



# Sykepleierens helsefremmende funksjon i møte med pasienter med langvarige smerter

Kandidatnummer: 207  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8942  
Dato: 14.04.2020

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 14.04.2020
Tittel: Sykepleierens helsefremmende funksjon i møte med pasienter med langvarige smerter	
<p><u>Problemstilling:</u> «Hvordan kan sykepleieren fremme helse hos voksne pasienter med langvarige smerter?»</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Her presenteres teori om smerte som fenomen, hva helse er, beskrivelse av sykepleierens helsefremmende funksjon, smertekartlegging, kommunikasjon, aspekter omkring etiske rammer og juridiske føringer. Denne teorien danner grunnlag for diskusjonen.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litteraturstudie basert på eksisterende forsknings- og faglitteratur. Disse er valgt for å belyse problemstillingen. Forskningslitteraturen er funnet gjennom søk i Cinahl, Medline, PubMed, SveMed og Oria. Det er valgt ut fem vitenskapelige artikler, hvor fire er kvalitativ forskning og én er en systematisk oversiktsartikkel. Faglitteratur er hentet gjennom pensumbøker og selvvalgt litteratur.</p> <p><u>Drøfting:</u> Resultatene er drøftet i lys av teori og forskningslitteratur om smerter. Det belyses hvordan sykepleieren kan fremme helse hos pasienter med langvarige smerter. Videre diskuteres hvordan sykepleierens holdninger, empatisk sykepleie, kunnskap om smertehåndtering, empowerment i praksis og sykepleierens rolle som pasientens «advokat» har betydning for sykepleierens helsefremmende funksjon.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Gode holdninger er viktig for kunne utøve god, helsefremmende sykepleie, og innebærer at sykepleieren tar tak i hvordan pasienten opplever smertene. Empatisk sykepleie er viktig for at pasienten skal føle seg ivaretatt, og er en nødvendig egenskap for å kunne kommunisere godt med pasienten. Videre er god kunnskap om smertehåndtering nødvendig for å kunne gi god nok smertebehandling, og en viktig del av smertehåndteringen er å kartlegge smertene grundig og regelmessig. Empowerment fremkommer som en viktig del av sykepleierens helsefremmende funksjon, og sykepleieren bør gi pasienten en aktiv rolle i sin behandling. Sykepleieren bør også å ta «eierskap» til pasientens smerter, og fungere som pasientens «advokat» ved å jobbe for pasientens vegne for best mulig smertehåndtering.</p>	

(Totalt antall ord: 277)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	1
1.3	Avgrensning.....	2
1.4	Begrepsavklaring .....	2
	Langvarige smerter .....	2
	Helsefremming.....	3
1.5	Oppgavens disposisjon .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>4</b>
2.1	Smerte som fenomen.....	4
2.2	Hva er helse? .....	5
2.3	Sykepleierens helsefremmende funksjon.....	5
2.4	Smertekartlegging.....	6
2.5	Kommunikasjon.....	7
2.6	Etiske rammer.....	8
2.7	Juridiske føringer .....	8
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>10</b>
3.1	Anvendt metode .....	10
3.2	Søkehistorikk.....	10
3.3	Annen litteratur .....	13
3.4	Kildekritikk .....	14
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater .....</b>	<b>16</b>
4.1	Sykepleiernes holdninger .....	16
4.2	Empati.....	16
4.3	Kunnskap om smertehåndtering.....	16
4.4	Involvere pasientene - empowerment .....	17
4.5	Sykepleieren som pasientens «advokat» .....	17
4.6	Artikkelmatrise .....	18
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>20</b>
5.1	Gode holdninger – et viktig verdigrunnlag .....	20
5.2	Empatisk sykepleie .....	21
5.3	God kunnskap om smertehåndtering .....	24
5.4	Empowerment i praksis .....	26
5.5	Betydningen av å være pasientens «advokat».....	28
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>30</b>
	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>31</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>39</b>

# 1 Innledning

Omtrent 30 % av befolkningen i Norge blir diagnostisert med langvarige smerter (Folkehelseinstituttet, 2018). Dette er den høyeste forekomsten i Europa, hvor til sammenligning rundt 20 % av den europeiske befolkningen er plaget av langvarige smerter (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). Forekomsten er høyere blant kvinner enn menn, og forskning viser at forekomsten av langvarige smerter blant norske kvinner er 36 %, mot 25 % hos menn (Landmark et al., 2013). Dette gjenspeiles i uførestatistikken, hvor langvarige smerter utgjør rundt 50 % av uførhetstilfellene (Folkehelseinstituttet, 2018).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dag blir langvarige smerter trukket fram som et stort helseproblem (Larner, 2014), og denne pasientgruppen opptar en stor del av helsevesenets ressurser. Foreløpig har vi begrenset kunnskap om konsekvensene av langvarige smerter, og studier viser at behandlingen av smerter hos denne pasientgruppen er utilstrekkelig (Landmark et al., 2013).

Jeg har gjennom studiet vært interessert i hvordan langvarige smerter påvirker menneskers hverdag og har i de fleste praksisperiodene i studieforløpet møtt pasienter som lever med langvarige smerter. Flere av disse pasientene har fått lite eller ingen hjelp utover medikamentell behandling, og ofte har den medikamentelle behandlingen hatt liten effekt eller gitt uønskede bivirkninger.

Til tross for at langvarige smerter basert på kliniske og patologiske funn ikke nødvendigvis kan anses som kronisk sykdom (Cohen, Quintner & Buchanan, 2013), betrakter jeg langvarige smerter som kronisk lidelse i den forstand at smertene påvirker pasientenes hverdag i like stor grad som en annen kronisk sykdom ville ha gjort. Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan sykepleieren kan fremme helse hos denne pasientgruppen.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Jeg ønsker å rette fokus på hva sykepleieren kan gjøre for å fremme helse hos pasienter med langvarige smerter, slik at de kan leve bedre med sine smerter. Konteksten i oppgaven vil

være en generell medisinsk avdeling. Spesifikke avdelinger som behandler pasienter med ulike smertelidelser vil ikke bli omtalt, fordi sykepleiere vil møte denne pasientgruppen overalt i helsetjenesten.

Jeg har valgt følgende problemstilling:

*«Hvordan kan sykepleieren fremme helse hos voksne pasienter med langvarige smerter?»*

### **1.3 Avgrensning**

Oppgaven tar utgangspunkt i voksne pasienter med langvarige smerter. Dette vil si personer som har smerter de må leve med over en lengre periode, kanskje til og med resten av livet. Oppgaven har et begrenset omfang, og den vil av den grunn ikke omfatte diagnoser eller årsaker som kan føre til langvarige smerter. Den vil heller ikke gå nærmere inn på medikamentell behandling. Jeg ønsker å belyse langvarige smerter som ikke nødvendigvis er et resultat av en spesifikk sykdom, men hvor smertene er årsak til utfordringer i hverdagen.

Selv om smerter kan ramme alle aldersgrupper, ønsker jeg å skrive om pasienter over 18 år. Dette er gjerne mennesker som tidligere har fungert godt i både det sosiale liv og i arbeidslivet, men som på grunn av sin sykdom kanskje har havnet utenfor disse arenaene. Jeg ønsker å belyse hvordan disse faktorene kan påvirke hvordan pasienten lever med sin sykdom.

### **1.4 Begrepsavklaring**

Her defineres begreper brukt i problemstillingen.

#### **Langvarige smerter**

I forskning anvendes ofte uttrykket kroniske smerter om alle smertetilstander som opptrer daglig eller hyppig og som varer i mer enn 3 måneder (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011). I denne oppgaven benyttes i større grad begrepet langvarige smerter, da kroniske smerter kan gi en oppfatning av at det er smerter som aldri vil gå over (Berntzen et al., 2011).

## **Helse**

Begrepet helse er forsøkt definert i en rekke sammenhenger, og det finnes mange ulike definisjoner på helse. Et overordnet mål i helsevesenet er *optimal helse* for pasientene (Tveiten, 2016). Den norske legen Peter F. Hjort definerer helse som «*evnen til å mestre hverdagens krav*» (Ståvi, 2001, s. 15), og er i stor grad uavhengig av samfunnssystem og kulturelle forskjeller (Ståvi, 2001).

## **Helsefremming**

I problemstillingen benyttes ordene «fremme helse», og forklares som de faktorer som kan styrke menneskets ressurser for god helse. Dette skiller seg fra sykdomsforebyggende arbeid, hvor målet er å forhindre eller redusere risikoen for sykdom (Mæland, 2019).

## **1.5 Oppgavens disposisjon**

Med bakgrunn i valg av problemstilling og tema vil det følgende kapittelet presentere relevant teori. I kapittel tre blir det redegjort for hva slags metode som er brukt, søkehistorikk og kildekritikk. I kapittel fire presenteres hovedfunn fra forskningsartikler brukt for å belyse problemstillingen. Kapittel fem tar for seg diskusjon av funn i lys av relevant teori, og oppgaven avsluttes med en oppsummering i kapittel seks.

## 2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet fremlegges relevant teori om oppgavens tematikk.

### 2.1 Smerte som fenomen

Det er vanskelig å definere smerte fordi den består av både et sanseintrykk og en opplevelse (Tjølsen & Rosland, 2017). I følge International Association for the Study of Pain (IASP) defineres smerte som «*en kompleks, subjektiv og ubehagelig opplevelse med sensoriske og emosjonelle elementer og forbundet med faktisk eller mulig vevsødeleggelse*» (Merskey, 1986; i Fjerstad, 2010, s. 86), eller beskrevet i form av en slik skade. Smerte er alltid subjektiv, og smerten er alltid den erfaringen vi assosierer med faktisk eller mulig vevsødeleggelse (Merskey & Bogduk, 2017). Definisjonen illustrerer godt hvor komplisert begrepet smerte er. I motsetning til tidligere definisjoner, hvor smerte ble forstått fra et rent biomedisinsk perspektiv, er psykologiske elementer i smerteopplevelsen nå anerkjent som reelle smerter (Flor & Turk, 2011). Smerte vil derfor innebære en opplevelse av noe ubehagelig (Tjølsen & Rosland, 2017), og sees som en individuell opplevelse uavhengig om det foreligger en underliggende sykdom eller skade (Fjerstad, 2010).

