse etter et stort kirurgisk inngrep. Det kan være akutt smerte og en stor del av vevet er kanskje skadet. Derfor er det viktig at sykepleieren viser empati og medfølelse til pasienten som har gjennomgått et stort kirurgisk inngrep (Holm & Kummeneje, 2009). Opplevelse av smerte er individuelt og dermed må sykepleiere ta dette det på alvor. Det betyr at når pasienten klager over smerte er det viktig at sykepleie viser medfølelse og betrygger pasienten. Dette kan være selvfølge, men forskning viser at sykepleiere ikke alltid har tatt pasientens opplevelse av smerte på alvor og dermed blir smertebehandlingsfasen har lengre enn nødvendig. Travelbee (2001) setter lys på dette i mellommenneskelige forhold hvor hun peker på at relasjon mellom sykepleiere og pasienten må bygges på tillitt. Sykepleierens ansvar er å innhente informasjon om pasientens smertenivå og dette krever en god relasjon.

Det er kun sykepleiere som har daglig kontakt og har full observasjon når det gjelder postoperativ fase. Da er det sykepleierens ansvar å bruke god tid og ressurser i kommunikasjon til pasienten. Det er pasientens rettighet å få nok informasjon om postoperativ smertelindrings fase (Kristoffersen, Skaug, Steindal, & Grimsbø, 2016). Pasienten som har opplevd et kirurgisk inngrep, har forskjellige behov, noe som kan påvirke smertebehandlings prosessen. Relasjon er en viktig faktor som kan minke eller øke den prosessen. Når pasienten opplever at han/hun blir sett kan han/hun ta eget initiativ og komme med forslag som kan gi fart til smertebehandling og postoperativ smertelindring.

Wikström et al. (2016) mener at sykepleierens kommunikasjonsteknikk spiller stor rolle i en smertebehandlingsfase. Sykepleiere som er omsorgsfull og har evne til å se pasienten som et individuelt menneske har mer påvirkning til pasientens smerteopplevelse enn sykepleiere som fremmer sine egne erfaringer foran pasientens opplevelse av smerte.

Jeg opplevde selv i en praksisperiode at sykepleierne var flinke til å ivareta pasienter som kom rett fra kirurgisk avdeling. De hadde en bra



rutine der de kunne de dele opp oppgaver og bruke god tid til å ta innkomstnotater. Jeg kunne legge merke til at pasienten ble rolig og betrygget etter første møte. Min evne til kommunikasjon var min fordel i møte med pasienten. Jeg kunne møte dem med respekt også vise empati. Jeg har lagt merke til at pasienten av og til har behov for å bli sett av sykepleiere, noe som kanskje ikke virker så viktig for noen, med det er veldig viktig for pasientens opplevelse av smerte og dermed smertebehandlingsfasen. Jeg har også opplevd at noen pasienter ikke ønsket å treffe sykepleiere mer enn når de skulle ta imot medisiner. Da jeg snakket med dem så fikk jeg vite at de ikke hadde opplevd omsorg og empati av sykepleiere. Jeg har lagt merke til at pasientens opphold ble lengre enn planlagt på grunn av dette.

#### 4.2 Sykepleierens ansvar ved å utføre en god smertekartlegging.

Sykepleiere må kunne kartlegge og vurdere smerte ved hjelp av de forskjellige kartleggingsverktøyene. kartlegging er viktig for at pasienten skal få tilfredsstillende smertelindring. Bruk av kartleggingsverktøy ved smertebehandling gir en trygghet til sykepleiere som utfører det og dermed hindrer at sykepleiere gjøre feil og resultatet kan vise veien videre i behandlings prosessen.

