



Undervisning som fremmede for tilstrekkelig smertelindring

Kandidatnummer: 813
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Emne 14B

Antall ord: 9394
Dato: 16.04.2018



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
Tittel: Undervisning som fremmede for tilstrekkelig smertelindring	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier gjennom sin undervisende funksjon bidra til tilstrekkelig postoperativ smertelindring hos kirurgiske pasienter med elektive forløp?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teori om fenomenet smerte og postoperative komplikasjoner relatert til smerte, samt positive effekter god smertelindring har for å forebygge postoperative komplikasjoner, blir beskrevet. Dette for å danne en grunnleggende innsikt i hvorfor smertelindring er viktig i det operative forløpet med tanke på forebygging av postoperative komplikasjoner. Aspekter som anses som relevante med hensyn til både smertelindring og undervisning som empowerment og kommunikasjon og smertekartleggingsverktøy blir presentert. Den didaktiske relasjonsmodellen danner strukturen for drøftingen og er derfor forklart her. I tillegg er lovverk som beskriver pasientens rett til medvirkning og informasjon og helsepersonells plikt til å legge til rette for dette tatt med.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er en litterær oppgave som er basert på eksisterende fag- og forskningslitteratur som er valgt spesifikt for å belyse problemstillingen. Forskningslitteraturen er funnet gjennom søk i Cinahl og Google Scholar. Faglitteraturen er hentet fra pensumbøker, samt skolens bibliotek.</p> <p><u>Drøfting</u> Fag- og forskningslitteratur blir brukt for å belyse ulike aspekter rundt hvordan pasientundervisning kan bidra til å fremme tilstrekkelig postoperativ smertelindring. Drøftingen er strukturert etter den didaktiske relasjonsmodellen som i oppgaven blir brukt for å belyse flere ulike aspekter som kan påvirke om en pasient kan bli tilstrekkelig smertelindret ved hjelp av undervisning eller ikke. Spesielt trekkes undervisning frem som forutsetning til kompetanseheving hos pasienten som på bakgrunn av denne kunnskapen kan medvirke i behandlingen og avgjørelser som fremmer tilstrekkelig smertelindring.</p> <p><u>Konklusjon</u> Funn i oppgaven tilsier at pasientundervisning er en viktig forutsetning for å oppnå tilstrekkelig postoperativ smertelindring i mange tilfeller. Smerte er et komplekst fenomen hvor sykepleier må være bevisst på de individuelle forskjellene som gjør at pasienten uttrykker smerter på mange ulike måter, har variert kunnskapsnivå og har ulik motivasjon for å medvirke. Disse, og mange andre faktorer, kan ha en avgjørende eller medvirkende rolle for om pasienten oppfatter og bruker kunnskapen de tilegner seg gjennom undervisning og om de medvirker i behandlingen av smerter. Tilpasset undervisning, ansvarliggjøring av pasienten, tydelig kommunikasjon og samhandling mellom behandler og pasient er viktige faktorer som kan være bidragsytende i å fremme tilstrekkelig postoperativ smertelindring hos kirurgiske pasienter med elektive forløp.</p>	

(Totalt antall ord: 376)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
1.4 Begrepsavklaring	3
1.4.1 Numeric Ratin Scale	3
1.5 Oppgavens disposisjon.....	3
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	5
2.1 Fenomenet smerte	5
2.1.1 Negativ effekt av smerte	5
2.1.2 Positiv effekt av smertelindring.....	6
2.2 Smertekartleggingsverktøy	7
2.3 Standardisert pasientforløp.....	7
2.4 Pasient- og brukerrettighetsloven.....	8
2.5 Sykepleierens undervisende funksjon	8
2.6 Kommunikasjon	9
2.7 Empowerment og brukermedvirkning	9
2.8 Den didaktiske relasjonsmodellen	10
3. Metode	11
3.1 Litteraturvalg og søkehistorie.....	11
3.2 Kildekritikk	12
3.2.1 Annen litteratur	13
4. Presentasjon av forskningsresultater	15
5. Drøfting	17
5.1 Forutsetninger for å oppnå tilfredsstillende smertelindring.....	17
5.1.1 Undervisning om rapportering og evaluering som forutsetning	17
5.1.2 Empowerment som forutsetning.....	19
5.1.3 Individuelle forutsetninger.....	20
5.2 Rammefaktorer	21
5.2.1 Undervisning i en elektiv kontekst	21
5.2.2 Individuelle forhold	21
5.2.3 Opplevelse av stress i den elektive konteksten	22
5.3 Mål.....	24
5.3.1 Målsetting	24
5.3.2 Mål om deltagelse.....	24
5.4 Innhold	26
5.4.1 NRS	26
5.4.2 Postoperative komplikasjoner.....	27
5.5 Gjennomføring av undervisningen.....	28
5.6 Evaluering.....	29
6. Avslutning	31
Litteraturliste	32

1. Innledning

God og tilstrekkelig smertelindring er komplekst og krever mye av sykepleieren. Sykepleieren må kunne vurdere pasientens smertebilde ut i fra observasjoner, fatte riktige tiltak og evaluere effekten av tiltakene. I tillegg må sykepleieren ta i betraktning fysiske- og psykososiale forhold som kan ha innvirkning på smerteopplevelsen (Berntzen, Danielsen & Almås, 2015). Ingen andre enn pasienten selv kan føle smerten og fullt ut kjenne omfanget av den (Stubhaug & Ljoså, 2008). En viktig forutsetningen for at sykepleieren skal kunne tilby tilfredsstillende smertelindring er at pasienten uttrykker, formidler og kommuniserer sin oppriktige opplevelse av smerten, samt at sykepleieren oppfatter denne. Dette belyser viktigheten av sykepleierens undervisende funksjon, relasjonsbygging og ansvarliggjøring av pasienten som bidragsytende for tilstrekkelig postoperativ smertelindring hos kirurgiske pasienter med elektive forløp (Berntzen et al., 2015, Andersson, Otterstrom-Rydberg og Karlsson, 2015).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Smerter er nødvendige å behandle fordi de fører til ubehag og lidelse for pasienten (Berntzen et al., 2015), men også fordi smerter kan påvirke de vitale funksjonene og medføre postoperative komplikasjoner. En smertepåvirket pasient kan for eksempel søke å unngå mobilisering. En immobil pasient som har fått utført kirurgi har økt risiko for å utvikle postoperative komplikasjoner som pneumoni, sårinfeksjon, ileus eller dyp venetrombose. Smerter er noe som er forventet i en kirurgisk kontekst og det er derfor mulig å forebygge, i tillegg muliggjør konteksten at sykepleieren kan være med på å fremme større grad av medvirkning og forståelse hos pasienten. Smertefrihet i det operative forløpet reduserer faren for postoperative komplikasjoner og utvikling av kroniske smerter. For å sikre god smertelindring av pasienten gjennom det operative forløpet er sykepleieren nødt til å gi realistisk og relevant informasjon og undervisning til pasienten preoperativt. Pasienten bør få innsikt i hva han/ hun kan forvente av smerter, hvilke metoder som finnes for smertelindring og hvordan pasient og sykepleier må spille på lag for å oppnå tilstrekkelig smertelindring (Berntzen, Almås, Bruun, Dørve, Giskemo, Dāvøy & Grønseth, 2015).

I forbindelse med kirurgiske inngrep er smerter både forventet og normalt (Berntzen et al. 2015). I min egen praksisperiode innen kirurgi fikk jeg inntrykk av pasienten som en stort sett passiv mottaker av smertebehandling. Med unntak av sporadisk bruk av

smertekartleggingsverktøy, og pasientens korte bekreftende- eller avkreftende svar på om han/ hun opplevde smerter, opplevde jeg lite struktur i smertekartleggingen. Jeg opplevde heller ikke at det foregikk noe preoperativ undervisning av pasientene om smerter eller forventningsavklaring i forkant av operasjonen. Jeg satt likevel igjen med inntrykket av at pasientene på denne avdelingen ble tatt på alvor og mottok behandling for sine smerter, men jeg opplevde ikke at det var noen fast prosedyre eller struktur for håndtering av postoperative smerter. Alle pasientene som skulle opereres ved sykehuset mottok et informasjonsskriv om inngrepet, men det var lite fokus på smerter i det. Jeg erfarte at flere pasienter henvendte seg til meg og fremstod som engstlige, spesielt med tanke på smerter og narkose. Foruten de som henvendte seg til meg er det rimelig å anta at flere hadde liknende spørsmål og samme følelse av engstelse for det som ventet. Kanskje turte ikke disse pasientene å spørre, men hvis vi som helsepersonell hadde invitert til en samtale og gitt tilbud om preoperativ informasjon så hadde kanskje barrieren antageligvis mange har for å spørre og uttrykke engstelse lettere vært brutt?

Oppgavens hensikt er å belyse hvordan sykepleier kan forebygge postoperative smerter gjennom sin undervisende funksjon, særlig preoperativt, og hvordan dette kan påvirke og bedre den postoperative smertelindringen. Jeg ønsker å belyse aspekter ved preoperativ undervisning som bidrar til ivaretagelse av pasienten postoperativt og hvordan dette kan bidra til å fremme tilstrekkelig smertelindring hos kirurgiske pasienter med elektive forløp.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom sin undervisende funksjon bidra til tilstrekkelig postoperativ smertelindring hos kirurgiske pasienter med elektive forløp?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.

Pasientgruppen som det fokuseres på i oppgaven er kirurgiske pasienter med elektive forløp. Elektiv kirurgi betyr at pasienten og/ eller legen selv velger og planlegger operasjon på et tidspunkt som en bestemmer på forhånd (Nylenna, 2012). Dette er aktuelt for oppgavens kontekst fordi det muliggjør preoperativ undervisning til pasienten innen kontrollerte rammer. Grunnen til at jeg ønsker å ta for meg pasientgruppen i to ulike kontekster i det operative forløpet- preoperativt og postoperativt, er for å kunne belyse hvordan den forebyggende og

undervisende funksjonen til sykepleieren har effekt på smertene som oppstår etter det kirurgiske inngrepet. Handlingen vil foregå på sykehus.