I smertelitteraturen har en gjerne skilt mellom maligne smerter, hvor årsaken til smerte skyldes ondartet sykdom, og ikke-maligne eller benigne smerter, som ikke har noen skadelig årsak. Det kan derimot være problematisk å skille mellom disse. Forskning viser at smerter over lengre perioder kan undertrykke kroppens immunforsvar og smertehekkende mekanismer, og at smerter i seg selv bør sees som en type ondartet prosess. De fysiologiske mekanismene bak nocisepsjon er ikke forskjellige (Flor & Turk, 2011), og begreper som ikke-maligne og benigne smerter vil derfor ikke bli brukt videre i oppgaven.

I litteraturen som omhandler smerte skilles det videre mellom akutte og langvarige smerter. Akutte smerter gir oss informasjon om at vårt indre alarmsystem fungerer, og er i den forstand nyttige. Langvarige smerter gir oss derimot ikke den samme livreddende nyttefunksjonen, og i enkelte tilfeller vet man ikke engang hva smerten skyldes (Fjerstad, 2010). Langvarige smerter kan for eksempel være hodepine, magesmerter, ryggmerter eller fibromyalgismerter, og har i motsetning til akutte smerter ingen kjent beskyttende funksjon. Men over tid kan smertene bli patologiske og en slags sykdom i seg selv (Fors, 2012).

En av de største utfordringene knyttet til langvarige smerter er diffuse og utbredte smerter, eller uforklarlige muskel- og skjelettsmerter som man ikke kan en sikker årsak til eller behandling for. For eksempel har fibromyalgipasienter gjerne sterke, langvarige smerter hvor en ikke kan finne noen årsak (Fors, 2012). Tidligere var oppfatningen gjerne at smerten var enten fysisk eller psykisk, enten ekte eller innbilt. I dag går en ut fra at psykologiske signaler påvirker overføring av smerteimpulser i ryggmargen, og at tanker, følelser, forventninger og oppmerksomhet virker inn på smerteopplevelsen og kan hemme eller fremme smerteimpulser. Denne forståelsen ble presentert med Ronald Melzack og Patrick D. Walls *portteori*, og var den første smertemodellen som integrerte både fysiologiske og psykologiske faktorer og som så smerte som et resultat av interaksjonen mellom psykologiske, biologiske og sosiale variabler. Som helsepersonell er dette viktig kunnskap å vite om og formidle videre til pasienter med langvarige smerter (Fjerstad, 2010).

## **2.2 Hva er helse?**

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «*en tilstand av komplett fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom*» (WHO, 1998; sitert i Tveiten 2016, s. 16). Denne definisjonen på helse representerer et nytt og holistisk syn på mennesket, hvor perspektivet har gått fra å være sykdomsorientert til ressursorientert og salutogenetisk. Selv om komplett velvære virker uoppnåelig for de fleste, mener Tveiten (2016) at definisjonen kan sees som verdifull fordi den ser helse som noe mer enn det motsatte av sykdom. Mæland (2019) mener definisjonen må forstås som en idealbeskrivelse, som legger vekt på at en opplever velvære, har fysisk og mentalt overskudd og at man får brukt seg selv. Mæland knytter dette opp mot *livskvalitet*, som er mer rettet mot hva som virker helsebringende for den enkelte (Tveiten, 2016). Dette har likhetstrekk med Hjorths definisjon, som beskriver helse som evnen til å mestre eller fungere i den situasjonen man er i (Tveiten 2016), og som en ressurs som bidrar til at en klarer å fungere til tross for de påkjenninger man utsettes for i livet (Mæland, 2019).

## **2.3 Sykepleierens helsefremmende funksjon**

I Canada i 1986 vedtok en internasjonal WHO-konferanse Ottawa-charteret for helsefremmende arbeid. Charteret bidro til et nytt rammeverk for hvordan møte fremtidens



helseutfordringer. Målet var blant annet legge til rette for å styrke individ og lokalsamfunn (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2012).

Sykepleierens yrke omfatter syv grunnleggende funksjons- og ansvarsområder. Disse er: *helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse og fagutvikling, kvalitetssikring og forskning* (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 17). I denne oppgaven sees det på sykepleierens helsefremmende funksjon i møte med pasienter med langvarige smerter. Helsefremmende helsearbeid ble regulert i egen lov om folkehelse (Folkehelseloven) i 2012 (Molven, 2015), og dreier seg om hvordan en tilrettelegger for at den enkelte skal oppleve større kontroll over egen helse og eget liv. Å fremme helse handler dermed om å sette i gang tiltak som bedrer helsen og livskvaliteten eller øker graden av velvære hos pasienten (Mittelmark et al. 2012).

## **2.4 Smertekartlegging**

Selv om årsaken til smerter er knyttet til medisinske årsaker, kan psykologiske faktorer bidra til at smertene opprettholdes. En smertekartlegging vil kunne hjelpe sykepleieren til å få tak i psykologiske forhold som bidrar til å opprettholde smertene (Fjerstad, 2010, s. 89).

Smertekartlegging er en viktig sykepleieoppgave, både for å kunne undersøke om pasienten har smerter og *«for å kunne planlegge, gjennomføre og evaluere en eventuell smertebehandling»* (Torvik, Skauge & Rustøen, 2008, s. 51). Grunnlaget for smertekartleggingen er pasientens egen oppfatning av sin smerte (Torvik, et al., 2008).

Når det velges verktøy for å kartlegge pasientens smerter er det viktig å velge et verktøy som både pasient og sykepleier behersker. De forskjellige smertekartleggingsverktøyene deles ofte inn i to hovedkategorier: endimensjonale og flerdimensjonale skalaer. Endimensjonale verktøy som VAS (Visual Analogue Scale), NRS (numeric rating scale) og VRS (verbal rating scale) er noen av de mest brukte instrumentene for å måle smerteintensitet. Fordelene med disse er at de er enkle å bruke, samtidig som de måler hvor sterke smerter pasienten opplever å ha (Torvik et al. 2008).

Flerdimensjonale verktøy kartlegger også smertens påvirkning på blant annet søvn, funksjon i hverdagen og så videre (Torvik et al., 2008). Et eksempel på et slikt verktøy er McGills

smerteskjema, som ble utviklet for bedre å kunne måle smertens sensoriske, affektive og evaluerende komponenter. Smerteskjemaet består av 78 adjektiver som er delt inn i 20 grupper, og som dekker de tre komponentene. Eksempelvis beskriver adjektivene hvordan smertene sanses av kroppen, hvordan smertene påvirker følelsene og hvordan pasientene vurderer påvirkningen smertene har på kroppen (Berntzen et al., 2011).

Et annet kartleggingsverktøy er kroppskart. Kroppskart er en tegning av kroppen og blir brukt for å kartlegge hvor smerten er og utbredelsen av den. Dersom pasienten tegner inn flere områder med smerte, er det også viktig å finne ut om smertene arter seg ulikt på de forskjellige områdene (Torvik et al., 2008). Fargesymboler kan få fram hvor på kroppen smerten er sterkest (Berntzen et al., 2011).

## **2.5 Kommunikasjon**

Kommunikasjon er en medfødt evne, og kan forstås som en utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere individer. Den gode profesjonelle kommunikasjonen har grunnlag i den naturlige og relasjonelle kommunikasjonen, men i jobbsammenheng kommuniserer vi ikke som privatperson, men som yrkesutøver. I god profesjonell kommunikasjon ligger derfor en faglig og personorientert forankring. I denne sammenhengen henviser profesjonell kommunikasjon til kommunikasjon som blir benyttet i rollen som sykepleier. Den profesjonelle kommunikasjonen har et helsefaglig formål, slik den også har et helsefremmende og motiverende formål. I rollen som sykepleier skal kommunikasjonen være faglig betinget, bidra til mestring og bedring av helse for pasienten, styrke pasientens egne ressurser og, der det er mulig, motivere pasienten til å ta tak i egen situasjon (Eide & Eide, 2017).

God profesjonell kommunikasjon innebærer at sykepleieren må se pasienten som en *hel* person, med egne ønsker og behov, verdier og ressurser når det gjelder egen helse. Det betyr at sykepleieren må forholde seg åpent og og anerkjennende til pasienten. Essensen i personorientert kommunikasjon er å lytte aktivt og oppmerksomt både til det som sies og det som kommer til uttrykk nonverbalt, og å ha en tilstedeværelse slik at pasienten føler seg sett og tatt på alvor (Eide & Eide, 2017).

## 2.6 Etiske rammer

Ifølge internasjonale etiske regler for sykepleiere har sykepleieren fire grunnleggende ansvarsområder: «å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse.» (Norsk sykepleierforbund, 2007, s. 23). I de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2019) §2.1 stilles det krav om at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. §2.2 viser til at sykepleiere skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. §2.5 beskriver at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019).

## 2.7 Juridiske føringer

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 at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom ulike tjenester, undersøkelser og behandlingsmetoder, så lenge disse anses som forsvarlige og er tilgjengelige. Medvirkningens form skal tilrettelegges for den enkeltes evne til å motta og gi informasjon. Det skal vektlegges sterkt at pasientens meninger og ønsker for tjenestetilbudet blir imøtekommet ved utforming av tjenestetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dette fremgår også på systemnivå. Lov om helseforetak (2001) §35 regulerer brukermedvirkning og lyd «*Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan [...]*». Helseforetakene har dermed juridiske føringer som krever at de bruker erfaringer og synspunkter fra pasientene i utarbeidelse av planer for virksomheten.

Av pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) er det også nedfelt at «*Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen*» (Molven, 2015). Pasienten har lovfestet rett på å få nødvendig og tilstrekkelig informasjon slik at de på bakgrunn av denne kan medvirke og har et godt beslutningsgrunnlag. Pasienter som er i tvil og som synes å ikke ha gode nok forutsetninger for å kunne velge, bør få anbefalt tiltak som trolig vil være de beste for pasienten (Molven, 2015). Brukermedvirkning er blant de fremste målsettingene for den norske velferdspolitikken, og skal ta utgangspunkt i at pasienten eller brukeren selv er den fremste

eksperten på sitt eget liv (Løken, 2007). Herunder står begrepet «empowerment» sentralt, som dreier seg om at pasienten skal få makt og kontroll over sin egen helse (Mæland, 2019).