Smertekartleggingen vil være med på å gjøre pasienten mer bevisst over de forskjellige veier til smertelindring. De erfarne sykepleiere kan observere smerten ut fra fysiologiske tegn. Disse er viktige, men samtidig usikre med hensyn til å angi smertens alvorlighetsgrad. Granheim et al. (2015) Forskere har prøvd å finne ut hvordan forskjellige sykepleiere og sykepleierstudenter vurderte styrken av smerte. Nye sykepleierstudenter vurderte jevnt over pasientens smerter som svakere enn sykepleiere. Sykepleierstudenter brukte kartleggingsverktøy jevnt og fikk dermed bedre resultat, noe som har gitt bedre effekt ved bruk av kartleggingsverktøy. Det er viktig å bruke nok tid under kartlegging på grunn av at stress kan påvirke pasientens svar og dermed resultatet. I tillegg er det viktig å gi informasjon om kartleggingen til pasienten før utføring, noe som betrygger pasienten og også øker tillitt mellom sykepleiere og pasienten. Sykepleiere bør utføre forarbeid før smertekartlegging. En klar og planlagt smertekartlegging kan føre til at pasienten blir mer motivert til å samarbeide. Bach et al (2016) mener at en stor del av smertebehandling er avhengig av gode smertekartlegginger, noe som kan gi fortgang til videre behandling (Bach, Forman, & Seibaek, 2018).

For å utføre en god smertekartlegging er sykepleiere avhengige av en god relasjon til pasienten. Sykepleiere som har evne til en god kommunikasjon, får ofte respekt og tillitt av pasienter. Å ha gode

kommunikasjonsferdigheter har en god effekt til pasientens opplevelse av smerte. Travelbee (2001) vektlegger mellommenneskelig relasjon, noe som har direkte /indirekte virkning på pasienten i forhold til samarbeid under smertekartleggingen.

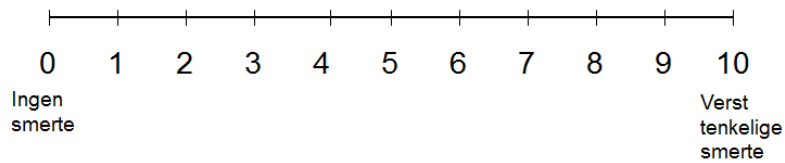
De forskjellige kartleggingsverktøyene kan utføres på mange ulike måter. NRS, VAS og binære spørsmål har blitt brukt mye for å utføre smertekartlegging. NRS og VAS er brukt mye i postoperativ fase. NRS er det enkleste verktøyet som pasienter kan forstå, for at NRS basert på tallskala og det er lettere for pasienter å kunne uttale sitt smertenivå, men en ulempe med NRS skala er at om pasienten skårer mellom null og to, så viser det ingen smerte, noe som ikke beskriver pasientens smertenivå. Dette kan også påvirke pasientens opplevelse av bruk av verktøyet. De fleste pasienter på sengeposten velger å svare på binære spørsmål. Fordelen med binære spørsmål er at pasienten ikke trenger å tenke selv for å finne ut hvor han/hun ligger i smertenivået. De velger ofte å svare ja eller nei til spørsmål. Dette kan være på grunn av smertepåvirkning eller at det er enklere å unngå lange svar. Når sykepleier bruker NRS og VAS bevisstgjør de pasienten, og pasienten kan engasjeres til å vurdere hvilke forhold som forårsaker smerter og hva som lindrer. Ved å dokumentere pasientens smerter etter en smerteskala blir det også lettere for neste sykepleier som kommer på vakt å sette seg inn i smerteproblematikken, og legene kan bedre tilpasse behandlingen. Samtidig forenkler man også måling av tiltakenes effekt i ettertid (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2016).

Det er fortsatt vanskelig å vurdere hva som er det beste kartleggingsverktøyet for alle verktøyene har sine fordeler og ulemper. Uansett er det viktig at sykepleiere utfører smertekartleggingen ved bruk av kartleggingsverktøy. Å stole på sine egne erfaringer kan ikke gi et riktig bilde av pasientens opplevelse av smerte. Van Dijk et al. (2011) mente at en årsak til at det er vanskelig å bruke kartleggingsverktøy, kunne være at pasienter og sykepleiere ikke har god nok opplæring i bruk av kartleggingsverktøy.

