

HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,  
Pilestredet,  
Fakultet for helsefag**

**Kandidatnummer: 342**

**Eksamensnavn: SYBA3900 Bacheloroppgave**

**Dato: 01.06.2017**

**Klasse: SYPLGRI4H3B**

**Kull: 2014**

**Antall ord: 8929**

## **Kommunikasjon og samarbeid ved** **smertebehandling**

- Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon tilrettelegge for godt samarbeid med pasient, slik at pasienten kan oppleve optimal smertelindring etter lungekirurgi?

År: 2017

Antall ord: 8929

## **FORORD**

Det er med vemod og skrekkblandet fryd at jeg ser mot slutten av tre år på Høgskolen i Oslo og Akershus. Jeg ser tilbake på disse tre årene, og tenker at det har vært både utfordringer og store gleder. Til syvende og sist har sykepleierutdanningen vært en dannelsesreise. Sykepleierutdanningen har gitt meg grunnleggende kunnskaper og ferdigheter som jeg ser fram til å utvikle på min fremtidige arbeidsplass, og jeg opplever at jeg har vokst og utviklet meg som menneske. Jeg ønsker å takke medstudenter som har blitt nære venner, lærere jeg har møtt underveis, og vil til slutt takke bachelor veileder for samarbeidet.

## SAMMENDRAG BACHELOROPPGAVE

### Tittel på oppgaven:

Kommunikasjon og samarbeid ved smertebehandling

### Sammendrag:

#### **Bakgrunn:**

Pasienter som har gjennomgått lungekirurgi er svært utsatt for sammensatte smerter, i form av akutte, viscerale og nevrologiske smerter. Sykepleier med behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon bør forsøke å etablere et samarbeid med pasienten om smertebehandlingen for å oppnå optimal smertelindring, fremme aktivitet, forebygge sengekomplikasjoner og sørge for velvære og tilheling. I min praksis på lungekirurgisk sengepost fikk jeg innblikk i sykepleie-pasient samarbeid og smertebehandling. Derfor ønsker jeg med dette å undersøke nærmere hvordan pasientens smerteopplevelse kan påvirke kommunikasjon og samarbeid, hvordan sykepleier kan tilrettelegge for samarbeid, og hvilke kommunikasjonsferdigheter som kan bidra til samarbeid slik at sykepleier sammen med pasient kan oppnå optimal smertelindring.

#### **Fremgangsmåte:**

Studien er en litteraturstudie jamfør SYBA3900 programplan.

#### **Diskusjon, funn og konklusjon:**

Smerteopplevelsen, endret kroppsfunksjon, ukjent situasjon og fremmede omgivelser kan medvirke til at pasienten opplever tap av kontroll og selvfølelse, usikkerhet og stress. Dette kan påvirke pasientens engasjement i tilhelingen, og sykepleier kan støtte, motivere, og bistå under tilheling for å trygge pasienten. Engasjement, ivaretagelse av pasientrettigheter og motivasjon til pasientmedvirkning kan være med på å danne et godt samarbeid. Aktiv lytting, utforskende og bekreftende ferdigheter medvirker til anerkjennelse av smerte, kartlegging, og danner grunnlag for tiltak som kan lindre de ulike typer smerte. Sykepleier kan gjennom kommunikasjon og informasjon gi uttrykk for empati og omsorg, slik at pasient opplever å bli ivaretatt, økt tilfredshet og bli engasjert til aktivitet etter kirurgi for å forebygge komplikasjoner.

### Nøkkelord:

Kommunikasjon, samarbeid, smertebehandling, smertevurdering, sykepleie

## Innhold

1.0	INNLEDNING .....	5
1.1	Problemstilling .....	6
1.2	Avgrensning .....	6
2.0	METODE .....	7
2.2	Søkeprosessen .....	7
2.3	Presentasjon av forskning.....	8
2.4	Kildekritikk .....	9
3.0	TEORETISK BAKGRUNN .....	10
3.1	Kommunikasjon .....	10
3.2	Sykepleierfunksjonene .....	11
3.3	Sykepleierteori, etiske prinsipper, og juridiske forpliktelser.....	12
3.4	Lungene og det kirurgiske inngrepet.....	14
3.4.1	Nedre luftveier og toraks.....	14
3.4.2	Det kirurgiske inngrepet.....	15
3.5	Smerter etter lungekirurgi .....	16
3.5.1	Smertebehandlingsmetoder .....	17
3.5.2	Smertevurderingsverktøy .....	17
4.0	DRØFTING.....	19
4.1	Kan smerteopplevelsen etter lungekirurgi påvirke kommunikasjon og samarbeid?.....	19
4.2	På hvilken måte kan sykepleier tilrettelegge for samarbeid og medbestemmelse? .....	22
4.3	Hvordan brukes aktuelle kommunikasjonsferdigheter til å undersøke og forstå smertenivå og smerteopplevelse?.....	26
5.0	OPPSUMMERING .....	33
6.0	Litteraturliste .....	34

## 1.0 INNLEDNING

Bakgrunn for oppgaven var min praksisperiode ved kirurgisk sengepost. Jeg fikk oppleve sykepleiers ansvar og rolle i det kirurgiske forløp, og ivaretagelsen av pasientenes grunnleggende behov pre- og postoperativt. Smertebehandling etter kirurgi stod som en sentral sykepleieoppgave, og jeg fikk i denne sammenhengen innblikk i hvordan sykepleierne kartla smerte og kommuniserte med pasientene om smerteopplevelsen. Det var med dette jeg fikk økt interesse for kommunikasjon i sammenheng med samarbeidet mellom sykepleier og pasient.

Jeg ble mektig imponert over pasientene, og den kraftanstrengelse det var å skulle opp og stå ved sengekanten første postoperative dag tilkoblet til alt medisinsk utstyr. Samtidig fikk jeg en førforståelse om at smertebehandling er komplekst og sammensatt. Pasienten har behov for anerkjennelse av smerteopplevelsen, og at sykepleiers omsorgsutøvelse speiler empati og forståelse, som igjen kan bidra til trygghet og tillit i behandlingen. Her blir kommunikasjon en nøkkel og et redskap til samarbeid om smertebehandling og komplikasjonsforebygging så vel som i all sykepleie, noe som ble avgjørende for mitt valg av tema i følgende litteraturstudie. Tema: Kommunikasjon og samarbeid ved smertebehandling etter lungekirurgi og sykepleiers behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon.

Hensikten med følgende litteraturstudie er å utforske sykepleiers kommunikasjonsferdigheter ved postoperativ smertelindring, og oppnå kunnskap om sykepleiers rolle og ansvar, samt å utfylle læringsutbyttet jamfør programplan for SYBA3900. Jeg ønsker å lære mer om hvordan sykepleier kan bruke kommunikative ferdigheter til å tilrettelegge for sykepleier-pasient samarbeidet slik at det sammen med pasient kan oppnås optimal smertebehandling.

I Helsedirektoratets rapport om kreftkirurgi i Norge oppgis det at det ble utført 1201 operasjoner for lungekreft i 2013 på landsbasis (Gaard, Tveit, & Hafstad, 2015). I følge Kreftregisteret viser statistikken på en insidens på 3035 diagnostiserte lunge- og trakea krefttilfeller per 2015, og en prevalens på 7047 samme år. Min tolkning er at antall lungeoperasjoner er mye høyere da pasienter med flere ulike lungesykdommer og skader også er potensielle kandidater for lungekirurgi. Eksempler på aktuelle tilstander er operabel storcellet pulmonal cancer, pneumotoraks, hemotoraks, emfysem forårsaket av blant annet KOLS eller alfa-1 antitrypsinmangel (Mjell, 2011, kap.11).

## 1.1 Problemstilling

På bakgrunn av mine opplevelser i praksis ønsker jeg å fokusere på pasienter som har gjennomgått lungekirurgi, og hvordan sykepleier kan bruke kommunikative ferdigheter til å utforske smertebildet, og i sin behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon redusere postoperativ smerte og fremme tilheling. Velvære, empati og omsorg framkommer som overordnede mål for sykepleiehandlingene.

- Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon tilrettelegge for godt samarbeid med pasient, slik at pasienten kan oppleve optimal smertelindring etter lungekirurgi?

## 1.2 Avgrensning

Følgende studie vil avgrenses til lungekirurgipasienter som befinner seg i postoperativ fase på vanlig kirurgisk sengepost i spesialisthelsetjenesten. Det avgrenses dermed til pasienter som har gjennomgått inngrepet torakotomi eller torakoskopi. Med postoperativ fase menes perioden fra pasienten er tilbake på sengepost etter kirurgi til pasienten skrives ut. Det vil legges hovedvekt på kommunikasjon som redskap, mens smertelindringen vil fungere som kontekst.

Det tas utgangspunkt i voksne pasienter over 18 år som blir vurdert som kognitivt adekvate. Grunnet oppgavens ordramme vil det i hovedsak omhandle kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Relasjonsteori utelates, og det vil fokuseres på aktuelle kommunikasjonsferdigheter som kan medvirke til samarbeid, kartlegging og behandling av smerter.

## 2.0 METODE

«Metode forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap». Metoden sier noe om hvordan det skal samles inn data og informasjon som skal bidra til hvordan problemstillingen skal besvares, og metodiske tilnærminger tilpasses etter hva slags informasjon som skal innhentes og hva som skal besvares (Dalland, 2012, s.111).

Forskningsmetoder kan deles inn i kvalitativ og kvantitativ metode.

