



Postoperativ smerte

Hvordan kan sykepleier bidra til god kartlegging
av smerte hos pasienter i postoperativ fase?

Kandidatnummer: 119
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave Emne 14B
Bachelor i sykepleie, BIS 14

Antall ord: 9589
Dato: 18.04.2017

Tittel Kartlegging av postoperativ smerter

ABSTRAKT

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til god kartlegging av smerter hos pasienter i postoperativ fase?

Metode

Oppgaven er en litterær tilnærming basert på kunnskap fra fag- og forskningslitteratur.

Elektroniske litteratursøk er foretatt i søkebasene Cinahl, SvedMed+ og Oria.

Teoretisk perspektiv

Her har jeg en del av Joyce Travelbee teori om relasjon mellom sykepleier og pasient, og kommunikasjon og informasjon for å samhandle med en pasient preget av smerter i postoperativ fase. Videre ble beskrevet smertefysiologi ved den type smerte samt diagnostisering, kartlegging, behandling og smertekartleggingsverktøy. Til slutt etisk perspektiv.

Drøfting

Drøfting av sykepleiers ansvar i kartlegging av smerter hos pasienter i postoperativ fase er i lys av Travelbees teori. Det ble drøftes sykepleierens rolle i smertelindring, informasjon, kommunikasjon, hensikt og utfordring ved smertekartlegging og tidligere erfaring med pasientgruppen. I tillegg drøftes det å forholde seg til mennesket som en helhet med kroppslige, psykiske, sosiale og åndelige behov og de rammene som setter grenser for hva som kan og skal gjøres på sengeposten.

Konklusjon

Ved å møte pasienten som et unikt individ, ta hensyn til hans egen vurderingen da smerte utarter seg individuelt og smertepåvirkning er forskjellig fra pasient til pasient er dette det første trinnet i kartlegging av postoperativ smerte. Deretter sykepleierens evne til diagnostisering av den type smerte for å gi riktig behandling og dette må skje samtidig som pasienten blir informert om at postoperativ smerter kan oppstå. Målet er å trygge pasienten ved å lindre den smerten han har.

Nøkkelord: smerte, postoperativ smerte, sykepleie, smertevurdering.

Innholdsfortegnelse

1 innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt med oppgaven.....	2
1.3 Presentasjon av problemstilling	2
1.4 Avgrensning og kontekst.....	2
1.5 Oppgave disposisjon	3
2. Metode	4
2.1 Litteratursøk.....	4
2.2 Kildekritikk.....	5
2.3 Funn fra forskningsartiklene.....	6
2.3.1 Å fremme pasientmedvirkning i smertebehandling postoperativt.....	6
2.3.2 Viktigheten av et tverrfaglig samarbeid rundt pasientens forløp	6
2.3.3 hvordan kartlegger pasienter smerteopplevelse ved bruk av NRS	7
2.3.4 Sykepleieres og studenters kunnskap og holdning til smerte og smertelindring	7
2.3.5 Hva kan påvirke smertevurdering i praksis?.....	8
2.3.6 Pasienters oppfatning av smertekartleggingsverktøy postoperativt	8
3 Teori	10
3.1. Smerte.....	10
3.2 Kommunikasjon	11
3.3 Informasjon.....	11
4. Postoperativ smerte	13
4.1 Smertefysiologi ved Postoperativ smerte.....	13
4.2 Praktisk diagnostisering av postoperativ smerte.....	13
4.3 kartlegging av postoperativ smerte	14
4.4 Smertebehandling postoperativt	14
4.5 Smertekartleggingsverktøy.....	15
4.6 Etikken	15
5 Hvordan kan sykepleier bidra til god kartlegging av smerter hos pasienter i postoperativ fase?	17
5.1 Sykepleierens rolle i smertelindring.....	17
5.2 Den profesjonelle kommunikasjon	19
5.3 Informasjon gjelder hele pasients forløp	20
5.4 Hensikt og utfordringer ved smertekartlegging.....	22
5.5 Tidligere erfaringer med pasient-gruppen	24
5.6 Helhetsforståelse	25
5.7 Rammefaktorer på en sengepost	27
6. Konklusjon	29
Litteratur	30

1 innledning

Studier viser at mange pasienter er utilstrekkelig smertelindret, til tross for avanserte og moderne behandlingsmetoder. I følge Fredheim, et al., (2011a) er 38% av voksne i norske sykehus utilstrekkelig smertelindret. I USA opplever 80% av pasienter postoperativ smerte (Leegaard, Valeberg, 2016). I Danmark opplever 75% av opererte pasienter å få postoperativ smerte, og moderat smerte forekommer i minst 30% tilfellene. Smerte etter kirurgiske inngrep er således av en vesentlig kliniske utfordring (Lunn, Mathinsen & Dahl, 2013). Dessuten det viser seg at nærmere 10% av alle pasienter får plagsomme langvarige smerter etter kirurgiske inngrep (Leegaard & Valeberg, 2016).

En grundig og nøyaktig systematisk og individuelt tilpasset kartlegging av pasientens smerter i den postoperative fasen er veldig viktig for å minske og forebygge postoperative komplikasjoner relatert til smerte som kan oppstå. Å ta hensyn til pasientens egen smertevurdering er velgjørende for en god behandling. Sykepleieren skal samhandle med pasienten for en effektiv smertebehandling. Sykepleieren må få detaljert informasjon om smerteintensitet for å yte riktig behandling. Dette må skje samtidig som pasienten blir informert om at postoperative smerte kan oppstå.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg jobber på gastrokirurgisk sengepost. Det som ofte er diskutert er smerteproblematikk. Jeg har observert at smerter utarter seg individuelt og smertepåvirkning er forskjellig fra pasient til pasient. Jeg har fått inntrykk av at sykepleiere på sykehuset kan fremstå som forvirret rundt smerteproblematikken. Det hender at pasienter får store doser med smertestillende medikamenter uten effekt, og sykepleieren har vanskeligheter med å forklare årsaken til smertene til pasienten. Vi hadde en pasient som hadde gjennomgått pankreastransplantasjon, og hadde smerter relatert til det transplanterte organ. Pasienten fikk avstøtning av organet, som vil si at det transplanterte organet går tapt. Da pasienten ba om sentralt virkende analgetika, fremstod hun ikke som smertepåvirket, noe som virket overraskende og førte til diskusjon blant sykepleierne. I min oppgave vil jeg prøve å finne svar på hvordan dette utarter seg. Berntzen, Danielsen & Almås (2015) hevder at hvis sykepleieren ikke har tillit til pasienten og tviler på dens utsagn, samt ikke registrerer pasientens uttrykk for smerte, er det sykepleieren som er årsaken til en ineffektiv smertebehandling. Dette kan krenke pasientens autoritet (Berntzen, et al, 2015).

1.2 Hensikt med oppgaven

Sykepleieren kan bli mindre opptatt av det individuelle ved smerteopplevelsen, og baserer egen vurdering på bestemte normer for hvilken atferd og hvilket ansiktuttrykk pasienten med smerter bør ha. Sykepleieren tviler av og til på om pasienter klarer å vurdere egne smerter, for eksempel ved at pasienten kan være blid, selv om pasienten avgir en høy smerteskår på smerteskalaen. Hensikt med oppgaven er å finne litteratur som kan belyse hva som er nødvendig for at sykepleieren kartlegger pasientens smerteopplevelse og samtidig vurderer pasienten ved å snakke med pasienten om smerten og smertebehandling (Leegaard & Valeberg, 2016).

1.3 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av forskning og faglitteratur er følgende problemstilling utarbeidet.

Hvordan kan sykepleier bidra til god kartlegging av smerter hos pasienter i postoperativ fase?

1.4 Avgrensning og kontekst

Jeg avgrensner oppgaven til pasienter mellom 18-67 år med postoperativ smerte. Jeg skriver ikke om pasienter med demens sykdom og rusmisbrukere, fordi disse pasientgruppene trenger spesiell tilnærming når det gjelder smertebehandling og derfor er det ikke en del av målgruppen. Pårørende blir ikke nevnt i oppgaven.

Pasientgruppen som er presentert i oppgaven er først innlagt på en oppvåkningsavdeling hvor de blir overvåket, før de flyttes over til postoperativ sengepost (Bertzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dåvøy & Grønseth, 2015).

Det skal være fokus på generelle faktorer som kan påvirke smertelindring for å unngå undervurdering eller underbehandlede postoperativ smerte. Intensiteten av smertene er avhengig av hva pasienten har gjennomgått av kirurgi. Oppgaven handler ikke om inngrep som for eksempel laparoskopi, fjerning av blindtarmen. Den handler om abdominal kirurgi som ved åpning i bukhulen og fjerning av en del av infisert tynn- eller tykktarm. I abdomen hvor det er flere lag, blir det først suturering av muskel med ytre og indre muskelag, så intrakutan suturering, den siste er det vi ser av operasjon snitt. I et slikt tilfelle har pasienten smerter relatert til operasjonssnitt, spesielt ved mobilisering eller hoste. (Bertzen, et al, 2015). Jeg viser til samarbeid med andre yrkesgrupper, uten å fordype meg i deres hovedoppgaver.

Jeg kommer å peke på viktighet av tverrfaglighet rundt pasientens forløp for å minske og forebygge postoperative komplikasjoner relatert til smerter som kan oppstå.

I oppgaven bruker jeg av og til pronomen «han» istedenfor pasienten og «hun» for sykepleier.