Se figur1 og Figur 2

Figur 1
---------

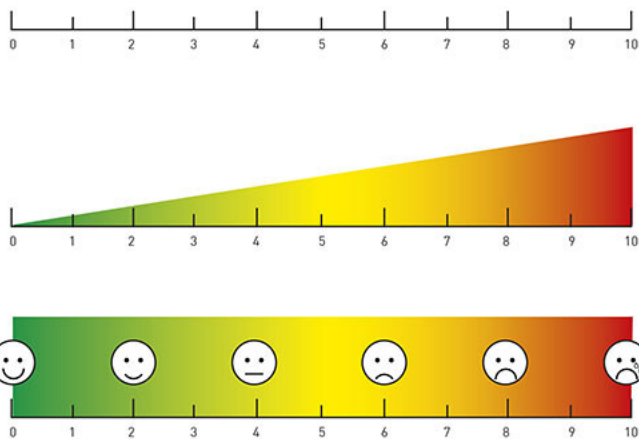
## Numeric rating scale – NRS (0 -10)



Kilde: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121833>

Figur 2

## Visuell Analog Skala – VAS (0-10)



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

### 4.3 Sykepleiers kunnskaper kan påvirke smertebehandlingen.

Granheim et al. (2015) legger vekt på smertebehandling ved medikamenter. Dette er den viktigste oppgaven til en sykepleier. Hun mente at økt kunnskap og holdninger er tilstrekkelig hos sykepleiere og sykepleiestudenter. Sykepleiere som legger vekt på sine egne erfaringer, kan ta feil hvis de ikke stoler på pasientens opplevelse av smertenivået. Noe som kan forverre pasientens tilstand i en behandlingsfase. Hun mener at sykepleiestudenter som har lite erfaring med opioider ofte ikke gir nok morfin til pasienter som er smertepåvirket (Granheim , Raaum, Christophersen, & Dihle, 2015). Sykepleierens kunnskap om bivirkning av

medikamenter i postoperativ smertelindrings fase er avgjørende. Om pasienten skal trappe ned epiduralkateter eller hvilket medikament som skal gies etter fjerning av epiduralkateter, er noe som krever nok kunnskap og selvfølgelig erfaring. Van Dijk et al. (2011) mener at sykepleiere trenger pasientenes smertescore for å administrere smertestillende medisiner. Men sykepleiere må også ha nok kunnskap for å kunne tolke smertescorene riktig i tråd med den faktiske smerteoppfatningen hos pasienten. Sykepleiere bør kombinere sine erfaringer med kompetanser i møte med pasienten, kan ha de ha bedre forståelse av pasientens smertepåvirkning i hvile og aktivitet. Noe som er basert på verbal og nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2017).

Peterson et al. (2016) mener at velfungerende smertevurderinger krever bruk av strategier basert på sykepleierens kunnskap og teori. Hun mener at det er enkelt å bruke kartleggingsverktøyene, men det kreves også at sykepleiere legger sin kunnskap til side av og til og stoler på pasientens opplevelse av smerte, for smerte er individuell og kan ikke måles med bare kunnskap. Travelbee (2001) mener også at sykepleiere som stoler på sine kunnskaper i møte med pasienter, ikke alltid tar riktig vurdering av pasientens smertenivå. Dette kan gå utover pasientens selvbilde og selvtillit, noe som kan gå utover pasientens smertebehandling. Selv om smertelindring har utviklet seg, er det bare pasienten som kan beskrive sin opplevelse av smerte og graden av den. Dette er i riktig retning til pasientens selvbestemmelse og pasient -og brukerrettighetsloven. Sykepleieren tolker pasientens smerte ut fra sin egen kompetanse. Slike smerteerfaringer kan bidra til at pasienten lettere reagerer på og forstår smerteopplevelse. Hvis sykepleieren bruker sine egne erfaringer som en norm, er det ikke sikkert pasienten får forklart smerten slik som den faktisk er, men aksepterer det istedet (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2016).