Målgruppen er voksne pasienter i aldersgruppen 18 til 60 år. Da utelukkes barn og eldre som kan trenge andre metoder og tilnærminger med hensyn til behandling av postoperative smerter. Grunnen til at spennet i aldersgruppen er så stort er at alderen ikke nødvendigvis har en direkte tilknytning til opplevelse og utvikling av postoperative smerter. Smerter er en individuell og sammensatt opplevelse uavhengig av alder (Berntzen et al., 2015). Oppgaven går ikke nærmere inn på eventuelt sykdomsbilde som kan påvirke pasientens smerteopplevelse eller på kognitivt svekkede pasienter, da dette kan kreve en annen tilnærming for å undervise pasienten og likevel er det ikke sikkert at den vil være forstått.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Numeric Rating Scale

I denne oppgaven har jeg valgt å følge Den Norske Legeforening (2009) sitt mål for tilstrekkelig postoperativ smertelindring; «målet er at pasienter i postoperativ fase angir smerteintensitet som ikke overskrider 3 på ”Numeric Rating Scale» - som heretter gjengis med forkortelsen NRS.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av seks hovedkapitler; innledning, teoridel, methodedel, presentasjon av forskningsresultater, drøftingsdel og avslutning. I teorikapittelt har jeg samlet relevant teori om smertefenomenet, postoperative komplikasjoner av smerter, lovverk, definisjon av standardisert pasientforløp, kartleggingsverktøy, kommunikasjon og empowerment, samt den didaktiske relasjonsmodellen. I metodekapittelet beskriver jeg hva slags metode jeg har brukt for denne oppgaven, søkehistorikk og kildekritikk. I neste kapittel blir forskningsartiklene som jeg har valgt for å belyse min problemstilling presentert i en artikkelmatrise. I drøftekapittelet blir alle forskningsartiklene, samt annen relevant litteratur som er brukt i teorikapittelet brukt for å drøfte temaer som kan besvare oppgavens problemstilling. Drøftekapittelet er strukturert etter den didaktiske relasjonsmodellen hvor innholdet under de ulike punktene i modellen belyser forskjellige aspekter rundt pasientundervisning som forutsetning for å oppnå tilfredsstillende smertelindring.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Fenomenet smerte

International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som «...en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som en slik skade» (Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 25). Her forklares smerte som en sammensatt opplevelse av både sensoriske og emosjonelle komponenter og noe som oppleves negativt for pasienten.

McCaffery & Beebe (1996, s. 302) definerer smerte som «...det som den personen som opplever den, sier at den er og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det». Smerteopplevelsen varierer individuelt på grunn av relasjoner mellom et menneskets biologiske og psykologiske forhold og sosiale- og kulturelle kontekst, og dette fører til at pasientene reagerer på forskjellige måter (Valeberg & Wahl, 2008).

Utover de biologiske faktorene som alder, kjønn, genetikk og de fysiologiske mekanismene som forårsaker smerter kan psykologiske faktorer ha betydning for smerteopplevelsen. Personlighet, psykisk robusthet, angst, depresjon, stress, manglende følelse av kontroll, mestringssevne, tanke- og adferdsmønstre og tendens til katastrofetenking kan forsterke smerteintensiteten. Sosiokulturelle faktorer som kulturell bakgrunn og personlig holdning til smerter og medikamenter kan påvirke hvordan pasienten reagerer og uttrykker smerter (Lunn, Mathiesen & Dahl, 2013, Bache, Schmelling & Tei, 2013).

2.1.1 Negativ effekt av smerte

Mennesket har evnen til å føle smerte og det beskytter oss mot skader. Akutte smerter kan forhindre eller forminske omfanget av skader ved at vi trekker oss unna vevsskadelig stimuli. Det kan forhindre forverring av oppstått skade og fremme tilheling ved at smerten resulterer i at det skadde området holdes i ro. Smertenes intensitet har ikke nødvendigvis sammenheng med skaden eller sykdommens omfang. I tillegg finnes det mange uttrykk for smerte og mange faktorer som kan forsterke eller forminske smertene (Stubhaug & Ljoså, 2008).

Akutte smerter kan altså føre til en bevisstgjøring rundt sykdom og skade som er hensiktsmessig for mennesket, men ulindret kan sterk smerte bidra til negative konsekvenser

for det postoperative forløpet. Smerter kan påvirke lungefunksjonen ved at pasienten kompensere for smerter ved å puste overflattisk og med lavere frekvens. Slikt pustemønster kan føre til at deler av lungene ikke deltar i gassutvekslingen, noe som kan føre til at lungevevet klapper sammen og danner atelektaser. Smerter kan medføre at pasienten unngår å hoste, noe som kan føre til opphopning og stagnasjon av sekret (Lunn et al., 2013). Sekretoppnopning og atelektaser gir økt risiko for ytterligere lungekomplikasjoner som pneumoni. Hypoventilering på grunn av smerter kan medføre hypoksemi. Hos hjertesyke kan dette forårsake iskemi i myokard (Berntzen et al., 2015).

Pasienter med smerter opplever ofte høy grad av stress som kan påvirke sirkulasjon ved å øke pulsfrekvensen, oksygenbehovet og blodtrykket som igjen øker hjertets arbeidsbelastning. Dette kan føre til at det oppstår arytmier eller myokardiskemi. Dette kan være problematisk, spesielt for pasienter som har alvorlige hjertesykdommer eller nylig har vært i gjennom et hjerteinfarkt. Dette øker risikoen for hjerteinfarkt, hjertesvikt og død (Berntzen et al., 2015). Smerter kan også føre til kvalme, oppkast, tarmparalyse, ileus, samt immobilisering som kan forårsake redusert tarmperistaltikk (Lunn et al., 2013). Immobilisering i det postoperative forløpet kan også ha en rekke andre negative konsekvenser som lungekomplikasjoner og tromboemboliske tilstander (Berntzen et al., 2015). Immobilisering i kombinasjon med utilfredsstillende smertelindring fører til økt sympaticusaktivitet som kompromitterer den venøse tilbakestrømningen i underekstremitetene. Dette, samtidig som den kirurgiske stressresponsen kan ha forårsaket endringer i koagulasjonssystemet, øker risikoen for at det kan oppstå tromboemboliske komplikasjoner. Utilfredsstillende smertelindring kan dermed forårsake komplikasjoner som kan resultere i økt rekonvalesens og forsinket rehabilitering (Lunn et al. 2013). Utilfredsstillende behandlede postoperative smerter kan øke risikoen for utviklingen av kroniske smerter (Wøien & Strand, 2008), og i verste fall kan alvorlige postoperative komplikasjoner medføre død (Berntzen et al, 2015). Opplevelsen av smerte kan forutenom fysiske komplikasjoner føre til negative, følelsesmessige reaksjoner som redsel, engstelse, uro, stress, angst, håpløshet, sinne og verstefallstenkning (Eide, 2008).

2.1.2 Positiv effekt av smertelindring

Målet med postoperativ smertelindring er at pasienten skal ha lite eller ingen smerter i ro. Oppgir pasienten en NRS score på 3 i hvile anses han/ hun som tilstrekkelig smertelindret (Den Norske Legeforening, 2009). Dette fremmer velvære hos pasienten, gir et bedre

kirurgisk resultat, minsker forekomsten av postoperative komplikasjoner og reduserer antageligvis utvikling av kroniske smertetilstander (Wøien & Strand, 2008). God smertelindring fremmer aktivisering av pasienten, samt dype, abdominale respirasjonsbevegelser. Da vil større deler av lungene delta i gassutvekslingen og redusere faren for atelektaser. God smertelindring gjør det mulig og mer behagelig for pasienten å bevege seg, noe som fører til økt venøs tilbakestrømning til hjertet. Dermed minsker risikoen for tromboemboliske komplikasjoner som dyp venetrombose. Tilfredsstillende smertelindring gjør det mulig for pasienten å delta i fysioterapi som fremmer raskere gjennoppretting av fysiske funksjoner. Ikke minst vil pasienten få bedre kvalitet på søvn og hvile og tolerere mat og drikke tidligere i det postoperative forløpet (Berntzen et al. 2015). Reduksjon av smerter kan føre til at pasienten opplever hensiktsmessige virkninger som bedret fysisk funksjon, mindre grad av psykologisk belastning som stress og økt følelse av selvtillitt (Eide, 2008).

2.2 Smertekartleggingsverktøy

Smertekartleggingsverktøy bidrar til målbarhet av smerter og muliggjør systematisk kartlegging og evaluering av smerteintensitet. Resultatene kan vurderes opp mot hverandre for å vurdere effekten av smertelindrende tiltak. Smertekartleggingsverktøy har standardiserte svar som skal minske muligheten for individuell tolkning av pasientens smerteopplevelse. I denne oppgaven fokuseres det på NRS skalaen som består av en horisontal linje delt inn i tall fra 0-10, der 0 er ingen smerte, mens 10 er verst tenkelig smerte. Denne skalaen kan fremvises visuelt, men den kan også brukes verbalt (Berntzen et al. 2015).

2.3 Standardisert pasientforløp

Standardisert pasientforløp er en metode for å fremme en felles organisering av behandlingen til en definert gruppe pasienter over en definert periode. Kriteriene for standardisert pasientforløp er at utøvelsen av helsetjenesten skal være evidensbasert og bygge på kunnskapsbasert praksis. Det overordnede målet er at standardiserte pasientforløp skal fremme kvaliteten på helsetjenestene pasienten mottar ved å blant annet sørge for pasientsikkerhet, økt tilfredsstillhet hos pasienten og bedre bruk av ressurser. Definisjon på standardisert pasientforløp er at det skal sikre lik behandling til pasienter som befinner seg i sammenlignbare forløp ved at det er etablert felles retningslinjer. Forløpet skal sikre likeverdig pasientbehandling som bygger på evidensbasert kunnskap. Det skal fremme

forsvarlighet, kontinuitet, bedre oppfølging i pasientforløpet og evaluering av behandlingen. Det skal også sikre pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon som fremme bevisstgjøring av pasienten og forutsigbarhet i forløpet (Regionalt senter for helsetjenesteutvikling, 2016).