1.5 Oppgave disposisjon

Oppgave er delt i seks kapitler, med forside, abstrakt, innholdsfortegnelse og en litteraturliste. Kapittel 2 beskriver metode, litteratursøk, kildekritikk og funn fra forskningsartiklene. Neste kapitlet er 3 og presenterer sykepleieteorien, Joyce Travelbee sitt syn på sykepleie, smerter, kommunikasjon og informasjon. Videre vil kapitlet 4 presentere smertefysiologi, praksis diagnostisering, kartlegging og behandling av postoperative smerter. Og smerte-kartleggingsverktøy samt etikken. Mens problemstillingen drøftes i kapittel 5 ved hjelp av det som står skrevet i teoridelen, pensum-, fag- og forskningslitteratur. I det siste kapittel trekker jeg en konklusjon.

2. Metode

I følge Vilheim (1985) er metode en fremgangsmåte, et verktøy til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. (Dallan, 2015). Metode kan beskrives som en vei som fører til et bestemt mål. Den forteller oss noe om hvordan skal vi fremskaffe eller etterprøve kunnskap og benytte den for å besvare problemstillingen. Oppgaven er basert på litteratur og tidligere forskning som bygger på eksisterende kunnskap (Dallan, 2015).

2.1 Litteratursøk

litteratur fra pensum. Jeg har benyttet databasen CINAHL og SveMed+ for å finne relevante fag- og forskningsartikler. CINAHL er en referansedatabase som dekker tidsskrifter innen sykepleiefaglig oppgaver internasjonalt. SveMed+ er referanser til artikler i skandinaviske tidsskrifter innen både medisin, helse, sykepleie og odontologi. Jeg benyttet søkeordet «Nursing» for å treffe artikler som handler om sykepleie. Artikler som er hentet fra vitenskapelige tidsskrifter benyttes i oppgaven fordi de er vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet (Dallan, 2015). Oppgaven bør i størst mulig grad baseres på pålitelig forskningsbasert kunnskap. Dette er fordi kunnskapsbasert praksis innebærer å holde seg oppdatert, etterspørre og bruke oppsummert forskningsbasert kunnskap (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinart, 2013).

I artiklene er både kvantitative og kvalitative metoder brukt. De kvantitative metodene gir oss resultat i form av målbare enheter (Dallan, 2015). De kvalitative metoder tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dallan, 2015). Å ha med artikler som får fram pasientens perspektiv er den beste tilnæringsmåten for å belyse problemstillingen (Dallan, 2015). Artikler som får frem sykepleierens perspektiv benyttes i oppgaven.

Det er mange forskningsartikler som omhandler postoperative smerter. Hovedsøkeordene jeg benyttet på CINAHL er «pain», «action research», «postoperative pain», «patient attitudes». Jeg begrenset det til de fem siste årene. I en annen artikkel brukte jeg ordene «postoperative pain» og «professional competence», samt «postoperative pain», «patient satisfaction». Hver av de to søkeordene har jeg kombinert med «and».

I artikler hentet fra SveMed+ har jeg brukt søkeordene «smerte», «kunnskap» og «holdning». Jeg har begrenset søket til norske artikler. Andre søkeord jeg har benyttet er «sykepleier», «kirurgi» og «pasientmedvirkning». Da jeg skulle begrunne valg av tema leste jeg en

forskningsartikkel om behandling av postoperativ smerte i norske sykehus, gjennom legeförening, som jeg brukte under begrunnelse for valg av tema.

Jeg benyttet ulike litteratur om smerter: «Ulike tekster om smerter» (Rustøen og Wahl, 2008), «Smerter» (McCaffery og Beebe, 1996), «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» (Travelbee, 2003), «Livskvalitet og smerter» (Helseth, Leegaard og Nortvedt, 2016) og «Postoperativ smertebehandling» (Tønnessen, 1998). De fem bøkene omhandler smerter. De tar opp opplevelsen av smerte, sykepleierens forståelse av smerten og sykepleierens fundamentale rolle i smertebehandling.

2.2 Kildekritikk

I følge Dalland & Trygstad (2015) er kildekritikk en metode som brukes for å sikre om en kilde er sann. Det er viktig å forholde seg kritisk til litteratur som er brukt i oppgaven.

Litteraturen som er brukt er for det meste skrevet av sykepleiere, noe som er ønskelig for å få opprettholde et sykepleiefaglig perspektiv. Artikkene fra CINAHL og SveMed+ er på engelsk, så min tolkning og oversettelse kan være noe mangelfull eller misforstått på grunn av språkforståelsen. Jeg har benyttet sjekklister for vurdering av forskningsartikler som er et vedlegg i lærlingsplan for dette emnet. Forskningen er utført i USA, Nederland, Sverige og Norge. Dette gir et bredere omfang og ulik tilnærming til problemstillingen. Det at forskningen er fra de siste fem årene, ser jeg som en styrke. Kunnskap innenfor helsefag er stadig i utvikling og endring, så derfor er det viktig å bygge oppgaven på nyeste forskning og litteratur så langt det lar seg gjøre (Dalland & Trygstad, 2015).

En av de norske artiklene er fra sykepleieres perspektiv, og handler om hvordan de samarbeider med pasienter om postoperativ smertebehandling. Studien inkluderer dybdeintervjuer av fem sykepleiere, noe som gjør at resultat fra denne studien er begrenset og ikke nødvendigvis representerer majoriteten av sykepleiere. Jeg har allikevel tatt den med da den er relevant for problemstillingen min.

Smertediagnostisering kan høres ut som legens oppgave. I boka «postoperativ smertebehandling» presiserer Tønnessen (1998) at den delen av kunnskap også dekker sykepleierens behov.

Travelbees boka er fra 1966, oversatt til norsk i 1999 av Thorbjørnsen, K-M. Dette gjør boka til en sekundærkilde. Det er 44 år siden travelbee døde, men hennes teori er fortsatt aktuell kunnskap for sykepleiere og siteres fortsatt i nyere litteratur. Det samme gjelder for

McCaffery (1996). Hun er regnet som smertepioner og er sitert i nyeste litteratur. Jeg har også brukt eksempler fra egen erfaring i teksten.

2.3 Funn fra forskningsartiklene

Forskningsresultater bør i stor grad benyttes som en integrert del av sykepleiernes praksis for å gi pasienten riktig og god sykepleie. (Nortvedt., et al.2013).

2.3.1 Å fremme pasientmedvirkning i smertebehandling postoperativt

Tittel: Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?

Forfatter: Sjøveian & Leegaard

Publisert: 2012

Hensikten med denne studien er å kartlegge hvordan sykepleierne samhandler med pasientene om postoperativ smertebehandling. Studien har et kvalitativt beskrivende design og går ut i fra sykepleierens ståsted. Sykepleiere i studien har erfaring fra sengepost og har deltatt regelmessig i behandling av postoperative smerter. Forskningen viser til at for å oppnå optimal smertebehandling, bør det legges vekt på kunnskap og holdninger knyttet til smertebehandling hos helsepersonell og pasienter. En konsekvens av preoperativ undervisning er at flere av pasientene var aktive og ba om smertestillende medikamenter. Sykepleierne at ved NRS-verdier på mellom 8 og 10 oppfordret de pasienten til å beskrive smertens karakter. De fleste av sykepleierne var enige om viktigheten av å forklare NRS-skalaen for pasientene. Sykepleierne framhevet at uansett alder så var det ikke lett for pasientene å angi et tall som sto i relasjon til den verst tenkelige smerte.

2.3.2 Viktigheten av et tverrfaglig samarbeid rundt pasientens forløp

Tittel: Delivering Quality Pain Management: The Challenge for Nurses.

Forfatter: Fayes & Gordon.

Publisert: 2015

Fagartikkelen er basert på flere forskningsartikler og faglitteratur. Forfatteren legger vekt på viktigheten av et tverrfaglig samarbeid rundt pasientens forløp, for å minske og forebygge postoperative komplikasjoner relatert til smerte. Et godt samarbeid mellom pasienter og tverrfaglig team forsterker individualisert omsorg, effektiv kommunikasjon og realistiske

behandlingsmål. For å oppnå høy kvalitet av smertebehandling bør utvikles en plan for omsorg som tar utgangspunkt i både preoperativ bekymringer og postoperative forventninger. Pasienten bør engasjeres i behandlingsprosessen ved at det tas hensyn til pasientens umiddelbare preoperative bekymringer knyttet smerter, frykt, angst og postoperative forventninger. Pasientens tilfredshet gir det mest synlige resultatet forbundet med god kvalitet rundt smertebehandling.

2.3.3 hvordan kartlegger pasienter smerteopplevelse ved bruk av NRS

Tittel: Postoperative patients perspectives on rating pain.

Forfatter: Van Dijk, Vervoort, van Wijck, Kalkman & Schuurmans.

Publisert: 2016

Hensikten med denne kvalitative studien er å undersøke hvordan pasienten kartlegger smerteopplevelse ved bruk av «numeric rate scale» NRS, samt oppfatning og tolkning av skalaen. Metoden som ble brukt er basert på grounded theory (Charmes, 2014). I studien ble 27 pasienter intervjuet en dag etter operasjon i et sykehus i Nederland. De var mellom 18 og 79 år (gjennomsnitt alder 51).

Mange faktorer er kjent for å påvirke opplevelsen av smerte, kjønn, alder, kultur, tidligere erfaringer, typer kirurgi, betydningen smertene har for den enkelte, og psykologiske faktorer som for eksempel mestring. Pasientene kommer frem til NRS-scoren ved å sammenligne tidligere smerteopplevelse med dagens smertesensasjon.

I studien fant de ut at NRS-score fra 0-10 kan skjule reelle forskjeller i smerteintensitet for pasientene, fordi tidligere smerteopplevelser varierer mellom pasienter. For å oppnå bedre kvalitet og sikkerhet rundt smertelindring kan en mulighet være at sykepleieren bruke enkle spørsmål for å utforske pasientens unike smerteopplevelse, og dermed prøve smertestillende behandling i dialog med pasienten.