I praksis så har jeg opplevd selv, at dersom jeg hadde nok kunnskap om anatomi, så kunne jeg forstå sammenheng mellom pasientens opplevelse av smerte og det kirurgiske inngrepet som han har gjennomgått. Da kunne jeg tilrettelegge for pasienten på best mulig måte, slik at han/hun selv kunne forklare sin egen smerteopplevelse. Dette var også til hjelp for meg for kunne utføre sykepleieoppgaver systematisk. Det vil si at jeg kan administrere medikamenter i rett tid og eventuelt komme med forslag til lege i forbindelse med seponering av medisiner. Jeg har også sett sykepleiere som har utviklet seg i for eksempel stomi, som brukte sin smerteerfaring til å forklare til pasienten om forløpet. Pasienter som fikk god informasjon om sin videre prosess, kunne være behjelpelig under hele behandlingsfasen. Ved bruk av tegning kunne jeg selv fortelle til pasienten om operasjonen som han har gått gjennom og da han kunne presisere smerte lokal og intensitet. Granheim et al. (2015) sin studie viser også at det har vært redsel for respirasjonsdepresjon og avhengighet av opioider og at det er en medvirkende årsak til at sykepleiere og sykepleiestudenter ikke vil trappe opp morfin doser. Dette skyldes ubalanse i teoretisk og

praktisk kunnskap når det gjelder administrasjon av medikamenter, noe som kan føre til dårlig smertebehandling i postoperativ fase. Sykepleiere bør handle etter legeordningen ved usikkerhet for at lov om helsepersonell viser til at sykepleiere 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 (Helsepersonelloven, 1999). Sykepleierens kunnskap og holdninger kan faktisk påvirke pasientens smertebehandling.

#### 4.4 Sykepleierens ansvar ved smertebehandlingen.

Den norske legeforeningen (2009) mener at hovedmålet med smertebehandlingen er klart for alle, pasienten skal ha det så godt det la seg gjøre, uten unødige lidelse. I tillegg skal pasienten unngå komplikasjoner. Dette betyr at det er sykepleierens ansvar å utføre smertebehandlingen i samarbeid med lege. Sykepleieren skal ha tilstrekkelig kunnskap om bivirkningene av behandlingen og hvordan de kan forebygges og behandles (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2016).

Sykepleiere skal utføre smertebehandlingen, systematisk og kunne beherske teknikker og ha kjennskap om indikasjoner for ulike pasientgrupper. Samtidig trenger sykepleiere tilstrekkelig kunnskap om smertefysiologi og smerter som kan påvirker pasienten. Dette må være et tillitsbasert forhold mellom sykepleiere og pasienten. Det betyr at sykepleiere skal være sympatiske og forståelsesfulle i forhold til enhver pasient for å kunne ta riktig smertevurdering og dermed smertebehandling (Wøien & Strand, 2008). Fredheim et al. (2011) viser i sin forskning at når det kommer til bruk av kartleggingsverktøy, er det viktig at sykepleieren benytter disse aktivt, og at de iverksettes i rutine på samme måte som blodtrykksmåling. Når kartleggingsverktøyene aktivt benyttes, bevisstgjøres både sykepleier og pasient viktigheten av å overvåke pasientens smerter, og han vil få bedre smertebehandling (Danielsen, Berntzen, & Almås, 2016).

Eriksson et al. (2013) viser at sykepleieren legger premissene for det skaper et tillitsforhold. Pasienten som klarer på delta aktivt i planlegging og vurderingen av hvilke smertelindringer som skal velges, har ofte har egne erfaringer og kjennskaper om hva som kan hjelpe, og denne måten kan skape mestring til pasienten over sin situasjon og det kan være behjelpelig for sykepleiere for å kunne planlegge smertebehandlingen nøye. Pasienter som har vansker med å delta i sin egen prosess, tar ikke kontakt med sykepleiere før smertene blir intense og da kan de være vanskeligere å behandle. Flere studier viser at et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, pasientmedvirkning, gode rutiner og god opplæring av både pasienter og sykepleiere i bruk av kartleggingsverktøy, kan bidra

til å forbedre postoperativ smertelindring til pasienter etter kirurgiske inngrep.

Jeg har også lært i min praksis at sykepleierne i avdelingen som har spesialisert seg i ulike sykepleieutdanninger kan kartlegge smertenivået til pasienten aktivt, og da kunne jeg observere en betydelig forbedring i smertebehandlingen. De sykepleierne kunne lære bort til andre sykepleiere eller helsepersonale, bruk av for eksempel NRS aktivt, og dette førte til kraftig forbedring av smertebehandlingsfasen i avdelingen. Men utfordringer som kan påvirke smertebehandlingen kan være lite tid. Mye sykepleieoppgaver som er i tillegg som for eksempel dokumentasjon, administrasjon av medikamenter, møte med lege også videre kan være årsak til at sykepleiere ikke får utført sine oppgaver systematisk og så bra som de ville.