2.4 Pasient- og brukerrettighetsloven

Av pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) fremkommer det at «pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester». Dette innebærer å kunne velge mellom ulike former for tjenester, undersøkelse og behandling, så fremt disse er tilgjengelige og vurderes som forsvarlige i det aktuelle tilfellet. Pasientens mening og ønsker for tjenestetilbudet skal vektlegges sterkt. Det fremkommer også av pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) at «pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen». Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte, tilpasset den individuelle pasients forutsetninger til å motta og forstå informasjonen. Pasienten har altså lovfestet rett til tilstrekkelig informasjon, undervisning og veiledning slik at de på bakgrunn av denne kan medvirke og ta autonome valg basert på forståelse av- og innsikt i sin helsesituasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.5 Sykepleierens undervisende funksjon

Undervisning er å formidle kunnskap om et tema som vanligvis er bestemt på forhånd i en gitt kontekst (Tveiten, 2016). Det fremkommer av rammeplan for sykepleieutdanning at som utdannet sykepleier stilles det krav til kompetanse innenfor spesifiserte områder for å kunne møte befolkningens krav til sykepleie, hvorav et av disse områdene er undervisning og veiledning. Som sykepleier har man ansvar for å gi informasjon, undervisning og veiledning til både pasienter, pårørende og medarbeidere i ulike situasjoner som kan oppstå innen det sykepleiefaglige virke. Det være seg situasjoner som død, lidelse og sykdom, helseopplysende- og forebyggende arbeid, samt undervisning og veiledning. (Kunnskapsdepartementet, 2008). Helsepersonells undervisende- og veiledende funksjonen er også lovfestet i Helsepersonelloven. «Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på dette etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4» (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Videre fremkommer det av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016, punkt 2,4) at «sykepleier fremmer pasientens mulighet til

å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om informasjonen er forstått».

2.6 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan forstås som en kombinasjon av verbale og nonverbale uttrykk.

Kommunikasjon består av initiativ og respons mellom to eller flere individer, samt utveksling av tegn og signaler i ulike variasjoner. Både verbal- og nonverbal kommunikasjon må fortolkes. Fortolkningen skaper grunnlaget for relasjonen mellom partene fordi det handler om hvordan de oppfatter hverandre. Det kan resultere i forhold som bygger på tillitt eller mistillit, samarbeid eller konflikt, forståelse eller misforståelse, alt ettersom hvordan den ene parten fortolker det som er blitt formidlet. Profesjonell kommunikasjon henviser i denne sammenhengen til kommunikasjon som blir benyttet i rollen som helsepersonell. Den profesjonelle kommunikasjonen har et helsefaglig formål. Den skal være faglig betinget og være til hjelp og motivasjon for de menneskene som en omgås med i forbindelse med sin rolle som sykepleier (Eide & Eide, 2017).

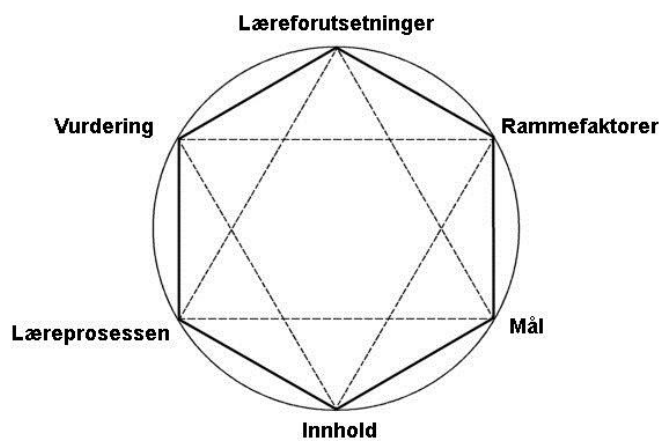
Profesjonell kommunikasjon av god kvalitet skal både være personsentrert og faglig fundert. Personsentrert kommunikasjon handler om å ha et holistisk perspektiv som innebærer å respektere og anerkjenne det helhetlige mennesket og deres unike særegenhet. Personsentrert kommunikasjon handler om aktiv lytting, anerkjennelse av personlige preferanser og verdier, samt forståelse for prioriteringer og individuelle ønsker. Essensen i personsentrert kommunikasjon er aktiv lytting og tilstedeværelse slik at pasienten opplever å bli sett og tatt på alvor (Eide & Eide, 2017).

2.7 Empowerment og brukermedvirkning

Empowerment er ikke et klart definert begrep, men brukes som en fellesbetegnelse på mange ulike ord som beskriver prosesser der pasienten oppnår en grad av kontroll over handlinger og beslutninger som påvirker deres behandling og liv. Brukermedvirkning, myndiggjøring, deltakelse og styrking av pasienten er begrep som definerer empowerment. I helsesammenheng handler empowerment ofte om at pasienten gir tillatelse eller autorisasjon til at helsepersonellet kan utføre bestemte handlinger (Tveiten & Boge, 2014).

2.8 Den didaktiske relasjonsmodellen

«Didaktikk betyr undervisningslære eller undervisningskunst og dreier seg om planlegging, tilrettelegging, gjennomføring og vurdering av undervisningens hva, hvorfor og hvordan» (Imsen, referert i Brataas, 2014, s. 42). Den didaktiske relasjonsmodellen er en modell som kan brukes for å strukturere undervisning til pasienten. Undervisningens formål er at pasienten skal oppnå kunnskap og forståelse som fremmer innsikt og mulighet til å delta i beslutninger som påvirker egen behandling. Modellen tar for seg seks ulike faktorer som det bør vises hensyn til når sykepleieren skal planlegge pasientundervisningen; pasientens læreforutsetninger, læringsmål, innholdet i undervisningen, rammefaktorer, gjennomføringen av undervisningen/ læreprosessen og vurdering av undervisningsopplegget. Det er tenkt at punktene påvirker hverandre og modellen skal derfor brukes dynamisk (Brataas, 2014).



Den didaktiske relasjonsmodellen. Figuren er hentet fra omhelse.no

3. Metode

Metode er en hjelp og en fremgangsmåte for å skaffe kunnskap og etterprøve påstanders gyldighet. Det finnes ulike metoder, og valg av denne sammenfaller med hva vi anser som den best egnede metoden til å belyse vårt spørsmål eller problemstilling (Dalland, 2017).

Metoden jeg har anvendt er litterær oppgave hvor søkene er målrettede for å finne relevant litteratur som belyser problemstillingen. Dette sammenfaller med Dallands (2017) definisjon av litterær oppgave. I denne oppgaven har jeg samlet data fra eksisterende fag- forskning- og pensumlitteratur og koblet det opp mot problemstillingen.

3.1 Litteraturvalg og søkehistorie

Oppgavens problemstilling tar opp tilfredsstillende postoperativ smertelindring og pasientundervisning. Med utgangspunkt i problemstillingen har jeg gjort søk i databasen Cinahl for å finne forskningslitteratur med ulike vinklinger rundt problemstillingen. Søket ble begrenset ved å krysse av for «peer reviewed»- fagfellevurderte artikler. Kombinasjonene av søkeord som ble benyttet presenteres her:

Database	Søkeord	Antall treff	Antall utvalgte	Inkludert i oppgaven
Cinahl	«Preoperative education» and «pain management»	62	2	“The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions.” “Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists’ Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council.”
Cinahl	«Postoperative pain» and «management» and	29	1	“The gap between saying and doing in postoperative pain management.”

	“communication” and “education”			
Cinahl	«Pain relief» and «surgical patients”	12	1	“Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients.”

Da jeg gjorde de ulike søkene mine startet jeg med å sortere treffene mine ved å se på artiklenes titler og ekskludere de som ikke virket relevante for problemstillingen min. For eksempel vurderte jeg de som urelevante hvis de hadde fokus på en bestemt etnisk gruppe eller et spesifikt kirurgisk fagfelt. Dette fordi jeg ikke ønsket at fokuset for min oppgave som er pasientundervisning generelt skulle bli begrenset. Deretter ble utvalget vurdert ved gjennomlesing av abstrakter hvor jeg vurderte hvilke artikler som kunne være direkte knyttet til problemstillingen. Noen artikler ble deretter valgt ut og lest ut i fra inntrykket av abstraktet, men senere forkastet. De artiklene jeg til slutt kom frem til mener jeg har ulike perspektiver som er relevante for å drøfte teori og besvare problemstillingen. Utvalget av artikler er både kvalitativt og kvantitativt, i tillegg til litterære studier, noe som kan være nyttig for å få et utfyllende resultat.

3.2 Kildekritikk

Jeg ønsket å bruke databasen Cinahl for å finne forskningsartiklene som jeg har brukt til å drøfte problemstillingen med. Dette fordi det har vært fokusert på Cinahl under utdanningen og vi har fått kurs om bruken av denne databasen fra skolens bibliotek. Jeg anser Cinahl som en relevant database fordi den har sykepleiefokus og inneholder mange artikler publisert i sykepleiefaglige- og medisinske tidsskrifter. Det var ønskelig at artiklene skulle være publisert innenfor en tidsramme på ti år med tanke på innholdets nøyaktighet og overførbarhet, likevel ble det ikke gjort avgrensninger i søket med hensyn til tidsperspektiv. Dette er for ikke å ekskludere forskning som fremdeles kan ha relevans for oppgaven uavhengig av alder. Artikkelen av Dihle, Bjølseth og Helseth er publisert i 2006, likevel vurderer jeg den som aktuell. Artikkelen har blitt sitert i 221 artikler i Google Scholar, i tillegg til at den har blitt henvist til flere ganger i bøkene «Klinisk sykepleie 1» (2015) og «Ulike tekster om smerte» (2008) som jeg benytter i oppgaven. Artikkelen har mange siteringer, i tillegg til at den er brukt i mye nyere forskning, noe som styrker artikkelens

relevans. Artikkelen belyser viktigheten av ulike prinsipper ved postoperativ smertelindring som fremdeles er gjeldene for hvordan håndteringen av smerte bør foretas i dag.

I tillegg til artiklene som er funnet i Cinahl har jeg valgt å bruke to artikler som jeg har funnet i Google Scholar. Dette er artikler som jeg ble anbefalt å vurdere fordi de kunne være relevante for problemstillingen i oppgaven min. Jeg har derfor ikke brukt søkeord for å finne frem til disse artiklene selv, og har derfor heller ikke inkludert disse i oversikten over søkene mine. Begge artiklene er derimot presentert i artikkelmatrisen.