2.3.4 Sykepleieres og studenters kunnskap og holdning til smerte og smertelindring

Tittel: Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne.

Forfatter: Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle.

Publisert: 2015

Hensikten med artikkelen er å styrke kompetanse, øke kunnskap og holdning til smerter og smertelindring etter kirurgiske inngrep og ved alvorlig kreftsykdom. Det er en kvantitativ studie. Studien inkluderte totalt 200 sykepleiere og sykepleiestudenter fra ett

universitetssykehus og én høyskole. Forskningen viser at sykepleierens holdninger er en viktig faktor som kan hindre god smertelindring. Det er fremdeles myter og misoppfatning om bruk av opioider. Flere av sykepleierne og sykepleiestudentene hadde gode kunnskaper innenfor smertelindring, men det er fortsatt utbredt redsel for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet.

Undersøkelsen viser at sykepleiere og sykepleierstudenter må bli flinkere til å ta hensyn til det pasienten uttrykker. De må forbedre kunnskapen og fornye sine holdninger til smertebehandling med opioider.

2.3.5 Hva kan påvirke smertevurdering i praksis?

Tittel: Observing pain management practice on a medical unit following changes arising from an action research study.

Forfatter: Gregory & Waterman.

Publisert: 2012

Hensikten med artikkelen er å sette lys på hva som kan påvirke smertevurdering i praksis gjennom pasientens perspektiv. Dette er en kvalitativ studie gjennomført på 7 ulike medisinske avdelinger ved et sykehus i Nordvest England. Det bli gjennomført pasientintervju.

Funnene i studien er at organisering av omsorg, arbeidsbelastning, tid tilgjengelig, multitasking og avbrudd i formidling av sykepleie er faktorer som reduserer muligheten for en omfattende smertevurdering.

2.3.6 Pasienters oppfatning av smertekartleggingsverktøy postoperativt

Tittel: Numeric rating scale: patients' perceptions of its use in postoperative pain assessments.

Forfatter: Eriksson, Wikström, Årestedt, Fridlund & Broström.

Publisert: 2014.

Hensikten med artikkelen er å vurdere hvordan pasienter oppfatter bruk av den numerisk skala i den postoperative fasen for smertevurdering. Det er benyttet en kvalitativ forsknings metode, semistrukturert intervjuer avholdt ved 25 pasienter. Pasienter er fra universitetssykehus og tre fylkes sykehus i Sverige. De har alle gjennomgått operasjon.

Forskerteamet har lang erfaring med postoperative smerter. Funnene i studien belyser at det er forskjell på oppfatninger av NRS blant pasientene. Det er viktig for helsepersonell å være klar over dette for å oppnå en vellykket dialog med pasientene. Dialog mellom pasienter og

helsepersonell kan gi pasienten anledning til å beskrive deres smerte nøyaktig og sette et felles mål for smertelindring.

3 Teori

Sykepleieteorien betraktes som den praksis som har betydning for utøvelse av sykepleie. Den skaper forståelse rundt hva som er sentralt og viktig å rette oppmerksomhet mot, samt hva som kjennetegner god og virksom sykepleie (Kristoffersen, 2016). Teorien skal bidra til å identifisere sykepleiemål. Den hjelper sykepleieren til å tolke sykepleiesituasjoner og indikerer hvilke aspekter ved situasjonen sykepleieren spesielt bør fokusere på. I tillegg sier den noe om hvilke tilnæringsmåter som bør benyttes og mulige handlingsstrategier (Kirkevold, 2009).

Joyce Travelbee: (1926-1973) er en av sykepleieteoretikerne som er sentral for sykepleiere og sykepleierstudenter i nyere tid. Jeg har valgt å bygge opp min oppgave rundt hennes syn på sykepleie, fordi hennes teori er bygget på at sykepleie er primært en mellommenneskelig prosess med fokus på pasientens opplevelse og erfaringer. For Travelbee er relasjonen mellom sykepleier og pasient en likeverdig relasjon som ikke ignorerer det unike mennesket i pasientrollen. Dagens omsorgsteori er basert på pasientens medvirkning slik at sykepleier og pasienten skal samarbeide for å oppnå best mulig sykepleie. Dette er viktig for å kunne hjelpe pasienten med riktig smertelindring.

Travelbee sier at mennesket er en unik person, likt, men også ulikt alle andre. Likt fordi mennesket tar del i en rekke fellesmenneskelige erfaringer som lidelse og tap. Hun knytter lidelse til blant annet sykdom, smerte og å gå gjennom et kirurgisk inngrep. Et menneske er ulikt alle andre fordi den enkeltes opplevelse av lidelsen vil være høyt personlig, og den er knyttet til det som betyr noe i livet for den enkelte person. Derfor påpeker hun at individuell behandling er en grunnleggende verdi i sykepleien. Hun sier at smerte kan oppfattes til en viss grad av sykepleiere, men at de aldri kan være helt sikre på at de vurderer intensitet på smerte riktig (Travelbee, 1999).

Hun er opptatt av at empati og sympati er nødvendig i prosessen. Kommunikasjon og samhandling med pasienten står sentralt i god sykepleie. Videre skal jeg se på Travelbees syn på smerte, kommunikasjon og informasjon relatert til kirurgiske inngrep, da disse er relevante for min oppgave.

3.1. Smerte

Travelbee (1999) definerer smerte slik: «smerte er menneskelige erfaringer som alle før eller senere vil møte i livet. Smerte er en ensom erfaring og et problem for den som utsettes for

denne erfaringen, for legen som prøver å lindre smerten og for sykepleieren som arbeider med syke lidende mennesker» (Travelbee, 1999, s.112)

Det å se en pasient som et enkeltindivid skaper mellommenneskelige forhold basert på tillit. Sykepleier skal hjelpe den syke til å utholde og mestre smerten. Dette kan gjøres ved å lindre smerte så fort den oppstår, slik at det blir lettere for pasienten å mestre den da den kommer. Hun hevder at støttetiltak som oppmuntring og informasjon har betydning for pasientens evne til å takle smerten og å finne mening i den (Travelbee 1999).

3.2 Kommunikasjon

Travelbee sier at kommunikasjon er noe som foregår i et hvert møte mellom den syke og sykepleier, både når de har samtale eller det er stille. Pasienten kommuniserer noe til sykepleieren gjennom sitt utseende, gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester. Sykepleieren gjør det samme overfor den syke. Kommunikasjon er både en handling og en gjensidig prosess, hvor sykepleieren og den syke vil gjensidig påvirke hverandre. Denne dynamiske prosessen bruker sykepleieren aktivt for å gi informasjon og omsorg. Det er tre mål Travelbee mener vi ønsker å oppnå gjennom kommunikasjon:

1. Å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ
2. Å utvikle et menneske til menneske forhold til pasienten for å møte behovene til pasienten.

Det blir lettere for pasienten å vise sin frykt og angst når de føler at sykepleieren kjenner dem, samt når de føler at sykepleierens intensjon er å hjelpe. Det er nøkkelen til god kommunikasjon for å få nødvendig data som skal brukes for planlegging av sykepleieintervensjoner. Den profesjonelle sykepleieren må vite om det foregår kommunikasjon, og hva som kommuniseres i sykepleiesituasjonen. Hun må finne ut hva pasienten kommuniserer gjennom den atferd pasienten viser, og ikke bare bedømme det hun ser eller hører basert på egne erfaringer med andre. Forutsetning for å oppnå de målene er at sykepleieren møter pasienten som et menneske og legger vekt på det unike ved nettopp dette menneske (Travelbee 1999)

3.3 Informasjon

Å gå gjennom et kirurgisk inngrep er en individuell opplevelse som kan være angstvekkende. Pasienten kan være preget av angst og frykt i forbindelse med inngrepet på grunn av mangel

på informasjon. Travelbee (1999) hevder at det som er felles for disse pasientene er behovet for informasjon og sikkerhet. Sykepleierens rolle vil være å gi pasienten den informasjon den har krav på, slik at den forstår hva som skjer i situasjonen. Sykepleieren må vise interesse og skape trygghet for at pasienten skal føle mest mulig velvære. Andre viktige støttetiltak er tverrfaglig samarbeid for å tilfredsstille flest mulig av pasientens behov. Pasienten har behov for kunnskap slik at den blir forberedt på hva som skal skje. Det fører til at eventuelle misoppfatninger rundt inngrepet blir avklart. På samme tid gjør ikke kunnskap at pasienten blir kvitt all angst og frykt. Sykepleierens oppgave er å ivareta pasientens behov for informasjon og sikkerhet, samt gi god omsorg basert på faglig kunnskap. Den syke får sine behov ivaretatt av en sykepleier som har evne til disiplinert intellektuell problemløsning (Travelbee, 1999).

4. Postoperativ smerte

Postoperativ smerte defineres primært som akutt smerte forårsaket av vevsskade assosiert med kirurgiske inngrep (Holm & Kummeneje, 2009). McCaffery & Beebe (1996) definerer smerter som det som person sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerter, sier at den har smerte. Smerte er kroppens signal for å bevisstgjøre vevsskade. Dette er nødvendig for å oppdage sykdom, og har derfor en beskyttende funksjon (Tønnessen, 2003).

4.1 Smertefysiologi ved Postoperativ smerte

Postoperativ smerte kan deles i grunnsmerte og gjennombruddssmerte. Grunnsmerte er den konstante smerten som er resultat av vevs- og nerveskade som oppstår etter all type inngrep. Gjennombruddssmerte er smertetopper som oppstår som følge av bevegelse, hoste og lignende. En viktig egenskap med postoperativ smerte er at de er forventet og at det kan forebygges. (Wøien & Strand, 2008)

Akutt smerte varsler om truende vevsskade. Vedvarende smerte etter en skade, eller smerte ved bevegelse, medvirker til at det skadde området holdes i ro og dermed tilheles. Ved nocisepsjon går det signaler fra skadet, eller truet vev, til hjernen, slik at vi får en ubehagelig opplevelse (smerte). Disse signalene ledes gjennom perifere nerver via ryggmargen til hjernen (Stubhaug og Ljoså, 2008).