I Lov om helsepersonell §4 pålegges helsepersonell å *«utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner arbeidets karakter og situasjonen for øvrig»*. Herunder kreves det av helsepersonell at de deltar i arbeid med individuell plan, slik pasienten har rett til etter pasient- og brukerrettighetsloven §2-5 (Helsepersonelloven, 1999). Dette skal sikre at pasienter som har behov for langvarige helse- og omsorgstjenester, får utarbeidet en individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### **3 Metode**

Metode er en systematisk fremgangsmåte for å skaffe seg ny kunnskap eller etterprøve allerede eksisterende kunnskap (Dalland, 2017). I dette kapitlet beskrives hvordan data har blitt anvendt og innhentet i denne oppgaven. Til sist vil jeg gi en kritisk vurdering av det valgte kildematerialet ved å belyse litteraturens svakheter og styrker sett i sammenheng til min problemstilling.

#### **3.1 Anvendt metode**

Denne oppgaven er i henhold til høgskolens retningslinjer for oppgaveskriving utformet som en litterær studie, og er derfor basert på funn fra allerede eksisterende teori, fag- og forskningslitteratur rundt et bestemt tema (Dalland, 2017). Med utgangspunkt i problemstillingen har jeg søkt i ulike databaser for å finne relevant forskningslitteratur. Jeg har vært nøye med å følge kriterier for hvordan oppgi referanser korrekt, for å etterleve krav som sikrer om at forfatterne av litteraturen jeg har benyttet meg av blir kreditert. Korrekt referanseføring sørger dessuten også for at leseren kan undersøke kildene selv. I tillegg har jeg påsett at anonymiseringen er ivaretatt når jeg har trukket frem eksempler fra egen praksis, for å sikre overholdelse av min taushetsplikt som helsepersonell og for å ivareta pasientens integritet.

#### **3.2 Søkehistorikk**

For å finne relevant fag- og forskningslitteratur har jeg benyttet meg av nettsider som *Folkehelseinstituttet*, *Lovdata* og *Norsk sykepleierforbund*. Faglitteratur er funnet gjennom søk i høgskolens søkemotor Oria, hvor en kan søke i bibliotekets samlede ressurser. Forskningslitteratur er funnet gjennom prøvesøk og systematiske søk i databaser med sykepleiefaglig og annen helsefaglig relevans, som Cinahl, SveMed+, Pubmed, Medline. Jeg har også benyttet meg av søk i Oria, Google Scholar, samt Sykepleien.no, og i tillegg gjort kjedesøk via master- og bacheloroppgaver.

Jeg har foretatt søk ved hjelp av et PICO-skjema, som er et standardisert skjema som benyttes for å identifisere og organisere søkeord. PICO er en engelsk forkortelse for «Problem» eller «Population», «Intervention», «Comparator» og «Outcome» og er et hjelpemiddel for å omformulere problemstillingen til et presist spørsmål (Helsebiblioteket, 2016). Etersom det

meste av forskningslitteraturen er på engelsk, måtte jeg finne engelske søkeord (Strømme, 2019). Søkeordene presenteres i PIO-skjema. Se vedlegg nummer 1. På grunn av problemstillingens ordlyd, har jeg valgt å utelate C – comparison, da jeg ikke er ute etter å sammenlikne to ulike tiltak.

I letingen etter relevant forskningslitteratur har jeg benyttet emneordsøk. Mange databaser har egne standardiserte emneordsystemer (Forsberg & Wengström, 2008). I PubMed og Svemed+ brukes MeSH-termer som er en internasjonal standard for emneordslister. MeSH står for Medical Subjects Headings, og er databasenes egne emneord for å gjøre det enklere å finne artikler om et konkret emne. Emneordene kan dessuten gjøre det enklere å finne relevant forskning i databaser som ikke bruker MeSH (Helsebiblioteket, 2020). Cinahl bruker ikke MeSH-termer, men det er likevel benyttet MeSH-termer som «chronic pain» ved søk her. I de tilfeller det har manglet MeSH-termer har det blitt gjort fritekstsøk, og det har også blitt gjort kombinasjonssøk av emneord og fritekstsøk for å kunne begrense søket.

De boolske operatørene AND og OR brukes for kombinere søkeordene. AND brukes for å begrense et søk og gir dermed et smalere resultat, mens OR finner referanser for inneholder emneord 1 *eller* emneord 2. Denne kombinasjonen utvider søker og gir dermed et bredere resultat (Forsberg & Wengström, 2008). I oppgaven ble det for eksempel søkt etter søkeord i samme kategori, som «nurse-patient relations» OR «Professional-patient relations», og deretter kombinere de ulike kategoriene med AND, med søkeordet «chronic pain». Dette ble gjort for å øke sannsynligheten for å finne litteratur som inkluderer relasjonen mellom sykepleier og pasient og for å begrense søket til å gjelde pasienter med langvarige smerter.

Det ble gjort noen prøvesøk for å undersøke om det var nok litteratur innenfor problemstillingen. Jeg ønsket å finne forskningslitteratur som omhandlet langvarige smerter hos voksne pasienter, men som ikke nødvendigvis skyldes en underliggende eller påvisbar sykdom. Da søkene ga mange og upresise treff, ble det nødvendig å foreta et utvalg av inklusjons- og eksklusjonskriterier, slik at jeg med større sannsynlighet ville finne artikler med størst mulig relevans for oppgaven. Dette blir presentert i tabellen nedenfor.

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykepleierens perspektiv	Pasientperspektiv
Pasienter med kroniske ikke-maligne smerter	Artikler som omhandler spesifikke smertelidelser, maligne smerter eller andre fysiske sykdommer
Nyere artikler	Personer under 18 år
Artikler som følger IMRAD-struktur	
Artikler på skandinavisk eller engelsk	
Fagfellevurdert tidsskrift	
Artikler fra vestlige land	

Et av inklusjonskriteriene var at artiklene i skulle omhandle sykepleierens perspektiv. Ettersom forskning er i stadig endring, avgrenset jeg litteratursøket til å gjelde nyere artikler. Det var i utgangspunktet planlagt å bruke artikler som var nyere enn ti år, men jeg vurderte oppgavens problemstilling opp mot dette kriteriet og fant det riktig å inkludere artikler eldre enn ti år dersom de var fremdeles var gyldige. Litteratur er ikke nødvendigvis «utgått» selv om det kommer ny litteratur og forskning med årene (Rienecker & Jørgensen, 2006).

Videre var et av inklusjonskriteriene å bruke artikler som bygger på en IMRAD-struktur. IMRAD-struktur gjør lesningen enklere og gjør det dessuten lettere å kunne sammenligne med andre artikler som er utført med samme metode (Nylenna, 2009). Det ble likevel besluttet å inkludere én artikkel som innledningsvis ikke har tydelig IMRAD-struktur, da denne framstår som relevant for oppgaven. Dette er artikkelen « Exploring how Bedside Nurses Care for Patients with Chronic Pain: A Grounded Theory Study» av Siedlecki, Modic, Sorrell og Kato.

Litteratursøket ble avgrenset til å gjelde artikler fra fagfellevurderte tidsskrift. Jeg søkte også kun etter artikler på engelsk eller skandinaviske språk, og ønsket å finne forskning som var begrenset til vestlige land. Dette begrunnes i delkapittel 3.4.

Matrisen under viser de strukturerte søkene som er gjort for å belyse oppgavens problemstilling.

Tabell 2. Søkehistorikk

Nr	Dato for søk	Databas e	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger	Kombinasjoner	Antall treff	Utvalg	Tittel på utvalgt artikkel
1	10.03.2020	Medline	1. Chronic pain 2. Nurse-patient relations	67		1 AND 2	67	2	1. Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective  2. Exploring how Bedside Care for Patients with Chronic Pain: A Grounded Theory Study
2	13.01.2020	Cinahl	1. Patient-centered care 2. Chronic pain management	11	2010-2020	1 AND 2	8	1	The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management
3	12.03.2020	Cinahl	1. Nurse-patient relations 2. Professional-patient relations 2. Chronic pain	494	2010-2020	1 OR 2 AND 3	54	1	Patient Empowerment: An Evolutionary Concept Analysis
4	15.03.2020	Oria	1. Pain management 2. Nurse-patient relations 3. Chronic pain	2907	2000-2020	1 AND 2 AND 3	1623	1	The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective

### 3.3 Annen litteratur

I tillegg til forskningslitteratur er det brukt faglitteratur fra relevant pensum og selvvalgt litteratur. De danner grunnlag for oppgavens teorikapittel, men spiller også en sentral rolle i diskusjonen. Av pensumlitteratur har jeg benyttet meg av bøker som belyser



problemstillingen min. Disse er blant annet «Klinisk sykepleie 1» av Berntzen, Danielsen og Almås, «Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk» av Eide og Eide, «Helsepedagogikk. Pasient og pårørendeopplæring» av Tveiten, «Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis» av Mæland, «Grunnleggende sykepleie 1. Sykepleie – fag og funksjon» av Kristoffersen et al. og «Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis» av Gammersvik og Larsen.

Av selvvalgt faglitteratur har jeg blant annet brukt relevant teori fra bøkene «Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom» av Fjerstad, «Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet» av Rustøen og Wahl. For å belyse funnene er det også brukt forskningslitteratur. Den selvvalgte litteraturen ble systematisk lest gjennom og omtaler smerte sett i ulike perspektiver.

### **3.4 Kildekritikk**

Kildekritikk defineres som å både «*vurdere og å karakterisere den litteraturen du har funnet*» (Dalland, 2017, s. 158). Dette betyr at det må redegjøres for hvilke kriterier som er benyttet, om litteraturen er relevant eller gyldig når det gjelder å belyse problemstillingen og at leseren kan ta del i de refleksjoner som er gjort. Dette krever at det gjøres en vurdering av om den litteraturen som er blitt brukt besvarer problemstillingen, er kvalitetssikret, troverdig og anvendelig. Kildekritikk brukes også for å vise at en er kritisk til den informasjonen man velger å anvende i oppgaven. En viktig kvalitetssikring er å benytte seg av høgskolens databaser, undersøke når og hvor artikkelen er publisert, at den er fagfellevurdert og undersøke hvem som er forfatter av kilden (Dalland, 2017).