Samtlige artikler er fagfellevurdert og publisert i sykepleiefaglige tidsskrifter. Artiklene er skrevet av forfattere som har tilknytning til helsefaglige instanser og/ eller sykepleie- eller medisinvitenskapelige fakulteter og samtlige artikler har sykepleiefaglige perspektiver. De oppfattes som objektive uten å forsøke å overbevise om sine synspunkter. Samtlige studier er foretatt på elektive pasienter som er operert ved kirurgiske avdelinger som utfører ulik type kirurgi, hvorav en på ortopedisk avdeling, en på gastrokirurgisk avdeling og en på ukjent kirurgisk avdeling. Den ene litterære studien er basert på studier som omhandler ortopediske pasienter, mens den andre ikke har fokus på kirurgisk fagfelt. To av studiene er utført ved sykehus i Norge og Sverige, mens den tredje er utført i Malaysia. Denne studien er utført ved et moderne sykehus i Kuala Lumpur som er blitt vurdert til å ha et helsesystem av generelt høy kvalitet. (World Health Organization, 2017).

3.2.1 Annen litteratur

I tillegg til forskningsartikler er annen litteratur-, både pensum og selvvalgt, benyttet i oppgaven. Denne litteraturen danner grunnlaget for oppgavens teoridel, men spiller også en viktig rolle i drøftingen. Av pensumlitteratur har jeg brukt «Klinisk sykepleie 1» av Almås, Stubberud og Grønseth, «Kommunikasjon i relasjoner» av Eide og Eide og «Sykepleiepedagogisk praksis» av Brataas. Disse bøkene belyser problemstillingen min direkte og danner grunnlaget for mye av oppgavens innhold. Videre har jeg supplementert med selvvalgt litteratur. For å finne denne litteraturen har jeg konsultert skolens bibliotekarer og kommet frem til noen bøker som omtaler postoperativ smertelindring. De relevante kapitlene i bøkene ble systematisk gjennomlest og den relevante teorien blitt brukt til å belyse problemstillingen. Den selvvalgte litteraturen er bøker som omtaler smerte sett i ulike perspektiver, samt bøker om empowerment og pedagogikk som danner fundamentet for det

jeg ønsker å belyse i oppgaven min. Alle bøkene, med unntak av en som kun er brukt for å få med et anerkjent sitat om smerte, er skrevet i løpet av de siste ti årene. Dette gjelder også relevant teori jeg har funnet på nettsider som jeg har brukt for å supplere med i oppgaven der jeg ikke har funnet ønsket teori i bøker.

4. Presentasjon av forskningsresultater

Her ønsker jeg å presentere artiklene som belyser problemstillingen min og som jeg har valgt å bruke i oppgavens drøftkapittel.

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Viveka Andersson, Eva Otterstrom-Rydberg og Ann-Kristin Karlsson (2015)	«The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions»	Pain Management Nursing	Undersøke pasienters oppfatninger om preoperativ informasjon om smertebehandling og hvilken innvirkning dette har for smertehåndtering i postoperativ fase.	Kvalitativ metode: Individuelle intervjuer med 18 pasienter som hadde fått utført total kne- eller hoftedeledsprotesekirurgi.	Preoperativ informasjon gir økt kunnskap og muligheten til å delta i egen postoperativ smerteebehandling, som hadde noe effekt på smertehåndteringen.
2	Pathmawathi Subramanian, Suguna Ramasamy, Kwan Hoong Ng, Karuthan Chinna og Roshaslina Rosli (2016)	«Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients»	International Journal of Nursing Practice	Undersøke pasienters opplevelse av smerte- og tilfredshet med postoperativ smertehåndtering.	Kvantitativ metode: Tverrsnittundersøkelser blant 107 pasienter som hadde fått utført abdominal kirurgi.	At hoveddelen av respondentene opplevde alvorlige til moderate smerter de første 24 postoperative timene.
3	Alfhild Dihle, Gunnar Bjølseth og Sølvi Helseth (2006)	«The gap between saying and doing in postoperative pain management»	Journal of Clinical Nursing	Forstå hvordan sykepleiere bidrar til postoperativ smertebehandling og barrierer for å oppnå optimal smertelindring	Kvalitativ metode: Observasjoner og dybdeintervjuer med ni sykepleiere på tre ulike kirurgiske avdelinger.	At hva sykepleierne sier og hva de gjør med hensyn til postoperativ smertelindring ikke samstemmer
4	Roger Chou, Debra B. Gordon, Oscar A. de-Casola, Jack M. Rosenberg, Stephen Bickler, Tim Brennan, Todd Carter, Carla L. Cassidy, Eva Hall Chittenden, Ernest Degenhart, Scott Griffith, Renee Manworren, Bill McCarberg, Robert Montgomery, Jamie Murphy, Melissa . Perkal, Santhanam Suresh,	“Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists’ Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council”	Journal of Pain	Skape evidensbaserte retningslinjer/ anbefalinger for å sikre optimal håndtering av postoperative smerter.	Litteraturstudie: Panel med fagpersoner med kompetanse innen ulike kirurgiske fagfelt, samt anestesi formulerte anbefalingene i studien som var retningsgivende for det systematiske søket.	32 retningslinjer utarbeidet for å fremme evidensbasert og standardisert ivaretagelse av postoperative pasienter med smerter. Panelet konkluderte med at postoperativ smertelindring må starte med preoperativ pasientundervisning.

	Kathleen Sluka, Scott Strassels, Richard Thirlby, et al. (2016)					
5	Deborah Kennedy, Amy Wainwright, Lucy Pereira, Susan Robarts, Patricia Dickson, Jennifer Christian, Fiona Webster (2017)	“A qualitative study of patient education needs for hip and knee replacement”	BMC Musculoskeletal Disorders	Undersøke pasienters erfaringer med undervisning de fikk i forbindelse med hofte/knekirurgi.	Kvalitativ metode: 32 deltagere som ble plukket ut til å delta i en fokusgruppe eller telefonintervju. Intervjuene var semi-strukturerte og fokuserte på pasientens erfaringer med undervisningen de mottok preoperativt, under sykehusoppholdet, i tilhelingsperioden og fremtidige anbefalinger.	Funnene belyser viktigheten av multi-modal, individuelt tilpasset pasientundervisning. Undervisning om smertehåndtering som belyser regelmessig stilte spørsmål vil forbedre pasientens engasjement, den samlede opplevelsen og tilhelingen.
6	Tonje Sibbern, Vibeke Bull Sellevold, Simen A. Steindal, Craig Dale, Judy Watt-Watson, Alfhild Dihle (2017)	«Patients Experiences of Enhanced Recovery after Surgery: A systematic review of qualitative studies”	Journal of Clinical Nursing	Samle og tolke funn fra kvalitative studier for å øke innsikten angående pasienters pre- og postoperative erfaringer fra ERAS programmer	Litteraturstudie: Sykstematisk søk i ulike databaser etter kvalitative studier som kunne belyse studiens hensikt.	Pasienter som deltar i ERAS programmer ønsket mer kontinuitet mellom pre- og postoperativ informasjon.

5. Drøfting

Smerter er et sammensatt fenomen og mange faktorer kan medvirke og avgjøre om pasienten oppnår tilfredsstillende smertelindring. Det er sykepleierens oppgave å ivareta pasientens behov, og i konteksten som elektive kirurgiske pasienter befinner seg i handler pasientens velvære mye om å lindre smerter. God smertelindring kan være utfordrende, særlig hvis sykepleier og pasient ikke «spiller på samme lag». Preoperativ informasjon og undervisning kan belyse viktigheten av samarbeid, tillit og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og hvordan de sammen skal oppnå best mulig lindring av smerter. I oppgavens drøftkapittel har jeg valgt den didaktiske relasjonsmodellen for å systematisere teorien og innholdet i forskningsartiklene jeg har valgt ut for å belyse problemstillingen min – hvordan sykepleier gjennom sin undervisende funksjon kan bidra til tilstrekkelig postoperativ smertelindring hos kirurgiske pasienter med elektive forløp. Den didaktiske relasjonsmodellen kan brukes som et verktøy for å planlegge pasientundervisningen og den er derfor direkte overførbar til sykepleierens planlegging av undervisning for å kunne forebygge og behandle postoperative smerter.

5.1 Forutsetninger for å oppnå tilfredsstillende smertelindring

5.1.1 Undervisning om rapportering og evaluering som forutsetning

Pasientens evne til å håndtere sin helsesituasjon og medvirke i behandling forutsetter at pasienten mottar nødvendig og relevant informasjon (Kennedy et al., 2017). Retningslinjer utarbeidet for systematisk og evidensbasert håndtering av postoperative smerter anbefaler preoperativ undervisning for å fremme god smertebehandling. Undervisning som er rettet mot pasientens individuelle behov og læreforutsetninger er forbundet med fordelaktige effekter som redusert preoperativ engstelse, mindre bruk av opioider og sedativer, samt kortere liggetid. Sannsynlig vil preoperativ pasientundervisning føre til opplyste pasienter og engasjere dem til å delta i beslutninger som omfatter deres behandling (Chou et al., 2016).

Studien til Dihle, Bjølseth og Helseth (2006) avslører at ingen av pasientene mottok preoperativ informasjon om postoperativ smertehåndtering eller hvordan de skulle kommunisere om smertene sine. Dette betyr at pasientene sannsynligvis ikke hadde tilstrekkelige kunnskaper om viktigheten av å forebygge og behandle smerter eller den medvirkende rollen pasienten har når sykepleieren skal vurdre smerter. Sykepleierne i studien

brukte ikke smertekartleggingsverktøy og pasientene mottok ingen informasjon om bruken av det (Dihle et al., 2006). Retningslinjene for postoperativ smertelindring anbefaler preoperativ undervisning om hvordan smerte skal rapporteres og evalueres, inkludert bruk av smertekartleggingsverktøy (Chou et al., 2016). Kartlegging av smerter ved å bruke et kartleggingsverktøy som NRS skalaen er en god indikator for å undersøke om en pasient har smerte og for at sykepleieren videre skal kunne planlegge, gjennomføre og evaluere eventuell smertelindring (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008). Ved at sykepleieren unnlater å benytte smertekartleggingsverktøy for å kartlegge og vurdre pasientens smerter kan det hindre oppnåelsen av tilfredsstillende postoperativ smertelindring. Bruken av NRS for å systematisk kartlegge pasientens selvrapporterte smerteopplevelse, anses som den mest pålitelige indikatoren for å identifisere eksistens og kartlegge intensitet av smerter (AH CPR, referert i Dihle et al., 2006, s. 476). Da vil pasientens egen oppfatning av smerten danne grunnlaget for smertebehandlingen fremfor sykepleierens subjektive tolkning.