## 5 Konklusjon

Pasienter som har gjennomgått store kirurgiske inngrep og med mye vev ødeleggelse behøver mye tilrettelegging for å kunne fungere som de skal. Sykepleierens kunnskap om smerte, smertefysiologi, smertekartlegging og smertebehandling, spiller stor rolle. Sykepleieren må kunne pasientens grunnleggende behov og danne en god relasjon basert på respekt, tillitt, empati og medmenneskelige forhold. Pasienten må føle seg sett og hørt og sykepleiere må stole på pasientens smerteopplevelse. Sykepleieren må legge bort sine subjektive meninger og stole på pasientens forklaring om smerteopplevelse. I en slik relasjon som er basert på gjensidig respekt og tillit, kan sykepleiere og pasienten planlegge pasientforløpet godt og på en trygg, faglig og forsvarlig måte. Sykepleiere som har benyttet seg av de ulike smertekartleggingsverktøyer har bedre grunnlag for å jobbe systematisk og har ofte gode rutiner for å utføre smertebehandlingen. Å kunne informere pasienten om det som er forløpet har gitt bedre resultat og pasienten har følt seg mer bevisst i smertebehandlingsfasen. Sykepleiere har fått gode resultat ved bruk av NRS og VAS kartleggingsverktøy for pasienter som har sterke smerter og binære spørsmål som gir pasienter mulighet å velge et kort svar ja og nei på spørsmål. Sykepleierens kunnskap i bruk av kartleggingsverktøy har stor betydning for smertebehandlingen. Det vil si at når sykepleiere kombinerer sine erfaringer med kompetanser i møte med pasienten, kan de ha bedre forståelse av pasientens smertepåvirkning i hvile og aktivitet. Noe som er basert på verbal og nonverbal kommunikasjon. Dette gjelder også sykepleierens kunnskap om postoperative komplikasjoner, medikamentbivirkninger og utføring av tiltak. Utfordringer som mangel på tid, ressurs og tilstrekkelig kunnskap kan ha betydning for utføring av sykepleieroppgaver, men gode rutiner og struktur kan erstatte mange av utfordringene. Dette kan gi bedre smertebehandling og mestringfølelse til pasienter og ikke minst være til hjelp for sykepleiere i hverdagen.

## Referanse

Baastrup, S, C., Dahl, J, B., Arendt-Nilsen, L., Jensen, T, S.  
Smerteanatomi og fysiologi I: Jensen, T, S., Dahl, J, B., Arendt- Nilsen, L.  
(red.) (2013) Smerter- baggrund, evidens og behandling København:  
FADL's Forlag

Bach, A.M., Forman, A. & Seibaek, L. (2017) Postoperative Pain  
Management: A Bedside Perspective. American Society for Pain  
Management Nursing, (19), 608-618. DOI: 10.1016/j.pmn.2018.05.005

Berntzen, H., Alma's, H., Bruun, A.M.G., Dørve, S. Giskemo, A. Davøy, G.  
& Grønseth, R. (2010a). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H.  
Alma's, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), Klinisk sykepleie (Bind 1,  
Kap. 9, s. 273-333). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2017) Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal  
Akademisk

Danielsen, A., Berntzen, H. & Alma's, H. Sykepleie ved smerter I:  
Stubberud, D-G., Grønseth, R., Alma's, H. (red.) (2016) Klinisk sykepleie  
1. Oslo: Gyldendal Akademisk

Den Norske Legeforening (2009) Retningslinjer for smertelindring. Hentet  
22/08/21 fra:  
<https://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>

Eriksson, K., Wikström, L., Årestedt, K., Fridlund, B. & Broström, A.  
(2013) Numeric rating scale: patient's perceptions of its use in  
postoperative pain assessments. Applied Nursing Research, (27), 41-46.  
DOI: 10.1016/j.apnr.2013.10.006

Eide, H., & Eide, T. (2017). Kommunikasjon i relasjoner (3., Bd. 1).  
Gyldendal norsk forlag.