Nervecellene som leder smeretesignaler kalles nociseptorer og har frie nerveender som reagerer på vevsskadelige stimuli. A-delta-nociseptorer (tynne myeliniserte nervefiber) gjør at man opplever den skarpe og raske smerten, mens C-nociseptorene (umyeliniserte nervefiber) leder signalene som fører til den langsomme, diffuse, verkende og brennende smerten. Mange av nociseptorene aktiveres av flere typer stimuli som varme, trykk, lav pH osv. Det finnes også spesialiserte nervefiber, for eksempel i tarmene. De aktiveres verken av varme, trykk eller ved at en skjærer i dem. Disse fibrene aktiveres av strekk og gir opphav til den diffuse smerten ved utspiling av tarmene. (Stubhaug og Ljoså, 2008).

4.2 Praktisk diagnostisering av postoperativ smerte.

Postoperativ smerte er ofte lettere å diagnostisere enn annen smerte, fordi det er kjent stimulus og et forventet smertemønster. Likevel oppleves smerte forskjellig hos ulike pasienter, og det er i ulik grad den influerer på postoperativ mobilisering. Derfor er det viktig

å ta opp skikkelig anamnese for å diagnostisere smerten som pasienten plages av. De viktigste momentene i diagnostisering er:

- Har pasienten virkelig en postoperativ smerte, det vil si direkte relatert til det operative traumet, eller har det annen genese som preoperativ smertetilstander eller stramme muskler etc?
- Er smerten «som forventet» postoperativt, eller er den utrykk for en kirurgisk komplikasjon? Det kreves god anamnese, nøyaktig klinisk undersøkelse og en god del erfaring for å avgjøre dette. Gjennom kartlegging bidrar en til å gjøre pasienten bevisst på forhold som forsterker og lindrer smerte (Berntzen, Danielsen og Almås, 2013).

4.3 kartlegging av postoperativ smerte

Det å kunne planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling utgjør en grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter (Almås et al., 2015). Det skal baseres på pasientens selvrapportering så lenge pasienten er i stand til det (Torvik, Skauge og Rustøen, 2008). Vurderingen skal inneholde følgende fem punkter:

1. Smertens karakter inklusive intensitet
2. Atferdsmessige endringer ved smerte
3. Konsekvenser av smerte for pasienten
4. Nåværende og eller tidligere behandling av smerte
5. Pasientens forventninger til smertelindring

Derfor bør man kjenne til pasientens tidligere smerteopplevelser, hvilken behandling som eventuelt er gitt, effekt av medikamenter, samt hvorvidt egne smertetiltak har vært til hjelp. Samtidig skal pasienten kontinuerlig observeres for blodtrykk og puls, ansiktuttrykk, kroppsholdning, hudfarge, pupillstørrelse, respirasjon, søvnmønster, emosjonelle uttrykk, obstipasjon og oppkast (Wøien & Strand, 2008).

4.4 Smertebehandling postoperativt

De fleste pasienter som har gjennomgått store abdominale inngrep anbefales behandling med epiduralkateter. Her er det en fordel å kombinere opioid og lokalanestesikum. Disse to virker additivt, muligens forsterkende, slik at smertelindringen økes og at bivirkningene holdes på et lavt nivå (Tønnessen, 1998). Ved store kirurgiske inngrep behandles smerter med

kombinasjonen av perifert virkende analgetika som paracetamol og NSAIDs, som er ikke opioide analgetika og som virker på perifere smertereceptorer. Sentralt virkende analgetika opioider benyttes også. (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Gismeno, Dåvøy & Grønseth, 2015) Opioider er en fellesbetegnelse på alle smertestillende midler som har samme virkningsmekanisme som morfin. Virkestoffene er morfin og kodein er en gruppe sentralt virkende analgetika som virker på sentralnervesystemet. Opioidanalgetika virker på ulike steder i sentralnervesystemet (Slørdal & Rygnestad, 2010).

4.5 Smertekartleggingsverktøy

Det finnes flere hjelpemidler for å evaluere smerte. Det finnes alt fra enkelte skalaer der pasienten selv graderer smerten den opplever, til omfattende spørreskjemaer med beskrivelse av smerte. Kartleggingsverktøyene deles in i to grupper, endimensjonale og flerdimensjonale. Eksempel på endimensjonale skala er visuell analog skala (VAS) og visuell numerisk skala (NRS). Hensikten med disse er å måle smerteintensiteten. Av flerdimensjonale skalaer har vi «McGill Pain questionnaire». Den måler både smerteintensiteten og hvordan smerten påvirker pasient (Almås et al., 2015).

Den mest brukt smerteskalaen, NRS, er pålitelig og enkel. Den er enkel å forstå for pasienter. Vurderingene blir systematisk utført og kan sammenlignes fra gang til gang, noe som gjør det lettere å måle effekten av smertelindrende behandling. (Almås et al., 2015).

Metoden går ut på å spørre pasienten hvor mye smerten den har fra 0-10 på skalaen, der 0 representerer ingen smerte og 10 representerer uutholdelig smerter (Tønnessen, 1998). Smerteintensitet vil si hvor sterk smerte en opplever og det kan måles ved en 10 cm lang linje. Å måle smerteintensitet forutsetter en viss evne til abstrakt tenkning (Torvik et al., 2008).

4.6 Etikken

Etikken er sentral i sykepleien og kan brukes i enhver situasjon der det er spørsmål om hva som er riktig eller galt. Ethiske spørsmål kommer for eksempel opp i situasjoner der det er vanskelig å tro på pasientens smerteopplevelse ved at den ikke viser forventet adferd, i forhold til smerten den sier den har (Kjøveian og Leegaar, 2012). Sykepleieren mener ikke å skade pasienten, men er skeptisk til å gi unødvendig sterke analgetika på grunn av pasientens misvisende adferd. Etikken vil være til hjelp når man står overfor vanskelige situasjoner eller beslutninger i praksis. Det som kan begrunne situasjonen overfor er de fire prinsippene:

velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. Dette kalles autonomiprinsippet og handler om krav på respekt og selvbestemmelsesrett da pasienten har rett til medvirkning og informasjon (Pasient- og brukkerrettighetsloven 1999). Helsepersonell skal opptre velgjørende, men samtidig ikke skade. Et eksempel kan være å gi informasjon til pasientene om forventede postoperativ smerte noe de har rett til, for å forebygge unødvendig postoperativt stress som er forbundet med postoperativ smerte målet er å ikke skade. Velgjørenhet betyr at det som gjøres skal være nyttig. Det bør tas hensyn til pasientens umiddelbare bekymringer knyttet til smerte, frykt, angst og postoperative forventninger slik at en får mest mulig god kvalitet rundt smertebehandling (Hayes & Gordon, 2015, Brinchmann, 2012).

5 Hvordan kan sykepleier bidra til god kartlegging av smerter hos pasienter i postoperativ fase?

I dette kapittelet skal jeg drøfte sykepleierens ansvar i smertelindring. Jeg har valgt å dele drøftingen i syv deler.

5.1 Sykepleierens rolle i smertelindring

Travelbee (1999) påpeker at sykepleiere skal gi god omsorg, basert på faglig kunnskap. Den syke skal få sine behov ivaretatt av en sykepleier som har evne til intellektuell problemløsning i kombinasjon med sin evne til å bruke seg selv terapeutisk. Vi har alle erfaringer med smerte på ulike måter og ulike grad, og har derfor mulighet å sette oss inn i, og forsøke å forstå en annens smerteopplevelse (Nortvedt, 2016). Gjennom å kommunisere affektivt, ha evne til å tolke andres adferd, ansiktsuttrykk, kroppsholdning, hudfarge og emosjonelle uttrykk (Wøien & Strand, 2008). På sengeposten der jeg jobber møter vi pasienter som ikke klarer å sette ord på smerte, fordi de ikke kan norsk. Situasjonen kan være stressende for sykepleieren selv og ikke bare for pasienten. Sneltvedt, (2016) påpeker på at gjennom å være følelsesmessig åpen, kan en i større grad oppfatte hva pasienten opplever, og bedre skjønne hvordan vi kan være til hjelp. Det å vise til pasienten at vi har tid til han har vært til hjelp. I en undersøkelse mener pasientene at hvis helsepersonell viser sympati og forståelse, blir det lettere å håndtere smerte (Eriksson, et al. 2014). Sykepleieren skal samhandle med pasienten for en effektiv smertebehandling og høre på pasienten for å få mere detaljerte informasjon om smerteintensitet for å gi riktig behandling (Hjelpdahl & Leegaard, 2012).

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 står det at erfaring viser at pasienters medvirkning rundt beslutninger og i samband med gjennomføring av tiltak ofte er nødvendig for å få til best mulig behandlingsresultat (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). I følge den svenske studien mener pasientene at det ble vektlagt at sykepleier viste genuin interesse for å hjelpe, for å kunne gi pasienten anledning til å beskrive deres smerte nøyaktig og sette et felles mål for smertelindring (Eriksson, et al, 2014). Dessuten skal sykepleier tilstrebe å handle ut fra prinsippene om å vise respekt for den enkelte persons autonomi og integritet (Brinchmann, 2016). Sykepleiere er det av helsepersonellet som tilbringer mest tid med de kirurgiske pasientene. Derfor er det i en unik posisjon til å vurdere hvordan pasientene har det. En grundig vurdering utgjør det første trinnet i enhver smertebehandling, og hvordan denne vurderingen utføres, har sammenheng med sykepleierens praksis- og kunnskaper om smerte og smertelindring (Leegaard & Valeberg, 2016).