Bruken av smerteskala anses i litteraturen som et viktig redskap for å fremme tilfredsstillende postoperativ smertelindring. I studien til Andersson et al. (2015) oppgir pasientene at den preoperative informasjonen hjalp de til å forstå viktigheten av tidlig smertelindring før smertene ble for sterke, og hvordan de kunne bruke smerteskalaen for å oppnå dette. Det kommer også frem at smerteskalaen gjorde det lettere for pasientene å beskrive smerteopplevelsen. Det er store individuelle forskjeller i pasientenes evne til å kommunisere sin smerte og god smertelindring forutsetter at sykepleieren oppfatter pasientens opplevelse av smerter (Eide, 2008). Studien til Dihle et al. (2006) bekrefter viktigheten av god kommunikasjon som en forutsetning for god smertelindring. Her foregikk vurderingen av pasientens smerter i stor grad etter sykepleierens subjektive tolkning av smerter gjennom observasjon av nonverbale tegn og ved å kommunisere med pasienten. Kommunikasjonen var uten struktur og varierte fra sykepleier til sykepleier. Noen stilte indirekte, generelle spørsmål som ga inadequate svar. Nonverbale tegn på smerte er viktige indikatorer, men usikre fordi de lett påvirkes av stress eller at sykepleieren mistolker disse (Berntzen et al., 2015). Disse funnene belyser viktigheten av å undervise pasienten i bruken av standardiserte kartleggingsverktøy som NRS for at sykepleieren skal kunne vurdere og behandle pasientens smerter på en tilfredsstillende måte. Bruken av NRS vil gjøre at man eliminerer tolkefaktoren hos sykepleieren fordi pasienten forstår hvordan han/ hun kan uttrykke sin smerte. Smerten som blir uttrykt er pasientens subjektive opplevelse, men den er likevel mer objektiv enn sykepleierens egen tolkning av pasientens smerter.

5.1.2 Empowerment som forutsetning

Pasientens opplevelse og uttrykk for smerte påvirkes av flere faktorer enn kun selve vevsskaden som blir forårsaket av det kirurgiske inngrepet. Smertefenomenet kan deles inn i to dimensjoner – vevsskaden og opplevelsen (Bache et al., 2013). Opplevelsen av smerte er en subjektiv og personlig erfaring og dermed ikke etterprøvbar for helsepersonell. Smerte er et sammensatt fenomen som påvirkes av en rekke faktorer som kan forverre eller redusere opplevelsen av smerte. Det kan variere opplevelsen av smerte ulikt fra person til person og fra en situasjon til en annen (Berntzen et al., 2015) Det stiller krav til sykepleieren om å oppfatte den enkelte pasientens personlige opplevelse av situasjonen og handle ut i fra denne (Rustøen, 2013). Studien til både Dihle et al. (2006) og Subramanian, Ramasamy, Ng, Chinna og Rosli (2016) belyser at tilfredsstillende smertelindring forutsetter kommunikasjon og samhandling med pasienten. Pasientens deltagelse i avgjørelser som påvirker eget liv og helse, samt samhandling med sykepleieren er en forutsetning for empowerment (Tveiten, 2016). Sykepleieren kan hjelpe pasienten til å oppnå empowerment gjennom å lede og styrke pasientens iboende kraft og muligheter til å delta aktivt i samhandlingen med helsepersonellet. Empowerment forventes å styrke pasientens rolle i samarbeidet med helsepersonell og føre til bedret helse (Bjørvell, referert i Tveiten, 2016, s. 29). Empowerment karakteriseres som aktiv deltagelse, informert endring eller endring som skjer etter at pasienten har mottatt relevant kunnskap, ansvarliggjøring, opplevelse av kontroll, autonomi og mestring (Fotoukian et al., referert i Tveiten, 2016, s. 30). Å fremme empowerment hos pasienten kan bidra til at sykepleieren forstår smerten fra pasientens perspektiv. Det innebærer at sykepleieren ser og anerkjenner pasienten som den som vet best hvordan situasjonen eller smerten oppleves. Empowerment vektlegger omfordeling av makt fra sykepleier til pasient (Tveiten, 2016). Sykepleieren er ansvarlig og pliktig til å sørge for at pasienten får tilstrekkelig informasjon og undervisning om sin helsesituasjon som øker forutsetningen for at pasienten kan medvirke i beslutninger som påvirker gjennomføringen av helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999, §3-2). I denne konteksten kan omfordeling av makt og fremming av empowerment hos pasienten ses ved at sykepleier har fagkunnskaper som han/ hun videreformidler til pasienten. Kunnskaper kan fremme evnen til å medvirke i behandlingen. Det kan fremme samhandling mellom pasient og behandler og dermed muligheten for å oppnå tilfredsstillende smertelindring.

5.1.3 Individuelle forutsetninger

Pasienter som befinner seg i elektive forløp er antageligvis motiverte til å gjennomgå kirurgi fordi de skal få behandling for et problem. I tillegg har pasientene i de fleste tilfeller vært med på å bestemme at de skal opereres og hatt tid til forberede seg (Berntzen et al., 2015). Likevel er det individuelle faktorer som kan ha betydning for pasientens forutsetninger for å bli tilfredsstillende smertestilt.

Smerter er et resultat av sammenhengen mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som påvirker hvordan pasienten responderer og uttrykker smerte (Valeberg & Wahl, 2008). Sosiokulturelle faktorer som uskrevne normer kan ha påvirket måten pasienten uttrykker sine smerter på. For eksempel kan atferd som ble «belønnet» da en var barn, som å få anerkjennelse for ikke å gråte når en slo seg, resultere i at pasienten ser på det som noe negativt å gi uttrykk for smerter. Pasienten er dermed avhengig av at sykepleieren identifiserer smerten for å få lindring (Berntzen et al. 2015). Som studien til Dihle et al. (2006) peker på så er likevel ikke sykepleiers observasjon og vurdering av smerter alltid nok til for å få optimal smertelindring. Funnene belyser at sykepleieren kan ha en tendens til å stole for mye på egen oppfatning og vurdering av pasientens smerter, men at dette nødvendigvis ikke alltid samsvarer med pasientens egen opplevelse av smerten. Hvordan sykepleieren tolker pasientens smerter ut i fra individuell erfaring og forståelse kan altså påvirke kvaliteten på smertebehandlingen. Det er heller ikke uvanlig at helsepersonell frykter at pasienten ikke forteller sannheten om sin smerteopplevelse og at de skal bli lurt. Det er umulig for sykepleieren å vite objektivt sett hvordan pasienten opplever smertene, de kan ikke bevises eller motbevises (Stubhaug & Ljoså, 2008). Hvis sykepleieren ikke har tillitt til pasientens beskrivelse av smertene forsterkes følelsen av hjelpsløshet og ensomhet (McCaffery & Beebe, Nortvedt & Nortvedt, referert i Berntzen et al., 2015, s. 357). Opplevelsen av smerte er ikke målbar, og desto viktigere vil det være for pasienten å motta anerkjennelse for sine smerter og bli trodd på (Eide, 2008). En naturlig del av det å være sykepleier er å bli vist tillit fra den som søker hjelp. Pasienten befinner seg i en sårbar posisjon uten særlig oversikt over situasjonen eller viten om hvordan de skal forholde seg til alt som er nytt og ukjent. Det gjør det eklere for pasienten å vise tillit og støtte seg mot helsepersonellet, med antagelsen om at de skal få den hjelpen de trenger. Med denne tilliten følger betydelig makt. Sykepleieren har et etisk ansvar i å ikke misbruke makten som ligger i en slik tillitsrelasjon (Eide & Eide, 2017). Sykepleieren må anerkjenne pasienten som «eksperten på seg selv» (Tveiten, 2016). Om sykepleieren viser interesse for pasientens opplevelse vil det kunne motivere pasienten til

å snakke om sin opplevelse og eventuelle plager. Dette vil gi sykepleieren verdifull informasjon slik at han/ hun kan få en forståelse av pasientens opplevelse og dermed kunne formidle ny informasjon som vil hjelpe pasienten til å håndtere smerten bedre (Eide, 2008). Tillitsforholdet som etableres mellom sykepleier og pasient vil dermed legge grunnlaget for samhandling som igjen tydeliggjør pasientens behov og dermed gjør de lettere for sykepleieren å ivareta. Tilstrekkelig smertelindring forutsetter alt i alt at sykepleier har tiltro til pasientens gjengivelse av smerter (McCaffery & Beebe, referert i Stubhaug & Ljoså, 2008, s. 357).

5.2 Rammefaktorer

5.2.1 Undervisning i en elektiv kontekst

Elektive pasienter befinner seg i en unik posisjon med tanke på muligheten de har til å motta informasjon, veiledning og undervisning før et operativt inngrep. Dette bekreftes gjennom studien til Subramanian et al. (2016) som viser til at respondentene som gjennomgikk elektive forløp var mer fornøyd med smertebehandlingen de mottok sammenlignet med pasienter med akutte forløp. Dette var sannsynligvis knyttet til muligheten de elektive pasientene har for å motta undervisning før de gjennomgår kirurgi. Standardiserte forløp legger til rette for undervisning i forkant av operasjon for pasienter i elektive forløp, som blant annet skal bidra til å optimalisere den postoperative smertebehandlingen. Den litterære oversikten av Sibbern et al. (2017) viser til at de fleste pasientene verdsatte informasjonen de fikk sendt hjem i forkant av operasjonen fordi den ga de mulighet til å forberede spørsmål til den preoperative samtalen. En viktig rammefaktor for pasientundervisningen er tid (Tveiten, 2016). Flere av pasientene oppga at de ikke hadde nok tid til å stille helsepersonellet spørsmål eller få utdypede forklaringer. Standardiserte pasientforløp sikter mot å redusere postoperative smerter blant annet gjennom pasientundervisning (Sibbern et al., 2017). Dette understreker tidsaspektet som relevant for at pasienten skal nyttiggjøre seg mest av den preoperative undervisningen som skal være bidragsytende i å fremme tilstrekkelig postoperativ smertelindring.