All anvendt forskningslitteratur er publisert i kvalitetssikrede og fagfellevurderte tidsskrift. Det vil si at de er vurdert og godkjent av fagkyndige og oppfyller strenge kvalitetskrav om å holde vitenskapelig standard (Dalland, 2017). For å sikre at artiklene var fagfellevurderte ble NSDs (Norsk senter for forskningsdata) database brukt for å finne ut om artiklene var publiserte i fagfellevurderte tidsskrift (NSD, 2020). Selv om prinsippet om helsefremming framstår som relativt likt i de fleste land, ble det likevel tatt en beslutning om å kun ha artikler fra vestlige land. Forskning og sykepleiepraksis kan fremgå svært forskjellig i ulike land og verdensdeler, og for å sikre at forskningen er godt egnet i norsk sykepleiepraksis vurderte jeg det som riktig å utelukker artikler fra ikke-vestlige land.

Videre er det brukt fire forskningsartikler med kvalitativ metode. En av svakhetene til kvalitativ forskningsmetode er at den gjerne er begrenset til én eller få institusjoner eller et begrenset antall deltakere. Det gjør den mer følsom og gjør det utfordrende å vurdere forskningsartikkelens troverdighet. En kvantitativ metode vil kunne gi et større bilde tendenser eller av hva som er representativt i en befolkning (Dalland, 2017). Kvalitativ metode egner seg likevel godt til å samle inn data om sosial kontekst og sosiale relasjoner og til å få frem en helhet (Dalland, 2017). Formålet med denne oppgaven var se på hvordan sykepleieren kan fremme helse hos pasienter med langvarige smerter, og kvalitativ forskning vil i større grad gå dypere i konteksten og avdekke et mønster i sykepleiepraksisen (Hoffmann, 2013). Jeg var ikke ute etter å finne ut av utbredelsen av langvarige mønster, men snarere finne forståelsen og praktiseringen av helsefremming, og på den måten kan kvalitativ forskningsmetodikk forsvares i denne oppgaven.

Til sist ble det brukt én systematisk oversiktsartikkel, «Patient Empowerment: An Evolutionary Concept Analysis» av Weisbeck, Lind og Ginn. En systematisk oversiktsartikkel skal vurdere kritisk forskning som allerede foreligger i vitenskapelige tidsskrifter (Dalland, 2017), og er en sammenfatning av eller oversikt over forskningslitteratur innenfor et klart felt (Reinar & Jamtvedt, 2010). Metoden i artikkelen er basert på Rodgers evolusjonære konseptanalyse, som ifølge Tofthagen og Fagerstrøm (2010) er en validert metode for å utvikle kunnskap innen sykepleievitenskap. Den kan bidra til å tydeliggjøre, beskrive og forklare begreper som er sentrale for sykepleievitenskapen ved å analysere hvordan et valgt konsept har blitt brukt innenfor fagfeltet (Tofthagen & Fagerstrøm, 2010).

## **4 Presentasjon av forskningsresultater**

Problemstillingen er «Hvordan kan sykepleieren fremme helse hos voksne pasienter med langvarige smerter?» I dette kapittelet presenteres funn fra de forskningsartikler.

Hovedresultatene blir først presentert i en bearbeidet syntese hvor studienes resultater blir knyttet opp mot problemstillingen. Deretter blir de presentert i en artikkelmatrise. Funnene som blir presentert anvendes i drøftingen.

### **4.1 Sykepleiernes holdninger**

Et viktig funn som kom fram i to av studiene var at helsepersonells holdninger til pasienter med langvarige smerter påvirket deres fremtreden mot pasientene (Paul-Savoie, Bourgault, Potvin, Gosselin & Lafrenaye, 2018; Siedlecki et al., 2014). Sykepleiernes holdninger var viktige for hvordan de viste omsorg for pasienter med kroniske smerter, og helsepersonell viste ulike holdninger til de med synlige smerter enn de med usynlige smerter (Paul-Savoie et al., 2018). Enkelte mente pasientene bare var på jakt etter mer og sterkere medikamenter. En annen holdning som kom fram var at det var bortkastet tid å hjelpe pasienter med langvarige smerter, og at det ikke var noe å gjøre utover medikamentell smertelindring (Siedlecki et al., 2014).

### **4.2 Empati**

Et annet funn er hvordan empatisk atferd varierte ut fra hvorvidt pasientene hadde synlige fysiske tegn smerter eller ikke (Paul-Savoie et al., 2018). Selv om dette funnet ble i gjort i bare én artikkel, kommer det også fram i Blondal og Halldorsdottir (2009), hvor funn viser utfordringer knyttet til det å lese pasienten. Med dette menes hvordan sykepleieren klarer å forstå og relatere til pasientens smerter. Funnet i artikkelen til Paul-Savoie et al. (2018) viste at helsepersonellet hadde en mer empatisk og pasientsentrert atferd hos pasienter med synlige fysiske tegn på smerte. Dette resulterte i at pasienter med mindre synlige tegn på smerte ofte fikk mindre optimal behandling (Paul-Savoie et al., 2018).

### **4.3 Kunnskap om smertehåndtering**

Funn på tvers av to studier viser at sykepleiere ofte manglet kunnskap om hvordan de skulle håndtere pasienter med langvarige smerter (Siedlecki et al., 2014; Slatyer, Williams & Michael, 2015). Mange sykepleiere fokuserte på smerter som var nylig oppstått, og ikke

langvarige smerter (Siedlecki et al., 2014). I Slatyer et al. (2015) gjenga sykepleierne som ble intervjuet at det var viktig med en god relasjon mellom pasient og sykepleier, og at det var større sannsynlig for at pasienten fikk tilstrekkelig smertelindring dersom de selv hadde mulighet til å si fra før smertene ble for sterke. En god sykepleier-pasient relasjon ble til ved å prioritere pasienten, ta initiativ til kontakt og ved å forhandle med pasienten.

#### **4.4 Involvere pasientene - empowerment**

I to av studiene kommer det frem at det var viktig å involvere pasientene i behandlingen (Slatyer et al., 2015; Weisbeck, Lind & Ginn, 2019). I Weisbeck et al. (2019) sees en sammenheng mellom dårlig helse og pasienter som ofte følte seg maktesløse. Funnet viser at empowerment og brukermedvirkning vil virke helsefremmende, og at det er nødvendig med større kunnskap om brukermedvirkning. I Slatyer et al. (2015) kommer det frem at også sykepleierne ble påvirket av hvorvidt smertebehandlingen var god eller dårlig. Dårlig smertebehandling bidro til at sykepleierne følte seg stresset og hjelpeløse. God smertebehandling førte til at sykepleierne følte mestring og styrke.

#### **4.5 Sykepleieren som pasientens «advokat»**

Et sentralt funn er hvordan sykepleieren bør fungere som pasientens «advokat» (Blondal & Halldorsdottir, 2009; Siedlecki et al., 2014). Funnet viser at det kunne være avgjørende for pasientenes smertebehandling at sykepleiere tok eierskap til problemet rundt det å behandle pasientens langvarige smerter. Enkelte sykepleiere tok ikke eierskap til problemet, og mente langvarige smerter var et problem andre måtte løse. Andre sykepleiere fortalte at det var helt nødvendig at sykepleieren forstod pasientens behov for å kunne gi riktig smertebehandling (Siedlecki et al., 2014). I Blondal og Halldorsdottir (2009) ble det funnet fire faktorer som motiverte sykepleierne til å fungere som pasientenes «advokat»: moralsk forpliktelse, kunnskap, personlige erfaringer og selvtillit.

## 4.6 Artikkelmatrise

Nedenfor presenteres de forskningsartikler jeg har brukt for å belyse problemstillingen i en artikkelmatrise. Funnene som blir presentert anvendes i drøftingen.

Tabell 3. Presentasjon av forskningsartikler

N r.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Studiens hensikt	Metode	Funn
1	Slatyer, S., Williams, A. M. & Michael, R., (2015)	Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective	International Journal of Nursing Studies	Målet med studien var å utvikle en substantiv teori som forklarer sykepleierens perspektiv om å ta vare på pasienter med sterke smerter	Forskningsmetode: Kvalitativ forskningsmetode  Design: Grounded theory, med semistrukturerte intervju  Deltakere: 33 sykepleiere og 11 pasienter	Sykepleierne som deltok følte avmakt når pasientene opplevde vedvarende sterke smerter. De forsøkte å bruke empowerment for å gi trøst, for å kunne minske stress og utmattelse knyttet til følelsen av avmakt. Denne mestringsprosessen omfattet tre trinn: å bygge relasjon, finne alternative måter å trøste på, og hindre emosjonell uro.
2	Siedlecki, S. L., Modic, M. B., Bernhofer, E., Sorrell, J., Strumble, P. & Kato, I., (2014)	Exploring how Bedside Nurses Care for Patients with Chronic Pain: A Grounded Theory Study	Pain Management Nursing	Hensikten med studien var å utvikle en teoretisk forståelse av sykepleieres vurderinger og beslutningsatferd relatert til omsorg for pasienter med kroniske smerter i en akutt pleiesituasjon	Forskningsmetode: Kvalitativ  Design: Grounded theory  Deltakere: 48 sykepleiere, som ble intervjuet over en periode på 7 måneder	Sykepleiernes holdninger, kunnskap og forståelse for smerter påvirket avgjørelser til hvordan de skulle håndtere pasienter med kroniske smerter i en akutt pleiesituasjon. Når smerten ikke ble lindret, opplevde sykepleieren frustrasjon, noe som resulterte i at sykepleieren noen ganger ga opp.
3	Paul-Savoie, E., Bourgault, P., Potvin, S., Gosselin, E.,	The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic	Pain Research and Management,	Å undersøke påvirkningen av synlige fysiske tegn på helsepersonells pasientsentrerte og empatiske	Forskningsmetode: kvalitativ metode  Design: Beskrivende/deskriptiv studie.	Resultatene viser at PCC (personsentrert omsorg) og empatisk atferd hos deltakerne var betydelig høyere for pasienter som