Den kvantitative metoden går i bredden og det tas avstand til objektene man innhenter data fra, det fokuserer på det som kan være til felles og får fram det gjennomsnittlige. Vanlige former for informasjonsinnhenting er spørreundersøkelser (Dalland, 2012, s.112).

Den kvalitative metoden retter fokus på meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste, gir rom for å studere noe i dybden, er nært det objektet som utforskes, hvor intervjuer og observasjoner er måter å samle inn informasjon på.

I tråd med programplan for Syba3900 Bacheloroppgave skal oppgaven besvares i form av en litteraturstudie. Thidemanns definisjon av litteraturstudie blir hentet fra Marcus og Bakketeig som innebærer «å systematisere kunnskap fra skriftlig kilder» og «å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt sammenfatte det hele» (2015, s.79). Litteraturstudiet er en prosess bestående av flere trinn i en systematisk struktur, der innsamlende kunnskap skal bidra til å besvare en utarbeidet problemstilling.

### 2.2 Søkeprosessen

Forskningsartiklene ble funnet ved hjelp av Cinahl, som er databaser med stort innhold av sykepleieforskning. Søk i databasen avslørte følgende

Søkeord	Resultat
Postoperative pain	8633
Thoracotomy	1353
Nurse patient relations	20 291
Pain measurement/ OR pain assessment	26 582
Pain management	8 719
Nurse patient communication	123
Patient participation	718



Det viste seg at til tross mange treff på individuelle søk var det vanskelig å få relevante treff når de ble kombinert. *Postoperative pain, nurse patient relations AND pain management* ga for eksempel kun fem treff uten relevante artikler. Det er mye forskning på postoperativ smertebehandling, men med fokus på ulike medikamentelle tilnæringer og andre kirurgiske inngrep, og mindre i sammenheng med sykepleier-pasient samarbeidet.

Andre artikler ble funnet ved hjelp av manuelle søk i tidsskrifter via Cinahl. På jakt etter fulltekst ble søket ledet mot nettsider som [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com) eller [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com) som samlet tidsskrifter og fulltekst artikler. Herfra gikk jeg inn på de aktuelle tidsskriftene, og søkte blant publiserte volum med søkeord i søkefelt. Å gå via Cinahl og videre i manuelt søk viste seg å gi flere relevante treff.

### 2.3 Presentasjon av forskning

Innledningsvis i presentasjon av det kirurgiske inngrepet er det benyttet en fagartikkel av Hopkins og Rosenzweig (2012) fra USA som beskriver torakotomi og torakoskopi. Den kan være til hjelp med å forstå bakgrunnen for de aktuelle smertene, og hvordan de aktuelle smertene kan utarte seg.

Majoriteten av utvalgte forskningsartikler er av kvalitativ metode og er fra Australia, Sverige, og Norge. Ved hjelp av observasjoner og intervjuer har studiene fokus på sykepleiers behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon, og hvordan tiltak basert på kommunikasjon bidrar til samhandling og pasientmedvirkning. Den kvalitative metoden bidrar til dypere innsyn i pasientens opplevelse og hemmende eller effektive faktorer i samarbeidet.

Forskningsartikler av Sahlsten, Larsson, Plos og Sjöstrom, samt Tobiano, Bucknall, Guinane, og Chaboyer danner grunnlaget for samarbeidsaspektet og hvordan engasjere til pasientdeltakelse for å bygge et samarbeid om behandlingen.

Sjøveian og Leegaard har også forsket på pasientmedvirkning, men her vektlegges fokus på det postoperative forløp av kne- og hofteprotese kirurgi som kan overføres til lungekirurgi, og hvordan sykepleier opplever samarbeidet ved smertebehandling.

Wikström, Eriksson, Fridlund, Årestedt og Brostöm berører helsepersonellens opplevelse av smertevurdering av postoperativ smerte, hvor funnene bidrar til innblikk i kommunikative ferdigheter og hva som kan fremme eller hemme smertevurdering.

Manias, Botti og Bucknall skriver om pasient involvering, om årsaker til graden av pasientens delaktighet i behandlingsforløpet, og om hvordan effektiv kommunikasjon kan styrke pasienten i behandlingsforløpet.

## 2.4 Kildekritikk

Følgende kildekritikk har jeg utført etter beste evne, da jeg som student befinner meg på bachelornivå. Den utvalgte litteraturen i del 2.0 teoretisk bakgrunn er en del av pensumgrunnlaget for sykepleierutdanningen, og vurderes derfor som gyldig teorigrunnlag. Det tas forbehold om at pensumlitteratur og fagartikkel som sekundærlitteratur kan være bygget på noe foreldet forskning, eller kan være farget av forfatters tolkning av primærkilder.

Inklusjonskriterier ble basert på abstrakt, metode og funn, det ble vektlagt at forskningen helst burde være sykepleieforskning, og at det var produsert innen de siste ti årene. Dersom innholdet stilte seg viktig for besvarelse av problemstilling, har årstall blitt vurdert som justerbart med ett til to år. Med unntak av en norsk forskningsartikkel er samtlige artikler skrevet på engelsk, og det tas forbehold om mulige nyanser eller ord som ikke lar seg fullstendig overføre til norsk språk.

Det er bevisst valgt forskning som kan overføres til norske forhold. Utvalgt forskning viser seg relevant og holdbart, da artiklene vil bidra til å belyse betydningen av kommunikasjon, holdninger og ulike strategier i samhandling som kan ha betydning for smertebehandling i diskusjonen. Litteratursøk tyder også på at forfatterne har flere publikasjoner som relateres til *tema sykepleier – pasient samarbeid* og *kommunikasjonsstrategier*. Derfor er det valgt flere forskningsartikler som hver for seg dekker både kartlegging av smerte, kommunikasjonsstrategier og samhandling mellom sykepleier og pasient. Ikke alle forskningsartiklene besvarer alle kjernesporsmål, men de har ulike vinklinger som belyser hvordan samarbeid, smertelindring og kommunikasjon foregår og hva slags kommunikasjonsutfordringer sykepleiere kan møte i virkeligheten. Forskningsartiklene er publisert i anerkjente tidsskrift og er blitt fagfelleurdert (peer reviewed). Alle er godkjent av etisk komite.

## 3.0 TEORETISK BAKGRUNN

Følgende kapittel vil presentere det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Kapitlet innledes med redegjørelse av kommunikasjon, aktuelle prinsipper for hjelpende kommunikasjon, og etiske og juridiske forpliktelser. Videre forklares det kort om lungens anatomi og fysiologi. Dette følges av det kirurgiske inngrepet, og til slutt om smertens fysiologi.

### 3.1 Kommunikasjon

«Kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med» (Eide & Eide, 2007, s.17). Forfatterne redegjør at kommunikasjon forutsetter to eller flere deltakende parter, og at kommunikasjonen tar form i tegn og signaler, og verbal og nonverbale uttrykk i en gitt kontekst.

Eide og Eide (2007, kap. 1) presenterer i sin bok begrepet hjelpende kommunikasjon som innebærer flere ferdigheter, men at kjernen først og fremst er «å anerkjenne den andre- å være aktivt lyttende, åpen og samtidig direkte» Det henvises til fire sentrale elementer som er betegnende i forhold til kommunikasjonen som praktisk ferdighet som rettes mot pasienten, og de fire elementene utgjør «å få fram pasientens perspektiv, å nå fram til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier, å hjelpe pasienten til å dele makt, det vil si å stimulere pasienten til å bevare og utøve kontroll og myndighet der det er mulig».

Forfatterens syn på kommunikasjon som kvalitetssikring bygger på forskning av Stewart mfl., effektiv, klar kommunikasjon sammen med ferdigheten aktiv lytting kan bidra til å forebygge uheldige løsninger, misforståelser og feil.

Da smerte er en individuell opplevelse, er former for kommunikasjon nødvendig for å kunne gi uttrykk for smertens kvalitet og intensitet, og sykepleierens faglige og kommunikative kompetanse blir viktige redskaper for å kunne avdekke utfordringer i pasientens grunnleggende behov og smertelindring. Ferdighetene aktiv lytting, utforskende, og bekreftende ferdigheter blir ansett som de viktigste, og vil komme nærmere fram i drøftingen.

### 3.2 Sykepleierfunksjonene

Sykepleiers grunnleggende yrkesutøvelse og funksjon baseres på flere faglige funksjoner presentert av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011, s.18), men i følgende avsnitt vil jeg introdusere de som anses som viktigst. Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid står som grunnleggende, der helsefremming representerer «helse, velvære og livskvalitet som mål» for pasienten. Det sykdomsforebyggende, i form av primær-, sekundær- og tertiærforebygging, der de ulike nivåene henholdsvis sikter på å forebygge hos friske og utsatte, identifisere helsesvikt eller økt risiko på tidlig stadium, og hindre komplikasjoner når det allerede foreligger sykdom og. Den behandlende funksjon tar sikte på «å fjerne eller eliminere problemer, og sykepleierens behandling retter seg mot pasientens grunnleggende behov, men samtidig hans reaksjon på situasjonen. Konkrete tiltak tar utgangspunkt i «kroppslig stell, hygieniske tiltak, avlastning eller aktivisering». Den lindrende funksjonen tar utgangspunkt i «å redusere eller begrense omfang av belastninger, som kan være av fysisk, psykisk, sosial eller åndelig karakter», og hvor velvære betraktes som et viktig mål, for eksempel som lindring av smerte. Den rehabiliterende funksjonen har til hensikt å styrke pasienters ressurser og kunnskap slik at egenomsorg kan gjenoprettes og livssituasjon mestres etter svikt i helse eller funksjon. Her nevnes fysisk trening og støtte, og inkluderer også tiltak som medvirker til å heve pasientens «forståelse, kunnskap, motivasjon og vilje».