Det første trinnet er å undersøke om at pasienten virkelig har en postoperativ smerte, det vil si direkte relatert til det operative traumet, eller om er ett uttrykk for komplikasjon knyttet til kirurgien. Det finnes mange situasjoner der de postoperative smertene var et perforert inndra organ som tynntarm, tykktarm eller blødning. Diagnostikken av smerter skal derfor alltid samsvare med blodtrykket. Det skal ikke oppstå hypotensjon, dette kan være relatert til hypovolemi som følger av blødning eller utilstrekkelig erstattet væsketap. Timediurese bør være mer enn 0,5-1 ml/kg/time. Både lav og høy timediurese krever nøye vurdering. Kroppstemperatur vurderes med tanke på sepsis, hvis temperaturen er over 38 grader. Respirasjon vurderes, da lungeemboli kan oppstå, tromben kan løsne, og føres til lungekretsløpet med blodstrømmen til lungekretsløpet. Pasienten får sterke stikkende smerter i brystet og blir akutt dyspneisk, han må umiddelbart få oksygentilførsel og tilkalle legen (Tønnessen, 1998) & (Berntzen, et al., 2015). En undersøkelse har vist at manglende differensiering i smertediagnostikken fører til feil behandling. Det fører til at en får feil behandling grunnet feil diagnose. (Tønnessen, 1998). Pasientene i et sykehus i Nederland ønsker en dialog med sykepleieren utover det tildelte tallet for smerter de opplever i forbindelse med kartlegging av smerteopplevelse ved bruk av «NRS», (Van Dijk, Vervoort, van Wijck, Kalkman, & Schuurmans, 2016). Disse aspektene underbygger hverandre, det er viktig med en grundig diagnose og ikke bare spørre pasienten å rangere smerter han har på en skala fra 0 til 10.

I følge retningslinjer for smertebehandling i Norge (2009) forutsetter tilstrekkelig smertelindring at pasienten har liten eller ingen smerte i ro. Da han har mulighet til mobilisering. Opioider har en hemmende effekt på sentralnervesystemet som kan føre til pustestans. Derfor er det viktig å overvåke respirasjonen (Slørdal & Rygnestad, 2010). Kvalme og kløe er bivirkninger. Sykepleieren skal ha tilstrekkelig kunnskap om virkninger og bivirkninger av behandlingen. Informere pasienten videre. Smerte skal vurderes regelmessig hos postoperative pasienter fortrinnsvis ved hjelp av smerteintensitetsskalaer. Smerte skal vurderes både før og etter at det er gitt smertestillende midler. Dosen av smertestillende og lindrende effekt skal dokumenteres (Leegaard & Valeberg, 2016). I helsepersonelloven (2001) § 39 er dokumentasjon en plikt som bidrar til pasientens sikkerhet, kvalitet og kontinuitet i pleien. Det forutsetter at sykepleieren dokumenterer nøyaktig, tilstrekkelig og kontinuerlig. Pasientens smerter og smertebehandling må dokumenteres gjennom hele forløpet slik at det er tilgjengelige for alle i teamet. På grunn av døgnbemanning vil pasienten møte stadig nye personer. Dokumentasjonen bidrar til at han skal oppleve trygghet gjennom

hele innleggelsen, og slippe å komme med det samme opplysningene til alle. Dette krever et nært samarbeid på tvers av avdelingsgrenser og fagprofesjoner. Dette krever også nøyaktig og konsis muntlig kommunikasjon og skriftlig dokumentasjon slik at forløpet følges av alle aktørene som er involvert med pasienten (Heggdal, 2009). (Wøien & Strand, 2008).

5.2 Den profesjonelle kommunikasjon

Dårlig eller manglende kommunikasjon er en sentral faktor i dårlig postoperativ smertelindring (Eide, 2008). Kommunikasjon er et viktig verktøy i sykepleie og er et hjelpemiddel for å bygge opp en relasjon til pasienten for å bli kjent med hverandre og kunne identifisere tegn på ubehag relatert til smerte (Eide & Eide, 2012). I følge Travelbee (1999) bruker sykepleier kommunikasjon som et middel for å finne frem til den syke individuelle behov. Eide (2008) sier at smerte er en personlig erfaring som oppleves stressende, belastende, smertefullt og utålelig. Hjelpende kommunikasjon forutsetter innlevelse som vil si å være empatisk, og ha evne til å variere måten man kommuniserer på. Sykepleieren må beherske et bredt spekter av nonverbalt og verbalt bekreftende ferdigheter, i tillegg til ferdigheter i å lede og styre samtalen. Sykepleier kan bruke enkle spørsmål for å utforske pasientens unike smerteopplevelse og dermed prøve smertestillende behandling i dialog med pasienten (Van Dijk, et, al. 2016). Det forutsetter hjelpende kommunikasjon og fagkunnskap. Anerkjennelse som kommunikasjonsstrategi er viktig. Å bli anerkjent og respektert som person er helt grunnleggende for å oppleve seg selv som en hel person. I et funn fra en studie til Nortvedt, Wiborg, Nittebergg, & Romsland, (2013) hevder en sykepleier at forutsetningen for en god dialog med den smertepåvirke er å tro på, lytte til og skape en allianse med pasient og å bistå pasienten i å finne språklige uttrykk for smerte (Nortvedt, Wiborg, Nittebergg, & Romsland, 2013). Sykepleieren har fagkunnskap som gjør at hun identifiserer og forklarer smerten. Hun skal forklare hva som skal til for å lindre smerten, og forklare hvordan medikamenter virker. Det vil si at pasienten skal føle seg hjulpet, forstått og samtidig forstå informasjon knyttet til sin situasjon. I en studie ved et sykehus i Nord vest England kommer det fram at smertevurdering ble utført overfladisk, samtidig med andre oppgaver som unnlater å gi pasienten tid til å beskrive sine smerter (Gregory, & Waterman, 2012). En av de sterkeste unike prediktorer for tilfredshet med behandling, er pasientenes tro på at deres smerte er blitt grundig evaluert. På den ene siden opplever pasienten smerte som stressende og belastende, på den andre siden skaper sykepleier ekstra stress for pasienten ved at han kan føle seg dårlig ivaretatt. Det ble ikke observert i Gregory & Waterman (2012) studien at sykepleieren bruker

kommunikasjon som et middel for å finne frem til den sykes individuelle behov. Det ble vist at hun utfører vurdering med andre oppgaver, eksempel mens hun administrerer medisiner, det gjør at vurderingen ble utført overfladisk, raskt sammen med andre oppgaver. Dette gjør også at pasienten oppfatter sykepleier veldig opptatt er uvillig til å uttrykke smerter (Gregory & Waterman 2012). En del av profesjonaliteten er å ta seg tid til pasienten selv om hun har en travel dag, det koster ikke noe å sette seg ned og lytte. En fordel av å jobbe i team er at en kan be andre å hjelpe med andre oppgaver som ikke er direkte knyttet til å veilede pasientens smerte (Damsgaard, 2010). Travelbee sier at kommunikasjon er den prosessen sykepleieren bruker aktivt for å gi informasjon og omsorg. Pasienten skal kjenne sykepleieren og oppfatter hennes intensjon om å hjelpe (Travelbee 1999).

Hvis sykepleieren har det travelt og har dårlig tid, kan hun bruke lukkede spørsmål som brukes for å få bekrefte eller avkrefte konkret svar, enten «ja» eller «nei». Sykepleieren har kunnskap om postoperativ smerte, og hun vet at ofte det er lettere å diagnostisere dem enn annen smerte fordi det er kjent stimulus, og er et forventet smertemønster. Det vil si direkte relatert til det operative traumat (Berntzen, et al., 2013). Det blir mere effektivt å bruke lukkede spørsmål for å vurdere pasientens smerte, eksempel: «gjør det vondt når jeg trykker her?» Lukkede spørsmål er smale og gir tilsvarende smale svar. Vi får normalt bare informasjon om nøyaktig det vi spør om (Eide & Eide, 2007). Deretter at pasienten på forhånd har fått kunnskap om (NRS) smerteskala, rangerer smerter han har på en tall fra 0 til 10. Vurderingen blir systematisk utført og trenger bare lukkede spørsmål, sammenlignbare fra gang til gang, noe som gjør det også lettere å måle effekten av den smertelindrende behandlingen. (Almås et al., 2015). Observasjon er en viktig del av sykepleie, som hjelper å se når ting er på gang, når pasienten er dårlig (Damsgaard, 2010). Hun må finne ut hva pasienten kommuniserer gjennom den atferd og ikke bare bedømme det hun ser eller hører på egne erfaringer med andre som hadde samme tilstand (Travelbee 1999).

5.3 Informasjon gjelder hele pasients forløp

Pasientforløpet starter den dagen pasienten skrives inn på sykehuset, og varer til den dagen den er ut av sykehuset igjen. Informasjon til pasienten er noe som er viktig gjennom hele forløpet. Travelbee (1999) fremhever at informasjon er hensiktsmessig. Hun sier at kirurgisk inngrep er en personlig opplevelse hvor følelser som står sentralt er frykt og angst. Hun mener at sykepleieren har en klar rolle som består av å gi god fysisk omsorg og bestreber seg på å ivareta den syke. Pasienten har behov for informasjon og sikkerhet før, under og etter det

kirurgiske inngrepet (Travelbee 1999). Det er ikke sagt at informasjon gjør inngrepet mindre angstfylt, men kunnskap kan være med på å dempe eventuelle misoppfatninger pasienten har. Det kan også få pasienten til å oppleve avslapning og distraksjon som vil kunne virke positivt på smerteopplevelsen (Stubhaug., et al. 2008).