	Lafrenaye, S., (2018)	Attitude in Chronic Pain Management		atferd i kronisk smerte-sammenheng-	Deltakere: 21 sykepleiere og 21 leger  Måleverktøy: Selvrapporteren de spørreskjema	har synlige tegn på smerte (revmatoid artritt og komplekst regionalt smertesyndrom) enn for de som ikke har synlige tegn (f.eks Ehler – Danlos syndrom og bromyalgi). Deltakerne som viste større forskjell i sin pasientsentrerte atferd knyttet til synlig smerte hadde ofte mindre klinisk erfaring.
4	Weisbeck, S., Lind, C. & Ginn, C., (2019)	Patient Empowerment: An Evolutionary Concept Analysis	International Journal of Caring Sciences	Hensikten med artikkelen var å tydeliggjøre konseptet empowerment og å rette opp i feiloppfatninger rundt denne tilnærmingen til å håndtere kronisk smertebehandling og undervisning.	Forskningsmetode: Litteraturreview og konseptanalyse basert på Rodgers evolusjonære konseptanalyse	Selvbestemmelse, gjensidig partnerskap, støttende forhold og muliggjøringsprosess ble funnet å være de vanligste egenskapene til empowerment hos personer med kroniske smerter.
5	Blondal, K. & Halldorsdottir, S., (2009)	The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective	Journal of Clinical Nursing	Mål med student var å øke forståelsen av hvordan det er for sykepleiere å pleie pasienter med smerter	Forskningsmetode: Kvalitativ studie  Design: Fenomenologisk design  Deltakere: 10 sykepleiere	Funn viser at det er utfordrende å pleie pasienter med smerter, men sykepleierne i studien var sterkt motiverte til å lette smertene gjennom moralske forpliktelser, personlig erfaring og overbevisning. De viktigste utfordringene sykepleierne sto overfor var å lese pasienten, håndtere indre konflikter om etiske dilemmaer og organisatoriske hindringer. Avhengig av utfallet, kan smertebehandlingen ha positive eller negative effekter på pasienten og sykepleieren.

## 5 Diskusjon

Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan sykepleieren kan fremme helse hos voksne pasienter med langvarige smerter. På tvers av datamaterialet, er det bearbeidet fem funn som vil bli diskutert i dette kapittelet.

### 5.1 Gode holdninger – et viktig verdigrunnlag

Et funn som står sentralt etter analysen av artiklene er sykepleiernes holdninger til pasienter med langvarige smerter. I studien til Siedlecki et al. (2014) var sykepleiernes holdninger viktige for hvordan de viste omsorg for pasientene. I en studie av Toye, Seers og Barker (2017) ga helsepersonell uttrykk for at de ikke alltid trodde på pasientenes smerter. De kunne avgjøre om de mente smertene var reelle eller innbilte ut fra personlige faktorer i stedet for kliniske funn. Negative holdninger til denne pasientgruppen belyses også av Flor og Turk (2011), som påpeker at pasienter med langvarige smerter ofte blir sett på som «vanskelige», umotiverte og oppleves å ha liten sannsynlighet for å lykkes med behandling.

Å leve med kronisk sykdom innebærer utfordringer og begrensninger og kan gi den enkelte pasient en opplevelse av å være en byrde for andre (Kristoffersen, 2016), og det er nærliggende å tro at dette også gjelder de med langvarige smerter. Langvarige smerter er assosiert med flere medisinske forhold, som for eksempel depresjon, angst, dårlig søvn, tretthet og økt eller redusert appetitt (Mundal, Gråwe, Bjørngaard, Linaker & Fors, 2014). Når pasienten lever lenge med langvarige smerter kan den bli en del av pasientens identitet. Mange kan oppleve å bli stigmatisert, og at diagnosen blir hovedkjennetegnet ved pasienten (Ingstad, 2013).

I studien til Siedlecki et al. (2014) fortalte flere sykepleiere at de brukte begrepet «kroniker» om pasienter med langvarige smerter. De ga også uttrykk for at holdningene deres til den enkelte pasienten avgjorde hvordan de utøvde sykepleien. Enkelte mente at langvarige smerter ikke kunne være i fokus under den akutte sykepleien. Dette la pasientene merke til, og i en studie gjort av Gjesdal, Dysvik og Furnes (2018) fortalte pasienter som ble intervjuet at de opplevde at helsepersonell ofte avfeide deres smerter som irrelevante eller ikke-eksisterende. Som en konsekvens av dette satt pasientene igjen med følelsen av å være neglisjert som person, og at forventninger og håp om hjelp forsvant når de ikke følte seg trodd, lyttet til eller respektert.

Det er derfor grunn til å mene at det er problematisk når sykepleierens holdninger avgjør om de gir god sykepleie eller ikke. God sykepleie innebærer å se mer enn arbeidsoppgavene som skal gjøres. En må se pasienten som en person som har vondt, og som i tillegg kanskje er bekymret. Selv om omsorgen som gis er definert av faglige hensikter og faglig kunnskap, er det likevel behov for personlig involvering. Dette innebærer at sykepleieren viser omtanke for pasienten utover den sykepleien som skal gis. Dette er helt nødvendig for at pasienten skal kunne føle seg trygg, ivaretatt og verdsatt (Kristoffersen & Nortvedt, 2016).

Ifølge International Council of Nursing etiske retningslinjer er det å fremme helse en av fire sentrale funksjoner for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2007). Sykepleie iverksettes gjennom pleie, omsorg, helsefremmede- og sykdomsforebyggende arbeid, og skal baseres på omsorg, barmhjertighet og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Gammersvik, 2018). Alle pasienter har rett til helsehjelp, noe som innebærer hjelp til å fremme egen helse. Pasientenes rettigheter er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999), og skal sikre at helsepersonell utfører sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999).

Ifølge Benner og Wrubel (2003; gjengitt i Gammersvik, 2018) er det helt grunnleggende at sykepleieren jobber helsefremmende. De fremhever at sykepleierens viktigste oppgave er å hjelpe pasienten til å mestre stress og konsekvenser av sykdom, og at sykepleierens fokus bør være rettet mot pasientens opplevelse av å være syk. Det er derfor viktig at sykepleieren får tak i hvordan pasienten selv opplever situasjonen, hva som er viktig for ham eller henne, og kartlegger hva som kan legge til rette for mestring (Gammersvik, 2018). Det er sykepleierens ansvar å danne grunnlag for en god relasjon til pasienten. Dette avhenger av sykepleierens holdninger og evne til innlevelse. Sykepleieren skal ivareta pasientens likeverd, og uten evnen til innlevelse er det vanskelig å se hvordan en kan være en god sykepleier (Kristoffersen & Nortvedt, 2016).

## **5.2 Empatisk sykepleie**

Et sentralt funn er hvordan tilstedeværelse eller fravær av synlige fysiske tegn på smerter påvirket om sykepleierne hadde en empatisk fremtoning mot pasientene eller ikke (Paul-Savoie et al., 2018). Empati regnes som helt grunnleggende ved utøvelse av sykepleie



(Thoresen, 2013), og er viktig for å kunne oppfatte det pasienten tenker og føler. Empati er dessuten en forutsetning for bekreftende kommunikasjon. Bekreftende kommunikasjon handler om å formidle gjennom ord at sykepleieren har sett og forstått det sentrale i det pasienten uttrykker (Eide & Eide, 2017).

I en studie av Sternke, Abrahamson og Bair (2016) ble pasientenes opplevelse av empati i møtet med helsevesenet undersøkt. Noen pasienter beskrev empati som det å bli lyttet til, forstått og verdsatt. Andre beskrev iboende egenskaper for empati og empatiske interaksjoner. Den første egenskapen var vennlighet, karakterisert som å være innbydende og responsiv. Den andre var åpenhet, karakterisert som det å være objektiv. Den tredje egenskapen var hjelpsomhet, og ble karakterisert som det å være støttende, omsorgsfull og effektiv. Disse egenskapene ble beskrevet av pasientene i deres interaksjon med blant annet helsepersonell (Sternke et al., 2016). Pasientene opplevde likevel ikke alltid empati i møte med helsepersonell. Noen pasienter følte seg som stereotypiske kroniske smertepasienter, som ble trodd å enten være på jakt etter mer smertestillende eller at de lot som de var syke. Andre pasienter opplevde derimot at de ble foreskrevet medikamenter til tross for at de uttrykte et ønske om å finne alternative behandlingsmetoder (Sternke et al., 2016).

Psykiateren Gunilla Dored (2011) skriver i en kronikk at hun går ut fra at dersom pasienten opplever et positivt møte med helsepersonellet, er det større sannsynlighet for at en får informasjon som er viktig for den medisinske vurderingen. Dette trekkes også frem av Sneltvedt (2013a), som påpeker at sykepleierens væremåte kan påvirke, kontrollere og begrense hvor åpent pasientene føler at de kan uttrykke seg. Ved bruk av empati handler det derimot ikke bare om å skaffe seg informasjon fra pasienten. Det er like viktig å sørge for at pasienten føler seg forstått og respektert (Dored, 2011). Dette fremgår i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som i punkt 2.2 sier at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2019). Dette krever bruk av empatiske ferdigheter, hvor det ifølge Eide og Eide foreligger to elementer: «å innhente informasjon om den andres tanker og følelser og å respondere på en støttende og hjelpe måte» (2017, s. 158). Sykepleieren må derfor ha evnen til innlevelse for å kunne oppfatte hva den andre føler og tenker, og kunne formidle at man har forstått det som ble kommunisert, både gjennom handling, verbalt eller nonverbalt (Eide & Eide, 2017).

Empati er nødvendig for å kunne kommunisere godt. God profesjonell kommunikasjon har alltid et helsefremmende formål, og innebærer at sykepleieren ser og anerkjenner pasientens ressurser og mulighet til utvikling og mestring (Eide & Eide, 2017). Det skilles gjerne mellom affektiv og kognitiv empati, hvor affektiv empati innebærer at sykepleieren berøres følelsesmessig av pasientens smerte (Thoresen, 2013). Det er viktig at sykepleieren forholder seg til og hjelper til med å håndtere vanskelige følelser (Eide 2008). Kognitiv empati innebærer i større grad at tidligere erfaringer og opplevelser og teoretisk kunnskap spiller en aktiv rolle i forståelsen hos sykepleieren (Thoresen, 2013). Den kognitive interessen fra sykepleieren vil kunne hjelpe pasienten til å snakke om sin opplevelse av smerte, og gir sykepleieren nødvendig informasjon slik at hun kan danne seg et bilde hvordan det er for pasienten, og for å kunne formidle ny informasjon til pasienten (Eide, 2008). Thoresen (2013) trekker fram moden eller voksen empati som en balanse mellom disse to formene for empati, og impliserer at sykepleieren bør klare å balansere mellom for lite eller for mye innlevelse i pasientens situasjon.