Et rammeverk av juridiske- og lovpålagte forpliktelser, etiske og moralske prinsipper, og kunnskapsbasert praksis former og strukturerer sykepleiers plikter, profesjonelle opptreden og omsorgsutøvelse. Den profesjonelle opptreden overfor, og relasjonen til pasienter og pårørende kommer til uttrykk som et hjelpeforhold, at pasienten har behov for helsehjelp og at dette skal foregå uavhengig av kjemi eller personlighetstrekk ved pasienten (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s.85).

De ulike elementene i rammeverket kan også medvirke til et skjevt maktforhold mellom sykepleier og den syke eller svakere pasienten. Derfor er det viktig for sykepleier å bruke seg selv til å tilrettelegge for samarbeid og medbestemmelse. Dette perspektivet om med- og selvbestemmelse springer ut ifra begrepet *autonomi*, som kommer fra det greske *auto*, som står for selv, og *nomos*, som står for lov, som representerer menneskets rettighet til å avgjørelser for eget liv.

Samtidig finnes forutsetninger for autonomi, nemlig at pasienten er i stand til å ta valg.

Kriterier som presenteres er

«pasienten må kunne være i stand til å kommunisere, å kunne gi uttrykk for valg, forstå informasjon som er relevant for beslutningen, anerkjenne informasjonen i sin situasjon med hensyn til lidelsene og mulige konsekvensene av behandlinger, resonnere og avveie med relevant informasjon som er blitt gitt» (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s.102).

I Norge står autonomi og selvbestemmelse sterkt, noe som kommer tydelig fram i prinsipper i kommunikasjon, etiske prinsipper og juss.

### 3.3 Sykepleieteori, etiske prinsipper, og juridiske forpliktelser

For å knytte teori og praksis tas det utgangspunkt i Joyce Travelbees sykepleieteori framstilt av Kirkevold (2001). Sykepleieteorien kommer ikke til å bli brukt aktivt i drøftingen, men noen av teoriens mer sentrale aspekter vil inkluderes for å knytte diskusjonen opp mot det sykepleiefaglige der det passer. Travelbees teoretiske aspekter tar utgangspunkt i det mellommenneskelige, interaksjonen og hvordan det kan forstås og oppleves.

Etiske prinsipper vedkjennes som grunnleggende i sykepleie da de danner en rettesnor for sykepleiers yrkesutøvelse og ivaretagelse av pasienter. De danner også grunnlag for juridiske forpliktelser og yrkesetiske retningslinjer. Følgende fire prinsipper som har hatt en sentral rolle i utviklingen av verdisyn og etiske debatter er blitt hentet fra Nortvedt (2012, s.96); autonomiprinsippet, velgjørenhetsprinsippet, rettferdighetsprinsippet og ikke skadeprinsippet. I forbindelse med smertebehandling vil det tas utgangspunkt i særlig følgende tre prinsipper som står sterkt.

Autonomi bygger på respekten for individet, selvet og egenverdet, og er grunnleggende i sykepleier- pasient relasjonen. I autonomi innlemmes pasientens evne til å bestemme over sin egen behandling og pleie, og innebærer også retten til å avstå fra helsehjelp. Det etterstrebes en likeverdig relasjon der en klar og orientert pasient tar del i og bidrar i avgjørelser som angår egen behandling.

Velgjørenhetsprinsippet innebærer det å vise omsorg, og sykepleiers forsøk i å redusere lidelse og øke velvære hos pasienten. Prinsippet omhandler det «å handle i pasientens interesse, og gjøre det som er det beste for pasienten», samt med innlevelse sette oss inn i den andres situasjon og aktivt ta del i den andres situasjon.

For smertebehandling er et aspekt relevant ved ikke-skade prinsippet, nemlig «å minimalisere smerte og ubehag», og det gjelder både for sykepleiers opptreden og plikt. Ved opptreden gjelder empatisk og skånsom yrkesutøvelse for å minimalisere smerte og ubehag i yrkesutførelsen, mens ved plikt menes å ikke påføre pasienten mer lidelse enn det som allerede er tilstede.

Norsk Sykepleierforbund presenterer yrkesetiske retningslinjer som ledende rettesnor med hensyn til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunn. Her kommer det fram etiske føringer og forpliktelser som bidrar til ivaretagelse av pasientens sikkerhet, forsvarlighet, og helhetlig fagutøvelse (NSF, 2016).

Det juridiske rammeverket er forankret i helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Sykepleiers yrkesutøvelse og helseforetakets drift er knyttet til helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Helsepersonellovens formål er å bidra til pasientsikkerhet, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt tillit til helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999).

Spesialisthelsetjenestelovens formål omhandler å bidra til helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, sikre kvalitet og likeverd i tjenestetilbudet, best ressursutnyttelse, tilpasning av tjenestetilbud til pasienters behov, og tilgjengelig tjenestetilbud til pasienter (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

Pasient – og brukerrettighetslovens formål er «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten», og det fremheves at loven skal bidra til tillit, trygghet og respekt for integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

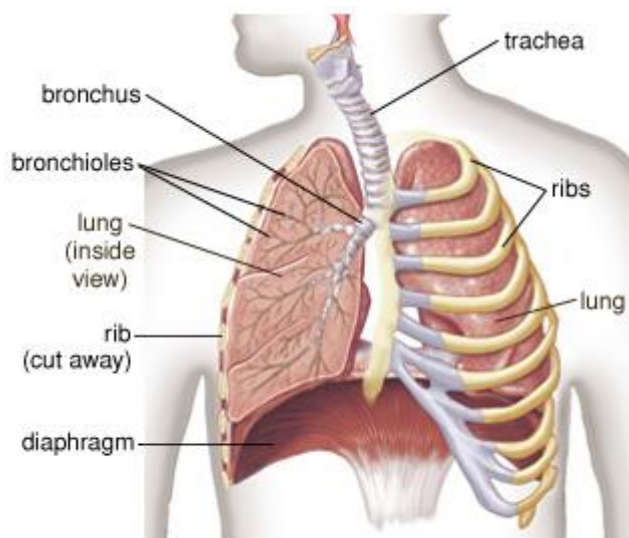
### 3.4 Lungene og det kirurgiske inngrepet

Følgende kapittel vil kort presentere lungenes anatomiske og fysiologiske forhold, det kirurgiske inngrepet og teknikker, postoperativ akutt smerte og smertens fysiologi, og til slutt kort om aktuell smertebehandling og smertevurderingsverktøy.

#### 3.4.1 Nedre luftveier og toraks

Respirasjonsorganene inndeles i øvre og nedre luftveier. Øvre består av nese, munnhule og svelg, mens nedre består av larynks, trakea, bronkiene, de minste perifere bronkiolene og ut til alveolene der gassutvekslingen foregår.

Lungene er kledd av to membraner, den innerste kalt pleura viscerale og den ytre kalt pleura parietale. Rommet mellom membranene utgjør pleurahulen, som inneholder en liten mengde pleuravæske som bidrar til lav friksjon. Pleura parietale er festet til brystveggen, som gjør at lungene ekspanderer sammen med ribbeina. Inspiratoriske og ekspiratoriske nerveceller i den forlengede marg innnerverer inspirasjons- og ekspirasjonsmuskulatur mellom ribbein og regulerer ventilasjonen. Inspirasjonen er aktiv muskelbruk som danner undertrykk, mens ekspirasjonen er den passive fasen som danner et overtrykk (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2006, s.361).



© 2013 Encyclopædia Britannica, Inc.

(Copyright Encyclopedia Britannica, Inc. 2013. Hentet fra <https://www.britannica.com/science/thoracic-cavity>)

### 3.4.2 Det kirurgiske inngrepet

Torakotomi kan utføres som tradisjonell posterolateralt, anterolateralt, torakoskopisk, eller muskelbesparende posterolateral metode. Pasienten legges på siden med affiserte lungeside opp, og armen posisjonert opp og bort fra insisjonssted.

Gjennom operasjonssnittet passerer og splitter kirurgen store torakale muskler, går igjennom interkostalrommet, påfører pasient pneumotoraks, for å så nå inn til det affiserte lungevevet som skal fjernes. Denne teknikken ofte medfører å spre ribben for å få tilgang, noe som kan påføre skade på ribben og omkringliggende nerver, nerveansamlinger og til muskler som latissimus dorsi og serratus anterior

Torakoskopi er en video-assistert laparoskopisk metode hvor fleksible endokirurgiske verktøy når inn til lungevev gjennom snitt på få centimeter. Metoden er mye mindre invasiv, men medfører også risiko for nerve- og ribbeinsskader. Den siste teknikken er kalt muskelbesparende, da inngangen legges mellom femte og sjette interkostalrom, hvor skaden på muskulaturen er minimal.

Kirurgen kan gjennom disse inngrepene utføre en reseksjon, lobektomi, eller pulmektomi. Ved en tumor eller metastase perifert i en bronkiol kan kirurgen utføre en reseksjon, hvor den affiserte bronkiolen og tilhørende alveoler blir fjernet. Dersom svulsten sitter mer sentralt i lungen, kan det bli nødvendig å fjerne en hel lungelapp, en lobektomi. Ved pulmektomi fjernes hele lungen. Ved reseksjon og lobektomi vil hulrommet fylles av det gjenværende lungevevet, mens ved pulmektomi vil hulrommet fylles med serøs væske som vil bli fibrinisert og fast. Videre behandling avgjøres av undertrykket i pleurahulen (Almås, Berntzen, & Holm, 2010, s.191).