Smerte er en individuell opplevelse, og det er flere faktorer som påvirker vår opplevelse av smerter. Det kan være tidligere erfaringer, alder, angst, kultur, sykdom og prognose.

Forskning viser at preoperativ pasientundervisning gir effekt i form av reduserte postoperativ smerte (Holm & Kummeneje, 2009). Informasjon skal gis uoppfordret, tilstrekkelig og en må sikre at pasienten har forstått informasjonen. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 handler om plikt til å informere pasienten om diagnose, prognose og pleie som følge av ulike tiltak slik at han kan foreta et selvstendig valg, da ingen kan vite dette bedre enn den det gjelder (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999) & (Brinchmann, 2012).

Sykepleieren får delegert oppgaver fra behandlende lege om hva som er planlagt å gjøre med pasienten. Sykepleierens ansvar er rettet mot å identifisere hvor godt psykisk forberedt pasienten er før inngrepet. Videre må sykepleieren vurdere og videreformidle kunnskap om tilstander som kan oppstå, for eksempel kvalme, engstelse, smerte osv. Sykepleieren må også identifisere komplikasjoner som kan ha oppstått hvis pasienten har gjennomgått tidligere operasjoner (Holm & Kummeneje, 2009). Dette ved å få informasjon fra pasienter. En som har hatt erfaring med moderat til sterke postoperativ smerte blir passive mottaker av analgetika som igjen fører til mangelfull smertebehandling. Sykepleierens rolle er å skape en atmosfære som gir tillit og trygghet for å oppmuntre pasienter til å bli aktive deltakere i smertebehandling og vurdering. Hun bør rette oppmerksomhet mot pasientenes tidligere erfaring, deres forutsetning og kunnskap (Eriksson, et al, 2014).

I artikkelen Hayes & Gordon, (2015) kom det fram at det er viktig å informere pasienten om smertebehandlingens mål. En plan for omsorg er avgjørende og forsvarlig, men kan bli hemmet av dårlig koordinering i preoperativ fasen. Studien bekrefter viktigheten av å utvikle en plan for omsorg som tar hånd om umiddelbare preoperativ bekymringer som smerte, frykt, angst og postoperative forventninger. Tverrfaglig team bør samarbeide med pasienten ved å engasjere den i hele forløpet. Sykepleierens oppgave er å gjennomgå en plan for behandlingen sammen med pasienten (Hayes & Gordon, 2015). Studien viser at pasienten kan rapportere om høy trivsel, til tross opplevelser av sterke smerter til tider. Noen pasienter stoler ikke på smertelindring på grunn av tidligere preoperativ frykt. Det handler om pasienter som har ikke vært forberedt før inngrepet (Hayes & Gordon, 2015).

Informasjon fra en annen studie om hvordan sykepleieren kan påvirke omsorgens kvalitet ved å få bekreftet et tall som beskriver pasientens smerter. Sykepleieren kan berolige pasienten ved å si at det tallet pasienten beskriver på smerteskalaen er forventet eller innenfor normalen i forhold til den operasjonen pasienten har gått gjennom (Van Dijk et al., 2016) Både Hayes et al., (2015) og Holm et al., (2009) beskriver viktigheten av å informere om smertelindringsmetoder som kan tilbys, hvorfor man bruker dem og eventuelle bivirkninger som kan oppstå. De mener at man skal informere og instruere i smerteskåring og informere om mål for smertebehandling. Under behandlingen, når pasienten er i hvile, skal NRS-scoren være under 3 eller 3, mens den i aktivitet kan være 5 eller mer. Pasienten informeres om hvor viktig det er med hurtig mobilisering etter inngrepet og hvilke komplikasjoner som kan oppstå ved sengeleie. En studie til av Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle, (2015) beskriver at undervisning kombinert med veiledning kan være hensiktsmessig for å bedre smertelindringen til kirurgiske pasienter.

5.4 Hensikt og utfordringer ved smertekartlegging

Smerte er en subjektiv opplevelse og pasientens oppfatning av egen smerte skal være grunnlaget for smertekartlegging. har lett for å stole på sine egne observasjoner av pasientens smerter selv om det ikke alltid samsvarer med pasientens opplevelse av sin smerte. Dette kan føre til feiloppfatninger i vurderingen av pasientens smerter, som igjen kan føre til feil behandling av pasienten (Torvik., et al. 2008). Eksempelvis er en vanlig feiloppfatning at smerte ledsages av synlige tegn; fysiologiske eller atferdsmessige, som kan brukes til å bekrefte om smertene eksisterer og hvor alvorlige de er. Det er ikke uvanlig at forekommer perioder med alvorlige smerter med fysiologisk og atferdsmessig tilpasning, etterfulgt av perioder med minimale smerter og ingen ytre tegn til smerter. Fravær av uttrykk for smerter behøver ikke betyr fravær av smerter (McCaffery & Beebe 1996).

Sykepleierens smerteundervurdering av pasienten kan komme av at pasienten oppgir smerter på mellom 6-8 på NRS-scalaen, mens de samtidig sitter oppreist og leser og har et normalt blodtrykk og puls. Dette samsvarer ikke med den smerten de egentlig skal vise da de oppgir den høye scoren. Mange sykepleiere er tilbøyelige til å gi mer morfin til en pasient som viser tegn på smerter, enn til den som smiler (Sjøveian & Leegaard, 2012, Granheim, Et al, 2015). McCaffery og Beebe (1996) understreker at pasientens atferd kan være et forsøk på å avlede og utholde smertene. Leegaard og Valeberg (2016) forteller at smerteproblematikken ble beskrevet av den amerikanske sykepleieforskeren og smertepioneren «Margo McCaffery»

allerede i 1968, og vi fortsetter praksisen med å tvile på pasienter 50 år etter (McCaffery og Beebe 1996, & Leegaard og Valeberg 2016)

I en annen studie fra et norsk sykehus fra 2015 kom det fram også at det er et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling synliggjort gjennom to pasienthistorier. Her svarte bare 28% at sykepleierne tok hensyn til pasientens egen smertevurdering og valgte å gi riktig morfingdose, selv om de tidligere hadde svart at pasienten selv er den som best bedømmer egen smerteintensitet. Dette kan bety at de ikke tok hensyn til pasientens subjektive utsagn. På en annen side kan denne feilen skyldes en bekymring for at pasienten skulle utvikle opioidavhengighet og respirasjonsdepresjon, noe som også medførte en større oversikt og punktlighet ved administrering av opioider (Granheim., et al. 2015). En vurdering av smertens karakter, intensitet og atferdsmessig endringer ved smerte er avgjørende. Postoperativ smerte er lettere å diagnostisere fordi det er kjent stimulus og et forventet smertemønster. Likevel oppleves smerte forskjellig hos ulike pasienter, og i ulik grad den influerer på postoperativ mobilisering som også kan være et tegn på at pasienten har smerter. Samme studien av Granheim., et al (2015) avdekker også at mindre enn 1 % av pasienter får et avhengighetsproblem som følge av smertebehandling. Respirasjonsdepresjon forekommer sjelden hos pasienter som har fått stabile doser med opioider i flere måneder (Granheim., et al 2015)

Jeg har observert at sykepleiere ofte bruker felleskatalogen for å lære om legemidler som gis til pasientene. Når det gjelder opioider leser de fleste forsiktighetsreglene. Det første som står i avsnittet er at det skal brukes i kortere perioder pga. toleranseutvikling og tilvenningsrisiko. Sykepleieren skal ha kunnskap om at opioider har en blanding av hemmende og stimulerende effekter på sentralnervesystemet. De hemmende effektene inkluderer respirasjonshemming, som vil si puststopp og hemmet hosterefleks, som igjen kan gi pneumoni. De stimulerende effektene er kvalme eller oppkast, små pupiller og obstipasjon (Slørdal & Rygnestad, 2010). På den ene siden er handlingen bak og ikke gi riktig morfingdose er prinsippet å ikke skade, fordi sykepleieren er bekymret for at pasienten skal utvikle medikamentavhengighet eller får puststopp. På den andre siden kan handlingen ses uforsvarlig og handler om mangel på kunnskap som fører til dårlig smertelindring, som igjen kan føre til vedvarende smerte. I helsepersonell oven § 4 står det blant annet at kjernen i forsvarlighetskravet er omsorg for den syke og den faglig gode handling. Hvis pasienten får for lite morfin, fordi sykepleieren er redd for medikamentavhengighet, kan dette være en mangel på faglig oppdatering, når forskning sier at mindre enn 1% av pasientene får et avhengighetsproblem som følge av

smertebehandlingen (Granheim., et al 2015). Det kan også være vanskelig å skille mellom de som har med velgjørenhetsprinsippet å gjøre, og de som har med ikke skade-prinsippet å gjøre nettopp fordi de er to sider av samme sak. Forståelse av hva som gjør godt, og hva som skader, forutsetter hverandre. Det viktigste i en situasjon er at beslutning alltid vil være individuelt bestemt, selv om erfaring og faglig kunnskap kan være normativ (Brinchmann, 2012)

5.5 Tidligere erfaringer med pasient-gruppen

Leegaard og Valeberg (2016) trekker fram en smertevurdering som går på forståelse sykepleiere har basert på oppfatninger de hadde dannet seg av hvor smertefulle de ulike kirurgiske inngrepene skal være. På avdelinger der denne måten å vurdere pasientens smerte på dominerer, blir smertevurderingen objektivisert og lite individuelt tilpasset. Smertevurderingen blir i stor grad knyttet til type kirurgi, kjønn og alder. Sykepleiere bruker sine egne erfaringer som en mal til hvordan pasientene vanligvis reagerer, og lager en norm for hvor mye smerte det er rimelig at pasientene har etter ulike typer kirurgi. Mens Travelbee (1999) på sin side understreker viktigheten av at pasientens opplevelse av sykdom og lidelse står i sentrum, ikke diagnose eller den objektive vurderingen som helsepersonell foretar. På den ene siden har vi kjønnsforskjeller i smerteerfaring. Kvinner oppfatter smerte som en naturlig del av livet for de erfarer smerte allerede ved menstruasjonen, svangerskap og fødsel. Dette gjør at de tolerer mer smerter enn menn som har opplevd smerte i forbindelse med skader og uhell. Og eller om de ikke har hatt skader eller uhell. På den andre siden er det forskjell i smerte erfaring innen samme kjønn, da kvinner som har gjennomgått fødsel har høyere terskel enn de som ikke har født (Rustøen & Stubhaug, 2008). Det skal være fokus på pasientens opplevelse og erfaringer for å vurdere smerter en har.