Forholdet mellom sykepleieren og pasienten vil aldri være helt symmetrisk. Selv om pasienten i enkelte tilfeller kan vite mer om sin sykdom enn det sykepleieren gjør, sitter sykepleieren som oftest inne med fagkunnskap om sykdom, sykdomsbehandling og pleie som pasienten ikke alltid har. Sykepleieren kan aldri ha de samme erfaringene eller opplevelsene som pasienten har rundt sin egen sykdom. Derimot er det viktig at sykepleieren i lys av prinsippet om autonomi, det vil si pasientens rett til selvbestemmelse, respekterer pasientens eget perspektiv og opplevelse av sin sykdom, og forsøker å forstå og anerkjenner den retten pasienten har til å reagere på sin egen måte (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Sykepleierens evne til å forstå pasientens situasjon og erfaringer er ofte avgjørende for om pasienten føler seg ivaretatt. Empati bidrar dessuten til å gjøre faglige vurderinger mer holdbare, fordi de tar utgangspunkt i pasientens egen situasjon og opplevelse (Kristoffersen & Nortvedt, 2016). Relasjonen mellom pasienten og sykepleieren ligger til grunn for å forstå pasientens smerte og for å kunne hjelpe pasienten med å håndtere smertene. For å skape en god relasjon til pasienten er det derfor avgjørende at sykepleieren innstiller seg empatisk til pasienten og finner ut hva som er pasientens behov (Eide, 2008).

### 5.3 God kunnskap om smertehåndtering

Et av funnene viser at sykepleierne ofte manglet kunnskap om hvordan de skulle håndtere smerter hos pasienter med langvarige smerter (Siedlecki et al., 2014; Slatyer et al., 2015). Som tidlig nevnt er det ikke i oppgavens hensikt å fokusere på medikamentell smertelindring. Sykepleieren har likevel en viktig funksjon i smertebehandlingen, og et stort ansvar for å lindre pasientenes smerter (Berntzen et al., 2011).

Som en del av smertehåndteringen er det viktig å ha tillit til pasientens opplevelse av smerten. Selv om sykepleierens holdninger til pasientens smerteopplevelse er diskutert tidligere i oppgaven, kan holdninger her forstås som en forutsetning for god smertehåndtering. Dersom sykepleieren tviler på pasientens opplevelse, eller ikke evner å registrere pasientens uttrykk for smerte, kan sykepleieren bidra til å redusere effekten av pasientens smertebehandling (Berntzen et al., 2011). Det er derfor sykepleierens plikt og pasientens rettighet at sykepleieren lytter til, ser pasienten som troverdig og tar hensyn til det pasienten formidler (Nortvedt, 2016).

Videre er smertekartlegging en viktig del av smertehåndteringen. Sykepleieren er som regel den som er i kontakt med pasienten gjennom arbeidsdagen, og den som står nærmest pasienten i avdelingen. Sykepleieren har derfor en viktig rolle i smertekartleggingen, hvor god smertehåndtering forutsetter at sykepleieren har kartlagt og evaluert pasientens smerter grundig (Nortvedt & Rustøen, 2008).

Smertekartlegging dreier seg om å ta pasientene på alvor (Fjerstad, 2010), og kan sees en viktig del av den helsefremmende utøvelsen av sykepleie. Som nevnt i kapittel to er kartlegging av smerte nødvendig for å kunne planlegge, gjennomføre og evaluere en behandling (Torvik et al., 2008). Ifølge Hansson, Fridlund, Brunt, Hansson og Rask (2011) opplever imidlertid ikke alle pasienter å bli spurt sin opplevelse av smerte eller å få muligheten til å få evaluert smerten sin gjennom en smertekartlegging. Dette er i overensstemmelse med mine erfaringer fra praksis, hvor det var lite fokus på smertekartlegging. Flere studier viser dessuten at helsepersonell ofte stoler på sine egne observasjoner av pasientens smerter og at denne observasjonen ikke alltid er i samsvar med pasientens opplevelse av smerten (Simonsen-Rehn et al, 2000, Skivern & Frantsen 2001, referert i: Torvik et al., 2008). Dette viser betydningen av å basere smertekartlegging på pasientens egen oppfattelse av sin smerte (Torvik et al., 2008), hvor et viktig utgangspunkt for

kartlegging og behandling av smertene er samtale og dialog med pasienten. Pasienter har behov for å bli lyttet til og trodd, og dersom sykepleieren klarer å fange opp pasientens erfaringer kan dette bidra til å hjelpe pasienten til å leve bedre med sine langvarige smerter (Nortvedt & Rustøen, 2008).

I kapittel to ble smertekartleggingverktøy kort nevnt. På grunn av oppgavens begrensede omfang, blir ikke endimensjonale verktøy omtalt nærmere, da det hos pasienter med langvarige smerter ikke vil være tilstrekkelig å kun kartlegge smerteintensitet. Ifølge Breivik et al. (2008) er kartlegging av langvarige smerter mer krevende enn kartlegging av akutte smerter, på grunn av den enorme innflytelsen de har på menneskets liv. Et viktig poeng med flerdimensjonal smertekartlegging er å kartlegge de sosiale og psykologiske aspektene, i tillegg til den fysiske smerten. Smertens intensitet og karakter må kartlegges sammen med hva som forbedrer og forverrer smerten og hva som eventuelt hjelper pasienten til å mestre smertene (Nortvedt & Rustøen 2008). Flerdimensjonale smertekartleggingsverktøy vil i større grad kartlegge hvordan smerten påvirker pasientens liv (Torvik et al., 2008), og kan derfor egne seg bedre for å kartlegge smerter hos pasienter med langvarige smerter.

En av fordelene med flerdimensjonale verktøy som McGills smerteskjema, er at adjektivene som blir brukt for å beskrive smertene, kan bidra til å finne ut hvilken smertetype det dreier seg om. Skjemaet kan derfor være et hjelpemiddel til å diagnostisere smertene og for å kunne finne ut hvilken type smertebehandling pasienten har behov for (Torvik et al., 2008). Kroppskart kan også bidra til å få kunnskap om endringer i intensitet og om eventuelle endringer i hvor smerten er (Torvik et al., 2008), og sammen med et flerdimensjonalt smerteskjema, kan kroppskart være til god hjelp for smertehåndtering for både sykepleieren og pasienten (Berntzen et al., 2011).

Det er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten med å beskrive sin egen smerte. Det kan være vanskelig og uvant å beskrive egen smerte, fordi pasienten kan oppleve flere smerter på en gang som krever ulik tilnærming (Torvik et al., 2008). Pasientens tanker om smertene har stor betydning for opplevelsen av smerte og funksjonsnivå. Det er derfor viktig at det foretas en bred evaluering av pasientens situasjon, og kartlegging av pasientens tankesett bør stå sentralt (Fredheim, Borchgrevink, Landmark, Schjødt & Breivik 2008). Kartleggingen bør gjennomføres rutinemessig og like ofte som andre vitale tegn, slik sykepleieren bedre kan følge opp smertene (Breivik et al, 2008).

## 5.4 Empowerment i praksis

Et av hovedfunnene handler om å involvere pasientene i behandlingen (Weisbeck et al., 2019; Slatyer et al., 2015). Funnet viser at både pasientene og sykepleierne i studiene ble påvirket av om pasientene hadde smerter eller ikke. Ifølge Benner og Wrubel (2003; gjengitt i Gammersvik, 2018) er den viktigste oppgaven til sykepleieren å hjelpe pasienten til å mestre konsekvenser av sykdom. Det er helt grunnleggende at sykepleieren jobber for å fremme helse, og helsefremmende sykepleie handler i stor grad om å samarbeide med pasienten for å finne løsninger. I en slik tilnærming tilrettelegger sykepleieren for mestring og gir pasienten myndighet og en mer aktiv rolle. Dette kalles *empowerment* (Gammersvik, 2018), og kan relateres til begrepet brukermedvirkning.

Begrepet empowerment har ingen klar definisjon, og er et begrep som er vanskelig å oversette til norsk (Tveiten, 2016). Empowerment brukes gjerne som en fellesbetegnelse på mange ord som beskriver prosesser der pasienten selv får makten til å definere hvilke prioriteringer og verdier som skal legges til grunn (Tveiten 2018). I denne tankegangen ligger også fagpolitiske begreper som «myndiggjøring» og «brukermedvirkning» (Eide & Eide, 2016). Verdens helseorganisasjon beskriver empowerment som «*a proactive partnership and patient selfcare strategy to improve health outcomes and quality of life*» (WHO, 2006, s. 11). Ifølge de yrkesetiske retningslinjer (NSF 2019) handler det om å legge til rette for at pasienten kan ta selvstendige avgjørelser og at ingen beslutninger tas uten pasienten (Eide & Eide, 2017). Pasienten må få kunnskap om forhold som påvirker helsen og innflytelse til å kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for helsen (Mæland, 2019).

På tross av at empowerment sees som en prosess som skal sette pasienten i fokus, er begrepet omdiskutert. Eide og Eide (2016) mener at begreper som «myndiggjøring» og «brukermedvirkning» representerer et helsefaglig maktperspektiv og ikke et pasientperspektiv. De peker på at det er vanskelig å realisere idealet om å sette pasienten i sentrum i praksis, og en må gå ut fra at pasienter i utgangspunktet ikke føler seg umyndige. Samtidig understreker de at det er godt dokumentert at mange opplever å ikke bli lyttet til, respektert eller får den hjelpen til trenger og har krav på (Eide & Eide, 2016). For at empowerment skal fungere i praksis må den være preget av likeverdige forhold mellom sykepleieren og pasienten i et samarbeid. Dette innebærer at sykepleieren samarbeider med

pasienten når hun eller han utfører sine sykepleieroppgaver, og at sykepleien tilpasses ut fra pasientens egne ressurser (Gammersvik, 2018).