Etter operasjonen får pasientene innlagt toraksdren i pleurahulen for å fjerne luft, blod eller pleuraeksudat. Aktiv toraksdrenasje kan bli nødvendig når man skal gjenopprette undertrykk i pleurahulen etter kirurgi. Det legges gjerne inn to dren som innledningsvis blir koplet til sug, det ene for å fjerne luft og det andre for å drenere væske. Drenet sys fast i huden for å hindre at det trekkes ut. Drenet legges inn mellom ribben, muskler og inn i pleurahule og der lungevev er blitt fjernet, med hensikt å kontrollere blødning og luftmengde for å forhindre mediastinumforskyvning, spesielt etter pulmektomi. Når gjenopprenning av undertrykk ikke er nødvendig er drenasjen passiv (Almås, Berntzen, & Holm, 2010, s.191).



### 3.5 Smerter etter lungekirurgi

International Association of the Study of Pain (IASP) definerer smerte som «An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage». IASP presiserer at smerte alltid er en individuell, subjektiv opplevelse, og at det er en opplevelse og stimuli vi knytter til aktuell eller potensiell vevsskade. Smerte relateres til et ubehag og knyttes derfor opp mot et emosjonelt aspekt (International Association for the Study of Pain, 2012). Rustøen og Stubhaug (2010, s.138) skriver at smerteopplevelsen betegnes som kompleks og sammensatt, og at påvirkes av flere faktorer; «fysiologiske, sensoriske, følelsesmessige, kognitive, atferdsmessige, sosiokulturelle faktorer», som igjen bidrar til at samme stimuli oppleves og kommer til uttrykk forskjellig fra person til person.

Postoperativ smerte betegnes som akutt smerte. Den akutte smerten oppstår ved vevsskade som ved kirurgi, og har fra naturens side en beskyttende funksjon som varsler av aktuell eller potensiell vevsskade. Den akutte smerten kjennetegnes av at den avtar når skaden er leget, og den har varighet under tre måneder. Lungeopererte pasienter med innlagte dren vil ofte merke viscerale, dype smerter fra nociseptorer i pleurahinnen og smerter fra inflammasjon i pleura etter at dren er seponert. Denne type smerte vil ofte bre seg utover fra det irriterte området, og er ofte av verkende, borende, gnagende eller klemmende art. På grunn av omkringliggende nerver som er utsatt for skade, kan pasienten også bli utsatt for nevropatiske smerter. De kan være vanskeligere å behandle da mekanismene er ukjente, og på grunn av stor variasjon i smertebildet, alt fra prikking til intense, utbredte smerter (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2010, s.360). Smertene kan gjøre at pasienten puster overfladisk fordi bevegelsene i toraks gjør det smertefullt å puste normalt, som kan resultere i hyperventilasjon. I tillegg har armen og skulder, og muskelgrupper på inngrepets side fått hard medfart under operasjonen. Musklene har stor betydning for det å kunne holde rett overkropp, samt for bevegelse av arm og skulder, og pasienten vil dermed unnlate å bevege disse for å redusere smerten (Berntzen et al., 2010, s.204).

### 3.5.1 Smertebehandlingsmetoder

For å bekjempe smerter benyttes en *multimodal tilnærming*, at smertene blir forsøkt behandlet med flere medikamentelle og ikke-medikamentelle midler for å få best mulig effekt. Fordi inngrepet og operasjonsområdet gir sterke smerter vil det først og fremst behandles med medikamentell smertebehandling, men også med fokus på leiring for å optimalisere respirasjonen.

En generell veiledning er bruk av smertetrapp der øverste trinn innebærer store kirurgiske operasjoner hvor torakskirurgi inngår, og medikamentell behandling; «paracetamol + NSAIDs og/eller kortikosteroider + eventuell epidural analgesi med lokalanestetika og opioider + eventuelle opioider (per os/injeksjoner/PCA) + eventuelt perifere nerveblokader» (Almås, Berntzen, Bruun, et al., 2010, s.323). Under forberedelsene etter ankomst på operasjonssal legges det inn et epiduralkateter som etter operasjonen kobles til en smertepumpe og en pose «Breivik-blanding». Blandingen inneholder bupivakain 1% som er lokalbedøvende, fentanyl 2 µg/ml som er et opioid, og adrenalin 1 µg/ml, noe litteraturen oppgir som meget effektiv (Rustøen & Stubhaug, 2010, s.167).

Mer sårbart er muligens overgangen fra epidural analgesi til peroral behandling. Her kreves det gjerne tett oppfølging og kartlegging fra sykepleier for å opprettholde tilstrekkelig nivå av smertelindring, og derfor vil det rettes mer fokus mot denne fasen i det postoperative forløpet.

### 3.5.2 Smertevurderingsverktøy

Hensikten med bruk av smertevurderingsverktøy er å innhente pasientens egne smertevurdering som kan systematisk brukes til sammenlikning av kontinuerlige vurderinger og for måling av effekt av tiltak, som gir «et felles begrepsapparat, og individuelle holdninger og oppfatninger får mindre betydning» (Berntzen et al., 2010, s.363).

For klare og orienterte pasienter benyttes gjerne endimensjonale skalaer som NRS – visuell numerisk skala, VAS- visuell analog skala, VRS - verbal rating skala/verbal skala, og FRS – ansiktsskala. NRS er en skala fra 0-10, hvor pasienten kan nummerere sin egen smerte, fra 0 ingen smerte til 10 uutholdelig smerte. VAS består av en unummerert linje hvor pasienten selv kan sette et merke på linjen. VRS benytter ord framfor tall, som mild- moderat – verst

tenkelige smerte, mens ansiktskalaen viser ansiktsuttrykk som endrer seg med økende smerter. Sammen med vurderingsverktøy og numeriske eller verbale smerterangeringer, kan sykepleier observere fysiologiske og atferdsmessige reaksjoner. De fysiologiske reaksjoner kan utarte seg som «hypertensjon, takykardi, økt respirasjonsfrekvens, utvidede pupiller og svetting», mens de atferdsmessige reaksjoner som «fokus på smerten, snakker om smerten, gråter og ynker seg, gnir på stedet med smerten, økende muskelspenninger, rynker pannen, lager grimaser» (Berntzen et al., 2010, s.364).

## 4.0 DRØFTING

Hvordan kan sykepleier ved hjelp av kommunikasjon tilrettelegge for godt samarbeid med pasient, slik at pasienten kan oppleve optimal smertelindring etter lungekirurgi?

I følgende kapittel vil faglitteratur og forskning diskuteres og drøftes, for å tilslutt besvare problemstillingen i oppsummeringen.

### 4.1 Kan smerteopplevelsen etter lungekirurgi påvirke kommunikasjon og samarbeid?

Pasienter som gjennomgår lungekirurgi utgjør en pasientgruppe som er utsatt for sterke postoperative smerter på grunn av kirurgiens tekniske utførelse og dren. I følge Hopkins og Rosenzweig (2012) beskrivelse av torakotomi eller torakoskopi vil smertene komme på grunn av lokasjon av operasjonssnitt, splitting av muskler, press på omkringliggende nerver, og ribbein som presses fra hverandre for å nå inn til lungevevet. I tillegg presiseres det at smerten ikke bare kommer av inngrepet, men også den påfølgende inflammasjon av vev og inneliggende dren som irriterer pleura og kan avgi en intens smerte.

Faglitteratur om kirurgiske inngrep i toraks presentert av Almås, Berntzen og Holm (2010, s.187) hevder også at pasienter som har gjennomgått denne type kirurgi er utsatt for intense smerter. Pasienter i et kirurgisk forløp befinner seg i en stressende og ukjent situasjon, og for de fleste er det et stort behov for informasjon som kan bidra til trygghet og forutsigbarhet. Gjennom samtaler med pasientene i praksis lærte jeg at det ikke var operasjonen som nødvendigvis var det mest skremmende, men heller hvor store smerter de ville få etterpå. Smerter som ikke blir tilstrekkelig behandlet vil også påvirke kroppens fysiologiske funksjoner. Smerte leder til fysiologisk stress; økt respirasjonsfrekvens, overflattisk respirasjon og nedsatt hostekraft, økt puls og økt belastning på hjertet og kretsløp som gir økt oksygenbehov, redusert tarmperistaltikk, hormonelle og metabolske forandringer, psykiske belastninger som angst og forstyrrelse av søvn (Berntzen et al., 2010, s.368).

Pasienten vil ikke bare oppleve medisinske og fysiologiske endringer og symptomer gjennom innleggelsesforløpet, men Kristoffersen (2011, s.70) trekker frem begrepet livsverden som beskriver hvordan pasienten kan oppleve sykdom eller endret funksjon. Livsverden viser til at

når forandring i menneskets funksjoner inntreffer, vil individet få en endret opplevelse av sin livsverden. Tap av kontroll over seg selv og sitt eget liv i gitte omgivelser, endret selvfølelse, og redusert mestringsfølelse er betegnelser på aspekter i livsverdenen. Videre vises det til å være avhengig av andres hjelp for å kunne bevege seg eller ivareta egne behov, og hvordan dette kan bidra til en følelse av hjelpeløshet. Her kommer sykepleiers helsefremmende og sykdomsforebyggende funksjon, både sekundær og tertiærforebygging, på en så måte at sykepleiers evne til å fremme velvære og livskvalitet kan medvirke til å dempe de negative følelsene i innleggelsesforløpet.