5.2.2 Individuelle forhold

Konteksten spiller en viktig medvirkende rolle for hvordan pasienten opplever smerte. Faktuelle forhold som kan inngå i konteksten og påvirke sykepleierens møte med pasienten

kan være; prognose, diagnose og alvorlighetsgrad av denne, palliativt forløp, type medisinsk behandling, akutt- eller kronisk lidelse. Disse forholdene kan ha innvirkning på konteksten individuelt eller i kombinasjon, og kan være retningsgivende for hvilke sykepleieintervensjoner som er nødvendige i den aktuelle situasjonen. De biologiske-, psykologiske- og sosiale komponentene sammen med de faktuelle forholdene- som har innvirkning på konteksten, har betydning for pasientens opplevelse av smerte, intensitet, og dermed håndtering og effekt av smertebehandling (Bache et al., 2013).

5.2.3 Opplevelse av stress i den elektive konteksten

Studien til Andersson et al., 2015 belyser at pasientene befinner seg i en sårbar posisjon før operasjon fordi de er ukjente med miljøet på avdelingen (Mitchell, referert i Andersson et al., 2015, s. 639). Omfattende preoperativ informasjon i kombinasjon med den uvante konteksten de elektive, kirurgiske pasientene befinner seg i kan føre til økt nivå av stress (Garbee & Gentry, referert i Andersson et al., 2015, s. 639). Preoperativt stress er ikke uvanlig hos pasienter som skal gjennomgå kirurgi (Berntzen et al., 2015). Høy grad av engstelse kan påvirke det postoperative forløpet ved at det medfører økt opplevelse av smerter hos pasienten (Vaughn, Wichowski & Bosworth, referert i Andersson et al., 2015, s. 635).

Pasientundervisning er en viktig del av standardiserte forløp fordi det skal bidra til å minimere opplevelsen av stress både pre- og postoperativt (Sibbern et al., 2017). Dette utdypes i retningslinjene for håndtering av postoperative smerter som påpeker at undervisning som tar pasientens individuelle behov og læreforutsetninger i betraktning skal kunne medvirke til å fremme redusert preoperativ engstelse hos elektive pasienter (Chou et al., 2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (punkt 2,4, 2016) understreker at informasjonen sykepleieren gir skal være tilstrekkelig og tilpasset. Disse funnene kan peke på at sykepleier må vurdere hver enkelt pasients individuelle behov for undervisning og i hvilken form informasjonen skal gis for at undervisningen skal bidra tilfredsstillende smertelindring. Pasienten har rett til innsikt i sin tilstand, å få informasjon om behandling og forløp, og få vite hvilke risikoer og bivirkninger som kan oppstå (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Denne informasjonen, samt det å danne en relasjon til sykepleieren, kan fremme oversikt og en følelse av kontroll, som igjen kan være med på å begrense stresset pasienten kan føle i en ukjent kontekst (Spalding, referert i Berntzen et al., 2015, s. 283). Studien til Sibbern et al. (2017) belyser at pasientene iligger det individuelle aspektet stor relevans. Deres motivasjon

for å medvirke i behandlingsforløpet var styrt av deres forhold til sykepleieren og oppfatningen de hadde av å bli anerkjent som en individuell person.

Det er ikke uvanlig å føle frykt eller engstelse før et kirurgisk inngrep. Preoperativ informasjon kan redusere disse følelsene og fremme trygghet og mestring (Hathaway, Lindvall mfl., Mitchell, referert i Berntzen et al., 2015, s. 283). Forskning viser til sammenhengen mellom preoperativ pasientinformasjon og redusert angst som dermed reduserer forekomsten av postoperative smerter og resulterer i kortere sykehusopphold (Huges, referert i Andersson et al., 2015, s. 653). Å ta seg tid til pasienten og identifisere tegn til engstelse og urolighet er viktig for å fremme pasientens velvære som videre kan optimisere effekten av smertebehandlingen. I tillegg til at pasienten kan la være å stille spørsmål på grunn av opplevd stress i avdelingen, kan det skyldes sjenanse og redsel for ikke å bli tatt på alvor. Det er viktig at sykepleieren gjennom preoperativ samtale med pasienten oppklarer forventninger og misforståelser som pasienten måtte ha forut for operasjonen for å lindre engstelse (Berntzen et al., 2015).

I studien til Andersson et al. (2015) kommer det frem at noen av pasientene opplever miljøet på avdelingen som stressende. De observerte at pleiepersonalet hadde mye å gjøre og de ønsket derfor ikke å oppta dem ved å «mase». Dette blir også beskrevet i studien til Dihle et al. (2006). Selv om de fleste sykepleierne ba pasientene om å ringe på alarmen hvis noe oppstod, tok de ikke i betraktning at pasientene kan unngå å ringe fordi de ikke ønsker å oppta personalet. Dette belyser at sykepleier ikke må ta det for gitt at alle pasienter kommuniserer sine smerter, selv om de har fått beskjed om at de kan tilkalle personalet. Sykepleieren bør derfor opplyse pasienten preoperativt om viktigheten av å tilkalle personalet når noe oppstår. Informasjon om at dette er en viktig forutsetning for å få lindret smerter og hindre utviklingen av dem kan hjelpe pasienten til å forstå at han/ hun ikke skal behøve å ta hensyn til om sykepleieren er travel. Pasientene i studien til Sibbern et al. oppga at det var viktig for dem å få klarhet i hva som var forventet av dem og at dette fremmet følelsen av trygghet og kontroll (Norlyk & Harder, Aasa et al., referert i Sibbern et al., 2017, s. 12). Dette peker på at pasientenes forventninger til sykepleieren var at han/hun skulle kommunisere klart hva som var forventet av pasienten. Sykepleieren kan ansvarliggjøre pasienten ved å forklare forventningen han/hun har til at pasienten medvirker i behandlingen ved å gi beskjed når han/ hun har smerter over 3 på NRS skalaen, uavhengig av om avdelingen/ sykepleieren oppfattes som travel.

5.3 Mål

Pasientene som oppgaven tar for seg er pasienter som gjennomgår elektive kirurgiske forløp. Målet er å smertelindre disse pasientene tilstrekkelig for å fremme velvære og redusere risikoen for postoperative komplikasjoner som kan relateres til smerter. For å oppnå dette målet er preoperativ pasientundervisning en viktig forutsetning. Studien utført av Subramanian et al. (2016), belyser undervisning som en viktig faktor for å oppnå målet om tilstrekkelig smertelindring siden pasientenes misnøye med den postoperative smertebehandlingen var relatert til utilstrekkelig preoperativ undervisning. Sykepleieren er pliktig til å gi pasienten tilstrekkelig veiledning, informasjon og undervisning slik at han/ hun får tilstrekkelig kunnskap og kjennskap til egen situasjon og dermed får muligheten til å medvirke i, og samtykke til egen behandling (Helsepersonelloven, 1999, §10).

5.3.1 Målsetting

En annen essensiell forutsetning for å nå et mål er at de ulike sykepleierne som behandler pasientens smerter har den samme målsettingen, at pasienten vet hva denne er og at det på forhånd før operasjonen er avklart hva som faktisk er akseptabelt smertenivå for at pasienten skal være tilstrekkelig smertelindret. Det bør for eksempel komme tydelig frem at nivå 3 på NRS er akseptabelt i hvile og at det dermed er forventet at pasienten ikke skal være fullstendig smertefri. I studien til Dihle et al. (2006) kommer det frem at ingen av sykepleierne har felles målsetting for smertelindringen, men at alle har en personlig mening om hvilken tilstand smertebehandlingen skal oppnå. Dette varierte mellom smertefrihet, optimalt smertelindret og at pasienten måtte akseptere noe smerte. Dette kan skape forvirring for pasienten som ikke vet hva som er akseptabelt med tanke på smerteintensitet og når han/ hun skal si i fra til sykepleieren. Dette kan forårsake uforutsigbarhet i smertelindringen og uvisshet om hva målet faktisk innebærer.

5.3.2 Mål om deltagelse

Pasienter med kirurgiske forløp kan oppleve høyt stressnivå, følelse av maktløshet og tap av kontroll. Helsepersonell har ansvar for å gi preoperativ undervisning, noe som kan fremme økt pasientdeltagelse og følelsen av kontroll og mestring (Berntzen et. al, 2015).

Pasientens deltakelse i spørsmål og avgjørelser som berører pasienten, fremfor å innta en passiv mottakerrolle er en forutsetning for empowerment (Tveiten, 2016). Som pasient befinner en seg i en situasjon der en er avhengig av andre menneskers hjelp for å få

behandling og ivareta behovene sine. Empowerment handler om å fremme pasientens ressurser og muligheter gjennom kommunikasjon som bygger på tillit, anerkjennelse og trygghet, ressursmobilisering og medvirkning. Som studien til Andersson et al. (2015) diskuterer kan informasjon fremme kunnskap som hjelper pasienten til å stille spørsmål og dermed innta en medvirkende rolle i smertebehandlingen. Ved at sykepleieren gir pasienten tilpasset og relevant preoperativ informasjon har han/ hun bidratt til å fremme pasientens kontroll i situasjonen (Tveiten & Boge, 2014). Opplevelsen av kontroll i en uvant situasjon reduserer engstelse og fremmer pasientens trygghet (Berntzen et al., 2015). Følelsen av trygghet kan redusere intensiteten og forekomsten av smerter, som er målet med den preoperative pasientundervisningen (Andersson et al., 2015).