Mens empowerment kan forstås som et rammeverk for helsefremming (Rootman et al., 2001; gjengitt i Tveiten, 2018), er brukermedvirkning nedfelt som et lovpålagt prinsipp i helsetjenesten som involverer både pasienten og pårørende. Brukermedvirkning beskrives som pasientens rettigheter og muligheter til å påvirke sitt behandlingstilbud (Gammersvik, 2018). Likevel kan begrepene forstås som like når det gjelder å la pasienten være aktiv i beslutninger om egen helse. En studie som belyser helsepersonells refleksjoner over egen praksis i lys av empowerment, viser at det viktig å ha nok kunnskap om pasienten for å vite hva slags behov, ønsker og mål pasienten har. Den peker imidlertid også på at det er vanskelig å definere hva gode holdninger er, for selv om sykepleieren opplever å ha gode holdninger, er det ikke nødvendigvis slik at pasienten opplever det samme. Studien viser at empowerment i praksis er lettere sagt enn gjort (Tveiten, Flittie Onstad & Haukland, 2015). Ifølge Tveiten (2018) er det også lettere sagt enn gjort å anerkjenne at pasienten er ekspert på seg selv, og helsepersonell har tradisjonelt sett ikke nødvendigvis stolt på pasientens evne til å mestre selv.

I Tveiten og Ruud Knutsens studie (2011) sees det nærmere på smertepasienters erfaringer og perspektiver i dialog med helsepersonell. Studien innledes med å fremheve viktigheten av god kvalitet i samtale med helsepersonellet, og at samtale enten kan være myndiggjørende gjennom god dialog eller umyndiggjørende dersom den gode dialogen uteblir. Noen av deltakerne i studien presiserte at dialogen var like viktig som smertebehandlingen, fordi den bidro til å skape et grunnlag for felles forståelse (Tveiten & Ruud Knutsen, 2011). Dette trekkes også frem av Gjesdal et al. (2017), hvor deltakerne i deres studie ga uttrykk for at det å føle seg betydningsfull og bli lyttet til, bidro til følelsen av å være likeverdig.

Ifølge studien til Weisbeck et al. (2019) kan empowerment resultere i tre utfall. Det første utfallet er at pasientene med langvarige smerter utvikler en følelse av indre styrke til å tolke livet sitt på nytt. Dette fører igjen til at de tilpasser seg bedre sin sykdom. Det andre utfallet er økt livskvalitet. Dette er direkte tilknyttet til oppnåelse av selvstyring, som kan beskrives som evnen til å håndtere symptomer, behandling, livsstilsendringer, og de fysiske og psykososiale konsekvensene av å leve med langvarige smerter. Det tredje utfallet er håp og verdien i å leve. Empowerment kan gjøre at pasientene får en ny følelse av håp om egen helse, og dette kan bidra til at de aksepterer sin egen kroniske tilstand (Weisbeck et al., 2019).

I studien til Slatyer et al. (2015) var empowerment også et utfall og en prosess hos sykepleierne selv. Dersom sykepleierne klarte å smertelindre pasientene godt, opplevde de i større grad tilfredshet og glede, og i motsatt fall følte sykepleierne på håpløshet og utmattelse når pasientene ikke var smertelindret. Sykepleierne fortalte at de ønsket å ta tak i problemet dersom de følte seg maktesløse i møtet med pasientene. De forsøkte å samarbeide med pasientene om å forstå deres behov og preferanser for smertelindring. Ved å være proaktive og prioritere pasientene, ble sykepleierne i stand å sette av mer tid til vurdering og oppmerksomhet rundt fysiske og emosjonelle behov (Slatyer et al. 2015). Dette viser at begrepet empowerment omfatter mye, og at det er viktig for både pasienten og sykepleieren med en god relasjon og samhandling mellom begge partene. Dette forutsetter bevissthet og kompetanse hos sykepleieren (Tveiten, 2018).

### **5.5 Betydningen av å være pasientens «advokat»**

Det siste funnet viser hvordan sykepleieren har en viktig rolle som pasientens talsperson (Siedlecki et al., 2014, Blondal & Halldorsdottir, 2009). Ifølge en studie gjort av Tøye et al. (2017) viser funn at det er utfordringer knyttet til det å skulle representere og ivareta pasientens interesser, når sykepleieren ikke er på samme side som pasienten selv eller sine medarbeidere. I studien til Siedlecki et al. (2014) fant sykepleierne det utfordrende å «ta eierskap» til pasientens smerter. Sykepleierens kunnskaper, holdninger og dømmekraft var viktige faktorer for om sykepleieren tok tak i pasientens smerter eller ikke. Studien viste også at sykepleierne som tok eierskap til smerteproblematikken lyktes mer med smertebehandlingen.

Som en kan se i delkapittel 5.4, var det også viktig for sykepleierne å lykkes med smertehåndteringen, og sykepleierne kunne føle maktesløshet når de ikke lyktes med å hjelpe pasienten med tilstrekkelig smertelindring. Sykepleierne i Siedlecki et al.'s studie (2014) beskrev at det å ta «eierskap» til pasientens problem og lykkes med smertehåndteringen bidro til at de følte glede. Det medvirket til at de også senere tok eierskap til pasientenes problemer. Studien viser også at sykepleiere som var bestemte og selvsikre på deres kunnskap og deres rolle i å håndtere langvarige smerter, jobbet hardt for å få til god smertehåndtering. En viktig dimensjon i sykepleien er derfor å få tak i hvordan pasienten opplever sine smerter (Nortvedt & Grønseth, 2011). Dette viser at det er viktig at sykepleieren står på for at pasienten skal få

den behandlingen hun eller han har rett på. Dette kan forstås som å fungere som pasientens «advokat» og handler om å være pasientens talsmann og støtte og kjempe for pasientens interesser og rettigheter (Ware, Bruckenthal, Davis & O'Conner-Von, 2011).

De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere beskriver sykepleierens plikter til å ivareta pasientens verdighet og integritet, pasientens rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, til å være medbestemmende og til å ikke bli krenket (NSF, 2019). Som sykepleier er en også gjennom Helsepersonelloven (1999) juridisk forpliktet til å ivareta pasienten. Samtidig skal sykepleieren følge de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2019), som i punkt 5 sier at sykepleieren skal sette seg inn i «*arbeidsstedet visjon, verdier, mål og retningslinjer*».

Sykepleieren har derfor ansvar for å holde seg faglig oppdatert og et selvstendig ansvar for at yrkesutøvelsen er faglig forsvarlig (Sneltvedt, 2013b).

I studien til Ware et al. (2011) nevnes det innledningsvis at det er identifisert fire egenskaper som er viktige for sykepleieren som talsperson for pasienten: å beskytte pasienten, lytte til pasientens meninger, moralske og etiske beslutninger og promotere pasientens velvære. Ifølge Gammersvik (2018) skal sykepleieren være en støttespiller, en katalysator og en samarbeidspartner for pasienten. Som tidligere nevnt er maktforholdet mellom sykepleieren og pasienten asymmetrisk, og sykepleieren er den sterkeste parten fordi hun er den som har råderett over alle ressursene som pasienten trenger (Gammersvik, 2018). Pasienten er i en sårbar situasjon, og det kan være vanskelig å være en talsperson for seg selv. Det er derfor nødvendig at sykepleieren jobber på pasientens vegne for best mulig smertehåndtering. Dette innebærer at sykepleieren informerer, gir råd og veileder pasienten (Ware et al., 2011).



## 6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å belyse hvordan sykepleieren kan fremme helse hos voksne pasienter med langvarige smerter. Resultatene viser blant annet at sykepleierens holdninger er avgjørende for å kunne utøve god og helsefremmende sykepleie. Pasienter som opplever å bli avfeid eller ikke trodd, mister håp og forventninger om hjelp. Som sykepleier er det derfor nødvendig å skape en god relasjon til pasienten. Dette krever at sykepleieren viser omtanke for pasienten utover sykepleien som gis, og at sykepleieren har evne til innlevelse. Dette gjenspeiles i evnen til empati, som er en viktig egenskap å ha i møte med pasienter med langvarige smerter. En empatisk sykepleier vil kunne hjelpe pasienten til å føle seg forstått, respektert og ivaretatt, og kan bidra til å skape nytt håp hos pasienten.

Videre viser funn i oppgaven at mange sykepleiere mangler kunnskap om smertehåndtering. God kunnskap om smertehåndtering er viktig for kunne smertelindre pasientene godt, og det kommer fram at gode holdninger og empati er viktig for å registrere pasientens uttrykk for smerte. God smertehåndtering forutsetter at sykepleieren kartlegger og evaluerer smertene grundig. En smertekartlegging som tar tak pasientens egne opplevelser og som gjennomføres rutinemessig vil vise at sykepleieren tar pasienten på alvor og at hun ønsker å hjelpe pasienten med å mestre smertene. Til sist kan det å ta pasienten på alvor sees i sammenheng med det å gi pasienten en aktiv rolle i sin egen behandling og å stå på for pasienten. Helsefremmende sykepleie handler i stor grad om å samarbeide godt med pasienten for å finne gode løsninger, og det ta rollen som pasientens «advokat» vil være en viktig helsefremmende faktor i møte med pasienter med langvarige smerter.

Gjennom denne litteraturstudien er det gjennomgått mye forskning som tar utgangspunkt i pasientens perspektiv i møte med helsevesenet, og hvordan det er å leve med langvarige smerter. Det var imidlertid vanskelig å finne forskning på hvordan sykepleieren kan møte og fremme helse hos denne pasientgruppen. Jeg anser det derfor som interessant og viktig med forskning som kan belyse hvilke helsefremmende tiltak sykepleieren kan ta i bruk i møte med pasienter med langvarige smerter, for å bedre denne pasientgruppens helse.