Fredheim, O.M.S., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T. &  
Borchgrevink, P.C. (2011). Postoperative smerter hos pasienter innlagt i  
norske sykehus. Tidsskrift for den Norske Legeforening, (18), 1763-1767.  
DOI: 10.4045/tidsskr.10.1129

Fors (2012) Hva er smerte. Oslo: Universitetsforlaget

Granheim, T., Raaum, K., Christophersen, K. & Dihle, A. (2015).  
Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og  
smertelindring hos voksne. Sykepleien Forskning, (4), 326-334. DOI:  
10.4220/Sykepleienf.2015.55983



Helsepersonelloven. (1999) Lov om helsepersonell m.v. Hentet 20/08/21 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1)

Holm, S. & Kummeneje, I. (2009) Pre- og postoperativ sykepleie med dagkirurgi. Bergen: Fagbokforlaget

Idvall, E. & Ehrenberg, A. (2002) A nursing documentation of postoperative pain management, *Journal of Clinical nursing*, (11), 734-742. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2002.00688.x

Kapritsou, M., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Korkolis, D.P., Kaklamanos, I., Sikou, T. & Konstantinou, E.A. (2018) Cross-Correlation Among Visual Analog, Observational, and Behavioral Pain Scales of Oncological Patients Undergoing Major Abdominal Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, (34), 774-778. DOI: 10.1016/j.jopan.2018.11.008

Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F., Skaug, E.A. & Grimsbø, G.H. (2016) *Grunnleggende sykepleie Bind 2* Oslo: Gyldendal Akademisk

Lindberg, M. F., Miaskowski, C., Rustøen, T., Rosseland, L. A., Paul, S. M., Cooper, B. A. & Lerdal, A. (2016). Preoperative pain, symptoms, and psychological factors related to higher acute pain during hospitalization for total knee arthroplasty. *Plos one*, 11(9), 1-20, doi: 10.1371/journal.pone.0161681

Norsk Senter for Forskningsdata (2018a) Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 3/8/19 fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. Hentet 3/8/21 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Peterson, A., Carlford, W., Schaller, A., Gerdle, B. & Larsson, B. (2016) Using education and support strategies to improve the way nurses assess regular and transient pain- A quality improvement study of three hospitals. *Scandinavian Journal of Pain*, (16), 12-21. DOI: 10.1016/j.sjpain.2017.04.004

Rothaug, J., Weiss, T. & Meissner, W. (2013) How Simple Can it Get? Measuring Pain With NRS Items of Binary Items. *Clinical Pain*, (29), 224-232. DOI: 10.1097/AJP.0b013e31824c5d7a

Sommer, M.J, De Rijke, M., Van Kleef, A.G.H., Kessels, M.L., Peters, J.W.J., Geurts, H. & Marcus, M.A.E. (2007) The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients. *European*

Journal of Anesthesiology, (25), 267-274. DOI:  
10.1017/S0265021507003031

Stubhaug, A. & Ljosa, T, M. Hva er smerte? I: Rustøen, T., Wahl, A, K. (red.) (2008) Ulike tekster om smerte. Oslo: Gyldendal Akademisk

Travelbee, J. (2001) Mellommenneskelige forhold i sykepleie Oslo: Gyldendal Akademisk

Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K. & Rørtveit, K. (2014). Relasjons betydning i psykisk helsearbeid - en kvalitativ studie. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 11(4), 328-338

Van Dijk, J., Van Wijck, A., Kappen, T.H., Peelen, L.M., Kalkman, C, J. & Schuurmans, M.J. (2011) Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study, International Journal of Nursing Studies, (49), 65-71. DOI: 10.1016/j.ijn...

Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K. & Broström, A. (2016) Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain – a critical incident technique analysis. Scandinavian Journal of Caring Sciences, (30), 802-812. DOI: 10.1111/scs.12308

Wyller, V.B. (2019) Syk – mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin Oslo: Cappelen Damm As

Wøien, H. & Strand, A. C. (2008). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I T. Rustøen & A. K. Wahl (Red.), Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet (1.utg., s. 272-289). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.