Undervisning av god kvalitet spiller en nøkkelrolle for å fremme pasientens engasjement og medvirkning i behandlingen (Kennedy et al., 2017) Studien til Andersson et al. (2015) viser til effekten preoperativ informasjon om smertelindring har for å fremme økt pasientdeltagelse. Informasjonen kunne gi pasienten oppfatningen av å ha muligheten til å påvirke og delta i behandlingen, noe som ble oppfattet som noe positivt og som hadde innvirkning på håndteringen av smerte. Derimot kunne deltagelse i egen behandling også oppleves som en byrde fordi pasientene følte et stort ansvar. Selv om pasientdeltagelse er et mål innen helseomsorgen er det ikke gitt at alle pasienter ønsker eller orker å innta en aktiv rolle i egen behandling. Studien peker på at det var stor variasjon i om pasientene verdsatte viktigheten av informasjon og undervisning som fremmet muligheten til å delta i behandlingen. Disse funnene belyser viktigheten av å avklare pasientens forventninger og ønsker. Det blir belyst i studien til Sibbern et al. at en forutsetning for pasientenes forståelse av deres rolle som aktive deltagere var påvirket av hvordan helsepersonalet forklarte deres postoperative forventninger (Heine et al., Norlyk & Harder, referert i Sibbern et al., 2017, s. 13). Studien utført av Subramanian et al. (2016) understreker at god kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell er den viktigste forutsetningen for vellykket helsepraksis både fordi det er nødvendig for å identifisere problemer raskt, og fordi det avklarer forventninger mellom partene. Disse funnene tydeliggjør at tilpasset, relevant preoperativ undervisning, avklaring av forventninger og roller, samt god tydelig kommunikasjon kan fremme ansvarliggjøring av pasienten og medvirkning. Dette kan vidrenføre til at man oppnår samhandling som er en faktor som har innvirkning på målet om å oppnå tilfredsstillende smertelindring.

5.4 Innhold

Målet med undervisningen har betydning for innholdet (Tveiten, 2016). I oppgavens kontekst handler innholdet i undervisningen om hvilke verktøy og metoder man har for å oppnå tilfredsstillende postoperativ smertelindring, hvordan man skal bruke dem, og å avklare spørsmål og holdninger som kan bidra til om pasienten blir tilstrekkelig smertelindret eller ikke. Å samarbeide med pasienten om målet handler om å tilrettelegge for medvirkning, noe sykepleieren kan gjøre gjennom undervisning (Tveiten, 2016, Andersson et al., 2015).

5.4.1 NRS

Preoperativ pasientundervisning bør inkludere informasjon om rutiner for hvordan smerter rapporteres og evalueres, inkludert opplæring i bruken av smertekartleggingsverktøy som NRS (Chou et al., 2016). En hjelp for å få en pålitelig vurdering av pasientens opplevelse av smerter er bruk av NRS. Da blir vurderingene systematisk utført og sammenliknbare, samt at sykepleiernes individuelle holdninger og oppfatninger av pasientens smerteopplevelse begrenses. Studien utført av Dihle et al. (2006) påpeker at sykepleierne vurderte smerte gjennom kommunikasjon og observasjon uten bruk av smertekartleggingsverktøy. Det var få som stilte pasienten direkte spørsmål om smerteopplevelsen, i tillegg rapporterte de fleste sykepleierne at de tolket ikke-verbale tegn som uttrykk for smerter selv om dette ikke er en tilstrekkelig erstatning for pasientens egen gjengivelse av smerteopplevelsen. Disse funnene tyder på at sykepleierne stolte på egen vurderingsevne av pasientens smertetilstand uten særlig medvirkning fra pasientene. Det kan også tyde på at sykepleierne ikke stolte tilstrekkelig på pasientenes utsagn om sin opplevelse av smerter. Sykepleierens tolkning av nonverbale og verbale uttrykk resulterer i en mer subjektiv enn objektiv tilnærming til pasientens smerter, der kvaliteten på vurderingen i tillegg varierer fra behandler til behandler. Ved å undervise pasienten i bruken av smerteskala fremmer man medvirkning, øker pasientens evne til gjengivelse av smerteopplevelsen og bidrar til å redusere undervurdering av postoperative smerter (Paice et al., Field, Thomas et al., referert i Dihle et al., 2006, s. 476). Undervisning som fremmer medvirkning styrkes av studien utført av Andersson et al. (2015). Pasientene opplevde bruken av smerteskala som noe positivt fordi det gjorde det lettere for dem å uttrykke og beskrive smertene sine. Sykepleier må undervise pasienten preoperativt om bruken og hensikten med smerteskalaen og forsikre seg om at pasienten forstår den (Berntzen et al., 2015). Denne informasjonen er en forutsetning for at pasienten

skal kunne medvirke i gjennomføringen av sin helsebehandling, slik han/ hun har rett til (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1,3-2).

Mange pasienter er redde for- eller lar være å spørre om smertelindring fordi de har tillit til at sykepleieren vet best når de trenger smertestillende legemidler. Da kan det hende at pasienten ikke får lindret smertene sine før sykepleieren spør om pasienten har vondt eller tilbyr smertestillende (Berntzen et al., 2015). Det er viktig å informere pasienten preoperativt om hvor mye smerte som er akseptabelt ved å bruke NRS. I tillegg må viktigheten av å kommunisere sine smerter for å unngå at pasientens smerter forverres og i verste fall leder til postoperative komplikasjoner komme tydelig frem. Pasienten må få vite at det er ugunstig og uønskelig at han/ hun skal utholde smerter og at pasienten derfor må gi beskjed før smertene blir for sterke (Berntzen et al., 2015). En mulig motivasjon for at de pasientene som unnlater å utrykke eller be om smertestillende skal gjøre det, er at de får informasjon om de uhensiktsmessige komplikasjonene som kan oppstå ved sterke smerter og hvorfor de er viktige å forebygge.

5.4.2 Postoperative komplikasjoner

Videre må den preoperative undervisningen vektlegge postoperativ smertelindring og grunnen til at det er viktig. Pasienten må få kunnskaper om postoperative komplikasjoner og at disse har økt risiko for å oppstå blant annet hvis pasienten unngår å puste dypt og bevege seg på grunn av sterke smerter. En forutsetning for at pasienten skal velge å nyttiggjøre seg av undervisningen er at pasienten føler behov for den (Berntzen et al. 2015). Ved å informere om komplikasjoner som kan oppstå knyttet til sterke smerter vil pasienten kanskje føle at undervisningen er nødvendig og dermed nyttiggjøre seg av den ved å innta en delaktig rolle i behandlingen. Kunnskap kan resultere i motivasjon for deltagelse som kan resulterer i samhandling med sykepleier (Tveiten, 2016). Samhandling kan videre resultere i at pasient og sykepleier sammen oppnår tilstrekkelig postoperativ smertelindring.

Årsaken til mangelfull smertelindring kan også skyldes pasientrelaterte barrierer mot smertestillende medikamenter. Pasienter kan unngå å rapportere smertene sine på bakgrunn av at de har feiloppfatninger, misforstår informasjon eller mangler kunnskap om smerter og behandlingen av dem (Valeberg & Wahl, 2008). Noen pasienter har blant annet frykt for å bruke opioider som kan være forankret i kultur og familiære normer. Frykten dreier seg stort

sett om redsel for respirasjonsdepresjon og/ eller avhengighet (Bache et al., 2013). Studien til Dihle et al. (2006) peker på at noen pasienter ikke ønsket å ta Paracetamol fordi det blir ansett for å være et svakt smertestillende medikament som ikke har virkning på sterkere smerter. Disse oppfatningene og holdningene om smertestillende medikamenter kan bidra til at smertelindringen ikke blir tilstrekkelig. Sykepleieren bør opplyse pasienten om virkningen til de aktuelle medikamentene og hvorfor de er nødvendige, eventuelt berolige pasientene som frykter en bestemt effekt. Dette understrekes av loven der pasienten har rett til informasjon som gjør at de er i stand til å ta opplyste valg (Brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

5.5 Gjennomføring av undervisningen

Målet og innholdet i undervisningen, samt pasientens læreforutsetninger har betydning for hvordan undervisningen skal gjennomføres. Noen pasienter har god nytte av muntlig informasjon og samtale, mens andre trenger skriftlig informasjon i tillegg (Tveiten, 2016). Studien til Andersson et al. (2015) drøfter effekten gjennomføringen av preoperativ undervisning har for pasientenes smerteopplevelse. Når pasienten får skriftlig informasjon vil det gjøre det enklere å finne svar på noe som kan være glemt, eller for å få bekreftelse på noe som er uklart etter den muntlige undervisningen. Det kan være en trygghet når man mottar muntlig informasjon å vite at hvis man glemmer noe så kan man gå tilbake i den skriftlige informasjonen og finne svar. Det kan gjøre at pasienten er mer til stede i samtalen fremfor å prøve å huske alt som blir sagt.

Studien til Andersson et al. (2015) drøfter effekten ulike tilnærminger for gjennomføringen av preoperativ undervisning har for pasientenes smerteopplevelse. Muntlig informasjon alene kan for mange oppleves overveldende og føre til frustrasjon over å ikke være i stand til å huske alt som blir sagt. Flere av pasientene som deltok i studien påstod at de ikke hadde mottatt informasjon om smertekartleggingsverktøy og bruken av de, men at det også var en mulighet at de hadde fått slik informasjonen, men glemt den. En grunn til dette kan være at sykepleieren ikke har vært tydelig med å kommunisere at han/ hun har viktig informasjon til pasienten. En annen grunn til at pasienten ikke har oppfattet informasjonen kan være at situasjonen kan oppleves overveldende med mange nye inntrykk, bekymringer og annen informasjon. Metoder som kan bidra til at pasienten får med seg mer informasjon er ved å strukturere samtalen, for eksempel ved bruk av den didaktiske relasjonsmodellen. Pasientene synes også å oppfatte mer av informasjonen når det fokuseres fullt på det, altså at

sykepleieren ikke holder på med andre oppgaver samtidig (Eide & Eide, 2017). Følelsen av engstelse kan også være en årsak til at pasienten ikke får med seg informasjonen (Carr & Thomas, referert i Dihle et al., 2006, s. 475). Empatisk sykepleie og evnen til å vise forståelse for pasientens engstelse er viktig i denne settingen. Å oppfatte og anerkjenne pasientens tanker og følelser kan føre til at pasienten oppnår bekreftelse, noe som fremmer trygghet og tillit. Det kan være avgjørende for å bygge en god relasjon og fremme samhandling mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2017).