Sykepleierens individuelle smertevurdering er i stor grad preget av den kulturen som er rådende på hver avdeling, og de er i liten grad klar over denne påvirkningen selv. Det kan tolkes som en uetisk handling som går på å ikke opptre velgjørende, fordi først og fremst pasientens individuelle opplevelse skal være til grunn for å behandle smerte.

Velgjørenhet og ikke skade prinsippet fra de fire prinsippers etikk handler om at sykepleieren skal tilstrebe å handle godt for pasienten og beskytte han mot skade (Brinchmann, 2012). Nortvedt (2016) understreker at smerte alltid oppleves individuelt og forskjellig fra person til person. Befolkninger er preget av et større kulturelt mangfold (Nortvedt, 2016). Noe jeg kan

bekreftede fra sengeposten. Sykepleieren skal ta hensyn til hvordan mennesker fra ulike kulturer uttrykker smerte. Det har vist seg at hvite og asiatiske pasienter har lavere smertetoleranse og klager mye (Leegaard og Valeberg, 2016).

Vi vet intuitivt hva smerte er, med «vi» mener jeg både pasienter og sykepleier har erfart med smerte. I en studie kommer det frem at flere pasienter sa at de trodde det var riktig å være tøff overfor seg selv, og at det ofte spores tilbake til oppveksten og måten de ble opplært til å håndtere smerte under barndommen (Van Dijk, et al., 2016). Videre sier Nortvedt at smerteopplevelsen også er preget av pasientens tidligere erfaringer gjennom hele livsløpet fra barneår til alderdom. Det at mennesket selv fortolker og gir mening til sine kroppslige erfaringer som smerte, er noe som er et viktig utgangspunkt når sykepleieren skal forstå og hjelpe personer som har smerte (Nortvedt 2016).

Leegaard og Valeberg (2016) sier at vi bør bli mer bevisste på hvilke kulturelle mønster som påvirker pasientenes egne reaksjoner på smerte. Det kan være nyttig å reflektere over det en selv har lært av smerte og smertefull opplevelse da en selv vokste opp, fordi dette har betydning for hva vi oppfatter som normale smertereaksjoner. Travelbee (1999) påpeker at helsepersonell aldri kan være helt sikre på at de vurderer intensiteten i smertene den syke opplever. Det er en visse oppfatning om sterke smerte de mener en person har. Videre i en studie ble det pekt på at sykepleierne ofte diskuterte resultater fra smerte kartleggingsverktøyet innad i sin egen yrkesgruppe, dette var produktiv for å kunne komme frem til best mulig og effektiv smertelindring for deres pasienter (Nortvedt, et al, 2013). dette en forsvarlig utøvelse.

Å endre utøvelse av klinisk praksis er vanskelig fordi mye skyldes inngrodde vaner som er forankret i kulturen på hver enkelt avdeling. Leegaard og Valeberg (2016) forslår at det kan være enklere å endre en praksiskultur ved å endre konteksten, som å få inn en ny sykepleieleder eller en lege, som ønsker å bedre smertelindring ved avdelingen (Leegaard og Valeberg 2016).

5.6 Helhetsforståelse

For å skape en helhetlig og meningsfull sykepleie må man i behandling se på at pasienten som mer enn en fysisk kropp. Det vil si å forholde seg til mennesket som en helhet med kropp, tanker, engstelse, sårbarhet, ressurser, smerte og med mer. (Odland, 2012). Pasienten vil alltid ha smerter etter et kirurgisk inngrep, hvor store smertene er, er avhengig av hvor inngrepet er gjort (Holm & Kummeneje, 2009). Spesielt ved operasjoner i abdomen hvor det er flere lag

som blir suturert. I det tilfellet har pasienten smerter relatert til operasjonssnitt ved mobilisering eller hoste og i det infiserte området som ble fjernet og suturert (Bertzen, et al, 2015). Det er ikke alle pasientene som har innsikt i det kirurgiske inngrepet, noe jeg har lest selv i pasientjournaler. Psykologisk stress og belastning av kroppslig sykdom kan gi psykiske plager og i ytterste konsekvens føre til mental sykdom. Situasjonen forverrer seg hvis pasienten i tillegg ikke har innsikt i det som foregår med han. Dette kan få konsekvenser for menneskets mulighet til å ivareta sine interesser av sosial og åndelig karakter. Psykisk stress kan i sin tur igjen føre til kroppslig sykdom (Odland, 2012). Holter (2011) mener sykepleieren må ha evnen til en situasjonsbasert forståelse. Smerter i seg selv kan være årsaken til angst. Bekymring for familien kan også forekomme. Pasienten som har fått fjernet en del av organ, kan få tapsreaksjoner i den forbindelse. En kan ha bekymringer for framtiden og det kan også gå på prognose (Holm & Kummeneje, 2009). Sykepleieren må prøve å forstå hvordan pasienten opplever det å være syk for å kunne finne hva er det som han er mest opptatt av. I denne studien ga pasientene uttrykk på at noen aspekter av deres liv var utenfor deres kontroll, og rapporterte ofte fysiske effekter som førte til forlegenhet og motvilje mot å sosialisere (McCaughan, Prue, Parahoo, McIlpatrick & McKenna, 2011).

Sykepleieren skal lytte til pasienten og ta han på alvor, hjelpe og trøste han når han legger fram sine bekymringer, gjennom å gi god forklaring i forhold til egen tilstand. Planlagt behandling og prosedyrer gir trygghet som gjør det psykologiske stresset mindre (Odland, 2012). Tilstrekkelig informasjon gjennom hele forløpet vil derfor minke stress. Informasjon er hensiktsmessig, Travelbee (1999) sier at kirurgisk inngrep er en personlig opplevelse hvor følelser som står sentralt er frykt og angst (Travelbee, 1999). Angst forbundet med inngrepet kan fortsatt være til stede og virker inn på pasientens tilstand etter operasjonen. Viktig tiltak er å redusere angstnivået ved å snakke om situasjonen og ved å få redusert smertene (Holm & Kummeneje, 2009). Det å vite om at pasienten får smertestillende når han trenger det, gir psykisk lindring i tillegg til den rent fysiske smertestillende effekten han oppnår av medisinen. Det at pasienten blir styrket både fysisk og psykisk, er noe som bedrer mulighetene til å ivareta både sosiale og åndelige behov fordi fysisk, psykisk, sosiale og åndelige behov henger gjensidig sammen og påvirker hverandre (Odland, 2012). Smerte kan være et uttrykk for lidelse. Som pasienten kan oppleve lidelse knyttet til kroppslig eller psykisk ubehag som skyldes sykdom eller det å ikke ha innsikt i sin tilstand gir følelse av usikkerhet og utrygghet. Begrep lidelse er brukt for å betegne en person subjektive opplevelse av plager, tap og smerte (Kristoffersen, Breivne & Nortvedt, 2011). Bache, Schmelling &

Hanghøj (2013) understreker at økning i smerteintensitet kan øke angst, mens lindring av smertene kan redusere angst (Bache, Schmelling & Hanghøj, 2013).

5.7 Rammefaktorer på en sengepost

På sengepost vil jeg alltid møte faktorer som påvirker smertevurdering i praksis.

Rammefaktorer kan forklares som ytre forhold som gir muligheter eller begrensninger for hvordan arbeidet kan utføres (Fjørtoft, 2012). I oppgaven har jeg allerede gått indirekte gjennom noen rammefaktorer som påvirker smertebehandling fordi det er en sammenheng mellom andre punkter under drøftingsdelen og rammefaktorene. I studien til Gregory og Waterman (2012) ble rammefaktorer beskrevet som noe som kan påvirke sykepleierens evne til å smertelindre postoperative pasienter. Blant de rammefaktorene er tid, personalmangel som igjen fører til en arbeidsdag preget av høyt tempo (Gregory og Waterman, 2012).

Dagens sykepleie kjennetegnes av møter med mange pasienter som har ulike behov i en vakt preget av høyt tempo på grunn av mangel på tid. Dette fører til at smertevurdering blir utført med andre oppgaver, for eksempel administrering av medisin, eller utført raskt uten å gi tid til pasienten å beskrive sine smerter i detaljer (Gregory og Waterman, 2012). Fra sykepleiers side vil dårlig tid påvirke muligheten for å spørre den enkelte pasient om sine smerter i detaljer, og for å evaluere effekten av analgetika. Det gjør at sykepleieren har svært liten mulighet for å gi veiledning i smerteskalaen, NRS, eller å oppmuntre pasienten til å være aktivt involvert i smertebehandling. Pasienten kan oppfatte at sykepleieren er veldig opptatt, som fører til at han er uvillig til å uttrykke smerte, eller be om smertelindrende medikament. Det ble ikke observert i Gregory & Waterman (2012) studien at sykepleieren bruker kommunikasjon som et middel for å finne frem pasientens individuelle behov, dette igjen på grunn av dårlig tid (Gregory & Waterman, 2012).