Blant funnene til Manial et al. (2006) blir det oppgitt at blant objektene i studien falt 60% av pasientene i kategorien 'passive mottakere', 23% stod for 'problemløsende strategi og kun 17% som aktivt deltok i behandlingen. I kategorien 'passive mottakere' presiseres at de ukjente omgivelsenes krav og forventinger til pasienten gjør det mindre overraskende at pasienter tyr til å overlate tilbud om smertelindring til sykepleierne. Studien hevder at smertene og situasjonen kan gi følelsen av hjelpeløshet i en postoperativ situasjon i et hektisk miljø, som kan medvirke til passivitet, og som igjen kan gjøre at de blir nølende med å gi uttrykk for sine behov. Det hevdes også at fordi høyt smertenivå kan assosieres med frykt, vil pasientene avstå fra å si ifra eller diskutere behov om smertelindring med sykepleiere. Dette kan samsvare med Kristoffersen (2011) som uthevet begrepet livsverden, og det er grunn til å tro at den høye prosenten av passive mottakere er preget av nettopp den påfølgende passivisering etter endrede omgivelser og funksjoner.

Fra min tid i praksis ved lungekirurgisk sengepost opplevde jeg at dersom inngrepet var ukomplisert, var lengden av postoperativ fase beregnet til en ukes tid. Det skulle gjenopprettes undertrykk i lungene ved hjelp av dren som igjen skulle fjernes etter tre til fire dager, EDA og smertepumpe skulle fjernes etter fjerning av dren, postoperative undersøkelser, tverrfaglig opptrening ved hjelp av fysioterapi, for å tilslutt kunne ha gjenvunnet egenomsorgsevne før utskrivelse. I og med at dette ideelt sett skal foregå i løpet av en uke, vil jeg tørre å påstå at dette er et raskt behandlingsforløp. Sjøveian og Leegaard (2012) tar for seg akselerert behandlingsforløp ved hofte- og kneprotesekirurgi i sin forskning, som vurderes overførbart til behandlingsforløp ved lungekirurgi. Forfatterne

avslører at pasientene var effektivt smertelindret første postoperative dag ved hjelp av LIA-kateter (lokal infiltrasjonsanalgesi), i likhet med pasienter som etter lungekirurgi blir smertebehandlet ved hjelp av EDA og smertepumpe de første postoperative dagene. Flere av pasientene opplevde økende smerter etter seponert LIA-kateter, og sykepleierne i forskningen oppga at det ble opplevd som en «nedtur», noe som også samsvarer med min egen opplevelse av seponering av EDA og smertepumpe etter lungekirurgi.

En andel pasienter opplevde en lettelse for å få seponert EDA og smertepumpe, mens andre opplevde tilsvarende økning av smerte til tross for at det ble etablert et overlappende behandlingsregime omkring seponeringen i form av Paracetamol, langtidsvirkende og korttidsvirkende opioidanalgetika. Min tolkning er at det er i nettopp denne fasen at pasient er mest sårbar og utsatt for sterke smerter, og vil i større grad erfare endringer i både overnevnte fysiologiske funksjoner og i egen livsverden. Jeg mener at det er på dette tidspunkt i det postoperative forløp at pasient er på sitt mest sårbare og at smertene hemmer mobilisering og aktivitet.

Ut ifra både faglitteratur og forskning kan tyde på at det er den helhetlige opplevelsen å befinne seg i et kirurgisk forløp, og ikke bare smertene som kan være med på å påvirke kommunikasjonen og samarbeidet. At pasienten befinner seg i en ukjent situasjon, og i tillegg ha kroppslige utfordringer som gjør at du må ha hjelp fra andre, kan for mange være vanskelig når en er vant med å mestre hverdagslige aktiviteter på egen hånd. Det å ikke kunne stelle seg selv, eller å ikke komme seg opp av sengen selv kan medføre de negative følelsene som muligens sammen med smertene gjør at en heller blir passiv og inaktiv. Dette både med hensyn til mobilisering, men også ved kommunikasjon. Når pasienten opplever dyspne på grunn av en brennende smerte i operasjonssåret, eller å ikke finne behagelig liggstilling fordi det skjærer nedover langs med ribbeina når han prøver å flytte på seg, kan det gå utover ens evne til å formidle nøyaktig hva man opplever. Derfor bør sykepleier med sine kommunikative ferdigheter ha til hensikt å stille de fokuserte, presise spørsmålene for å kunne hjelpe pasienten på best måte, for å kunne vurdere og lindre smertene etter beste evne.

Sykepleier med sin behandlende- og rehabiliterende funksjon kan forsøke å redusere stress ved å holde pasienten informert om hva som skal skje og skape forutsigbarhet slik at aktiviteter og reduserte funksjoner kan bli mindre skremmende. Videre kan også bistås ved forflytning for at pasienten skal føle seg trygg, og følge opp aktivitetsplan tilrettelagt av blant annet fysioterapeut, fordi aktivitet øker lungefunksjon og tarmfunksjon etter kirurgi. Videre fokus på respirasjonen innebærer å påse at den hvilende pasienten ligger i et leie som fremmer lungenes ekspansjon, for eksempel høyt ryngleie eller sideleie med bruk av puter for støtte. Sykepleier bør veilede bruk av puste- og hosteteknikker og oppmuntre bruk av pep fløyte for å øke luftveismotstanden. Dette vil utvide luftveiene som vil hindre sekretopphopning, som igjen kan gi grobunn for bakterier og gi pneumoni eller forebygge atelektase (Almås, Berntzen, & Holm, 2010). Slike tiltak bidrar til å forebygge komplikasjoner, kortere sykehusopphold, raskere tilheling, og det er i smertebehandlingen og overnevnte tiltak hvor kommunikasjonen vil bidra til at sykepleier sammen med pasienten kan oppnå resultater.

#### 4.2 På hvilken måte kan sykepleier tilrettelegge for samarbeid og medbestemmelse?

Sykepleier og pasient utgjør to parter, og også ulike roller. Sykepleier er den som har en faglig, etisk, og profesjonell tilnærming til å ivareta pasientens grunnleggende behov, mens pasienten er innlagt for å motta medisinsk hjelp for sine helseutfordringer. Dette blir forklart av Kristoffersen og Nortvedt (2011, s.104) som skriver at kjennetegn ved pasientrollen er å være psykisk eller fysisk ute av stand til å kritisk bearbeide informasjon. Sykepleier med kunnskap forankret i faget, egenerfaring og forskning, vil i sin yrkesutførelse ta beslutninger på veiene av pasienten når pasienten er svekket.

«Når sykepleier skal hjelpe den som ikke kan ivareta egen helse ved egen hjelp, må hun, hvis hun skal yte respekt overfor den sykes menneskeverd, handle ut fra sannsynlig kunnskap om hva pasienten selv ville ha ønsket og anerkjent som gode handlinger for ham. Det vil si at sykepleieren må kompensere for pasientens hjelpeløshet, lindre smerte og ubehag, rehabilitere tapt funksjonsevne, slik som pasienten selv kunne ha ønsket det» (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s.105).

Det kan tyde på at forholdet mellom sykepleier og pasient, i vår streben etter jevnstilt samarbeid, vil alltid være asymmetrisk i våre ulike roller, men alltid likestilte som mennesker. På en annen side hevder Joyce Travelbee (gjengitt av Kirkevold, 2001, s.114) og hennes

eksistensialistiske tilnærming at sykepleier – pasient rollene fremprovoserer «generaliserte oppfatninger av mennesket», og at ved definisjoner av roller viskes de mellommenneskelige aspektene ut. Hver av rollene ilegges såkalt stereotypiske trekk, og at «enkeltmennesket reduseres til det generelle». Når sykepleier tilstreber etablering av et mellommenneskelig forhold, vil derimot sykepleien få en hensikt. Målet er at individene reagerer på hverandre, at det dannes et forhold der sykepleier og pasient ikke bare er roller, men der forholdet blir preget av gjensidighet.

Sykepleiers rehabiliterende funksjon tas i bruk når det støttes oppunder pasienten slik at han kan medvirke til smertebehandlingen. Hvis pasienten får informasjon om situasjonen og støtte til å gi uttrykk for eller sette ord på sin smerteopplevelse, kan sykepleier i større grad iverksette tiltak for lindre smerten. Sahlsten et al. (2009) introduserer sin forskning med at pasientmedvirkning er en juridisk forankret rettighet i flere land, men at sykepleiere ofte opplever manglende deltakelse og passivitet. Forskningens videre funn avslører at sykepleier vurderer pasient som verdifull samarbeidspartner basert på avklarede roller, at det tilstrebes «å oppnå felles mål og positive resultater på bakgrunn av gjensidighet og intimitet». Ifølge forskningens funn vokser dette samarbeidet fram ved «intensjonelle strategier basert på ‘å skape selvtillit’, ‘å vise respekt’, ‘å vise mot’, og ‘å skape engasjement’». Å frembringe selvtillit innebærer sykepleiers grad av tiltro og anerkjennelse for pasientens mulighet og vilje til å realisere deres eget potensial. Tillit og ærlighet blir lagt som forutsetning for denne strategien. Respekt omhandler positiv oppmerksomhet overfor pasient, og at sykepleier støtter pasienten i ens ytringer av meninger og erfaringer som blir tatt på alvor. Funnene beskriver å vise mot som å tørre å gi slipp på kontrollen, at sykepleier tør å la pasienten styre samtalen uten å selv lede den. Den siste kategorien innebærer å aktivt inkludere pasienten, og aktivt ta interesse i pasienten for å innhente nødvendig kunnskap om pasientens egne opplevelse av situasjonen.