## Litteraturliste

- Aveni, E., Bauer, B., Ramelet, A.-S., Kottelat, Y., Decosterd, I., Finti, G., ... Rodondi, P.-Y. (2016). The attitudes of physicians, nurses, physical therapists, and midwives toward complementary medicine for Chronic pain: A survey at an academic hospital, I: *Explore: The Journal of Science and Healing*, 12(5), s. 341-346.  
<https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.06.001>
- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I: H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1*, I. (4. utg), s. 355-395. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blondal, K. & Halldorsdottir, S. (2009). The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. I: *Journal of Clinical nursing*, 18(20), s. 2897-2906.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2008). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. I *European Journal of Pain*, 10(1) 287–333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Cohen, M., Quintner, J. & Buchanan, D. (2013). Is Chronic Pain a Disease? I: *Pain Medicine*, 14(9), s. 1284-1288. <https://doi.org/10.1111/pme.12025>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg). s. 51-215. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dored, G. (2011). Et faglig blikk på empati. I: *Sykepleien Forskning*, 6(1), s. 92-96.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0073>
- 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 Akademisk.

- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling og etikk*. (3. Utg), s. 15-160. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. s. 85-99. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Flor, H. & Turk, D. C (2011). *Chronic pain: An Integrated Biobehavioral Approach*. s. 10-18. Seattle: IASP Press.
- Folkehelseinstituttet (2018). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet den 01.12.2019 fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerter/?term=Kronisk%20smerte&h=1>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att Göra systematiska litteraturstudier*. (2. utg), s. 87-89. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Fors, E. (2012). *Hva er smerte*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Fredheim, O. M. S., Borchgrevink, P. C., Landmark, T., Schjødt, B. & Breivik, H. (2008), Et nytt skjema for kartlegging av smerter, I: *Tidsskriftet. Den norske legeforening*, hentet den 02.12.2019 fra: <https://tidsskriftet.no/2008/09/kronikk/et-nytt-skjema-kartlegging-av-smerter>
- Gammersvik, Å. (2018), Helsefremmende arbeid i sykepleie, I: Å. Gammersvik & T. B. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*, (2. utg), s. 112-131, Oslo: Fagbokforlaget
- Gjesdal, K., Dysvik, E. & Furnes, B. (2018). Living with chronic pain: Patients' experiences with healthcare services in Norway. I: *Nursing Open.*, 5(4), s. 517-526. <https://doi.org/10.1002/nop2.160>
- Hansson, K. S., Fridlund, B., Brunt, D., Hansson, B. & Rask, M (2011). The meaning of the experiences of persons with chronic pain in their encounters with the health service. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), s. 444-450.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00847.x>

Helsebiblioteket (2016), Kunnskapsbasert praksis. Hentet 12.03.2020 fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsebiblioteket (2020), Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet den

12.03.2020 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/221562.cms>

Helsedirektoratet (2017). *Brukermedvirkning*. Hentet 20.03.2020 fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helseforetaksloven (2001). *Lov om helseforetak* (LOV-2001-06-15-93). Hentet den

12.03.2020 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet den

10.03.2020 fra:

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)

Hoffmann, T. (2013), Hva kan vi bruke kvalitativ forskning til? Hentet den 14.03.2020 fra:

<https://forskning.no/sosiologi/hva-kan-vi-bruke-kvalitativ-forskning-til/610839>

Ingstad, K. (2013), *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. s. 39. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon*, (3. utg), s. 29-82. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H., (2016). Hva er sykepleie?. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon*, (3. utg), s. 89-132. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2016), Pasient og sykepleier – verdier og samhandling, I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende*

- sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon.* (3. utg), s. 15-27, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Landmark, T., Romundstad, P., Dale, O., Borchgrevink, P. C., Vatten, L. & Kaasa, S. (2013). Chronic pain: One year prevalence and associated characteristics (the HUNT pain study). *Scandinavian Journal of Pain* 4(4), s. 182-197.  
<https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2013.07.022>
- Larner, D. (2014), Chronic Pain Transition: A Concept Analysis. I: *Pain Management Nursing*, 15(3), s. 707-717. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.04.003>
- Løken, K. H. (2007). «Lave stemmer skal også høres». Hvordan lykkes med reell brukermedvirkning på psykisk helse-feltet? I: O. P. Askheim & B. Starrin (red.), *Empowerment – i teori og praksis*. s. 140-150. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (2017). IASP Terminology. I: *IASP. International Association for the Study of Pain*. Hentet den 17.03.2020 fra:  
<https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>
- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2012). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I Å. Gammersvik og T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. s. 14-37. Oslo: Fagbokforlaget
- Molven, O. (2015). *Helse og jus*. (8. utg), s. 256-411. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Mundal, I., Gråwe, R.W., Bjørngaard, J.H. et al. (2014) Prevalence and long-term predictors of persistent chronic widespread pain in the general population in an 11-year prospective study: the HUNT study. I: *BMC Musculoskeletal Disorders* 15(213),  
<https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-213>
- Mæland, J. G. (2019). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (4. utg), s. 26-82. Oslo: Universitetsforlaget

Nortvedt, F. & Rustøen, T. (2008). Kronisk smerte. I: T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*. s. 140-149, Oslo: Gyldendal akademisk.

Nortvedt, F. & Grønseth, R. (2011). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I: H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1*. (4. utg), s. 17-30. Oslo: Gyldendal Akademisk

Nortvedt, F. (2016). Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimmsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg), s. 169-184. Oslo: Gyldendal Akademisk

Norsk sykepleierforbund (2007), *ICNs etiske regler for sykepleiere*.

Hentet den 20.03.2020 fra: <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>

Norsk sykepleierforbund (2019), *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

Hentet den 10.12.2019 fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

NSD (2020). *Norsk senter for forskningsdata. Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.

Hentet 14.03.2020 fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Nylenna, M. (2009). IMRAD – et hjelpemiddel i vitenskapelig publisering. *Sykepleien.no*, 4(3), 172-173.

<https://sykepleien.no/sites/default/files/electronic-issues/pdf/278251.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet den 10.12.2019 fra:

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1)

Paul-Savoie, E., Bourgault, P., Potvin, S., Gosselin, E. & Lafrenaye, S. (2018). The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain

- Management. I: *Hindawi Pain Research and Management*.  
<https://doi.org/10.1155/2018/6375713>
- Reinar, L. M., & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en oversiktsartikkel? I: *Sykepleien Forskning*. 5(3), s. 238-246 <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0121>
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2006). *Den gode oppgaven – håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. s. 190. Oslo: Fagbokforlaget
- Rønning, R. (2007), Brukermedvirkning og empowerment – gammel vin på nye flasker? I: O. P. Askeheim & B. Storraid (red.), *Empowerment: I teori og praksis*. s. 34-44, Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Siedlecki, S. L., Modic, M. B., Bernhofer, E. B., Sorrell, J., Strumble, P. & Kato, I. (2012). Exploring how Bedside Nurses Care for Patients with Chronic Pain: A Grounded Theory Study. I: *Pain Management Nursing*, 15(3), s. 565-573.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.12.007>
- Slatyer, S., Williams, A. M. & Michael, R. (2015). Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective. I: *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), s. 229-239.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.010>
- Sneltvedt, T. (2013a), Hva innebærer det å være profesjonell sykepleier?, I: B. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien*, (3. Utg), s. 151-164, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sneltvedt, T. (2013b). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: B. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien*, (3. Utg), s. 97-116, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sternke, E. A., Abrahamson, K. & Bair, M. J. (2016), Comorbid Chronic Pain and Depression: Patient Perspectives on Empathy, I: *Pain Management Nursing*, 12(6), s. 363-71, <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.07.003>

- Strømme, H. (2019). Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning, I: *Sykepleien Forskning* 2019, 14(61015). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.61015>
- Ståvi, J. M. (2001), Sosial- og helsedepartementet: Helse og trivsel i konsekvensutredninger (2001-019). S. 15. Hentet den 23.03.2020 fra:  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/shd/bro/2001/0005/ddd/pdfv/132760-helse\\_og\\_trivsel.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/shd/bro/2001/0005/ddd/pdfv/132760-helse_og_trivsel.pdf)
- Thoresen, E. (2013), Empati – ulike forståelser. I: *Sykepleien Forskning*, 8(4), s. 362-367.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0167>
- Tjølsen, A. & Rosland, J. H. (2017). Nevrobiologi. I: E. A. Fors (red.), *Smertepsykologi*. s 33-46. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Toftthagen, R. & Fagerstrøm, L. M., (2010), Rodgers' evolutionary concept analysis – a valid method for developing knowledge in nursing science, I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), s. 21-31. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00845.x>
- Torvik, K., Skauge, M. og Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler. I T. Rustøen og A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. s. 51-67. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Toye, F., Seers, K., Barker, K. L., (2017). Meta-ethnography to understand healthcare professionals' experience of treating adults with chronic non-malignant pain. I: *BMJ Open* 2017, 7(e018411). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018411>
- Tveiten, S. & Ruud Knutsen, I. (2011). Empowering dialogues – the patients' perspective. I: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 25(2), s. 333-340.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00831.x>
- Tveiten, S., Flittie Onstad, R., Haukland, M. (2015), Refleksjon over praksis i lys av empowerment – en fokusgruppeundersøkelse. I: *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), s. 136-142, <https://doi.org/10.1177%2F0107408315579812>



- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. s. 15-49.  
Oslo: Fagbokforlaget
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning. Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid, I: Å. Gammersvik & T. B. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*, (2. utg), s. 237-256, Oslo: Fagbokforlaget.
- Ware, L. J., Bruckenthal, P., Davis, G. C. & O’Conner-Von (2011). Factors That Influence Patient Advocacy by Pain Management Nurses: Results of the American Society for Pain Management Nursing Survey. I: *Pain Management Nursing*, 12(1), s. 25-32.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2009.12.001>
- Weisbeck, S., Lind, C., & Ginn, C. (2019). Patient Empowerment: An Evolutionary Concept Analysis. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1148–1155.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=138636108>
- World Health Organization (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Geneve: WHO. s. 11. Hentet den 25.03.2020 fra:  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74656/E88086.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf)

## Vedlegg

### Vedlegg 1. PIO-skjema

	P – patient/problem/ population	I - intervention	O - outcomes
Engelske emneord	Chronic pain Chronic non-malignant pain Chronic widespread pain Persistent pain Nurses perspective Nurse patient relations	Health promotion Nursing intervention Pain management	Improved health Knowledge Coping Well-being
Norske emneord	Kroniske smerter Kroniske ikke-maligne smerter Langvarige smerter Sykepleierperspektiv Sykepleier-pasient	Helsefremming Sykepleietiltak Smertehåndtering	Bedre helse Kunnskap Mestring Livskvalitet