Det med personalmangel fører til at sykepleieren har mange oppgaver som skal utføres på en arbeidsdag, og derfor må hun utføre vurdering av smerter med andre oppgaver. Hun jobber under stress som gjør at hun ikke klarer å skape en atmosfære som gir tillit og trygghet for å oppmuntre pasientene til å bli aktive deltakere i smertebehandling og vurdering (Eriksson, et al, 2014).

Sykepleieren har ansvar for mange pasienter på en gang, og pasientene har individuelle behov. Noen trenger forklaringer, og stiller mange spørsmål. Da må sykepleier bruke tiden godt, for å kunne gi tilfredsstillende svar for å trygge dem. Andre sier ikke noen ting fordi de

kanskje ikke vil være til bry, eller at de er over 65 år og ser på smerte som en del av alderdommen og at de ofte er mer skeptiske til medikamenter (Sjøveian & Leegaard, 2012). I dette tilfellet må sykepleieren være mer tilgjengelig og hurtig vurdere smerte hos de to siste gruppene. Sjøveian & Leegaard (2012) bekrefter at et samarbeid mellom pasient og sykepleier om smertelindringen er avgjørende for å lykkes (Sjøveian & Leegaard, 2012).

6. Konklusjon

Å ta hensyn til pasientens egen smertevurdering er det viktigste for en god behandling.

Sykepleieren skal samhandle med pasienten for en effektiv smertebehandling da smerte utarter seg individuelt og smertepåvirkning er forskjellig fra pasient til pasient.

Kommunikasjon er sentral faktor i smertelindring. Opererte pasienter er i en sårbar situasjon, derfor er det viktig å være følelsesmessig åpne for å kunne oppfatte hva pasienten opplever og for å bedre skjønne hvordan vi kan hjelpe. Sykepleieren skal ikke bedømme det hun ser eller hører på egen erfaring med andre som har hatt samme tilstand. Sykepleier skal se individuelle forskjeller blant pasienter vedrørende behov for smertelindring. Faktorer som påvirker opplevelsen av smerter er; tidligere erfaring med smerter, alder, angst, kulturelle mønster som påvirker pasientenes egne reaksjoner på smerte og mye mer. Av denne grunn er ikke fravær av smerteuttrykk det samme som fravær av smerte

Svar på situasjonen der pasienten har gjennomgått pankreastransplantasjon fremsto som ikke smertepåvirket da han ba om sentralt virkende analgetika. Jeg husker at han var rundt 28 år gammel, det at han har fått transplantert en ny pankreas betyr at han har gått gjennom mye. Smerte i pankreas er ofte skarpe og intense. Den første forklaringen er at han ber om analgetika før smerteintensitet er på topp. Derfor ser han ikke smertepåvirket ut. Så klart er han ekspert i egen tilstand, han måtte gjennom en organtransplantasjon som tilslutt endte med tap. Jeg kan se at dette var psykisk belastende for han. Han vet når smertene starter og at det etter hvert blir uutholdelig. Derfor ber han om analgetika før dette skjer. Det kan også være en pasient som er veldig tøff og derfor synes det ikke at han er smertepåvirket. Vi skal ikke forholde oss til den syke kroppen. Økning i smerteintensitet øker angst, mens lindring av smerter kan redusere angsten. Pasienten har hatt angst i forbindelse med inngrepet. Det at han måtte erstatte sitt eget organ og til slutt gir den tapt, fører også til angst. Å snakke om situasjonen, og redusere smertene er det viktigste tiltaket for å gi psykisk lindring, og ikke bare den rent fysiske lindring vi oppnår av smertestillende.

Litteratur

- Bache, N. Schmelling, W. & Hanghøj Tei, R-M (2013). Smerter og sykepleie. I T-S. Jensen, J-B. Dahl & L-A Nielsen (red.), *Smerter Baggrund Evidens Behandling*. (3.utg.) (s.373-387). København: FADL's Forlag
- Berntzen, H., Almås, H., Gran Bruun, A-M., Dørve, S. Gismeno, A., Dávøy, G. & Grønseth, R., (2015). Preoperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D-G Stubberud, R. Grønseth (red.) *Klinisk Sykepleie 1* (4. utg.) (s.273-338). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2015). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D-G Stubberud, R. Grønseth (red.) *Klinisk Sykepleie 1* (4. utg.) (s.355-397). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk- velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (red.) *Etikk i sykepleien* (3. utg.) (s. 81-96). Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2015). Kilder og kildekritikk I O. Dalland, (red.) *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Damsgaard, H L. (2010) *Den profesjonelle sykepleier*. 1.utg. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Eide, H. (2008). Kommunikasjon, relasjon og smerte. I T. Rurtøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike Tekster om smerte*. (s.354-376) Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fjørtoft, A. K. (2012). *Hjemmesykepleie* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Fredheim, O. M., Kvarstein, G., Undall, E., Stubhaug, A., Rustøen, T., & Borchgrevink, P. C. (2011). *Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus*. Tidsskrift for den Norske Legeforening, 131(18), 1763-7. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.10.1129>
- Hayes, K., & Gordon, D. B. (2015). *Delivering Quality Pain Management: The Challenge for Nurses*. AORN Journal, 101(3), 327-337. doi:10.1016/j.aorn.2014.11.019
- Heggdal, K. (2009). *Sykepleiedokumentasjon*. (2.utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Holm, S & Kummeneje, I (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie*. (2. utg) Fagbokforlaget

- Holter, I M. (2011). Sykepleieprofesjons kjernekompetanse. I I. M. Holter, & T. E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s.139-147). Oslo: Akribe.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug, (red) *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg.) (338-385). Oslo: Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2011) Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug, (red) *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg.) (245-291). Oslo: Gyldendal.
- Leegaard, M. & valeberg, B., S. (2016) Vurdering av postoperativ smerte I S. Helseth, M. Leegaard, & F. Nortvedt, (red.) *Livskvalitet og smerter- et mangfoldig forskningsfelt* (82-91). Oslo: Gyldendal
- Lunn, T-H. Mathiesen, O & Dahl, J-B. (2013). Postoperative smerter. I T-S. Jensen, J-B. Dahl & L-A Nielsen (red.), *Smerter Baggrund Evidens Behandling*. (3.utg.) (s.177-200). København: FADL's Forlag
- McCaughan, E., Prue, G., Parahoo, K., McIlpatrick, S., & McKenna, H. (2011). Exploring and comparing the experience and coping behaviour of men and women with colorectal cancer at diagnosis and during surgery. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(7), 1591-1600.
doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05594.x
- Mikkelsen, J. og Hage, I. (2011). Sykepleierens arbeids-og beslutningsprosess. I I M. Holter, og E Mekki (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykeplei* (4. utg.) (s.247-265). Akrib
- Molven, O. (2016). *sykepleie og jus*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal
- Nortvedt, F. (2016). Smerte- en personlig og sammensatt erfaring I N-J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G-H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utg.) (169-183). Oslo: Gyldendal.
- Nortvedt, F., leegaard, M., valeberg, B., & Helseth, S. (2016) Livskvalitet og smerte- begrep og fenomen I S. Helseth, M. leegaard, & F. Nortvedt, (red.) *Livskvalitet og smerter- et mangfoldig forskningsfelt* (11-24). Oslo: Gyldendal
- Nortvedt, L., Wiborg, A. G., Nittebergg, I. J., & Romsland, G. I. (2013). *Kartlegging av smerte ga ökt refleksjon*. *Sykepleien*, 101(7), 38-41.
<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0059>

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2013). *Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. utg) Akrib
- Nortvedt, P., Grønseth, R. (2015). Klinisk sykepleie-funksjon og ansvar. I H. Almås, D-G Stubberud, R. Grønseth (red.) *Klinisk Sykepleie 1* (4. utg.) (s.18-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Odland, L-H. (2012). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (red.) *Etikk i sykepleien* (3. utg. (s. 23-41). Oslo: Gyldendal
- Rustøen, T. & Stubhaug, A. (2008). Kjønnskorskjeller og smerte. I T. Rurtøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike Tekster om smerte*. (s. 128-135) Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sjøveian, A. K., & Leegaard, M. (2012). Akselererte pasientforløp: *Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling?* Sykepleien Forskning, 7(4), 381-8. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0158>
- Slørdal, L. & Rygnestad, T. (2010). Legemidler ved smerter I Nordeng, H. & Spigset, O (red) *Legemidler og bruken av dem* (s. 399-411). Oslo: Gyldendal
- Sneltvedt, T., (2012). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I B. S. Brinchmann (red.) *Etikk i sykepleien* (3. utg.) (s. 151-164). Oslo: Gyldendal.
- Stubhaug, A. & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? I T. Rurtøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike Tekster om smerte*. (s.22-50) Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I T. Rurtøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike Tekster om smerte*. (s.271-289) Gyldendal Norsk Forlag AS
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tønnessen, T. I. (1998). *Postoperativ smertebehandling*. Ad NOTAM Gyldendal
- van Dijk, J. F., Vervoort, S. C., van Wijck, A. J., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2016). *Postoperative patients' perspectives on rating pain: A qualitative study*. International Journal Of Nursing Studies, 53260-269. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.08.007
- Wøien, H. & Strand, A. C. (2008). Sykepleietiltak ved postoperativ smertelindring. I T. Rurtøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike Tekster om smerte*. (s.271-289) Gyldendal Norsk Forlag AS,