Manias, Botti og Bucknall (2006) studerte pasienters strategier for beslutningstaking ved behandling av postoperativ smerte, og hevder innledningsvis at postoperativ smerte fremstår som en stor utfordring for helsepersonell. De ulike kategoriene i studien kan illustrere at samarbeidet ved smertebehandling krever deltakelse fra begge parter. I kategorien problemløsende pasienter som utgjorde 23% fremstår som et godt eksempel, der det blir diskutert at å heve pasientens kunnskaper om effektene som kunne forventes av analgetika, og



utforsking av eventuelle misoppfattelser eller usikkerheter angående smertebehandling. At sykepleier informerte om effekter og bivirkninger slik at pasienten kunne aktivt ta del i beslutningene, slik at de til dels kunne oppleve kontroll over smertene og relaterte symptomer.

På en annen side viser Tobiano et al (2015) i sine funn at flere faktorer kan utfordre forløpet beskrevet overfor, som legger begrensinger på utviklingen av samarbeidet. Sykepleiere i forskningen oppga at de opplevde seg bundet av reglementer for informasjonssikkerhet og konfidensialitet. Pasientenes fysiske omgivelser ble oppfattet som hindring ved tilrettelegging for medbestemmelse og samarbeid, og at muligheter for å overlevere informasjon ble begrenset i et forsøk på å gjøre det mer diskret overfor omgivelsene. Sykepleiere oppga også såkalte kontekstuelle utfordringer i form av prioriteringer mellom sykepleieoppgaver, pasientdeltakelse og samarbeid. Å støtte pasienter til medvirkning og styrking av samarbeid ble vurdert som ikke alltid like gjennomførbart på grunn av tidspress og arbeidsmengde. Wikström et al. (2016) underbygger denne problematikken der objektene i deres undersøkelse viste til at kontinuitet i omsorgen ble påvirket av de ansattes turnus. Det å få følge opp en pasient mer enn en dag ga økt kunnskap om pasientens personlighet og erfaringer med smerte. Dette medvirket også til at pasient fikk slippe å svare på de samme spørsmålene om og om igjen, og ga bedre kvalitet på den informasjonen som ble rapportert videre på legevisitter og i vaktskifter. Videre oppgis det at god tid til kartlegging av smerte økt sjansene for at pasienten forstod informasjonen, mens det å raskt måtte løpe til neste pasient økte sjansen for misforståelser og at pasienten ble liggende smertepåvirket.

Å jobbe mot inkludering og å støtte oppunder pasientens mulighet til delaktighet og medvirkning bygger på autonomi-prinsippet som innebærer respekt for selvet og individet, og pasientens rett til å ta beslutninger som angår en selv og den behandlingen som gjennomføres. Sykepleiers rehabiliterende funksjon som betegnes av støtte og motivering til pasientens deltakelse i behandlingen vil derfor være med å ivareta pasientens rettigheter. Nettopp fordi samarbeidets mål er å oppnå optimal smertelindring og redusere komplikasjonsrisiko, forutsetter smertebehandling kommunikasjon og sykepleiers kommunikative ferdigheter. På grunn av komplikasjoner er det viktig at pasienten kommer seg opp av sengen i løpet av første

eller andre postoperative dag, og nødvendig informasjon gjør at pasienten kan aktivt ta del på bakgrunn av den informasjonen som er gitt.

Helsepersonelloven i kapittel 2 §10 som omhandler informasjon til pasienter sier at informasjon skal gis til den som har krav på det, og viser til pasient- og brukerrettighetsloven §§3-2 til 3-4 om nærmere bestemmelser (Helsepersonelloven, 1999). Pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 3, §3-2 sier at den nødvendige informasjonen om helsetilstand, helsehjelpens innhold, mulige risiko og komplikasjoner skal presenteres for pasient. Dersom pasienten har gitt uttrykk for at han ikke ønsker informasjon, skal den ikke gis med mindre den kan bidra til å «forebygge skadevirkninger av helsehjelpen». Til slutt sier loven ettertrykkelig at nødvendig informasjon skal gis for at pasienten skal få «tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Yrkesetiske retningslinjer sier, i likhet med Norges lover, at det er sykepleiers ansvar «å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (NSF, 2016).

Jeg vurderer det dithen at engasjering av pasienten og motivering til delaktighet og medvirkning er en sentral forutsetning for at pasient kan bli jevnstilt med sykepleier, og at et godt samarbeid kan etableres. Det viser seg at det finnes grunnleggende teoretiske ulikheter i synet på partene som ikke nødvendigvis endrer partenes endelige målsetning, som er samarbeid som produserer resultater. Pasienter etter lungekirurgi med seponert EDA og smertepumpe krever oppfølging og strategier som tilsvarer aktivt inkludering av pasient i behandling og oppmuntring til dette underveis i forløpet. Dette gjelder spesielt med hensyn til aktivisering, hvor de økende smertene kan hindre pasientens potensiale for egenomsorg og gjenvinning av funksjon. Den rehabiliterende funksjon som innebærer å «styrke pasientens ressurser og tilrettelegge omgivelsene», men også dele kunnskap og informasjon slik at pasienten har bedre forutsetning til å gjennomføre aktiviteter (Kristoffersen et al., 2011, s.18). Sykepleier bør ta smertene på alvor, gi oppmuntring når dette kommer til uttrykk, og la pasienten ytre sin opplevelse uten å avfeie dens realitet. Sykepleier som en profesjonell omsorgsutøver bør ha en faglig, men medmenneskelig tilnærming til pasienten, lære pasienten å kjenne for å kunne medvirke til velvære, trygghet og tilheling. For å kunne etablere denne samhandlingen ligger den hjelpende kommunikasjon og tilhørende ferdigheter til grunn, som vil være bærende element i neste kapittel.

### 4.3 Hvordan brukes aktuelle kommunikasjonsferdigheter til å undersøke og forstå smertenivå og smerteopplevelse?

Da smerten er en individuell, subjektiv opplevelse, er sykepleier nødt til å bruke sitt kliniske blikk til å se pasienten, lese adferden, foreta nødvendige smertemålinger, og opprette en dialog med pasienten for å kunne innhente informasjon om smertenivå og eventuelle bivirkninger av smertestillende legemidler. Dette er en del av den grunnleggende sykepleieprosessen, der «observasjon, fortolkning, beslutning, handling, vurdering/evaluering» hvor innsamling av data bidrar til å avgjøre hva slags sykepleietiltak som skal iverksettes, og til slutt evaluere effekten av tiltaket (Eide & Eide, 2007, s.136). Det vil legges vekt på observasjon og kartlegging, noe som krever kommunikasjon som redskap til samarbeid, slik at målet optimal smertelindring kan oppnås. Utvikling av kommunikasjonsferdigheter kan gjøre sykepleier bedre på å «stille både fokuserte og åpne spørsmål, uttrykke empati, gi bedre respons på pasienters bekymring og sette ord på følelser» (Eide & Eide, 2007, s.22).

Innledningsvis i delkapittel 2.1 ble det henvist til kjernen av hjelpende kommunikasjon som innebærer anerkjennelse, aktiv lytting og direkte kommunikasjon. «Å lytte til den andre, å observere den andres verbale og nonverbale signaler, å formidle informasjon på en klar og forståelig måte» er blant de ti aspektene som gjør kommunikasjonen hjelpende og profesjonell. I følge Eide og Eide (2007, s.23) er aktiv lytting den ferdigheten som muligens framstår som den mest sammensatte og viktigste i kommunikasjon med pasient. Den inndeles videre inn i verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter, som igjen har underkategorier ifølge forfatterens figur. Verbale presenteres som stille spørsmål, bruke pauser, sammenfatte, oppmuntre, speile følelser og parafrasere. Nonverbale ferdigheter identifiseres som øyekontakt, håndbevegelser, berøring, stillhet, kroppsholdning, ansiktsuttrykk.

Aktiv lytting er en ferdighet som bør brukes i hver interaksjon med pasienten, gjennom alle aktiviteter og samtaler i løpet av en vakt. Et eksempel på dette kan være når pasient har fått fjernet dren, EDA og smertepumpe, og sykepleier kommer inn morgenen etter. Sykepleier tar fram en stol og setter den ved siden av pasienten, som bidrar til å vise at man tar seg tid og er tilstede. Sykepleier plasserer seg slik at de får tilsvarende høyde, som legger til rette for opprettelse av øyekontakt. Å være bevisst over sin egen kroppsholdning handler om å vite hvordan man opptrer overfor- og hvilke signaler en sender til pasienten. Både ansiktsuttrykk og kroppsholdning bør være avslappet, i tillegg til å være åpen, framover lent og vendt mot pasienten. Dette er en rolig kroppsholdning som viser interesse og engasjement. Sykepleier kan for å vise empati og omsorg berøre pasientens hånd eller skulder gjennom samtalen der det er rom for det, men samtidig være bevisst på kroppens intimitet og den individuelle reaksjon. Aktiv lytting kan også bidra til å gi en tilstandsrapport av pasienten. Observasjon av pasient bidrar til å kunne avsløre smerte ved å lese ansiktsuttrykk, observere respirasjonsdybde og frekvens, se om huden til pasienten er klam eller svett. På samme måte kan berøring avsløre klam hud, takykardi, eller anspenhet.