Deltagerne i studien til Anderson et al. (2015) påpekte at innholdet i den skriftlige informasjonen økte deres forståelse for viktigheten av å forebygge og behandle smerte. Dermed bidro skriftlig informasjon til at pasientene medvirket mer og informerte personalet om smertene sine før de ble for sterke. Informasjonen bidro i tillegg til at pasientene ble kjent med smerteskalaen, noe som gjør det enklere å bruke den postoperativt for å beskrive smerteintensiteten. Dette fremmet pasientdeltagelse og initiativ til å be om smertelindring. Pasientene som opplevde sterke postoperative smerter hadde derimot ikke mottatt skriftlig informasjon, kun muntlig. Disse pasientene syntes at det var vanskelig å forstå hva de skulle spørre om med hensyn til smertelindring. Likevel peker studien på at den muntlige informasjonen om smerter før operasjonen var betryggende. Det gir pasienten mulighet til å stille spørsmål og få avklart holdninger og forventninger (Andersson et al., 2015, Aasa et al., referert i Sibbern et al., 2017, s. 12) I tillegg får pasienten muligheten til å møte sykepleieren ansikt til ansikt, noe som kan begrese stress og fremme følelsen av kontroll (Berntzen et al., 2015, Kennedy et al., 2017). Disse funnene belyser hvordan god og tilpasset pasientinformasjon, samt måten undervisningen blir gjennomført på, påvirker pasientens deltagelse i behandlingen og den postoperative smerteopplevelsen.

5.6 Evaluering

For å nå målet om at pasienten skal oppleve seg som tilfredsstillende smertelindret må sykepleier evaluere om tiltak har fungert eller ikke slik at han/ hun eventuelt kan iverksette nye tiltak for å oppnå målet. Evaluering handler om å vurdere gjennomføringen-, resultatet- og kvaliteten på undervisningen og behandlingen (Brataas, 2014).

Opplevelsen av smerter er en høyst subjektiv erfaring som kan være vanskelig å beskrive for pasienten og evaluere for sykepleieren. Om pasienten i tillegg ikke utviser målbare tegn på

smertesmerter kan ikke sykepleieren vite med sikkerhet at pasienten har vondt. (Berntzen et al., 2015). Funnene i studien til Dihle et al. (2006) tyder på at sykepleierne vurderte effekten av smertelindring på en utiltrekkelig måte. Dette innebar dårlig kommunikasjon med pasientene, ingen bruk av kartleggingsverktøy og ingen systematisk evaluering av pasientenes smerter. Sykepleierne forklarer at de vurderer smerter ved å kommunisere med pasienten og observere non-verbale tegn til smerter. Å unngå feil behandling og oppdage risiko, i dette tilfellet, risiko for forverring av smerter, krever at sykepleieren er oppmerksom og kommuniserer klart og tydelig, samt dokumenterer. Nonverbale uttrykk må fortolkes og det betyr at det som blir uttrykket eller kommunisert ikke alltid stemmer med det som blir oppfattet. En fortolkning er sjeldent helt presis (Eide & Eide, 2017). Dette kan være med på å belyse kompleksiteten av å vurdere smerter og evaluere tiltak. Som studien til Dihle et al. (2006) påpeker så var måten sykepleierne kommuniserte med sine pasienter for å vurdere smerte og evaluere smertebehandlingen på varierende. Noen sykepleiere stilte direkte spørsmål, som syntes å gjøre det enklere for pasienten å gi konkrete svar og snakke om smerteopplevelsen. Indirekte og generelle spørsmål som for eksempel hvordan pasienten hadde det ville derimot ikke fremme kommunikasjon som ga sykepleieren inntrykk av pasientens smerter i like stor grad.

Mangelfulle rutiner for å evaluere smerter og smertebehandling kan føre til at pasienten får dårlig oppfølging av sine smerter og det kan resultere i utilstrekkelig smertelindring. En opplyst pasient som har fått preoperativ informasjon om forventet smerteopplevelse, behandling, bruk av smerteskala, mål for smertebehandlingen og de uønskede konsekvensene som sterke smerter kan føre til har større utgangspunkt til å medvirke og ta ansvar for håndteringen av smerte. Dette vil igjen gjøre det enklere for sykepleieren å vurdere smerte og evaluere effekten av smertebehandling.

6. Avslutning

Målet med oppgaven er å besvare problemstillingen om hvordan sykepleieren kan bidra til å oppnå tilstrekkelig smertelindring hos kirurgiske pasienter som befinner seg i elektive forløp. Ordet bidra er viktig i denne sammenhengen, for som oppgaven belyser avhenger en stor del av om smertelindringen blir effektiv eller ikke av om pasienten er medvirkende i behandlingen. For å fremme pasientens medvirkning har sykepleier et ansvar, og en plikt, i å legge forholdene til rette for at spesielt den preoperative undervisningen skal gjøre pasienten i stand til dette. Undervisning av pasienten er essensiell i denne konteksten fordi kunnskapen kan bidra til økt forståelse og dermed gi pasienten motivasjon og ønske om å innta en deltagende rolle slik at sykepleieren har best mulig forutsetninger for å forebygge og lindre pasientens smerter.

Det er mange individuelle faktorer som det optimalt sett bør tas hensyn til. Alle pasienter er unike med helt ulike forutsetninger for å forstå og nyttiggjøre seg av undervisningen. På samme måte har også sykepleierne ulike forutsetninger som gjør at motivasjonen, forståelsen og kunnskapene for å fremme pasientens mulighet til å medvirke varierer. Det er viktig å være klar over, identifisere og ta hensyn til de ulike faktorene for å kunne fremme pasientens oppfattelse-, forståelse- og bruk av informasjonen han/hun får til å medvirke i behandlingen. Er man klar over disse, og gjør sitt ytterste for å legge forholdene til rette for pasienten, kan sykepleier og pasient sammen bidra til at man oppnår tilfredsstillende lindring av pasientens postoperative smerter.

Litteraturliste

- Andersosson, V., Otterstrom-Rydberg, E. & Karlsson, A-K. (2016). The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. *Pain Management Nursing*, 16(5), 634-641. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2014.12.003>
- Bache, N., Schmelling, W. & Tei, R. M. H. (2013). Smerter og sygepleije. I T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (red.). *Smerter. Baggrund, evidens, behandling*. København: FADL's Forlag
- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2015). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1*. (s. 355-395). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Grønseth, R. (2015). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1*. (s. 273-333). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brataas, H. (2014). Pedagogisk grunnlagsmodell som verktøy for pasientsentrert praksis. H. Brataas. (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. (s. 87-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brataas, H. (2014). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis – prosesser og verktøy. H. Brataas. (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. (s. 31-50). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Chou, R., Gordon, B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T.,... Wu, C. L. (2016). Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists's Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The Journal of Pain*, 17(2), 131-157. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dihle, A., Bjølseth, G. & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 469-479. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x>
- Den Norske Legeforening. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Hentet fra: <http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
- Eide, H. & Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Eide, H. (2008) Kommunikasjon, relasjon og smerte. I T. Rustøen & A. K. Wahl (red.). *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet.* (s. 354-369). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lunn, T. H., Mathiesen, O. & Dahl, J. B. (2013) Postoperative Smerter. I T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. Arendt-Nielsen (red.) *Smerter. Baggrund, evidens, behandling.* (s. 177-199). København: FADL's Forlag.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kennedy, D., Wainwright, A., Pereira, L., Robarts, S., Dickson, P., Christian, J. & Webster, F. (2017). A qualitative study of patient education needs for hip and knee replacement. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(430). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1769-9>
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning.* Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- McCaffery, M & Beebe, A. (1996). *Lærebok for helsepersonell.* Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Norsk Sykepleierforbund. (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* ICNs etiske regler. Oslo: NSF. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nylenna, M. (2012). *Medisinsk ordbok.* Oslo: Kunnskapsforlaget ANS, H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard) A/S og Gyldendal Norsk Forlag ASA.
- Om Helse. (udtattert). *Den didaktiske relasjonsmodellen.* Hentet fra: <https://omhelse.no/den-didaktiske-relasjonsmodellen/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1991 nr. 63. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Regionalt senter for helsetjenesteutvikling, fagavdelingen, St. Olavs Hospital. (2016). *Metodikk for standardiserte pasientforløp i HMN-RHF.* Hentet fra: [https://stolav.no/Documents/Methodikk%20for%20SPF%20i%20HMN_RHF%20revidert%20feb%202016%20\(2\).pdf](https://stolav.no/Documents/Methodikk%20for%20SPF%20i%20HMN_RHF%20revidert%20feb%202016%20(2).pdf)
- Sibbern, T., Sellevold, V. B., Steindal, S. A., Dale, C., Watt-Watson, J. & Dihle, A. (2017) Patients' Experiences of Enhanced Recovery after Surgery: A systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1172-1188. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13456>
- Stubhaug, A. & Ljoså, T. M. (2008). Hva er smerte? I T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet.* (s. 22-46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Subramanian, P., Ramasamy, S., Ng, K. H., Chinna, K. & Rosli, R. (2016). Pain experience and satisfaction with postoperative pain control among surgical patients. *International Journal of Nursing Practice*, 22(3), 232-238. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ijn.12363>
- Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (s. 51-74). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S. & Boge, K. (2014). Hvorfor er ulike perspektiver på empowerment interessante som forskningsfelt, anvendelsesområder og praksiser? I S. Tveiten & K. Boge (red.) *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk. Nye perspektiver*. (s. 13-22). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Valeberg, B. T. & Wahl, A. K. (2008). Smerte og mestring. I T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (s. 308-320). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 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*. (s. 271-286). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- World Health Organization. (2017). *World Health Statistics 2017. Monitoring health for the SDGs*. Hentet fra: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=BD281B16352C77848BA9F8CB6640D3FF?sequence=1>