Sahlsten et al. (2009) hevder i tråd med aspekter om aktiv lytting at sykepleiere vektlegger 'å bli kjent med pasienten' som strategi til å optimalisere pasientmedvirkningen og samarbeid. I likhet med overnevnte blir aktiv lytting som en strategi, ved å tilby full oppmerksomhet mot pasienten og hans historie, ved å både lytte til verbale utsagt og være oppmerksom på nonverbale ytringer. Det fremheves sykepleiers evne til å relatere seg til pasientens tanker og erfaringer, og stille spørsmål som stimulerer pasienten til å dele sin innsikt, sine erfaringer og opplevelsen av situasjonen.

If we are going to achieve results together and the patient experience participation, I must get the patient on my side by showing that I genuinely care and notice how the patient is coping. I support and confirm. The patient himself must also be willing to participate (Sahlsten et al., 2009, s.493).

Vesentlige aspekter ved aktiv lytting finnes igjen i Eide og Eides (2007, s.36) modell for grunnbegreper i hjelpende kommunikasjon. Under omsorgsprofesjonalitet inngår empati, som innebærer innlevelse og forståelse av den andre. I profesjonell omsorg bekreftes den andres følelser, både i form av kommunikasjon og handling. I smertebehandling medfører dette å anerkjenne pasientens smerteopplevelse, bekrefte den, og iverksette tiltak etter pasientens beste. I samme triangel finnes begrepene fagkunnskap og målorientering, henholdsvis evne til

å se den andres tilstand ut ifra innlært kunnskap om sykdommer og bruk av sykepleieprosessen, og «å la kommunikasjonen bli styrt av yrkesrollens overordnede målsetting, som nettopp er å gi god omsorg og hjelp».

Empati vil dermed innebære å dele erfaring, forståelse eller opplevelse ifølge Travelbee (gjengitt av Kirkevold, 2001, s.117), og at man deretter kan forutse den andres handling ut ifra den erfaringen man har fra tilsvarende bakgrunn. Det kan vurderes dithen at sykepleier, på bakgrunn av sine erfaringer med pasienter som har gjennomgått lungekirurgi og hvordan smertene kommer til uttrykk, utvikler empati for pasienten i smerter, og vil etter beste evne iverksette tiltak i tråd med sin lindrende- og behandlende funksjon. Det kan være å lese ansiktsuttrykket til pasienten i det han er i ferd med å reise seg fra sengen, og se at han biter tennene sammen, og stønner i kraftanstrengelsen, at sykepleier har erfaringer med lignende situasjon fra tidligere og får empati med pasienten. Da kan sykepleier imøtekomme dette med støtte og kunnskap om hvordan mobiliseringen kan utføres skånsomt, eller få vite hvordan pasienten har utført dette før og hva som fungerte for han.

Når sykepleier har opprettet kontakt, stilles det spørsmål for å utforske pasientens smerteopplevelse. Utforskende ferdigheter bygger både på aktiv lytting og bekreftende ferdigheter. Når sykepleier tar sikte på å hente inn informasjon om smerten, benyttes øvrige ferdigheter sammen med spørsmål for å tydeliggjøre utfordringen og stimulere pasienten. Sykepleier kan ta i bruk åpne eller lukkede spørsmål, hvorav åpne spørsmål som «hvordan har du det i dag?», «hva slags smerter opplever du?» eller «hvor har du vondt?», framfor lukkede spørsmål som et kortfattet «har du vondt?», «er det tungt å puste?», vil forhåpentligvis gi et mer forklarende og beskrivende svar. Å utforske innebærer dermed å få utfyllende svar på smerteopplevelsen slik at sykepleier kan handle etter det pasienten har gitt uttrykk for. Denne kategorien inkluderer også systematisering av spørsmål, i form av smertevurderingsverktøy som inneholder standardiserte, utarbeidede spørsmål (Eide & Eide, 2007, kap.10).

Som nevnt i teoretisk bakgrunn stilles disse spørsmålene slik at sykepleiers holdninger eller egne vurderinger skal ha minst mulig innvirkning. Holdninger har stor betydning i kommunikasjonen ved smertebehandling. I følge Nortvedt (2012, s.65) er det måten man

oppfører seg på som er det viktige, at det handler om å være oppmerksom, sensitiv og empatisk og se pasienten når smertene inntreffer eller øker. Det kan for eksempel være å ikke avvise pasienten ved å si «jaja, det går sikkert over, jeg kan komme tilbake til deg senere hvis det fortsatt er vondt», eller «hva med å vente og se fram til neste medisinerunde om en halvannen time». Det vektlegges betydningen av «de små gestene i pleien av den syke, respekten som vises i blick og håndlag, eller noen ganger i den ordløse trøsten».

Når pasienten gir uttrykk for smerte, kan bekreftende ferdigheter benyttes for å vise at man forstår pasienten og følger samtalen, både verbalt og nonverbalt. Sykepleier kan vise at hun følger samtalen ved å nikke bekreftende, gi et smil eller blick, eller korte småord som «mm» «hmm» eller «forstår». Med dette følger innlevelse, empati, og forståelse for hva den andre ytrer. Ferdigheten kan også benyttes til å oppmuntre pasienten til å fortelle mer om sin opplevelse, for eksempel «ja, fortell», «bare fortsett», som kan bidra til ytterligere informasjon om smertebildet. Oppmuntring som bekreftende ferdighet innebærer også «så bra!», «flott at du sier ifra om smertene dine!», og på den måten gi oppløftende tilbakemelding på pasientens tanker eller ytringer. Samtidig bør sykepleier ha i tankene at oppmuntring kan lede til mistillit hvis pasienten opplever oppmuntringen som ledende mot noe som ikke er realistisk eller vanskelig å få til. Dette kan medvirke til at pasienten kjenner på press eller for store forventninger, men brukes det riktig kan pasienten bli tryggere, få mer selvtillit. Ved hjelp av reformulering kan sykepleier hjelpe pasienten til å tydeliggjøre budskapet, og utfordrer pasienten til å kjenne etter, herunder å forsøke å sette ord på smertene. Å speile pasientens følelser med ytringer som «jeg ser at du har vondt», viser at sykepleier anerkjenner og bekrefter smerteopplevelsen (Eide & Eide, 2007, kap.8).

Forskningen som berører kommunikasjon tar for seg utforskende ferdighet i form av kartlegging og smertevurderingsverktøy. Det stilles spørsmålstegn ved bruk av smertevurderingsverktøyene og om de oppfattes likt av både sykepleier og pasient, og om pasienten har forstått bruken av dem på bakgrunn av den informasjonen som er gitt. I og med at kommunikasjon blir fremstilt som en mulig sykepleieutfordring, påpeker Travelbee (gjengitt av Kirkevold, 2001, s.119) at kommunikasjon ikke bare en enkel prosess, og at den krever forutsetninger for at det skal medvirke til velgjørenhet. Travelbee vektlegger et viktig

perspektiv, og forklarer at kommunikasjonsteknikker ikke inneholder «en magisk effekt». Det er ikke gitt at kommunikasjonen vil umiddelbart tilrettelegge for et godt samarbeid, men at det sykepleier «bruker seg selv» for å etablere en relasjon og gjennom sykepleiehandlinger møter og bistår pasientens behov på en god måte.

Jeg mener at det er avgjørende å forsøke å stille de gode spørsmålene i nettopp kartleggingen av smerte for å kunne behandle den, men det innebærer også å ta hensyn til klinikken. Dersom pasienten er veldig smertepåvirket, er preget av bivirkninger av medisiner eller medtatt etter en natt med dårlig søvn, gjelder også måten spørsmål blir stilt, eller hvor mange spørsmål som stilles. Sykepleier bør da ta hensyn til pasientens form og forsøke å holde det så konkret som mulig slik at kartleggingen ikke tærer på pasienten. Dette samsvarer med det etiske ikke skade-prinsippet, som omhandler å minimalisere smerte og ubehag, i form av lindring og omsorg. Prinsippet spesifiserer at det i tillegg til å ha fokus på godt håndlag ved for eksempel leiring av pasienten i smerter, gjelder også sinnelag, at sykepleier bør være varsom og empatisk. Å stille konkrete, direkte spørsmål kan skåne pasient fra å måtte besvare et mangfold spørsmål når det egentlig er behov for hvile.

Sjøveian og Leegaard (2012) meddeler funn der det sykepleier beskriver pasientene: «de aller fleste sier ‘jeg bare tar det du kommer med’, eller ‘bare jeg får noe, så er det samme hva».

Spesielt eldre pasienter var tilbakeholdne i sine uttrykk for smerte, dette på grunn av både «underdanighet til helsevesenet», og at smerte ofte anses som «en naturlig del av livet».

Sykepleierne i studiet oppga å stadig måtte gi pasientene påminnelser om å si ifra ved behov for smertelindring. Samtidig belyses det om at flere pasienter var aktive i samarbeidet og sa ifra ved behov, men at dette var en direkte konsekvens av preoperativ undervisning. Videre funn avslørte at sykepleiere var usikre på om pasienten hadde forstått hvordan NRS skulle brukes, og om de selv hadde tolket pasientens oppgitte NRS-verdi riktig. Det blir meddelt av NRS blir vanskelig å tro på hvis NRS blir angitt mellom 6 og 8, mens pasienten er oppe, beveger seg og skravler i korridorene, med puls og blodtrykk innenfor normalverdiene. Samtidig viser studien at NRS ble gjennomført systematisk når sykepleier fylte på LIA-kateter, men at bruk av NRS ble mer vilkårlig utover i forløpet, og for det meste når det var behov for mer smertestillende.

Wikström et al. (2016) viser også til kartleggingsfasen og NRS, at det ifølge forskningsresultatene var et godt alternativ for å identifisere pasientens smerte, at det ble videre brukt ved å evaluere effekten av smertestillende og ved mobilisering av pasienten. Likevel vises det også her at en strukturell, systematisk smertevurdering ble kun utført ved epidural infusjon. Videre hevdes det at smertevurdering ut ifra atferd og ansiktsuttrykk ble observert ved aktivitet. Når det viste seg å være vanskelig å få fram tilstrekkelig informasjon om smerten, ble det ifølge funn benyttet aktiv lytting og informasjon om viktigheten av å rapportere smerte. Det oppgis bruk av andre smertevurderingsverktøy som verbale eller ansiktsskala dersom pasienten var ikke var i stand til å si ifra på grunn av for eksempel alvorlig smerte, tretthet, eller sedasjon.

Min mening er at hensikten med å kombinere de overnevnte ferdighetene er å tilstrebe et helhetlig inntrykk av pasientens smerteopplevelse for å sammen med pasienten kunne iverksette tiltak. Kommunikasjonen går dermed inn som et redskap i sykepleieprosessen; å se hele pasienten, å hente inn opplysninger om smertene og hvordan de påvirker pasienten, å utføre sykepleietiltak for å lindre og behandle smerten. Når lungepasienten har fått seponert EDA og smertepumpe, har overgangen til peroral smertebehandling vist seg å være sårbar da smerteopplevelsen gjerne tiltar. Sykepleier kan møte en pasient som opplever å være nedstemt fordi det er vanskelig å sette seg opp på sengen, eller å gå og hente seg mat fordi armen og skulder gjør vondt. Kanskje har ikke de smertestillende tablettene god nok effekt, eller kanskje han ble kvalm av tablettene han fikk.

Faglitteratur og forskning indentifiserer aktiv lytting som kanskje den mest grunnleggende ferdigheten, og den bør tas i bruk i samtlige interaksjoner mellom sykepleier og pasient. Den kan bidra til at pasienten opplever seg sett og hørt, og at det er rom for å dele bekymringer og utfordringer. Sykepleier kan for eksempel bruke berøring, kroppsholdning og ansiktsuttrykk for å gi uttrykk for empati. Sykepleier kan benytte bekreftende ferdigheter for å anerkjenne, men også oppmuntre. Når sykepleier møter sin pasient på gangen som har vært og hentet seg en kaffekopp etter å ha oppnådd effektiv smertelindring av arm og skulder, og utbryter «se der ja! Veldig bra at du prøver å bruke armen din!», kan bidra til motivasjon og engasjement i



tilhelingen. Dette kan gi pasienten følelse av å mestre aktivitetene som han sammen med sykepleier har funnet en måte å gjennomføre på, og oppleve trygghet i utførelsen av dem.

Det kan videre benyttes utforskende ferdigheter for å finne mer ut av de aktuelle smertene. Forskning viser til bruk av smertevurderingsverktøy, og det kan tyde på at det å bli kjent med pasienten, og utforske pasientens oppfattelse av ulike smertenivåer kan bidra til en mer felles forståelse for bruk av NRS. Et interessant aspekt ved utforskende ferdigheter og NRS blant utvalgt forskning er at det kan se ut som at NRS blir kontinuerlig benyttet når pasienten fortsatt har EDA og smertepumpe, men at det blir mer vilkårlig benyttet når det er blitt seponert. Samtidig viser Sjøveian og Leegaard (2012) som nevnt at smertene gjerne tiltar på dette tidspunkt. Det kan se ut til at smertevurderingsverktøy som utforskende ferdighet, her NRS, går fra en kontinuerlig vurdering til en mer behovsorientert vurdering selv om det kanskje nettopp i overgangen fra EDA til peroral smertebehandling at det er behov for kontinuitet i utforskingen av smertenivå.

## 5.0 OPPSUMMERING

Pasienter som har gjennomgått lungekirurgi er utsatt for intense, komplekse smerter på grunn av lokasjon av operasjonssnitt og inngrepets tekniske utførelse, i form av akutte, nevrologiske og viscerale smerter. Etter at medisinsk utstyr som dren, EDA og smertepumpe er fjernet og smerte skal lindres peroralt, er pasienten i en sårbar situasjon da smerten ofte tiltar, og mobilisering og aktivitet er viktig for å forebygge komplikasjoner. Pasienten kan bli nedstemt, oppleve tap av kontroll og redusert selvfølelse på grunn av nedsatt funksjon og smerte. Disse endringene i omgivelser og funksjon kan påvirke kommunikasjonen og samarbeid dersom pasient blir utrygg, passiv, mindre delaktig i behandlingen.

Det finnes ulike syn på sykepleier- og pasientrollen, men det er en enighet om at målet er samarbeid. Kontekstuelle elementer som pasientomgivelser eller sykepleiers tid og arbeidsmengde kan hemme etablering av samarbeid. Sykepleier kan bruke kommunikasjon til å tilrettelegge for samarbeid ved å til å informere, støtte, uttrykke empati og omsorg. I tillegg kan inkludering og motivering gjøre pasient bevisst sin egen delaktighet for å skape et jevnstilt samarbeid om smertebehandlingen, med det håp om å sammen oppnå ønskede resultater.

Aktuelle kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting, utforskende og bekreftende ferdigheter benyttes for å bli kjent med pasienten, hvordan smertene oppleves, og anerkjenne dem slik at pasient opplever å bli sett og hørt. Aktiv lytting som deles inn i verbale og nonverbale ferdigheter har stor betydning for hvordan sykepleier fremstår overfor pasienten, og på hvilke måter det vises interesse og åpenhet. Holdning er viktig i smertebehandling, at sykepleier tilnærmer seg pasienten på en god måte med empati og sensitivitet. Det ble diskutert om sykepleiers utforskende ferdigheter, herunder bruken av NRS i smertevurdering, og partenes oppfatning av angitte score. Faktorer som alder, påminnelser om å si i fra ved behov, preoperativ informasjon, og kontinuitet av NRS var aspekter i diskusjonen. Sykepleier bør vurdere både det kliniske og pasientens ytringer når smertene vurderes, og det avrundes med spørsmål om smertevurderingsverktøy bør fortsettes med kontinuerlig etter seponering av EDA når forskning og erfaring viser at smertene gjerne tiltar på dette tidspunkt. Her kan muligens kommunikasjon medvirke til en jevn overgang til perorale smertestillende i samarbeid med pasient, og deretter optimal smertelindring.

## 6.0 Litteraturliste

- Almås, H., Berntzen, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G., & Grønseth, R. (2010). Perioperativ og postoperativ sykepleie. In H. Almås, H. Berntzen, & H. M. Holm (Eds.), *Klinisk Sykepleie 1* (4. ed., pp. 273-333). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Almås, H., Berntzen, H., & Holm, H. M. (2010). Sykepleie ved skader og kirurgiske inngrep i toraks. In H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (Eds.), *Klinisk sykepleie 1* (4. ed., pp. 187-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. In H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth (Eds.), *Klinisk sykepleie 1* (4. ed., pp. 355-395). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gaard, M., Tveit, K. M., & Hafstad, A. (2015). *Kreftkirurgi i Norge*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
- Hopkins, K. G., & Rosenzweig, M. (2012). Post-Thoracotomy Pain Syndrome: Assessment and Intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *16*(4), 365-370. doi:10.1188/12.CJON.365-370
- International Association for the Study of Pain. (2012). IASP Taxonomy. Retrieved from <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Helse og Sykdom. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende Sykepleie* (2. ed., Vol. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende Sykepleie* (2. ed., Vol. 1, pp. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende sykepleie* (2. ed., Vol. 1, pp. 83-127). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Manias, E., Botti, M., & Bucknall, T. (2006). Patients' Decision-Making Strategies for Managing Postoperative Pain. *The Journal of Pain*, *7*(6), 428-437. doi:10.1016/j.jpain.2006.01.448

- Mjell, J. (2011). Sykdommer i respirasjonsorganene. In S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Eds.), *Sykdom og behandling* (pp. 209-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke* (1. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NSF. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retrieved from [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Rustøen, T., & Stubhaug, A. (2010). Smerter. In U. Knutstad (Ed.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3. ed., pp. (137-181)). Oslo: Akribe.
- Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B., & Plos, K. A. E. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 490-497. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2006). Respirasjonssystemet *Menneskekroppen-fysiologi og anatomi* (2. ed., pp. (354-376)). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sjøveian, A. K. H., & Leegaard, M. (2012). Hvordan kan sykepleieren fremme pasientmedvirkning i postoperativ smertebehandling? *Sykepleien Forskning*(4), 380-387. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0158
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. ed.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J., & Chaboyer, W. (2015). Nurses' views of patient participation in nursing care. *The Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2741-2752. doi:10.1111/jan.12740
- Wikström, L., Eriksson, K., Fridlund, B., Årestedt, K., & Broström, A. (2016). Healthcare professionals' descriptions of care experiences and actions when assessing postoperative pain - a critical incident technique analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 802-812. doi:10.1111/scs.12308